GAZETTE MÉDICALE

DE PARIS,

PUBLIÉE

Par Jules GUÉRIN, D.-M.-P.



Troisième Série.

TOME SIXIÈME. — ANNÉE 1838.

PARIS,

AU BUREAU DE LA GAZETTE MÉDICALE,

RUE RACINE, 14.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

Imprimerie de FÉLIX MALTESTE et Cie, rue des Deux-Portes-S.-Sauveur, 18,
près le passage du Grand-Cerf.

N° 1. (TOME VI. — 1838.) SAMEDI 6 JANVIER 1838.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) parait tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°.—Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Poissonnière*, n° 5, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE INTERNE.

MÉMOIRE SUR LES PERFORATIONS INTESTINALES QUI SURVIENNENT PENDANT LE COURS DES FIÈVRES TYPHOÏDES; par le docteur CAZENEUVE, chirurgien militaire.

SECONDE PARTIE. — HISTOIRE GÉNÉRALE.

(V. le n° 52 de la Gazette Médicale. 1837.)

A. ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

J'ai peu de chose à dire de l'anatomie pathologique des perforations; nos observations ne nous ont rien présenté qu'on ne trouve dans les auteurs; ainsi à peu près constamment cette lésion a été observée à la fin de l'intestin grèle, aux environs de la valvule iléo-cœcale; le plus souvent à l'opposite du mesentère, sur les follicules isolés ou les plaques agminées. Presque toujours les bords de l'ulcération où siége la perforation sont affaissés; l'ouverture péritonéale simple ou multiple est toujours petite du diamètre de une à quatre lignes. Cette particularité explique la rareté du passage des matières fécales solides dans la cavité péritonéale. Il ne sort le plus souvent par la perforation que des gaz ou des matières liquides qui communiquent au pus cette couleur roussâtre et cette odeur fétide vraiment caractéristique. Souvent en effet nous avons constaté cette odeur : quand à l'ouverture de l'abdomen on voit les traces d'une péritonite, je conseillerais volontiers, pour s'assurer si cette phlegmasie est le résultat d'une perforation, d'*odorer* le pus, d'en examiner la couleur et de presser de haut en bas les anses de l'intestin grèle : cette pression détermine le plus souvent la sortie de quelques gaz et de la matière fécale liquide par la perforation. Ces jours derniers j'ai fait, à l'hôpital de *Phalsbourg*, l'autopsie d'un soldat mort des suites d'une péritonite aiguë; la fétidité et la couleur du pus ont été les seuls indices de la perforation : les adhérences étaient tellement fortes que les anses intestinales se déchiraient plutôt que de se désunir; quelques ulcérations de la muqueuse existaient vers la valvule iléo-cœcale. Je n'ai pas pu m'assurer si les déchirures de l'intestin étaient le résultat des fractions faites pour rompre les fausses membranes. Je n'ai pas suivi les progrès de la maladie, mais le commémoratif des symptômes m'a confirmé dans la pensée de l'existence d'une perforation intestinale pendant la vie de l'individu. Toutefois de ce qu'on ne voit rien sortir par l'intestin, de ce que le pus est inodore, il ne faut pas toujours conclure qu'il n'existe pas de perforation; quand cette lésoin existe vers le cœcum il arrive quelquefois que des pseudo-membranes en déterminant l'adhésion des organes abdominaux entre eux masquent le trou de l'intestin et s'opposent ainsi à la sortie d'un liquide. N'est-ce-pas à ces adhérences et au peu de soin apporté autrefois dans les investigations cadavériques que l'on doit d'avoir si long-temps méconnu les perforations intestinales?

Feuilleton.

FRAGMENS D'UN VOYAGE MÉDICAL EN ITALIE;

Par J.-Petrequin, chirurgien en chef désigné de Lyon.

2° CLINIQUES OPHTHALMOLOGIQUES.

On a pu remarquer que, sous le titre de *Cliniques médicales et chirurgicales*, nous avons embrassé les grandes divisions de la science, examinant, une à une, les écoles et les chaires de pathologie; nous allons maintenant entrer dans l'étude de deux spécialités, qui donneront lieu à des observations nouvelles et à des remarques en quelque sorte plus particulières.

Les chaires d'oculistique ne sont point aussi multipliées en Italie que l'ont écrit quelques auteurs. On n'en trouve qu'à Pavie, Naples et Padoue. Ailleurs, l'ophthalmologie est comprise, je dirais presque perdue, dans le vaste répertoire de l'enseignement chirurgical. Il en résulte qu'en général le diagnostic et la thérapeutique oculaires sont un peu négligés; on ne s'attache pas assez à distinguer les différentes espèces d'ophthalmies, distinction dont j'ai cherché à faire sentir l'importance pratique (Bullet. de thérap., 30 janv. et 27 fév. 1837); et trop souvent l'ignorance et le charlatanisme se disputent dans le monde l'une des plus belles branches de la médecine.

L'art de l'oculiste demande des études spéciales; le service et les salles de clinique réclament une distribution particulière. Un amphithéâtre d'ophthalmologie ne doit point être construit de la manière générale; il veut une lumière suffisante, mais pas trop éclatante; la disposition la plus favorable pour l'examen des yeux et pour les opérations qu'on y pratique existe quand le jour vient du nord.

Florence me semble bien situé pour l'établissement d'une chaire d'oculistique; les sujets d'étude ne manqueraient pas. J'ai remarqué beaucoup d'ophthalmies dans les troupes de service lors des fêtes nationales de la Saint-Jean. Dans mes excursions à travers la Toscane, j'ai été frappé du nombre de borgnes et d'aveugles que je rencontrais sur les routes. Les affections oculaires sont communes en Italie; on en peut observer toutes les formes; je n'ai pas eu occasion d'y rencontrer d'héméralopie; j'en citerai ici un exemple des plus curieux que j'emprunte à un mémoire présenté par M. Florent Cunier à la Société de médecine de Gand : il s'agit d'une héméralopie (cécité nocturne) héréditaire *depuis deux siècles* dans une famille de la commune de Vendémiau, à 5 lieues de Montpellier; un boucher (Jean Nougaret, dit le Provençal), né vers 1637, est la première souche de la race de ces héméralopes; les six généra-

B. Symptômes.

Les symptômes des perforations intestinales sont ceux d'une péritonite intense. Aussi je ne les transcrirai pas; toutefois je signalerai 1° un froid très-vif (obs. 1re 4e) qui indique l'invasion de la phlegmasie; 2° une douleur aiguë, déchirante, s'irradiant dans tout l'abdomen et plus vive surtout à la région iliaque; 3° le besoin d'uriner (obs. 1re 2me) et une tuméfaction de l'hypogastre qui a pu faire croire à une paralysie de la vessie. Dernièrement encore j'ai pu constater une méprise de ce genre. Un malade se plaignait de ne pouvoir uriner, l'hypogastre était douloureux à la pression; le médecin crut à une rétention d'urine, une sonde introduite dans le canal n'amena pas une goutte d'urine; on crut, après bien des tentatives, n'être pas arrivé dans la vessie; le malade entra à l'hôpital où il mourut dix jours après; l'autopsie nous a fait constater une péritonite aiguë, suite de perforation. Le petit bassin était rempli de pus. J'ai voulu avant d'ouvrir l'abdomen, faire l'opération de la cystotomie sus-pubienne, et quoique très-près du pubis, à peine le bistouri avait pénétré d'un pouce qu'il sortit des gaz fétides. L'abdomen ouvert, j'ai trouvé la vessie rapetissée et enveloppée d'une pseodo-membrane épaisse, bien organisée. Je n'ai vu que le cadavre de ce militaire. J'ai dit à quelle cause il fallait attribuer ces symptômes. Souvent la péritonite se montre ex-abrupto avec des caractères bien tranchés; d'autrefois c'est peu à peu et seulemnnt quelques jours après la perforation que cette phlegmasie est constatée (obs. 3e, 5e). Le symptôme suivant m'a fait quelquefois diagnostiquer des péritonites peu caractérisées; l'abdomen est rénittent; les parois du ventre pressées par la main s'affaissent dans une assez grande surface de telle manière qu'on dirait que derrière les muscles a été placé un tissu fibreux très-résistant.

Quand pendant le cours d'une fièvre typhoïde il survient tous les symptômes d'une péritonite aiguë, on peut presque affirmer l'existence d'une perforation intestinale. J'ai dit *presque* parce que dans certains cas elle peut ne pas exister : ainsi dans notre troisième observation nous avons trouvé enflammé le péritoine qui seul formait le fond d'une ulcération; dans ce cas l'inflammation aurait pu gagner toute la séreuse sans qu'il existe de perforation. J'ai vu une fois l'inflammation de la muqueuse traverser la membrane muqueuse moyenne et arriver à la séreuse; dans ce cas l'inflammation s'était propagée par voie de contiguité, ce qui est très-rare dans les membranes superposées : MM. Chomel et Genest citent l'observation d'un malade qui vit disparaître 24 heures après les symptômes d'une péritonite aiguë survenue pendant le cours d'une fièvre typhoïde; il est très-probable que dans ce cas il n'y avait ni perforation, ni péritonite.

J'ai dit que les signes qui indiquent une perforation intestinale sont ceux de la péritonite suraiguë. Ne peut-on pas distinguer si cette phlegmasie est ou n'est pas le résultat d'une perforation? Je crois que dans un grand nombre de cas cela est possible, et cette distinction est d'une grande importance : en effet, dans le premier cas la péritonite est à peu près constamment mortelle : dans le second on peut en espérer la guérison, en admettant comme fait démontré (et il l'est suffisamment), que l'inflammation ne se propage de la muqueuse à la séreuse que très-rarement, et avec beaucoup de lenteur; on doit, les symptôme d'une péritonite aiguë étant donnés, remonter aux antécédens. Si le malade bien portant et irritable s'est exposé au froid, à des frottemens répétés et brusques sur l'abdomen; si les autres séreuses sont déjà enflammées, si c'est peu de jours après un accouchement, etc., etc., on doit penser que la péritonite est spontanée; que si au contraire la diarrhée existe depuis long-temps, si vers la fin d'une fièvre typhoïde par suite d'excès dans le régime, par suite d'un purgatif ou autre cause, le malade présente tout à coup les symptômes d'une péritonite aiguë, que si surtout la douleur a commencé et est plus forte à la région iliaque droite, on peut presque avec certitude annoncer une perforation intestinale; la péritonite consécutive à cette lésion ne suit pas toujours une marche croissante jusqu'à la mort. Nous avons vu deux fois les symptômes amendés sous l'influence des émissions sanguines et faire douter de la précision du diagnostic.

Je crois devoir placer ici ce que j'ai à dire de l'époque de la maladie à laquelle se montrent le plus souvent les perforations intestinales. Nous l'avons vu le dix-huitième jour (obs. 3), le vingtième (obs. 5), le trentième (obs. 1re), le cinquante-sixième (obs. 4), le cinquante-huitième (obs. 2). M. Louis l'a observé le douzième jour dans un cas; le dix-huitième dans deux autres, et du vingt-deuxième au quarante-deuxième dans cinq autres. M. Chomel l'a vu survenir deux fois le vingt-sixième et le trente-deuxième jours. Dans le cas rapporté par M. Andral, la perforation s'est montrée le dixième jour. Il est aisé de voir que le plus souvent cette complication dans une période avancée de la maladie.

C. Pronostic.

On peut craindre une perforation dans le cours d'une fièvre typhoïde, quand le malade a été assez gravement affecté, surtout quand la diarrhée a persisté long-temps, bien que la convalescence semble être franche. Une péritonite aiguë générale survenue chez un individu sain est très souvent mortelle, à plus forte raison celle qui se montre chez des individus déjà affaiblis par la douleur, par une diete sévère, et qui sont porteurs d'une phlegmasie grave. Aussi, la péritonite consécutive d'une perforation est à peu près constamment mortelle. Je ne sais pas s'il existe un cas bien avéré de guérison, après un accident de ce genre, bien que cela ne soit pas impossible. Le plus souvent la mort suit de près l'invasion de la péritonite. Ainsi, nous l'avons vu survenir le troisième jour (obs. 4, 6), le cinquième (obs. 2), le sixième (obs. 1, 3), le treizième (obs. 5). M. Louis a vu la mort survenir cinq fois de 30 à 60 heures, une fois sept jours après le début de la péritonite.

D. Causes.

La cause médiate la plus fréquente et presque la seule des perforations dans la maladie qui nous occupe, c'est la propagation de l'inflammation aux diverses tuniques de l'intestin et par suite leur ulcération.

Si nous remontons aux causes immédiates de cette lésion, nous voyons qu'elle peut survenir par suite d'un effort pour aller à la garde-robe (obs. 1re), pour tousser (Andral), pour éternuer. La perforation peut reconnaître aussi pour cause la distension de l'intestin par des gaz (obs. 3e) une alimentation prématurée et trop copieuse (obs. 1re 2e 4e 5e), l'usage des purgatifs (obs 5e, Andral, clinique tome 1er obs. 9, Stokes, archives de médecine), des mouvemens brusques. Enfin, la perforation peut s'opérer par les seuls progrès de l'inflammation qui détruit successivement les trois tuniques de l'intestin.

---

tions successives qui en sortent ont toutes été atteintes dans diverses proportions; la maladie affecte dès la naissance les descendans de Nougaret, soit qu'ils restent à Vendémiau, soit qu'ils aillent s'établir ailleurs; elle se propage beaucoup moins par les hommes que par les femmes, qui l'importent dans d'autres familles; dès qu'un individu de la race s'en est trouvé délivré, il ne l'a plus transmise à ses enfans. Voici l'histoire synoptique de cette remarquable hérédité :

1re génération, sur	3 enfans,	3 héméralopes, c.-à-d.	1/1.
2e	16	10	environ 2/5.
3e	81	14	1/6.
4e	208	23	1/9.
5e	218	24	1/9.
6e commençante	123	11	1/11.

Ainsi, sur 649 enfans, il y a eu 85 héméralopes, c'est-à-dire moins de 1/7; la proportion actuelle est donc décroissante, bien que le nombre des héméralopes augmente.

Je grouperai les principales observations que j'ai pu faire ou recueillir dans mon voyage sous les titres suivans :

PADOUE.

Le professeur Torresini attribue la fréquence de la cataracte en Italie à l'influence plus forte de l'insolation, des poussières de l'atmosphère, et des fièvres intermittentes qui y prédisposent par les obstructions abdominales qu'elles engendrent. Il fait environ soixante opérations par an, et, sur ce nombre, deux ou trois par extraction; dans ce cas, il préfère la *kératotomie* supérieure, qui lui semble exposer moins l'œil à se vider. Plusieurs médecins ont publié des faits qui prouvent que l'œil n'est pas toujours atrophié ni perdu après cet accident, quand de suite on y porte remède. Comme accident *primitif* de l'abaissement, M. Torresini a judicieusement remarqué que la cataracte, quand elle est volumineuse, peut quelquefois comprimer la rétine, et produire mécaniquement une amaurose partielle. Si des débris du crystallin passent dans la chambre antérieure, il conseille de les retirer de suite avec l'aiguille, pour éviter les fâcheux effets de leur séjour; si l'on n'y réussit pas, c'est pour lui une indication d'extraction. (Bien que j'aie vu quatre fois (1) la lentille s'absorber dans la cham-

(1) Ces cas n'étant pas très communs, je crois devoir citer l'observation suivante :

Au commencement de septembre 1835, une femme déjà âgée fut opérée d'une cataracte de l'œil droit; pendant la manœuvre, le cristallin, assez mou et de couleur blanchâtre, passa dans la chambre antérieure. Le 25 octobre, près de la moitié avait été absorbée; il n'était pas survenu d'accidens graves. Le 25 novembre, il n'en restait plus que le tiers; la malade voulait s'en retourner dans son pays; on la garda, car il y avait toujours à craindre que l'œil ne vint à se perdre par l'explosion d'une ophthalmie. Le 4 décembre, l'absorption avait réduit le cristallin à un sixième de son volume primitif; il était gros comme deux têtes d'épingle; de blanc qu'il était, il était devenu jaunâtre. La pupille paraissait d'abord déformée; mais elle ne l'était plus à cette époque. Il faut dire qu'il avait toujours persisté un peu d'irritation et de rougeur dans

E. Traitement.

Si, comme je le crois, et comme nos observations l'ont montré, l'alimentation prématurée est une cause fréquente des perforations, le moyen de les prévenir, c'est vers la fin des maladies aiguës du tube digestif, d'accorder avec beaucoup de réserve des alimens et d'en surveiller attentivement les effets; ils pourront servir de pierre de touche; si sous leur influence la nutrition ne s'améliore pas, si le malade ne recouvre pas ses forces, c'est qu'il reste un point de phlegmasie qu'il faut chercher et qu'on trouvera avec une attention soutenue; on supprimera dès lors les alimens pour les reprendre plus tard; ainsi, on évitera d'abord des perforations et l'on ne verra pas se perpétuer les maladies, ce que les médecins ne manquent pas d'attribuer à la saison, à la constitution, à l'imprudence du malade, etc. Je sais qu'on ne peut sans inconvénient trop prolonger la diète dans la fièvre typhoïde : le médecin, en effet, doit se rappeler que dans cette maladie les causes d'exténuation telles que la diarrhée plus ou moins abondante, l'agitation du système nerveux, les émissions sanguines souvent nécessaires dès le début, etc. sont nombreuses. Il doit aussi ne pas perdre de vue que trop souvent dans la convalescence, quand les ulcérations sont presque cicatrisées (voir la 2e obs.), les malades succombent à la plus légère phlegmasie qui, chez eux, survient d'autant plus facilement, qu'ils sont plus faibles et moins en mesure de résister à l'action des modificateurs. Aussi, dès que l'état de l'estomac le permettra, il sera utile d'accorder un peu de bouillon, on en surveillera attentivement l'emploi. Les alimens qui conviennent le mieux sont ceux qui nourrissent beaucoup sous un petit volume, qui sont absorbés par la partie supérieure du canal et qui laissent peu de résidu; tels sont, par exemple, les consommés, les jus de viande etc. On devra insister d'autant plus sur ce régime que la maladie a été plus intense et que surtout la diarrhée a été plus tenace. C'est dans ces cas qu'il convient de peser, de mesurer la quantité d'alimens, qu'il faut au malade beaucoup de résignation et au médecin une profonde conviction qui l'empêche de céder aux demandes qu'on ne manque pas de lui faire et au besoin qu'il a quelquefois de médicamenter, de tonifier.

Je viens de prononcer un mot sur lequel je suis bien aise de m'arrêter un instant. Vers la fin des diverses fièvres, les anciens croyaient qu'il était nécessaire de prescrire des toniques, des excitans pour tonifier, réveiller l'appétit et consolider la guérison. Quelques médecins modernes suivent encore cette pratique et ne manquent pas de purger dans les irritations des organes gastriques. Ces moyens, utiles peut-être dans certains cas, ne laissent pas que d'avoir de graves inconvéniens dans d'autres. Le meilleur excitant, celui qui est le plus facilement supporté, est, je crois, l'excitant naturel de l'organe affecté; ainsi, pour l'œil, ce sera la lumière d'abord faible, puis plus vive; pour l'estomac ce sera une alimentation appropriée. On revient un peu aujourd'hui de l'habitude de prescrire quelquefois pendant un temps fort long, ce qu'on appelait des alimens légers et qui, selon moi, sont loin de mériter ce nom. Ces alimens fatiguent l'estomac en pure perte, ils sont très peu nutritifs et laissent beaucoup de résidu. Tels sont les épinards, l'oseille, les pruneaux; le meilleur aliment est celui qui est facilement assimilé. J'ai eu le bonheur de voir très-souvent les heureux effets d'une alimentation bien dirigée dans les divers services de médecine au Val-de-Grâce.

Il faut pour espérer quelque guérison dans les cas de perforation, arrêter l'extension de la péritonite et favoriser l'adhérence des anses intestinales afin de s'opposer à l'épanchement des matières fécales dans l'abdomen : de là, trois indications capitales, 1° combattre la péritonite, 2° le repos absolu de l'organe malade, 3° le repos général.

1° Dès le début on pratiquera une saignée du bras si le sujet est fort et vigoureux : le plus souvent on n'a pas recours à ce moyen 1° parce que le malade est déjà épuisé, 2° parce que l'expérience a démontré que les émissions sanguines locales sont préférables à la phlébotomie dans le traitement des phlegmasies membraneuses. On posera donc dès le début, des sangsues sur le point le plus douloureux de l'abdomen; on aura recours à ce moyen plusieurs fois de suite si les forces du sujet le permettent et si la phlegmasie est intense; je crois que l'application successive d'un petit nombre de sangsues afin d'obtenir un écoulement permanent doit être préférée à l'application simultanée d'un grand nombre de ces annélides. On a ainsi l'avantage de dégorger plus localement la partie affectée et de ne pas affaiblir trop promptement un malade déjà faible. Au reste, ce mode d'application des sangsues me semble devoir être généralement adopté pour le traitement des phlegmasies des membranes superficiellement placées. Les ventouses scarifiées ne pourront être que très-rarement employées à cause de la douleur très-vive de l'abdomen; elles auraient peut-être l'inconvénient d'aggraver le mal.

2° On obtiendra le repos le plus complet possible de l'organe malade par la diète la plus absolue de boissons et d'alimens. On calmera la soif avec des tranches d'orange, avec de la glace. Pour arriver aussi à ce but, le docteur Graves, de Dublin, dit avoir employé avec succès l'opium à haute dose dans le traitement de la péritonite aiguë spontanée. M. Stokes, de la même ville, a conseillé ce médicament dans le traitement de la péritonite consécutive à une perforation intestinale. Ce médecin l'a employé plusieurs fois; il dit avoir pleinement réussi dans un cas : M. Chomel qui a essayé ce mode de traitement à l'Hôtel-Dieu a aussi vu un cas de guérison. J'ai lu avec attention ces deux faits et j'avoue n'être pas bien convaincu que ce soit là des péritonites par suite de perforation. L'observation de Stokes est rapportée trop brièvement pour qu'il soit possible de se prononcer sur l'existence de cette lésion : quant à l'observation recueillie dans le service de M. Chomel, elle a été rapportée avec quelques variantes par deux de ses élèves. Les symptômes d'une péritonite ont été bien constatés; mais reconnaissait-elle pour cause une perforation? Je regrette qu'on n'ait pas constaté l'état du ventre au moment de la sortie de la malade de l'hôpital. Les péritonites aiguës ne se guérissent que par l'adhérence des anses intestinales entre elles et de celles-ci aux parois abdominales; ces altérations se traduisent à nous par une espèce d'empatement du ventre, par des bosselures, des inégalités qui retracent les circonvolutions de l'intestin. Quoi qu'il en soit, la péritonite consécutive à une perforation étant presque constamment mortelle, je ne vois pas d'inconvénient à essayer l'opium à haute dose. On a pour but, en l'employant, de diminuer la douleur, de diminuer aussi la sécrétion du mucus intestinal, d'engourdir, pour ainsi dire, les contractions de l'intestin et de permettre ainsi aux adhérences formées autour de la perforation d'acquérir une solidité suffisante pour résister à l'action des matières fécales. Quant à la manière d'administrer ce médicament, M. Stokes conseille de donner un grain d'extrait aqueux d'opium d'heure en heure, et d'en diminuer ensuite peu à peu la dose. L'individu qui fait le sujet de l'observation du succès obtenu par ce médecin a pris 184 grains d'extrait aqueux dans

---

bre antérieure, l'irritation qu'elle entretient dans l'œil me semble devoir éloigner de cette pratique.) Un accident *consécutif* à la dépression, c'est la névralgie de l'œil, qu'on a souvent confondue avec l'inflammation, et qui a été appelée à tort, *ophthalmie nerveuse;* elle se distingue en ce qu'elle débute plus tôt que la phlegmasie, que parfois elle succède de suite à l'opération, et précède toujours les signes physiques de la phlogose, qui manquent même dans quelques cas. Cette névralgie survient six à huit fois sur cent. (Comme je ne l'ai guère vue qu'après le scleratico-nyxis, je crois qu'elle tient à la piqûre des nerfs et du corps ciliaires. L'usage des aiguilles droites ne m'a pas semblé sans influence sur la fréquence des lésions du ganglion ciliaire, et, par suite, de la névralgie oculaire.) Il y avait à la clinique un enfant de dix ans, opéré avec succès d'une cataracte *traumatique* due à un coup de bâton sur les tempes, M. Torresini en a rencontré quatre qui avaient succédé à des contusions; elles étaient du côté qui avait souffert. On se rappelle les expériences de Dieterich sur l'influence différente des lésions des diverses parties du cristallin.

---

l'œil, et qu'on fut plus d'une fois obligé de les combattre. La malade s'en alla quelque temps après.

Il me semble que la longueur du temps nécessaire pour la fonte de la lentille, le trouble permanent de la vue pendant la durée de ce travail, et surtout l'état d'irritation qu'entretient dans l'œil la présence du corps étranger dans la chambre antérieure, ne doivent jamais engager à cette pratique.

M. Pecchioli, de Sienne, a inventé pour cette opération une aiguille (1), qu'il propose d'employer dans quelques circonstances; c'est un instrument semblable à celui de Scarpa, avec cette différence que la tige est creusée d'un petit canal, et que le manche renferme un piston destiné à faire le jeu d'une pompe aspirante. Le vide qu'on forme dans le conduit central et le manche aspire les liquides en contact avec l'orifice de la tige placé vers la lance. On pourrait employer cette aiguille dans les cataractes fluides, qui troublent, en s'épanchant, la vue de ce qui se passe dans l'œil qu'on opère; elle agit, du reste, et peut servir comme l'aiguille ordinaire à abaissement.

Après la dépression comme après l'extraction, M. Torresini s'abstient de tout collyre; les topiques liquides ramollissent et favorisent l'engorgement, et, par suite, la sub-inflammation.

On a récemment donné comme nouveau le précepte d'opérer le malade par derrière, quand il s'agit de l'œil droit. Voici ce qu'on lit dans un *Traité de la cataracte*, publié en 1812, par M. Montain, de Lyon : « Si l'opérateur n'est pas ambi-dextre, il se comportera de la manière suivante, quand il agit sur l'œil droit : *il se place derrière le malade*, dont il renverse la tête légèrement en arrière, en appuyant cette dernière *sur sa poitrine*, de telle manière que l'œil ne regarde pas directement en avant; avec la main gauche, il sépare les paupières, en soulevant la supérieure avec le pouce, et abaissant l'inférieure avec l'indicateur; il saisit l'instrument comme une plume à écrire, et, *prenant*

(1) Cette aiguille a été confectionnée par M. Charrière.

l'espace de dix jours. M. Chomel conseille d'augmenter graduellement la dose de ce médicament et de la diminuer quand on veut le discontinuer; il a donné à son malade 145 grains d'opium dans huit jours. Je ne sais s'il est bien prudent d'administrer l'opium à si haute dose, et s'il arrive dans cette maladie ce qu'on observe dans le *tétanos*, une espèce de tolérance.

Il faudra remédier avec prudence à la constipation qui accompagne l'emploi de l'opium; quand on présumera que les adhérences sont assez fortes on pourra donner quelques légers purgatifs par la partie inférieure du canal intestinal. M. Stokes a vu tous les symptômes de la péritonite reparaître au moment où pour remédier à la constipation il prescrivait de l'huile de ricin. Cette médication est très-rationnelle, toutefois il lui manque la sanction de l'expérience.

3° Le malade gardera un repos absolu; il évitera avec soin les mouvemens brusques, toute pression un peu forte. Si le météorisme est porté à un haut degré, on peut prescrire, dans l'intention d'y remédier, l'application sur le ventre d'une vessie remplie d'eau froide. On ne devra avoir recours à ce moyen qu'après s'être assuré de l'intégrité parfaite des organes pulmonaires; c'est même avec la plus grande réserve qu'on devra l'employer en hiver.

Je pourrais terminer ici ce travail déjà peut-être trop long; cependant, je veux encore m'appesantir sur quelques particularités des perforations.

Si nous examinons sous quelle influence sont survenues les perforations, nous trouvons que dans cinq cas que j'ai rapportés, les malades mangeaient trop; dans le fait consigné dans la clinique médicale, par M. Andral, le malade mangeait trop, et la perforation est survenue après l'administration d'un purgatif prescrit pour remédier à un embarras intestinal. Dans une observation recueillie dans le service du professeur Bouilland, le malade n'entra à l'hôpital qu'après l'invasion de la péritonite : il n'avait jusque-là cessé de manger malgré le dévoiement. M. Dubois a consigné dans sa thèse l'autopsie de cinq individus morts des suites de perforation intestinale; il n'existait dans tous ces cas que deux ulcérations peu étendues; l'auteur n'entre dans aucun autre détail. Il est probable que ces malades mangeaient au moment de la rupture de l'intestin; quant à M. Louis, souvent il oublie de noter les prescriptions alimentaires, de sorte que sous le point de vue qui nous occupe, nous ne pouvons tirer aucun parti des faits qu'il a observés : toutefois, si nous nous rappelons que des *huit* observations rapportées par cet auteur, *cinq* ont été placées parmi les fièvres typhoïdes latentes, par conséquent légères; si nous nous rappelons que dans quelques cas, les symptômes de la péritonite ont été précédés plusieurs jours d'une augmentation dans la diarrhée; si nous examinons l'époque éloignée de la maladie où la perforation s'est montrée, nous pourrons présumer que plusieurs malades, dont M. Louis rapporte l'histoire, mangeaient trop au moment où cet accident est survenu. Je n'ai jamais observé de perforation dans le service de M. Broussais père; ce médecin, dans les maladies du canal intestinal, recommande l'alimentation avec la plus grande réserve. Il est impossible, d'après tout ce que nous venons de dire, de ne pas voir un rapport de cause et d'effet entre l'alimentation prématurée et les perforations de l'intestin.

Depuis long-temps, j'ai fait une remarque que je suis bien aise de consigner ici. Dans les observations recueillies dans les hôpitaux civils, et consignées dans certains ouvrages, on voit très rarement signalées des récrudescences, par suite des écarts dans le régime, tandis que dans les hôpitaux militaires, ces infractions au régime sont souvent constatées : cette différence tient-elle à la police de l'hôpital ? Une surveillance très-active est exercée dans les établissemens militaires; je doute qu'elle se fasse mieux dans les hôpitaux civils; je ne sais à quoi attribuer cette différence, car je ne peux croire que les médecins ne s'enquièrent pas scrupuleusement de toutes les causes qui peuvent amener une récrudescence dans une maladie, et dès-lors qu'ils ne les signalent.

J'ai dit que les perforations intestinales surviennent principalement pendant le cours des fièvres typhoïdes légères : en effet, des six observations que j'ai rapportées, quatre appartiennent à des cas légers; sur douze cas observés par MM. Louis et Chomel, dix fois cette lésion a été trouvée chez des sujets dont l'état n'offrait auparavant rien d'alarmant. Il en est de même d'un fait observé à la clinique de la charité, et que j'ai déjà cité. Dans l'observation rapportée par M. Andral, il n'existait qu'une seule ulcération. Dans les cinq cas observés par M. Dubois, il n'y avait que deux ou trois petites ulcérations. Tous les auteurs ont signalé cette particularité; mais ils n'ont pas cherché à l'expliquer : ainsi M. Chomel dit qu'on est obligé de reconnaître une espèce de liaison entre les cas où la fièvre typhoïde est légère et la perforation; il pense que le météorisme est la cause occasionnelle la plus fréquente de cette lésion. Tout en admettant que le météorisme peut déterminer dans certains cas une perforation, je dois dire que ce symptôme est surtout très marqué dans les fièvres typhoïdes graves, et que la perforation se montre dans les cas légers; je dirai de plus que le colon transverse est le siége le plus fréquent du météorisme, et que la perforation existe à peu près constamment vers la valvule. Voici, ce me semble, comment il convient d'envisager cette particularité que j'ai signalée dans les fièvres typhoïdes très graves, la mort survient par l'étendue de la phlegmasie, et l'intensité des phénomènes de réaction; si la maladie doit avoir une heureuse issue, tous les phénomènes morbides disparaissent assez rapidement, les follicules ont à peine suppuré, s'il existe des ulcérations de la muqueuse, elles sont peu profondes, peu étendues, et se cicatrisent assez facilement; on ne prescrit des alimens qu'avec la plus grande réserve. Toutefois, dans certains cas où la guérison a été obtenue, il est rationnel de penser qu'il existait dans le canal des ulcérations assez nombreuses et profondes qui, peu à peu, se sont cicatrisées; un régime alimentaire bien approprié a pu seul amener cette heureuse terminaison. Dans les fièvres typhoïdes légères, au contraire, les phénomènes généraux disparaissent bientôt: on accorde des alimens au malade. De là, formation des fèces, qui, en contact avec les ulcérations, s'opposent à leur cicatrisation, entretiennent l'inflammation et favorisent ainsi la communication de l'intérieur avec l'extérieur du canal, ou bien pour donner un peu de ton et réveiller l'appétit encore peu décidé, on prescrit des purgatifs, des toniques; les contractions anti-péristaltiques qui en sont le résultat déterminent la rupture de la tunique péritonéale qui formait encore le fond d'une ulcération. Ainsi disparaît, je crois, ce que présente de particulier la plus grande fréquence des perforations dans la fièvre typhoïde légère.

La perforation intestinale est un accident assez fréquent de la fièvre typhoïde, et si on ne l'a pas signalé plus tôt, c'est qu'on faisait fort mal les autopsies, et qu'une petite ouverture peut bien échapper au milieu des pseudo-membranes qui tapissent l'intestin dans les cas de ce genre. Mais cet accident appartient-il exclusivement à la fièvre typhoïde et ne peut-il pas survenir pendant le cours d'une inflammation de la muqueuse du canal? Quelques médecins d'un haut mérite répondent affirmativement à la

---

avec la base du poignet un point fixe sur la région temporale, il porte l'extrémité de la lance vers la cornée, etc. (1812, p. 98.) » L'auteur avait fait usage avec succès de cette méthode simple et commode; ce qui prouve, comme on l'a dit avec justesse, qu'elle ne mérite pas l'oubli ni les reproches des ophthalmologues.

Je signalerai ici une cause d'erreur de diagnostic pour la cataracte; il est certaines formes de taches légères de la cornée qui projettent un reflet profond dans l'intérieur de l'œil, au point de simuler un trouble réel du cristallin, des praticiens de talent s'y sont trompés. Ce sont là ces cataractes *fausses* qui peuvent guérir par des topiques ou des pommades, et qui font la fortune des charlatans. Ces taches ont une influence digne de remarque sur l'état de l'iris, dont il est bon d'être prévenu pour éviter l'erreur : ainsi, dans l'amblyopie irritative, la pupille est, d'ordinaire, étroite; mais lorsqu'il existe une tache centrale du miroir de l'œil, elle est dilatée, et il ne faudrait pas en conclure à la non existence de l'amblyopie; car cet état est commandé par le trouble kératique, il dépend de la cornée et non de l'amaurose. La même chose arrive pour certaines variétés de cataractes commençantes; mais ici il y a une distinction pratique à établir : la pupille est mobile dans la cataracte cristalline; elle est souvent immobile et déformée dans la capsulaire, par suite d'adhérences, qui amènent parfois un phénomène à noter; c'est que, par le fait des contractions de l'iris, elles se tirent en filamens, que quelques ophthalmologues ont pris pour des vascularités de la capsule.

L'amaurose, et surtout l'amblyopie congestive est fort commune en Italie; le professeur de Padoue a judicieusement remarqué que cette amblyopie a souvent pour caractère d'être partielle, phénomène qu'ont nié à tort quelques oculistes, et que j'ai plus d'une fois eu occasion de constater; elle a fréquemment un début brusque; elle cède aux révulsifs dirigés sur le rectum. Il importe de ne pas la laisser dégénérer en amaurose torpide, qui n'est d'ordinaire que consécutive à l'amblyopie irritative (1); distinction qui établit une différence importante pour la pratique, malgré la doctrine des médecins qui regardent l'amaurose comme de nature constamment asthénique.—Quelques modernes ont nié l'amblyopie symptomatique, qu'on a nommée *amaurose vermineuse :* par mydriase; M. Torresini m'a montré un flacon renfermant plus de soixante ascarides lombricoïdes, dont l'expulsion suffit pour guérir brusquement une fille amaurotique, de l'âge de 14 ans.—Je ne ferai plus qu'une remarque sur cette maladie : on a beaucoup parlé d'amauroses guéries par l'opération d'une cataracte co-existante; je dois dire que le plus souvent on voit des amblyopies incomplètes, compliquées de l'opacité de la lentille, devenir rapidement totales après l'opération.—Je crois pouvoir dire, d'après l'expérience, que la cauté-

---

(1) Cette remarque est d'autant plus utile que l'amaurose est une maladie plus commune : dans la statistique qu'on a donnée dans la *Gaz. Méd.*, (4 mars 1837) des malades traités à la clinique, dans le dernier trimestre de 1835, on voit que sur le nombre total de 480 affections oculaires, il y avait 68 amauroses, dont 52 étaient de *nature congestive* ou irritative. L'amblyophie congestive a paru plus fréquente dans l'âge de 30 à 50 ans, sur les yeux à iris brun, et chez les personnes qui fatiguent beaucoup leur vue, comme les couturières, et surtout les cordonniers, qui travaillent à une lumière concentrée.

Question. M. Chomel ajoute que si chez un individu atteint de diarrhée, de fièvre, bien que peu violente, il survient tout à coup les symptômes d'une péritonite, on devra reconnaître une perforation intestinale consécutive à l'ulcérationdes follicules intestinaux et *liée par conséquent à une maladie typhoïde* (clinique médicale). Il est peu philosophique de nier que l'inflammation des tuniques de l'intestin puisse déterminer une perforation. Pour moi, je pense qu'une entérite simple peut désorganiser, détruire successivement les trois tuniques du canal; il en est ainsi dans les perforations de l'estomac, dans celles qui reconnaissent pour cause une inflammation gangréneuse, dans les perforations qui s'opèrent de dehors en dedans. Au reste il est aisé d'expliquer pourquoi les perforations ont lieu particulièrement dans les gastro-entérites folliculeuses. L'inflammation des glandes, des follicules, gagne bien plus en profondeur qu'en étendue: le contraire s'observe le plus souvent dans l'inflammation des membranes, les maladies de la peau vont nous en fournir un exemple. L'érysipèle quoique intense pérégrine, effleure tout le corps et se termine rarement par suppuration. L'inflammation des follicules de la peau, l'*acné*, au contraire, gagne surtout en profondeur et se termine presque constamment par suppuration. La muqueuse intestinale est par son organisation une véritable peau interne; l'inflammation s'y comporte comme à la peau. La distinction de la gastro-enterite en villeuse et folliculeuse, émise par M. *Scoutteten*, me paraît importante.

Les propositions suivantes forment le résumé de mon travail:

1° Les perforations intestinales constituent un accident assez fréquent des fièvres typhoïdes légères;

2° Presque constamment l'ouverture de l'intestin est étroite; elle a son siége aux environs de la valvule iléo-cœcale;

3° Les symptômes de cet accident sont ceux de la péritonite aiguë à des dégrés divers;

4° La mort en est la terminaison la plus ordinaire; elle a lieu même peu de jours après le début de la péritonite;

5° Une des causes les plus fréquentes des perforations intestinales, c'est l'alimentation prématurée ou trop copieuse;

6° Le meilleur moyen de prévenir cette lésion, c'est vers la fin des fièvres typhoïdes, de prescrire les alimens avec beaucoup de réserve, d'en surveiller l'emploi et surtout de bien choisir ces alimens;

7° Les antiphlogistiques, la diète, l'opium à haute dose, le repos le plus absolu, forment le traitement le plus rationnel des accidens qui accompagnent les perforations intestinales.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS.

I. THE LONDON MEDICAL GAZETTE.

Les cahiers des mois d'octobre, novembre et décembre contiennent les articles originaux suivans: 1° *Leçons sur le rhumatisme et ses effets*, par M. Macleod, médecin de l'hôpital St-Georges; 2° *Note sur l'hydrophobie*, par M. Hawkins; 3° *Trois cas d'affections de l'utérus*, par M. Ellis; 4° *Exostose fort volumineuse au pied, opérée avec succès*, par M. Falcon; 5° *Dissection d'une luxation ancienne du pouce*, par M. Adais Lawrie, professeur de chirurgie à Glascow; 6° *Accouchement artificiel, pratiqué avant terme avec succes*, par M. Cory, chirurgien à *East London Lying-in institution*; 7° *Blessure pénétrante de l'abdomen, atteignant le diaphragme, le foie, l'estomac et la rate*; 8° *Du nitrate d'argent dans les maladies cutanées*; 9° *Blessure grave à la gorge*; observation recueillie à Westminster hospital; 10° *Leçons sur les maladies de poitrine*, par M. William; 11° *Remarques sur l'emploi de la belladone, comme moyen prophylactique de la contagion de la fièvre scarlatine*, par M. William Maclure; 12° *Considérations sur le rhumatisme*, par M. Hingeston; 13° *Du traitement des plaies faites par armes piquantes*, par M. S. Cooper; 14° *Mémoire sur les mouvemens et les bruits du cœur*, par MM. William et Robert; 15° *Opération de rhinophastie, pratiquée avec succès à l'hôpital de St-Barthelemy*; 16° *Hémorrhagie utérine, arrêtée à l'aide du seigle ergoté*; 17° *Leçons de médecine légale*, par M. Southwood Smith; 18° *Remarques sur la nature et le traitement des différentes formes du* porrigo, par M. Walter Dick; 19° *Clinique de l'hôpital St-Georges*; 20° *Remarques sur les kystes pileux des paupières*, par J.-T. Lawrence; 21° *Des fièvres continues de l'Afrique Septentrionale*, par M. Mac-Diormed.

DISSECTION D'UNE LUXATION ANCIENNE DU POUCE, PAR M. ADAIR LAWRIE, PROFESSEUR DE CHIRURGIE A GLASCOW.

Obs. — Le cadavre d'une femme a été porté dans l'amphithéâtre du docteur Hunter, offrant une luxation ancienne de la première phalange du pouce en arrière. Les informations qu'on a prises ont appris que le mal existait depuis trois ans et que plusieurs tentatives de réduction avaient été inutilement faites par des chirurgiens habiles très connus. Les mouvemens du pouce avaient été en partie rétablis, et s'exécutaient sans douleur. A l'examen sans dissection, on trouve le pouce raccourci; la seconde phalange n'est pas fléchie sur la première, et son articulation est susceptible de mouvemens libres de flexion et d'extension. Du reste, pas de gonflement; la nature de la lésion est très évidente.

Par la dissection on trouve 1° l'extrémité de la phalange tirée en arrière, vers le bord interne de l'os métacarpien, correspondant à un pouce environ de distance de ce bord. L'extrémité de l'os métacarpien fait saillie en avant et se trouve éloignée du bout correspondant de la phalange pour la distance indiquée.

2° Le ligament antérieur est déchiré à son attache sur l'os métacarpien; le postérieur est poussé en arrière et paraît sain. La portion antérieure du ligament latéral externe est déchirée; la postérieure est fort tendue et poussée en arrière sur l'os métacarpien, qu'elle croise. Le ligament interne est sain. Existence de plusieurs brides ligamenteuses nouvelles, qui joignent ensemble les os déplacés.

3° Les muscles extenseurs sont poussés en arrière; ils sont fortement distendus sur l'extrémité de la phalange. Le muscle abducteur est poussé en arriere et dans un état de légère tension. Les opposans sont à peine dérangés. Les fléchisseurs (long et court) offrent un changement remarquable. Le docteur Hunter a cru que le *flexor brevis* n'avait pas été déchiré et que l'extrémité de l'os métacarpien avait passé entre ses deux portions, qui paraissaient fortement accolées aux côtés de l'os; un examen plus attentif cependant a démontré que la plus grande partie de la portion externe avait été déchirée, la tête de l'os métacarpien ayant passé à travers ses fibres; mais que la portion interne du même muscle était saine et adaptée sur le bord interne du même os métacarpien. Le tendon du long fléchisseur est adapté sur le bord interne de l'os métacarpien et à côté de la portion interne du *flexor brevis*; il comprime

---

risation de la cornée qu'on a préconisée contre l'amaurose réussit plutôt dans la mydriase avec simple faiblesse de la vue; elle rend le mouvement à l'iris, et un peu de ton à la rétine; mais elle ne m'a jamais paru rendre la vue abolie, et elle expose à des ophthalmies graves, comme j'ai pu l'observer dans le service de M. Lisfranc.

Mes recherches *sur la cure radicale de la fistule lacrymale* (Bullet. de thér., 30 janv. 1836) me portaient à étudier les résultats des méthodes employées en Italie. M. Andreini, de Florence, a recours à celle de Scarpa; il pense que c'est l'obstruction du canal qui en est le plus souvent la cause; c'est contre lui qu'il dirige ses moyens: il incise le sac, passe d'abord une corde à boyau pour dilater pendant quelques jours, puis place le clou de Scarpa; la guérison complète exige huit à neuf mois de traitement. Il n'emploie pas la canule de Foubert, dite à tort de Dupuytren, par cela même que le conduit nasal est malade; elle augmente l'irritation, et est mal supportée; aussi les succès commencent à se trouver plus rares qu'on ne le disait. M. Torresani, de Padoue, se conduit d'après les mêmes principes; c'est la méthode des écoles italiennes. Je n'ai pas vu employer (et il serait avantageux de le faire), la modification ingénieuse de Rosas qui, en creusant l'instrument d'un canal central, a réuni les avantages de la canule de Foubert à ceux du clou de Scarpa.

Je terminerai par une remarque pratique sur le staphylôme: il arrive souvent que l'œil devient très douloureux, et s'enflamme par le contact de l'air, *et par le mouvement continuel des paupières*. Dans quelques circonstances, je proposerais d'essayer la *symblepharose artificielle*, par l'avivement du bord libre des paupières, suivi de leur réunion adhésive. En France, dans un cas, ce moyen a couvert le staphylôme, mis le globe à l'abri de l'air, épargné l'ennui d'un bandeau, en donnant à l'œil son voile naturel, et permis à la phlegmasie de se résoudre. Ce moyen pourrait être expérimenté de nouveau.

PAVIE.

Le professeur Flarer a un procédé opératoire particulier pour la cure du *trichiasis* étendu; il pratique la résection de la zône pilifère: il fait tendre la paupière malade sur une palette convexe placée au-dessous; il engage alors dans son épaisseur la pointe effilée du bistouri, et fait une division parallèle au cartilage tarse, séparant ainsi la paupière d'un angle à l'autre en deux parties, l'une antérieure, et l'autre postérieure. Il détache ensuite un lambeau antérieur par une section transversale qui coupe derrière le bulbe des cils, et qu'il a soin de ne faire que la seconde, parce que les douleurs et le spasme rendraient l'autre incision impraticable, si on l'exécutait en dernier lieu. La plaie se cicatrise en deux ou trois jours; il ne peut y avoir de récidive, puisque le bulbe pilifère est enlevé, l'opération est rapide; sur le cadavre, elle laisse une paupière qui n'a d'autre difformité qu'une absence de cils; c'est une modification du procédé de Vacca-Berlinghieri pour l'entropion.

M. Flarer pratique l'extraction (par la kératotomie oblique de Wenzel), quand la cataracte est ferme, l'œil et le malade sains, et le globe oculaire pas trop enfoncé. Si l'ophthalmie survient, elle peut être plus vive qu'après la dépression, mais elle est plus franche et se dompte par un traitement énergique. La kératotomie supérieure de Richter lui paraît plus difficile et sans avantage. (L'extraction n'est pas inusitée en Italie, comme on l'a écrit en France.) En

l'abducteur en le poussant en arrière. Ce dernier muscle, l'abducteur, n'offre pas d'autre altération.

4° Le nerf digital externe est poussé sur le côté interne de l'os métacarpien et gît entre cet os et la phalange, vers le point où les deux os chevauchent.

5° Aucun os sésamoïde n'a été rencontré sur l'os métacarpien; il est probable qu'on en rencontrerait entre la phalange et l'os métacarpien, si on avait voulu pousser plus loin la dissection; mais M. Lawrie a craint de trop maltraiter la pièce pathologique qu'il voulait conserver.

Voulant éclaircir les conséquences pratiques qui découlent de cette intéressante observation, l'auteur s'est livré à des expériences sur le cadavre, en reproduisant artificiellement des luxations du pouce, et en disséquant ensuite les parties. Il a luxé le pouce, tantôt incomplètement, tantôt complètement, en poussant la tête de la première phalange du pouce fortement en arrière. Voici le résultat de ces expériences.

Luxation incomplète. Ses caractères sont: légère tumeur en avant et en arrière; la postérieure fait saillie directement en arrière. L'articulation phalango-phalangienne est pliée comme le chien d'un fusil (*dog-head of a gun*), et ne peut être étendue. Difformité considérable.

Dissection. Aucun déchirement musculaire. L'abducteur et les deux portions du fléchisseur court sont un peu tiraillés et poussés en arrière. Le tendon du long fléchisseur est considérablement distendu, mais non déplacé, il conserve sa position naturelle sur la partie antérieure de l'articulation, et entre les deux têtes du court fléchisseur. Le ligament antérieur est déchiré en partie; le postérieur est entier et tiraillé. Le ligament latéral externe offre un déchirement de quelques-unes de ses fibres antérieures; les postérieures sont fort tendues. Le ligament latéral interne est entier et un peu refoulé en arrière. Les extrémités articulaires des os sont en partie déplacées; celle de la phalange est en arrière et un peu en dedans. La réduction a été facile; il a suffi pour cela de tirer les os en sens contraire; aussitôt que le tendon du long fléchisseur a été mis en ligne directe, il a tiré les os vers leur situation naturelle.

Je n'ai jamais, dit l'auteur, rencontré cette espèce de luxation sur le vivant; mais je présume qu'elle n'a besoin d'aucune manœuvre chirurgicale pour être réduite, car la seule action du long fléchisseur ou une légère pression exercée par le patient lui-même sur l'articulation doit suffire. Cela se conçoit, attendu le peu de déplacement musculaire capable d'opposer une résistance sérieuse.

Luxation complète simple. Caractères: tumeur antérieure et postérieure bien marquée. La tumeur postérieure est un peu en dedans. L'articulation palango-phalangienne est fléchie et peut être cependant facilement étendue.

Dissection. Les muscles adducteur et abducteur sont à peu près comme dans le cas précédent. La portion interne de la moitié externe du flexor brevis est déchirée par l'extrémité de l'os métacarpien; la portion restant gît sur le bord externe de l'os et un peu en arrière. La moitié interne est adaptée sur le côté interne de l'os, et un peu en arrière. Le tendon du long fléchisseur a glissé de la partie antérieure de l'articulation au côté interne de l'os métacarpien, et est poussé considérablement en arrière, pressant sur la portion interne du court fléchisseur; la portion de la gaîne qui le lie à l'articulation et à l'extrémité de l'os métacarpien est déchirée; celle qui l'unit à la phalange est saine. Le ligament antérieur est déchiré, à l'exception de sa portion interne, qui est entière. Le ligament postérieur est entier, quoique tendu; l'interne est également sain. La portion antérieure du ligament externe est légèrement déchirée, la postérieure est fort tendue, refoulée en arrière et traverse un peu l'os métacarpien. Le déplacement de la phalange en arrière ne dépasse pas un demi-pouce. Les os sésamoïdes restent attachés à la phalange. La réduction sur le cadavre a été facile.

Chez le vivant, les difficultés proviennent:

De l'action musculaire. Les muscles les moins lésés et dont l'action est la plus facile à surmonter, sont les extenseurs, l'adducteur et l'abducteur. Les fléchisseurs long et court sont moins aisés à combattre. Nous voyons, en effet, que l'os métacarpien se porte toujours à travers la portion externe du flexor brevis, et qu'il s'adapte très fortement contre les fibres restantes et la moitié interne du même muscle; et que le tendon du long fléchisseur placé sur le côté interne de l'articulation tire les phalanges en dedans et les porte fortement en contact avec l'os métacarpien. Ces obstacles, bien que fort grands en réalité, sont néanmoins, d'après l'auteur, surmontables à l'aide de la saignée, des antimoniaux et de la poulie.

2° *Des ligamens.* Mes expériences m'ont fait reconnaître, dit M. Lawrie, qu'on a trop attribué aux ligamens latéraux dans la résistance qu'on éprouve. S'ils étaient la cause de la difficulté, on aurait dû l'éprouver à peu près également sur le cadavre que sur les vivans, ce qui n'est pas. C'est, selon lui, une erreur de croire que l'os métacarpien est retenu par les ligamens latéraux qui l'empêchent de glisser. Le ligament interne est trop petit pour offrir de la résistance, et l'externe ne paraît pas être trop opposant, car la phalange étant tirée en dedans, ce dernier ligament se trouve entraîné dans son sens, et un peu en travers sur l'os métacarpien; d'où il résulte que dans les efforts de réduction, il agit sur le côté externe de la face dorsale du même os.

Si la phalange luxée était poussée en avant et fléchie vers la paume de la main par le chirurgien, la résistance serait peut-être considérable; mais jamais cela ne doit se faire pour la réduction; en conséquence, rien ne peut justifier la pratique de Desault, qui prescrit d'inciser les ligamens. Pour surmonter les difficultés, il faut, d'après l'auteur, faire usage de la poulie, presser les os en sens contraire, en poussant le métacarpien du côté de la paume, et la phalange du côté dorsal; étendre le pouce dans la direction de la pointe des autres doigts, et non vers la paume; presser, en même temps les os métacarpiens en arrière et en avant, et la phalange en avant et en dehors; enfin, fléchir tout d'un coup l'articulation et la réduction aura lieu.

3° *Des saillies osseuses* existantes sur le dos du métacarpe et sur la face antérieure de la phalange. Les mêmes manœuvres ci-dessus suffisent pour surmonter cet obstacle.

Luxation complète compliquée. La variété dont l'auteur veut ici parler consiste dans un déplacement plus grand que dans le cas précédent; les os chevauchent d'un pouce au moins. Dans ce cas l'extrémité de l'os métacarpien a complètement traversé la portion interne de la moitié externe du muscle court fléchisseur; le ligament antérieur est complètement déchiré de son attache à l'os métacarpien et reste adhérent à la phalange et aux os sésamoïdes; il est en conséquence avec ces mêmes os poussé en arrière par la phalange et placé entre elle et l'os métacarpien. Cet état est rendu permanent par la contraction des muscles attachés aux os sésamoïdes et au ligament antérieur; toutes les lésions sont ici plus exagérées dans les deux cas précédens. Il résulte que l'ouverture ligamenteuse, par

général, M. Flarer pratique de préférence l'abaissement par kératonyxis ou scléroticonyxis; dans ce dernier procédé, la névralgie de l'œil lui a paru plus fréquente; mais non cependant dans le rapport de un sur dix opérés. Après l'opération, on a l'habitude de fermer les yeux; M. Flarer n'y emploie pas le diachylon, parce qu'il développe des érysipèles; il se sert de bandelettes de taffetas d'Angleterre, et même il s'en abstient après la dépression, parce qu'il a remarqué qu'elles retiennent les larmes qui s'altèrent, et produisent de la douleur, de l'irritation et parfois des accidens. Elles sont mieux indiquées après l'extraction, pour maintenir fermée la plaie de la cornée, et empêcher que l'œil ne se vide.

L'oblitération pupillaire congéniale est extrêmement rare; elle est susceptible de se résoudre spontanément (cela a lieu au septième mois chez le fœtus), ainsi que l'a vu M. Flarer dans le seul cas qu'il ait rencontré. Dans les autres cas, faut-il opérer, quand il reste un œil sain? Oui, dit M. Flarer, si l'on peut faire correspondre la pupille artificielle avec l'autre, et lui donner une grandeur suffisante; non, dans les circonstances opposées. Quant au procédé, il est rare que l'œil soit assez large pour permettre la double incision en quatre, proposée d'après la théorie *renouvelée* par M. Maunoir (M. F. Mayor, de Genève, s'occupe d'un travail d'anatomie comparée qui conduit à des conclusions opposées à l'hypothèse de M. Maunoir); d'ailleurs, quand il existerait deux ordres de fibres, on a oublié que, tout étant modifié par l'état morbide, cette distinction resterait inefficace par défaut de ton de ces tissus long-temps malades. M. Flarer suit une modification du procédé de Beer. (Dans la belle collection inédite des dessins de M. Sichel, j'ai trouvé un cas de *pupille artificielle spontanée*: par suite d'un iritis, il s'étant formé une adhérence au côté interne de la cornée; les fibres iriennes, tiraillées par le retour des contractions, paraissent s'être rompues, et il s'est opéré une pupille artificielle *spontanée*, en dedans de la pupille normale qui existe; comme elle, elle est obronde, et présente cela de remarquable qu'on voit à l'entour un cercle où les fibres sont serrées et contractées concentriquement avec la même apparence qu'à la pupille naturelle; Janin avait déjà vu de ces pupilles artificielles offrir, *bien que placées au milieu des fibres radiées*, des mouvemens de dilatation et de resserrement, ce qui contrarie l'existence de deux *muscles* antagonistes.)

Pour les tumeurs kystiques des paupières, M. Flarer préfère, contre l'opinion de Scarpa, faire l'incision *en dehors*, comme exposant moins à l'inflammation; il ajoute que la cicatrice disparaît à la longue. Du reste, il n'est pas besoin d'extraire tout le kyste; jamais il n'a vu de récidive après la simple excision. M. Roux se déclare aussi contre Scarpa. En 1836, j'ai, avec M. Pierou, enlevé un kyste presque suppuré, sur un médecin vétérinaire, par l'incision *interne* sur la muqueuse, avec la précaution de faire sans cesse des lotions narcotiques qui prévinrent l'inflammation. Le sac ne fut pas tout enlevé, suppura quelques jours, puis, avec des collyres astringens, se cicatrisa, sans qu'il y ait eu récidive.

Carmichael, de Dublin, en 1829, et plus tard, Guthrie (London, Med. Gaz. IV—309) ont préconisé l'huile essentielle de térébenthine dans les inflammations lentes de l'iris et de la choroïde: M. Flarer l'a expérimentée depuis 1834; il résulte d'un mémoire publié en 1836 sur ce sujet, par le docteur Trinchinetti, agrégé à la clinique, que, après que les autres moyens avaient échoué, la térébenthine a réussi dans des iritis subaigues et chroniques, soit *primitifs* (rhumatiq. ou traumatiq.; 4 obs.; dans la quatrième, il y avait aussi glaucôme: il

laquelle s'est échappé l'os métacarpien, est poussée en arrière pour un demi-pouce environ; les restes de ce ligament, conjointement aux os sésamoïdes, forment une cloison entre les os déplacés; c'est cette cloison qui oppose quelquefois une résistance insurmontable aux efforts de réduction. Ces observations expliquent pourquoi la réduction a été possible dans quelques cas, impossible dans d'autres.

La position du nerf digital dans le fait ci-dessus démontre qu'à l'exception des os sésamoïdes et du ligament, les autres tissus sont plus fermement appliqués à la phalange qui les entraîne en arrière et s'en coiffe qu'à l'os métacarpien.

Lorsque la réduction paraît impraticable par les moyens ci-dessus, l'auteur prescrit le procédé suivant : prenez une clé de porte qui soit plus longue que le doigt; adaptez le pouce luxé dans son anneau, fixez-le et appliquez la poulie à la clé : donnez, en attendant, du tartre émétique; saignez jusqu'à syncope; employez en même temps les manipulations ci-devant indiquées, etc.

Il n'approuve pas en général l'emploi du bistouri pour cette réduction; néanmoins si l'on s'y décide, il faudrait, dit-il, s'en servir d'un fort et étroit, et le glisser, si la chose est possible, dans l'articulation et entre les os, de manière à désengager le ligament antérieur et les os sésamoïdes de leur position contre nature. Cette opération devrait être faite au moment où la poulie continue à agir. Comme le ligament latéral externe n'est pas la cause de l'obstacle, il serait tout-à-fait inutile de le couper. M. Lawrie l'a coupé sur le cadavre, la réduction n'est pas pour cela devenue plus facile. Il croit que les cas les plus difficiles à réduire sont ceux dans lesquels le ligament latéral externe est complètement déchiré, parce qu'alors le déplacement est plus considérable.

« M. A. Cooper se trouvant à Glascow au moment où je venais de faire » ces recherches, j'ai été bien aise de lui montrer la pièce pathologique. » Lui ayant demandé d'où provenait d'après lui la difficulté de la réduc- » tion dans les cas de cette nature, il m'a répondu de suite : *Des os sésa- » moïdes; du moins pour les luxations du gros orteil que j'ai eu l'oc- » casion de disséquer*. Cette réponse s'accorde parfaitement avec les » faits qui précèdent. »

La réduction des phalanges luxées a de tous temps occupé les chirurgiens à cause des difficultés très grandes qu'on éprouve souvent à l'effectuer. Du temps de l'Académie de chirurgie un médecin avait proposé à cette assemblée un procédé nouveau et qui consistait à saisir la phalange luxée entre les mords d'une tenaille, de la tirer fortement et de la remettre ainsi à sa place. J. L. Petit dit avec raison que l'auteur de ce procédé mériterait bien avoir quelquefois les doigts pincés. Depuis ce célèbre chirurgien jusqu'à nous, on peut dire sans crainte d'être démenti que la science est restée presque entièrement stationnaire à l'égard de la luxation des phalanges; aussi regardons-nous comme importantes les considérations qui précèdent de M. Lawrie.

REMARQUES SUR LES KYSTES PILEUX DES PAUPIÈRES; PAR M. LAWRENCE.

Il y a quelques années, j'ai dû enlever, dit M. Lawrence, une petite tumeur placée à l'angle externe des paupières chez un enfant. Elle offrait le volume d'une petite fève sans changement de couleur à la peau; la peau qui la couvrait était tellement mobile qu'on pouvait la pincer aisément. La tumeur paraissait en conséquence profondément placée. La mère de l'enfant a déclaré que la grosseur existait dès la naissance, et qu'elle avait augmenté par degrés. Après avoir incisé la peau, la tumeur a paru couverte par le muscle orbiculaire; ce muscle ayant été divisé, M. Lawrence a trouvé que le kyste avait pris naissance à l'angle orbitaire externe du frontal. Le kyste était mince, blanc et poli : il était rempli de matières graisseuses analogues à du suif mou, et de poils noirs et courts entremêlés à cette substance et disposés par mèches surtout à la surface de la graisse.

Les tumeurs semblables à celles-ci, continue M. Lawrence, ne sont pas rares chez les enfans à la région palpébrale : elles sont généralement congénitales, leur volume reste quelquefois stationnaire, et elles ne causent d'autre incommodité qu'une très-légère difformité. Je connais un monsieur qui porte dès sa naissance une grosseur de ce genre à l'angle externe des paupières sans augmenter aucunement de volume, ni causer de douleur. La graisse que ces kystes contiennent est quelquefois liquide comme de l'huile; d'autres fois elle est épaisse. J'ai constamment trouvé des poils en quantité variable dans leur intérieur; ces poils ont beaucoup de ressemblance avec ceux du sourcil. L'endroit de leur naissance est au-dessous du muscle orbiculaire, et le kyste adhère plus ou moins à l'os frontal.

Deux circonstances sont importantes à rappeler dans l'ablation de ces tumeurs : 1° faire une grande incision à la peau et au muscle qui les couvrent afin de les isoler convenablement; 2° exciser le kyste en totalité de la base. Si le kyste n'est pas enlevé en totalité, M. Lawrence s'est assuré que la plaie ne se cicatrise point complètement. Il parle d'une dame qui avait été opérée d'une tumeur semblable placée entre les sourcils, la plaie est restée béante, le kyste n'a fait consécutivement que se remplir et se vider de temps en temps, et la femme était plus affligée qu'avant l'opération. Une sonde qu'il a introduite dans l'ouverture arrivait jusqu'à l'os; il a débridé la plaie et mis son fond à découvert; il a trouvé un fragment de kyste couvert de poils qui adhérait au périoste; il en a fait l'extirpation, et la femme guérit.

M. Lawrence a rencontré une fois une de ces tumeurs sur le dos du nez; elle était congénitale et offrait une petite ouverture par laquelle un stylet pouvait être introduit. Cette ouverture laissait de temps en temps couler de la matière grasse. Tous les remèdes qu'on employait avaient été inutiles; il l'a incisée largement et mis le fond à découvert; il y a trouvé une membrane luisante couverte de poils et adhérant aux os du nez; il en a fait l'excision, et la guérison a eu lieu.

II. THE LANCET.

Les cahiers des mois d'octobre, novembre et décembre contiennent les articles originaux suivans : 1° *Histoire de plusieurs cas malheureux de lithotripsie*, par M. Jeaffreson; 2° *Des moyens propres à produire l'extinction de la rage*, par M. Eagle. L'auteur suppose que la source véritable de la rage est dans un état particulier des organes génitaux; il fait observer qu'elle ne se développe spontanément chez les animaux que dans la saison du rut; aussi propose-t-il la castration comme moyen d'extinction de la maladie chez tous les animaux domestiques; 3° *Nouvelle espèce de luxation de l'humérus*, par Hale Thompson; 4° *Gangrène du membre inférieur par suite d'une maladie du cœur*; 5° *Hydropisie enkystée de l'ovaire; ponction; soulagement temporaire*; 6° *Tuyau*

---

a été amélioré, et la vue en partie rendue), soit *consécutifs* à des opérations de cataracte par scléroticonyxis comme par kératonixis (8 obs.) souvent accompagnées de kératites, et parfois d'hypopyon ou d'hypohema. Dans un cas, elle échoua; l'iritis tenait à la présence du cristallin déplacé et branlant qui venait heurter contre le cercle pupillaire.

La térébenthine, d'après ces expériences, abat la douleur, calme l'état général, diminue la congestion oculaire et le larmoiement, et favorise l'absorption du pus, ou du sang épanché dans la cornée, ou dans la chambre antérieure; elle est diurétique, et donne aux urines l'odeur de la violette. Souvent elle constipe, et parfois produit l'état de l'estomac qu'on nomme gastrisme (*gastrismo*). On la donne suspendue dans une émulsion d'amandes; la dose varie de 1/2 à 4 drachmes pour 6 à huit onces de véhicule. Il est bon d'ajouter quelques grains de sel de soude pour prévenir le gastrisme; on peut l'employer concurremment avec les autres moyens thérapeutiques.

L'espace ne me permet pas de parler des ophthalmies granuleuses, catarrhales, scrophuleuses, etc.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Les altérations les plus communes dans les musées sont sans contredit les ossifications; d'après leur degré de fréquence, elles se rangent dans l'ordre suivant : 1° le cabinet de Florence possède plusieurs cas de *choroïde* ossifiée; 2° Et un plus grand nombre pour la *choroïde* et la *rétine*; on en recueille toujours; l'une des pièces a été trouvée en 1832; Bologne en a aussi plusieurs; de telle sorte qu'on peut en suivre tous les degrés, depuis l'induration fibreuse jusqu'à la dégénérescence osséiforme : d'après l'analogie (plèvre, vaginale, arachnoïde), on présume qu'elle débute dans une séreuse spéciale, ce qui lui vaut souvent le titre de *ossification de la membrane de Jacob*. 3° J'ai cité le cas d'un cristallin ossifié (Milan). 4° A Florence, il y a plusieurs ossifications formées dans l'humeur vitrée. 5° M. Schon en a recueilli deux pour les artères ophthalmiques : le premier, sur un nonagénaire, dont les deux artères étaient garnies d'écailles osseuses; l'un des yeux avait une cataracte grise, et l'autre voyait assez bien; le second, sur une femme de 65 ans, dont l'ophthalmique gauche était garnie à moitié, et la droite presque remplie par un cylindre osseux; il y avait amaurose de l'œil droit, et amblyopie du gauche.

Tout œil où il se forme des ossifications a une tendance atrophique, et alors il revêt une forme caractéristique : il devient quadrilatère par la pression des quatre muscles droits. J'ai analysé et expliqué ailleurs (Voy. Milan) les changemens qui surviennent dans l'orbite après l'atrophie ou la perte de l'œil. Je ne reviendrai pas non plus sur la cyclopie. (Voy. Padoue.)

Je signalerai une pièce que m'a montrée M. Torresini, et où l'on distingue un prolongement, avec épaississement, de la membrane vasculaire de la rétine qui, pendant la vie, avait simulé une cataracte. Ce serait une *nouvelle espèce de cataracte*. J'ajouterai que chez un sexagénaire qui avait, vingt-cinq ans avant sa mort, perdu la vue et l'œil d'un côté, par une ophthalmie blennorrhagique, il a trouvé une ossification de la choroïde et de la rétine. Cette dégénérescence a d'ordinaire une origine phlegmasique.

Le cabinet de Pise renferme une transformation *mélanique* d'un œil, et du nerf optique lui-même, dans l'étendue de plusieurs lignes, trouvée chez un

de plume brisé dans l'urètre; 7° *Sur le traitement des fractures sans attelles*, par M. Ainsworth ; 8° *Faits pratiques recueillis à l'hôpital des enfans de Paris*, par M. Green ; 9° *De la structure de la peau chez le negre ;* 10° *Empoisonnement mortel causé par quatre gouttes de laudanum chez un enfant âgé de quatre ans*, par M. Johnston Kelso ; 11° *Tumeur de l'ovaire extirpée avec succès*, par M. West ; 12° *Fistule salivaire opérée*, par M. Monseley ; 13° *Rétrécissement de l'urètre guéri à l'aide d'une opération sanglante*, par M. Mainwaring ; 14° *Hypertrophie du cœur chez un enfant âgé de quatre ans ;* 15° *Clinique sur les maladies de la peau*, par M. Wallace ; 16° *Invagination et prolapsus de l'intestin grêle dans l'intestin rectum*, par M. Georges May. *Mort sans autopsie ;* 17° *Ablation de la clavicule pratiquée avec succès*, par Benjamin Travers, chirurgien à l'hôpital Saint-Thomas ; 18° *Remarques sur l'auscultation*, par M. Hope, médecin à l'hôpital Saint-Georges ; 19° *Remarques critiques sur une opération de lithotripsie*, par M. Hempson ; 20° *Cas d'un enfant né sans jambes, amputation spontanée*, par M. Smith ; 21° *Sur un cas de ponction de la vessie chez une femme*, par M. David Oliver ; 22° *Cas d'ossification du placenta*, par M. Gilbert, médecin à Beaminster ; 23° *Perforation de l'estomac chez une personne chlorotique*, par M. Crisp. Discussion à la Société médico-chirurgicale de Londres sur ce sujet ; 24° *Plusieurs cas de pneumonie recueillis à l'hôpital Saint-Georges*. par M. Hope ; 25° *Rétrécissement grave de l'urètre guéri à l'aide d'une opération sanglante*. par M. Liston ; 26° *Traitement de l'hydropisie ovarienne à l'aide de la cautérisation répétée par la potasse appliquée sur la peau*, par M. Constant Salwyn.

TUMEUR OVARIENNE EXTIRPÉE AVEC SUCCÈS, PAR M. WEST.

OBS. — Madame Hurrion, âgée de 45 ans, mère de trois enfans, s'aperçut d'une tumeur abdominale depuis treize ans. Il y a quatre ans, ayant été appelé pour l'accoucher, M. West touche la femme et sent une tumeur dans l'escavation, engagée entre le pubis et la tête de l'enfant ; il fait des efforts, repousse la tumeur dans le ventre et l'accouchement a lieu. Jusqu'alors la tumeur n'avait fait que des progrès forts lents ; mais après cette époque, son volume augmenta considérablement, au point de remplir tout l'abdomen et de gêner beaucoup la respiration. D'autres symptômes assez graves existaient d'ailleurs pour obliger le chirurgien à prendre un parti décisif. L'ablation de la tumeur ayant été réclamée par la malade elle-même, elle a été pratiquée par M. West, en présence de plusieurs médecins dont il cite les noms.

Il a pratiqué une incision verticale de la longueur de deux pouces sur la ligne médiane dont l'extrémité supérieure répondait à un pouce au-dessous de l'ombilic. Pour cette incision la peau a été pincée transversalement comme pour l'opération de la hernie étranglée. Il a divisé couche par couche les tissus sous-jacens jusqu'au péritoine comme dans la taille hypogastrique. Le péritoine étant mis en évidence dans toute l'étendue de la plaie, l'opérateur l'a pincé sur un point, et à l'aide d'une sonde il l'a divisé dans le sens de la plaie. La tumeur a été par là mise en évidence. M. West a commencé par l'assurer au dehors à l'aide d'un fil qu'il a passé vers la base moyennant une aiguille ; il a plongé ensuite aux trois quarts dans la poche morbide et en a retiré vingt pintes de sérosité limpide. Le fil a servi parfaitement pour tirer le kyste au dehors à mesure que les eaux s'écoulaient. Après cela, l'opérateur a appliqué une forte ligature de soie à la base du kyste restant, près de la trompe de Fallope, dont il a coupé les chefs près des nœuds, et a excisé, avec le bistouri, la partie placée en deçà de la ligature. La plaie abdominale a été réunie à l'aide de quatre points de suture. La malade a perdu à peine une cuillerée de sang pendant l'opération. On l'a couchée et on lui a administré deux grains d'opium qu'on a répété tous les soirs avec quatre grains de calomel. Des lotions spiritueuses froides ont été faites constamment sur le ventre.

Les suites de l'opération ont été très simples, la réaction a été aisément combattue. Le sixième jour la plaie était réunie par première intention. Guérison complète. Depuis l'opération la femme a pu reprendre les occupations de la campagne, et s'est toujours bien portée par la suite.

Un fait analogue au précédent a été dernièrement rapporté par la GAZETTE MÉDICALE. Les résultats obtenus en Angleterre par ce mode de traitement des kystes ovariens paraissent tellement satisfaisans qu'on conçoit à peine au premier abord pourquoi les notabilités chirurgicales du continent désapprouvent tout-à-fait ce genre d'opérations. On en conçoit cependant aisément la raison lorqu'on songe aux insuccès presque constans observés chez nous depuis un quart de siècle. Mais cette différence de résultats ne pourrait-elle pas tenir au mode d'opérer ? C'est là une question que l'expérience seule peut décider.

OBSERVATION D'EMPOISONNEMENT PAR QUATRE GOUTTES DE LAUDANUM, PAR LE DOCTEUR KELSO.

OBS. — Le 25 août on apporta au docteur Kelso un enfant de neuf mois, et qui présentait les symptômes suivans : assoupissement profond avec quelques mouvemens convulsifs des muscles des extrémités inférieures ; la face quoique pâle ne porte l'expression d'aucune souffrance. Les deux pupilles sont considérablement dilatées et les yeux tournés en haut. Le pouls bat environ 60 fois par minute et est intermittent et fort petit. La mère lui apprit alors que son enfant étant souffrant depuis sa naissance, elle avait été obligée pour le calmer de lui donner de temps en temps de petites doses de laudanum, et que le jour même de sa venue, elle lui en avait administré quelques gouttes dans un peu de son lait vers les neuf heures du matin, et que l'ayant ensuite trouvé dans l'état que nous venons de dire, elle le lui avait apporté immédiatement.

L'emploi du sulfate de zinc comme émétique, suivi d'aspersions froides sur la tête détermina une légère amélioration ; mais au bout de quelques heures, l'enfant mourut presque subitement.

La rapidité de ces accidens et la mauvaise renommée de la mère ayant éveillé des soupçons sur la cause de la mort, on mit la mère en prison, et l'autopsie fut ordonnée.

Autopsie trois heures après la mort : rigidité complète du corps, les ventricules sont distendus par un sang épais et noir ; et les deux ventricules latéraux contiennent une grande quantité de sérosité. Tous les organes du thorax sont à l'état normal, à l'exception d'un léger engorgement du tissu pulmonaire. L'estomac fortement distendu par de gros replis vers la région épigastrique à l'intérieur, n'offre rien, ainsi que le reste du tube digestif, qui ne soit à l'état normal.

L'auteur de cette observation analyse assez longuement une enquête qui fut faite à l'occasion de cet empoisonnement, et de laquelle il ressort que la mère de l'enfant ne lui donna pas plus de quatre gouttes de laudanum avant l'accident. Il rapporte ensuite plusieurs cas, où une quantité égale ou même moindre détermina le même effet. Dans un de ces cas, appartenant au docteur Alison, trois gouttes de ce médicament déterminèrent un narcotisme fatal. Dans un autre, dont on a publié les détails, le même résultat suivit l'administration de moins de deux gouttes et demie ; mais dans ces deux cas, les enfans n'étaient âgés que de quelques jours, tandis que le sujet de l'observation précédente n'avait pas moins de neuf mois et avait pris ce médicament assez fréquemment pour que ces effets eussent dû être moins énergiques.

EMPLOI DU NITRATE D'ARGENT DANS LES MALADIES CUTANÉES, PAR M. CHAPMOT.

L'auteur de cette communication rapporte quelques exemples de l'efficacité de l'emploi du nitrate d'argent, d'après la méthode d'Higginbo-

---

adulte opéré par M. Regnoli ; deux ans après, il n'y avait pas d'apparence de récidive ; la mélanose y est moins sujette que le cancer ; confondue à tort avec ce dernier, par M. Walter, elle se rencontre dans tous les points de l'œil ; on n'y trouve pas les caractères de la dégénérescence cancéreuse ; c'est une altération de l'état du pigmentum, donnant une matière noire, due peut-être à un épanchement, soluble en partie dans l'eau, de manière à faire de l'encre. Le cancer de l'œil se présente sous deux formes, et il affecte deux siéges primitifs ; l'encéphaloïde naît de la rétine ou du nerf optique ; le fongus hématode de l'iris, et surtout de la conjonctive (il faut peut-être ajouter de la choroïde). La nature cérébriforme de l'un et vasculaire de l'autre explique cette prédilection ; différens par leur siége et leurs symptômes, ils se ressemblent par les tristes priviléges du cancer, mais n'ont rien d'identique avec la mélanose.

On a beaucoup discuté sur la *cataracte noire* des Allemands, qui, dans le diagnostic, peut, dit-on, se confondre avec l'amaurose. Les recherches d'anatomie pathologique ne viennent pas à l'appui de cette doctrine ; on a trouvé une altération dans la densité et dans la forme du cristallin ; il paraît être dur comme une pierre, et rendre, quand on le frappe, un son inaccoutumé ; outre cette induration, il présente une teinte d'un brun jaunâtre ; sur le malade, il donne lieu à une convexité antérieure, et ne permet pas de voir le fond de l'œil ; dans ces cas, il est difficile, avec un peu d'habitude et d'attention, de le confondre avec l'amaurose. J'ai observé moi-même des dessins de pièces pathologiques qui montrent, dans la *cataracte noire*, cette forme et cette dégénérescence de la lentille cristalline.

Il ne faudrait point croire que l'hypopyon présente toujours, comme le disent nos livres classiques, la disposition semilunaire avec un niveau horizontal ; l'anatomie pathologique en révèle plusieurs formes, et le diagnostic n'en est pas toujours aussi facile que l'annoncent les traités élémentaires : lorsque la matière purulente qui le constitue est diffluente, elle lui donne exactement la figure d'une demi-lune ; si elle est très fluide, l'hypopyon peut même être mobile ; mais dans les cas où elle est épaisse et compacte, il n'y a plus ce nivellement ; on a vu la compression d'un onyx en changer tout-à-fait l'aspect ; quand ce pus concret se secrète en plusieurs points, il reste en place par sa ténacité, et c'est encore une nouvelle variété. Si la cornée est en même temps malade et trouble, on conçoit combien cette complication peut ajouter à la difficulté du diagnostic.

Je regrette de ne pouvoir parler de l'anopsie, du pannus, de la cataracte végétante, etc.

— Par ordonnance en date du 20 décembre, M. Frédéric Cuvier, membre de l'Académie des sciences et directeur de la ménagerie, est nommé à la chaire de professeur de physiologie comparée qui a été créée au muséum d'histoire naturelle. (*Moniteur.*)

— Par ordonnance en date du 18 décembre, ont été révoquées les ordonnances qui avaient concédé au docteur Koreff et à M. Wolowski l'autorisation d'exercer la médecine en France. (*Moniteur.*)

ton, dans plusieurs affections cutanées, et spécialement dans l'érythma nodosum, et les affections squammeuses. Voici comment il l'emploie après avoir lavé la peau avec de l'eau et du savon, et l'avoir séchée. On humecte de nouveau la surface sur laquelle on doit opérer, puis on passe légèrement une ou deux fois le nitrate d'argent, suivant la délicatesse de la peau, et on laisse sécher. Il n'est besoin d'aucun pansement, et la partie doit être maintenue fraîche. La légère vésication qui se développe dans les 24 premières heures ne tarde pas à disparaître, et dans 15 jours la pellicule noirâtre commence à se détacher. Les observations suivantes sont rapportées par l'auteur à l'appui de son assertion :

Obs. I. — Henshow se présente, le 8 octobre 1829, à la consultation du sieur Bothélmi, avec une éruption de *psoriosis diffusa* sur les deux bras, et dit en être tourmenté depuis 18 mois. Sa santé générale a néanmoins toujours été bonne jusqu'au 25 novembre. On essaie une foule de moyens différens : à l'intérieur les antimoniaux et les mercuriaux, à l'extérieur le sulfure de potasse en potion et l'onguent mercuriel, et sans le plus léger effet sur l'économie. Alors on passe le nitrate d'argent sur les parties les plus malades.

Le 30, l'épiderme s'était détaché ; la peau mise à nu parait dans un état assez satisfaisant ; les points sur lesquels elle était le plus profondément altérée ne présentent que de légères inégalités. Le même traitement est appliqué à une autre partie, et on ordonne au malade 3 grains de pilules de Plummer chaque soir.

Le 7 décembre, la seconde application a été aussi efficace que la première, et les points sur lesquels elle avait été faite n'offraient aucun indice du retour de a maladie. Le reste de la peau est touché avec le nitrate.

Le 14, les bras n'offrent que quelques inégalités sur les points qui étaient malades, mais rien qui indique l'apparition de nouvelles écailles. On continuera les pilules.

Le 14 janvier, le bras ne présentait aucune trace d'éruption.

Obs. II. — Marie Ghort, âgée de 17 ans, se présente à la consultation en août 1927, avec des plaques de *lepra vulgaris* sur les bras, les jambes et plusieurs autres parties du corps. Elle avait commencé plus d'un an auparavant, par des taches circulaires sur le corps, et qui de là ont gagné les membres depuis. La liqueur arsénicale, le deuto-chlorure de mercure, les bains tièdes et d'autres moyens encore ont été employés jusqu'à ce moment, non seulement sans produire d'amélioration, mais encore sans arrêter les progrès de la maladie.

Le 11 janvier, le nitrate d'argent est appliqué sur le bras droit, et, le 15, sur le gauche.

Le 19, les squammes ont entièrement disparu sur les points où l'épiderme a été enlevé, ne laissant que de légères écailles çà et là. Le nitrate d'argent est appliqué de nouveau sur ces points.

Le 1er février, les bras sont complètement débarrassés. Le dos et ensuite les jambes sont traités de la même manière.

Le 16 mars, il n'y a plus de trace de lèpre. Par précaution, un cautère est appliqué au bras.

Le 24 mai, la santé de Marie est excellente. L'éruption n'a pas reparu.

ABLATION DE LA CLAVICULE, PAR M. BENJAMIN TRAVERS, CHIRURGIEN-SÉNIOR DE L'HÔPITAL SAINT-THOMAS. DISCUSSION SUR CE SUJET A LA SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE LONDRES.

Un jeune homme, âgé de 10 ans, natif des Indes-Orientales, résidant en Angleterre depuis cinq ans, offrait une tumeur dans le centre de la clavicule gauche. Le mal avait commencé vers l'été de 1836, sous la forme d'une grosseur du volume d'une petite noix, que ses parens attribuaient à une chute que l'enfant avait faite dix jours auparavant. Deux mois après, la tumeur avait acquis le volume d'un œuf de pigeon ; elle était élastique et douloureuse à la pression. Plusieurs remèdes résolutifs ont été employés sans succès jusqu'au mois de mai 1837. A cette époque la tumeur avait acquis un développement considérable; sa base occupait les trois quarts externes de la clavicule. Deux tiers environ de la masse morbide se montraient au-dessus de cet os, de manière que la tumeur était aussi visible par derrière lorsque le malade était debout. M. Travers a cru que cette tumeur ne pourrait être enlevée sans emporter la clavicule en même temps.

L'opération a été pratiquée le 6 juin 1837, un an après le début de la maladie. Elle n'a offert aucune difficulté insurmontable, aucun vaisseau considérable n'a été lésé. La clavicule a été enlevée en totalité, moins une petite partie vers son extrémité sternale. Quatre mois après l'opération, la cicatrice était complète et le sujet bien portant. L'épaule et le bras conservent leur direction et leur force normales ; on aurait pu croire *a priori* que le moignon de l'épaule aurait été entraîné en avant, mais il n'en a rien été : le jeune homme fait de son bras tout ce qu'il veut, et il s'amuse à ramer sur la Tamise. En touchant la cicatrice, on sent aujourd'hui qu'une nouvelle production osseuse a lieu de l'extrémité tronquée de la clavicule; cette production offre la longueur de deux pouces et s'étend jusqu'au centre de la cicatrice.

La tumeur ayant été divisée selon son grand diamètre, offre une texture cellulaire remplie de sang coagulé et noir. M. Travers la regarde comme le résultat de la contusion qui avait eu lieu sur le tissu cellulaire de la région. Il pense qu'à la suite de cette contusion une extravasation de suc médullaire osseux a eu lieu dans les mailles du périoste, qui a emmené la résorption d'une partie du parenchyme de la clavicule. Pour lui beaucoup de tumeurs de cette nature ne dépendent que d'une lésion de la membrane médullaire de l'os frappé.

Discussion. M. Arnolt n'est pas satisfait de l'explication avancée par M. Travers. Il se rappelle un fait analogue arrivé chez un homme, âgé de 65 ans; dans ce cas le mal s'est déclaré à la suite d'une fracture de la clavicule ; il s'est montré d'abord une tumeur à l'endroit même de la fracture ; puis une tumeur pareille sur le sternum. Ces tumeurs n'étaient point douloureuses mais élastiques et pulsatiles; les pulsations leur étaient communiquées par les vaisseaux voisins. Deux mois avant sa mort, le malade se plaignit de douleurs vives aux cuisses; on a présumé qu'une troisième tumeur s'était formée aux lombes. Ces douleurs ont résisté à tous les remèdes et duré jusqu'à la mort. A l'autopsie, on a vu qu'on ne s'était pas trompé, une tumeur existait à la région lombaire. La tumeur claviculaire offrait le volume d'un œuf et était couverte par le périoste resté intact; elle était formée d'un tissu cellulaire rempli de sang caillé et rouge. La tumeur sternale offrait absolument les mêmes conditions.

Dans un autre cas, M. Arnolt a été obligé d'extirper le bras pour une tumeur sous-périostale analogue aux précédentes; mais la maladie a reparu trois années plus tard dans les os du crâne et s'est terminée par la mort. A l'autopsie on a trouvé que cette tumeur s'étendait dans le diploé, et qu'une maladie pareille existait sur le côté opposé de la boîte crânienne, sur les clavicules, les fémurs, le sternum et sur plusieurs côtes. Ces tumeurs avaient pris naissance dans le tissu alvéolaire ou cellulaire du parenchyme osseux.

M. Macilwain regarde la maladie du sujet de M. Travers comme dépendant d'un principe constitutionnel fixé sur la clavicule à l'occasion de la contusion. Une contusion n'est pas par elle-même susceptible de produire une pareille maladie.

M. Hawkins pense également qu'il faut nécessairement admettre quelque chose de particulier dans l'organisme pour expliquer la formation de la tumeur. Pour lui la bonne apparence préalable de la santé de l'enfant et son état bien portant actuel ne sont pas une preuve de la non malignité de la maladie. On voit tous les jours, dit-il, des personnes opérées d'une maladie maligne se porter bien pendant plusieurs années ; ensuite périr du retour de la même maladie. Pourquoi d'ailleurs les contusions des os n'entraînent-elles pas toujours les conséquences présumées par M. Travers?

M. Earle croit qu'une maladie très simple et très innocente d'abord peut à la longue devenir maligne. Il a observé un cas pareil aux précédens à la suite d'un coup sur le poignet ; la tumeur était accompagnée de douleur; il amputa le membre ; mais la maladie ayant reparu, le malade a succombé. La tumeur offrait une structure analogue à celle du cas de M. Travers.

M. Earle ajoute néanmoins que dans deux cas de même nature à la jambe, le sang extravasé entre les fragmens de la fracture resta liquide pendant plusieurs mois sans que la tumeur prît un mauvais caractère ; on pratiqua la ponction, le sang fut évacué, et le malade guérit.

M. Travers revient sur son idée première, il regarde la tumeur comme de nature tout-à-fait bénigne, se basant sur la bonne constitution de l'enfant et l'apparition de la tumeur dix jours après la fracture de la clavicule. Il serait peu logique, dit-il, de se jeter dans des hypothèses obscures pour expliquer un fait alors qu'on peut s'en rendre compte par les données les plus simples.

DES FIÈVRES CONTINUES DE L'AFRIQUE SEPTENTRIOLALE, PAR M. MOCDIOSMID.

La colonie de Sierra Leone est visitée périodiquement par des fièvres continues, qui frappent surtout les colons européens. C'est ce qui est arrivé en 1823, en 1829 et en 1837. L'auteur donne ici l'historique de la dernière épidémie, et, après avoir établi quelques rapprochemens entre elle et les précédentes, dont il donne les principaux caractères, il en conclut à l'identité de l'état morbide à ces trois époques différentes. Bien que l'exposé du caractère de cette maladie ne soit pas aussi complet qu'on pourrait le désirer, cependant il n'est pas sans intérêt de connaître les formes qu'affectent les fièvres continues dans des contrées différentes des nôtres et de les rapprocher de celles qu'elles présentent dans les autres climats. Nous allons suivre dans l'analyse de ce mémoire l'ordre qu'a suivi l'auteur, commençant par la description de la dernière épidémie, et terminant par une courte note des épidémies précédentes.

La maladie commença à se manifester par quelques cas très rares dès les premiers jours de janvier ; mais ce ne fut que vers le 16 mars qu'elle prit un caractère bien décidé. L'époque de sa plus grave action fut vers le mois de mai, pendant lequel elle atteignait tous les membres d'une famille quand une fois elle y était entrée, les uns après les autres, et sans distinction d'âge, de sexe, de tempérament. A cette époque, la maladie s'étendit le long des côtes ; les vaisseaux de guerre et les vaisseaux marchands qui se trouvaient dans cette direction en souffrirent, tandis que les villages dans les montagnes et les postes militaires qui se trouvaient à la porte de la ville en étaient presque complètement exempts.

Les baraques sont bâties à 400 pieds au-dessus de la ville et sont de toutes parts accessibles à l'air. On attendait avec impatience la pluie, qui ordinairement fait cesser la fièvre, et elle arriva à la fin de mai et dans les premiers jours de juin. Ses effets bienfaisans se firent sentir.

Cette maladie, qui enleva en peu de temps le tiers des Européens qui résidaient à Victoria, sans compter les marins, était généralement précédée des symptômes précurseurs de la fièvre, qui venaient le plus souvent pendant la nuit; puis survenaient la céphalalgie, la soif, l'anxiété, les douleurs par tout le corps, et (ce qui était le caractère spécifique de cette maladie) une chaleur brûlante et un sentiment d'oppression considérable à la région précordiale. A l'examen, la peau paraissait chaude et sèche, les yeux étaient injectés; le pouls donnait de 120 à 130; il y avait de la douleur à l'abdomen, mais point à la région épigastrique. Quelquefois il y avait du vomissement d'une liqueur oxide ou bilieuse, et les selles, quand il y en avait, étaient copieuses, foncées et très fétides.

Le troisième jour, la maladie semblait se terminer d'une manière heureuse; tous les symptômes offraient un amendement notable; mais ils ne tardaient pas à reprendre leur gravité et à en offrir de plus graves : un hoquet continuel, qui n'était interrompu que par un vomissement de matières semblables à du marc de café; les évacuations étaient du même caractère, avec une odeur tout à fait spéciale, qui se dégageait du malade et remplissait toute la chambre où il couchait. La disparition du pouls, le tumulte du cœur, les extrémités froides et couvertes d'une peau gluante, la cessation des douleurs et la conscience de la part du malade de l'état grave et même de la mort qui le menaçaient, malgré l'intégrité de ses fonctions intellectuelles, annonçaient une fin prochaine et inévitable. Les vomissemens rares étaient enfin les symptômes les plus importans. L'auteur dit n'avoir vu que trois cas où ils n'eurent pas lieu. Dans quelques cas rares, il y a eu aussi beaucoup de délire.

La maladie ne cessa qu'à la fin de juin, époque où les tempêtes étaient fortes et fréquentes.

Le traitement était tout à fait empirique; le mercure en faisait la base, et le praticien se hâtait d'obtenir, aussitôt qu'il le pouvait, la salivation. Un vésicatoire était appliqué à l'épigastre, et autour on mettait cinq ou six douzaines de sangsues; et on faisait des fomentations continuelles sur le ventre. La saignée n'a été que peu employée par l'auteur, qui dit en avoir obtenu des effets trop faibles au début pour être autorisé à la continuer ensuite. Les trois cas où il y eut recours se terminèrent par la mort.

A l'autopsie on trouva, dit l'auteur, des marques évidentes d'inflammation, surtout dans les organes abdominaux et l'intestin grêle; la muqueuse de ce dernier présentait de larges taches d'injections sanguines, au milieu desquelles se trouvaient des plaques gangréneuses et des ulcères profonds.

Dans l'épidémie de 1823, les vomissemens nous annonçaient déjà les symptômes les plus caractéristiques et à la fois les plus graves. Les malades cependant conservaient de l'espoir jusque dans leurs derniers momens; et quelquefois, avant la mort, leur peau offrait, surtout au col et à la poitrine, une couleur d'un jaune plombé.

Dans l'épidémie de 1829, la coloration jaune de la peau apparaissait dès le quatrième et le cinquième jour, et paraissait même après la mort, et l'estomac parut dans quelques cas sphacelé; la muqueuse de l'estomac et des intestins était couverte d'une couche épaisse de mucosités transparentes et très adhérentes. Sur quelques points réunis, ces mucosités ressemblaient à de fausses membranes et se trouvaient détachées au milieu des matières grumeuses et noires que contenaient, dans tous les cas, l'estomac et les intestins.

III. THE LONDON MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL.

Les cahiers des mois d'octobre, novembre et décembre contiennent les articles originaux suivans : 1° *Cas remarquables de rupture de la matrice*, par M. Hooper; 2° *Traitement de la teigne à l'aide du sulfure d'iode*; 3° *Cas rare de calcul urinaire*, par M. Hodgkin; 4° *Oblitération du vagin; mort; autopsie*; par M. Henry Oldham; 5° *Observation d'hydropisie abdominale, recueillie à l'infirmerie d'Edimbourg*; 6° *Remarques physiologiques et pathologiques sur la portion dure de la septième paire*, par M. Shaw; 7° *Lésion traumatique de l'œil*, par M. Crampton; 8° *Leçons cliniques de M. Brodie sur les varices des jambes*; 9° *Remarques nouvelles sur l'état du pouls dans les maladies*, par M. Guy; 10° *Empoisonnement avec de la crème de tartre*, par M. Tyson; 11° *Considérations sur le diagnostic des maladies de l'utérus*, par M. Ashwell; 12° *Cas de spina-bifida intra-pelvien accompagné de symptômes extraordinaires*, par M. Bryant.

CAS TRÈS REMARQUABLE DE CALCUL URINAIRE, PAR M. HODGKIN.

Un enfant, âgé de 2 ans, présentait les symptômes rationnels de la pierre. Plusieurs explorations avec la sonde, faites par des hommes très exercés, n'ont pu constater la présence du corps étranger; enfin l'enfant mourut. A l'autopsie, on trouve la vessie très épaissie; elle contient deux pierres, ayant chacune le volume et la forme d'un œuf de pigeon : leur couleur est blanchâtre comme celle des calculs phosphatiques; mais, chose remarquable, en place d'offrir la dureté des concrétions terreuses, elles présentent une mollesse et une élasticité telles qu'on les aurait dits couverts d'une couche musculaire. Cette circonstance explique pourquoi la sonde dans la vessie n'avait donné aucun signe de leur présence : mais ce n'est pas tout.

Examinés à contre-jour, ces calculs offrent un léger degré de transparence, analogue à celle de quelques acephalocystes. Cette circonstance a jeté du doute sur la nature de ces corps; aussi s'est-on hâté d'en diviser un en deux parties. La section fait voir qu'il est composé d'une substance blanche, terreuse, opaque, disposée par couches concentriques et très fragiles. Deux ou trois de ces couches minces sont formées de matière semblable à celle de tous les calculs blancs. La fragilité des couches intérieures était telle que, par la simple section, elles se sont fracturées et réduites en écailles, mais sans perdre leurs rapports réciproques; tous ces fragmens ont été retenus en place par la ténacité des couches membraneuses, de manière que les deux moitiés de l'œuf pouvaient être réappliquées ensemble. La ressemblance des couches membraneuses était telle avec celles des acephalocystes que plusieurs praticiens ont pris ces calculs pour des acephalocystes pénétrés de substance calcaire. M. Hodgkin cependant ne partage pas cette opinion.

« Il existe, dit-il, au n° 878 du muséum de l'hôpital Guy, l'exemple d'un enfant qui rendait avec les urines une quantité considérable de fibrine, sous forme laiteuse, mêlée à un peu de sang, et offrant l'apparence du chyle : cette matière se coagulait spontanément comme le sang, et le coagulum prenait la forme du vase qui le contenait. On voit encore dans le muséum un de ces coagulums.

» Or je suis porté à croire que le petit malade dont il est question souffrait d'une affection des reins analogue ou pareille à celle du sujet du muséum. Sa vessie contenait probablement deux nucléons pierreux sur lesquels la matière fibrineuse des urines est venue s'incruster et former la couche sémi-diaphane extérieure que les deux corps présentent. L'urine de mon malade effectivement offrait quelque chose de pareil à celle de l'enfant du muséum, et la couche extérieure des deux pierres offre évidemment les mêmes apparences de la fibrine qui s'attache au bout d'un bâtonnet avec lequel on agite le sang qui sort d'une veine. Cette couche fibrineuse paraît couverte d'une autre couche de matière phosphatique, ce qui a dû arriver dans une époque où les urines avaient perdu le caractère ci-dessus. C'est ainsi par les changemens successifs de l'état des urines que j'ai expliqué la composition variable des différentes couches de plusieurs pierres de notre muséum. Cette donnée explique également la fragilité extrême des couches intérieure ou du nucléon des deux calculs et leur ténacité à conserver leur position respective. »

Ce fait est intéressant sous plusieurs rapports, d'abord sous le point de vue du diagnostic. Il est évident que les pierres se trouvaient dans ce cas dans des conditions analogues à celles des calculs enkystés et que leur présence pouvait être plutôt présumée que constatée par la sonde. Les instrumens de la lithotripsie cependant auraient pu peut-être éclaircir les doutes si après leur introduction la pierre se fût accidentellement présentée entre leurs branches. Ensuite, sous le rapport des conditions physiques des deux corps étrangers, ce qui permet de ranger le fait au nombre des cas forts rares. Il est à regretter cependant que l'auteur n'ait point fait analyser chimiquement les calculs ni les urines rencontrés dans la vessie; cette analyse seule aurait pu confirmer ou infirmer l'explication avancée par lui. Il est à regretter aussi que dans un fait aussi important l'auteur ait négligé les détails des phénomènes particuliers que le petit malade avait présentés durant la vie, et de l'état des reins et des autres viscères après la mort.

CAS DE SPINA-BIFIDA INTRA-PÉLVIEN, ACCOMPAGNÉ DE CIRCONSTANCES EXTRAORDINAIRES; PAR M. BRYANT.

Dans le commencement de l'année 1833, une jeune femme, âgée de 25 ans, se plaignait de ballonnement et dureté à l'abdomen. Son ventre a paru se tuméfier plus à droite qu'à gauche, et est devenu aussi volumineux que celui d'une femme enceinte de neuf mois. Elle déclare que, depuis son enfance, elle a eu toujours le ventre gros, et qu'elle avait été plusieurs fois soignée pour cela. Ses manières paraissent celles d'une femme bien élevée et décèlent une intelligence développée.

On lui prescrit des frictions de teinture d'iode. Après trois à quatre mois de l'usage de ce moyen, son ventre a considérablement diminué : quelques semaines après cependant, son ventre est redevenu aussi gros qu'auparavant, à la suite d'une maladie inflammatoire, qui a été caractérisée par une métrite. La malade est habituellement constipée. On attribue cette métrite à l'usage trop prolongé de l'iode. En touchant la femme par le vagin, on sent une tumeur proéminer dans le fond de ce canal : le toucher avec le doigt ou le spéculum sur cette tumeur détermine des douleurs extraordinaires. On prescrit des remèdes laxatifs, et la tuméfaction abdominale s'affaisse de nouveau. La pression ces

pendant dans le fond du vagin détermine toujours des douleurs fort vives. Le col utérin est sain et indolore. On insiste sur les purgatifs, et le ventre continue à diminuer, bien qu'à vrai dire il présente toujours un certain empâtement anormal. La femme cependant se trouve assez bien à la suite de ces purgations repétées. Quelques mois après, les mêmes phénomènes se reproduisent. La tumeur paraît cette fois plus à gauche qu'à droite; la constipation est très prononcée. On emploie différens remèdes, mais le ventre continue à grossir. On soupçonne alors que la femme est enceinte: un accoucheur est appelé; il la touche, mais il ne peut atteindre le col de la matrice. La grossesse est ensuite confirmée et l'accouchement se déclare avant terme; mais la tête de l'enfant ne peut franchir le vagin, à cause de la tumeur qui proémine dans ce canal. Enfin on en vient à bout et l'on termine l'accouchement. Le quatrième jour la femme meurt des suites d'une fièvre de mauvais caractère.

Autopsie. En ouvrant l'abdomen on trouve une grosse tumeur s'étendant depuis le cartilage ensiforme jusque dans le pelvis. L'utérus est au-devant de cette tumeur et son fond s'étend jusqu'au sommet de la poche. Le sommet de cette poche paraît comme un estomac très distendu; sa partie inférieure qui se prolonge jusque dans l'excavation pelvienne fait présumer que ce n'est pas là un estomac. On enlève tous les intestins afin de mieux examiner la tumeur. On voit alors qu'elle est couverte au sommet en avant par l'épiploon et que l'estomac se trouve derrière elle. Toutes les parties qu'on enlève paraissent frappées de péritonite intense. On dissèque soigneusement la tumeur. On reconnaît alors qu'elle forme un sac séreux, rempli de liquide et qui embrasse toute la cavité du bassin. Lorsque le bistouri qui la disséquait est arrivé en arrière, il est entré d'une manière inattendue dans une cavité osseuse formée par le sacrum, et le fluide s'est échappé. On s'est alors assuré que le sac communiquait avec le canal vertebral et que l'os sacrum manquait de la moitié antérieure; cette absence osseuse commence à un pouce au-dessous du sommet du sacrum et finissait à deux pouces du coccyx. Le diamètre transverse de l'os est de deux pouces et demi. Le sac remplissait le pelvis et comprimait le rectum; de là la constipation. Le rectum est converti en une poche considérable et contient énormément de matière fécale au-dessus du point comprimé. L'utérus et ses appendices avaient été chassés en haut par le développement de la tumeur.

Le kyste est formé par les membranes de la moëlle comme dans la spina-bifida ordinaire.

L'observation qui précède est peut-être unique dans la science. Malheureusement, dans l'état actuel de nos connaissances, le diagnostic d'une pareille tumeur est absolument impossible, et nos moyens curatifs tout-à-fait nuls. Ce qu'il y a de plus remarquable, c'est que la femme ait pu atteindre un âge aussi avancé, devenir enceinte et n'offrir aucune autre lésion congénitale à l'autopsie. Il est probable qu'elle aurait vécu plus long-temps encore sans la péritonite puerpérale qui l'a emportée. La pièce pathologique qui forme le sujet de cette nouvelle variété de spina-bifida a été présentée à la Société médico-chirurgicale de Londres et consignée dans un des muséums de cette ville.

QUELQUES REMARQUES SUR LA PHYSIOLOGIE ET LA PATHOLOGIE DE LA PORTION DURE DE LA SEPTIÈME PAIRE, PAR CH. SHAW, CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL DE MIDDLESEX.

La pathologie de la portion dure de la septième paire est encore si peu avancée que nous croyons devoir reproduire le fait suivant, qui nous paraît propre à jeter quelque jour sur l'une des causes de la paralysie de ce nerf moteur:

LÉSION DE LA TÊTE AVEC PARALYSIE PARTIELLE DE LA FACE.

OBS. — Keesley, âgé de 20 ans, fut admis, le 3 septembre au soir, présentant une plaie grave de tête, qu'il s'était faite en tombant d'un wagon sur le chemin de fer de Birmingham, au moment où le train marchait avec la plus grande vitesse. Il avait été jeté hors du wagon au moment où, étant ivre, et son chapeau étant tombé, il s'était penché en-dehors pour le ramasser. Il fut apporté à l'hôpital dans un état comateux, la respiration très embarrassée et vomissant de temps en temps. Une assez grande quantité de sang sortait par les oreilles. La tête fut rasée, et des lotions froides faites à la surface.

Le 4 on a de la peine à le tirer de son assoupissement; les pupilles se contractent à la lumière; il vomit une grande quantité de bile; des purgatifs, une application de sangsues à la nuque, les cataplasmes sinapisés diminuent un peu l'état comateux. Le sang continue à couler par l'oreille.

Le 6, les muscles du côté droit de la face sont paralysés, mais sans altération de la sensibilité. Le sang ne cesse de couler de l'oreille.

Le 16, il y a eu une amélioration considérable dans l'état du malade, à l'exception de la paralysie de la face. En examinant le fond de la gorge, on trouve la luette tournée obliquement d'un côté, la pointe dirigée vers l'amygdale droite, ce qui n'empêche pas que dans l'inspiration le voile du palais ne s'élève des deux côtés. Les paupières de l'œil droit restent toujours fermées, bien que leurs bords ne se touchent pas; si on élève la paupière supérieure avec le doigt et qu'on dise au malade de fermer l'œil, elle s'abaisse de nouveau; mais ce mouvement semble presque se faire par le poids seul de la paupière, et sans l'action de son muscle orbiculaire. En examinant avec soin ce mouvement, on reconnaît qu'il dépend surtout de la rotation qu'éprouve l'œil lorsqu'on veut fermer la paupière; car c'est seulement après que la cornée a été enlevée, étant presque cachée derrière la paupière, que celle-ci touche sur le blanc de l'œil.

Le 27, l'œil droit est légèrement enflammé de même que les paupières, qui pourtant sont beaucoup plus écartées, et le malade ne peut baisser la supérieure. Le malade voit, ayant recouvré presque complètement, après l'application de deux vésicatoires derrière l'oreille, le mouvement des muscles de la face, mais non des paupières.

Ce fait n'est pas le seul où, à la suite d'un coup sur la tête, on ait observé la paralysie. L'auteur fait même remarquer que les cas analogues sont très nombreux, et que, de tous les nerfs cérébraux, c'est la potion dure qui offre le plus souvent des signes de lésion dans ce cas, et il attribue cette circonstance à la fréquence des fractures à la base du crâne, sur le trajet qui suit la portion dure de la septième paire, sous son circuit tortueux. Telle est la ténacité de ce nerf, malgré son nom, telle est l'élasticité du canal qui lui donne passage, que la moindre fissure, le moindre changement dans le rapport des parties osseuses qui lui livrent passage, la moindre quantité de sang extravasé suffisent pour le comprimer et altérer ses fonctions. Il paraît disposé à croire que chez le sujet de l'observation précédente il y a eu une fracture du temporal et qui aura produit une lésion de la portion dure de la septième paire, bien que le sujet n'ait présenté que les symptômes de la commotion cérébrale. La guérison de ce dernier ne lui paraît pas non plus un motif de repousser la supposition d'une fracture du rocher, car il existe, dit-il, au musée de l'école deux crânes qui offrent chacun un tissu dans le temporal et dont les sujets ont survécu à l'accident.

Cette observation offre encore un fait assez curieux, et dont on trouve un bien petit nombre d'exemples dans des cas analogues, c'est la direction oblique de la luette que présenta le malade pendant tout le temps qu'il fut à l'hôpital. L'auteur pense que cette déviation se liait à la lésion de la portion dure, car, dit-il, le nerf envoie une branche entière au voile du palais et à la luette, au moins au plexus qui leur fournit leurs nerfs, au plexus pharyngien. Il dit avoir déjà observé le même fait dans un autre cas, et il l'a été également dans un de leurs rapports par M. Montault. Les cas d'hémiplégie tenaces sont assez fréquens pour qu'il soit facile de constater l'exactitude de cette observation et de l'induction physiologique qui s'y rattache.

OBSERVATION D'UN CAS D'EMPOISONNEMENT PAR LA CRÈME DE TARTRE.

Hudson, âgé de 37 ans, était employé dans l'établissement du docteur Morisson, à la confection de ses pilules renommées. Il paraît qu'étant ivre, il avait avalé, en une seule fois, un quart de livre de crême de tartre, et que, pendant toute la journée, il avait continué à en mettre des fragmens dans sa bouche, afin, disait-il, de se rafraîchir l'estomac; il revint à la maison extrêmement fatigué, et pouvant à peine se traîner.

Le surlendemain, 11 octobre, il fut vu à midi par un médecin qui apprit que, pendant la nuit, il avait eu de nombreuses garde-robes et des vomissemens continuels. Il se plaignait de douleurs dans la région ombilicale, avec soif très vive. La langue était brune et sèche, le pouls faible; il avait de vives douleurs dans les reins; les cuisses et les jambes étaient paralysées. Le fluide des vomissemens était d'un vert foncé et les selles avaient la couleur du marc de café. Un opiat lui procura un léger soulagement; mais les accidens reparurent, et le malade mourut le quatrième jour à midi.

Autopsie. Le corps n'offrait ni taches ni sugillations. L'estomac, distendu par du gaz, contient environ trois onces d'un liquide brun, et qui paraît devoir cette couleur à de la bile. Il y avait près du pylore plusieurs taches rouges et l'extrémité cardiaque paraît très enflammée. La muqueuse y offre plusieurs taches d'un rouge très foncé, et qu'on dirait produit par la rupture de quelque ramuscule sanguin. La muqueuse du duodenum est rouge, mais moins que celle du cardia. La même coloration se retrouve dans les petits intestins, et dans le côlon. La muqueuse rectale offre de nombreuses petites taches sur un fond blanc. Les intestins contiennent un mucus épais et brunâtre, mais sans trace de matières fécales.

Les poumons présentent des adhérences anciennes. Le cœur est d'une dimension considérable et très flasque. Sa membrane qui tapisse l'oreillette droite est d'un rouge foncé, ainsi que celle de l'aorte. Le foie était gras, les yeux, les reins et la rate à l'état normal.

Les symptômes de cet accident et les lésions rencontrées à l'autopsie confirment l'idée de Rasori, savoir que la mort produite par une quantité considérable de crême de tartre, comme de toute autre substance contrestimulante, est plutôt due à son action hyposthénique sur la vitalité de l'organisme, qu'à son effet irritatif sur l'intestin. Une fois résorbée et passée dans le torrent circulatoire, la crême de tartre abaisse tellement le dynamisme de la constitution, que la vie s'éteint comme à la suite de l'empoisonnement par la belladone. Aussi, les remèdes stimulans, tels que le vin, le rhum, etc., sont-ils les véritables contre-poisons qui conviennent dans cette circonstance.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 2 janvier 1838.

L'Académie procède par voie de scrutin à la nomination d'un vice-président pour l'année 1838. Le nombre des votans est de 47; majorité absolue, 24.

Au premier tour de scrutin, M. Chevreul obtient 38 suffrages. M. Cordier, 4; MM. Larrey et Serres chacun 2; M. Double, 1.

M. Chevreul, ayant réuni la majorité absolue des suffrages, est proclamé vice-président; M. Becquerel, vice-président pendant l'année 1837, passe président.

IDENTITÉ DU FLUIDE NERVEUX ET DU FLUIDE MAGNÉTIQUE.

M. Becquerel lit l'extrait d'une lettre de M. Prévost de Genève, lequel annonce être parvenu à aimanter des aiguilles de fer doux en les plaçant très près des nerfs, et perpendiculairement à la direction dans laquelle il supposait que le courant électrique devait y cheminer. L'aimantation a eu lieu au moment où, en irritant la moelle épinière, on détermine une contraction musculaire dans l'animal.

CONSTITUTION DU SANG.

M. Donné présente une note contenant les résultats d'observations microscopiques qu'il a faites sur ce liquide. Il remarque d'abord que pour prendre une juste idée de la constitution des globules qui nagent dans le sérum du sang, il est absolument nécessaire de les observer immédiatement après que le sang est sorti des vaisseaux, et il annonce être arrivé, en suivant cette méthode, à découvrir dans la nature des globules rouges des différences demeurées jusqu'à présent inaperçues. La note qu'il présente aujourd'hui a pour objet la description d'une classe particulière de globules, qu'il désigne sous le nom de *globules blancs*. On en trouve, dit-il, toujours dans le sang; ils y sont d'ordinaire très peu nombreux, mais dans certains cas ils le deviennent beaucoup.

APPAREIL POUR COMBATTRE LES RÉTRÉCISSEMENS DE L'URÈTRE.

M. Benique présente un mémoire sur ce sujet.

L'auteur s'est proposé, comme l'avaient fait avant lui beaucoup de chirurgiens, de limiter les efforts de dilatation au point où existe le resserrement, et il a pensé pouvoir atteindre ce but en employant le même système dont il avait déjà eu l'idée de se servir pour l'extraction des corps étrangers engagés dans les différens conduits naturels du corps. Nous avons dit que pour remplir cette indication, il fait pénétrer au moyen d'une sonde de gomme élastique une vessie vidée qu'on injecte après qu'elle a franchi l'obstacle, et qui a ainsi pour effet, quand on ramène la sonde, de pousser devant elle, du dedans vers le dehors, le corps engagé. Ici, comme on le pense bien, la vessie, une fois arrivée au lieu où existe la coarctation, et gonflée au moyen d'un liquide introduit par la sonde, y est laissée pour agir comme corps dilatant.

M. Béniqué répond d'avance à une objection qu'il croit qu'on pourrait faire contre ce procédé, objection fondée sur la difficulté d'empêcher le liquide injeté dans la vessie dilatatrice de s'échapper à travers ses parois. On peut, dit-il, s'affranchir de cette difficulté en remplissant la vessie en question d'un liquide capable d'exercer l'endosmose. Loin de se vider, alors elle se gonflera par l'absorption des liquides ambians; elle leur empruntera en effet beaucoup plus qu'elle ne leur fournira. Il y aura cependant, poursuit l'auteur, un échange du dehors au dedans, et cette circonstance est heureuse en ce qu'elle permet sur le point affecté du canal un médicament soluble quelconque, pourvu toutefois que ce ne soit pas un de ceux qui, par leur nature, mettent obstacle aux courans endosmotiques.

NOUVEAUX GENRES APPARTENANT, L'UN A LA FAMILLE DES KANGOUROUS, L'AUTRE A CELLE DES ROUSSETTES, ET LE TROISIÈME AUX DEPENS DU GENRE ÉCHIMYS.

M. Cuvier fait en son nom et celui de M. Duméril un rapport sur un mémoire de M. Jourdan, relatif à l'établissement de ces trois genres. Comme nous avons donné une analyse fort étendue de ce mémoire, nous omettrons une grande partie des détails dans lesquels a dû nécessairement entrer le rapporteur, et ainsi nous nous contenterons de dire que pour la nouvelle espèce de marsupial qui se rapproche des kangourous par l'absence de canines, et s'en éloigne par la brièveté des membres postérieurs, l'auteur a été fondé à créer le nouveau genre qu'il désigne en raison de cette dernière particularité sous le nom d'*hétérope*.

Le deuxième genre, nommé *acerodon* par M. Jourdan, appartient à la famille des cheiropteres frugivores, et ne se distingue des roussettes proprement dites que par des molaires inférieures à trois collines, et par des molaires supérieures à collines tuberculeuses, dans lesquelles cependant se montre avec évidence le type caractéristique des molaires de cette famille. Les formes mêmes de la tête rappellent celles qui sont essentiellement propres aux têtes des espèces du genre ou du sous-genre roussette, et, comme les roussettes encore, l'acérodon a quatre incisives à l'une et à l'autre mâchoire. La considération de ces tubercules caractéristiques des molaires de l'acérodon pourrait, dit le rapporteur, faire penser qu'il existe entre ces molaires et celles des chauves-souris des rapports de structure propres à fonder entre les deux familles de cheiroptères un rapprochement beaucoup plus intime que celui qui existait avant que cette espèce fût connue.

Nous ne pensons point, dit M. Cuvier, que les modifications indiquées soient de nature à exercer une influence très sensible sur les mœurs de l'acérodon, et qu'elles établissent pour cette espèce une condition qui la distingue essentiellement des roussettes. Il faut bien distinguer dans les dents de ces deux divisions des cheiroptères les dispositions caractéristiques du groupe de celles qui ne peuvent servir qu'à distinguer les espèces. Les premières existent incontestablement chez l'acérodon : les rapports de cette espèce avec les roussettes se retrouvent même jusque dans la distribution des couleurs. L'acérodon de Meyen a la taille des plus grandes espèces de ce genre; il est originaire des Philippines, et si M. Meyen l'a décrit sous le nom de *pyrocephalus*, il ne l'a point fait de manière à ce qu'on en puisse reconnaître les caractères principaux. D'ailleurs, il ne l'a donnée que comme une simple roussette.

Quant au démembrement du genre *échimys*, M. Cuvier avait depuis long-temps signalé la construction irrégulière de ce genre et la nécessité de ramener les espèces qui le composent à leurs véritables rapports. M. Jourdan propose, pour arriver à ce but, de faire deux genres qui auraient pour type, l'un l'échimys de Cayenne, et ce serait ce groupe qui retiendrait l'ancien nom, l'autre l'échimys huppé, et celui-là serait désigné sous le nom de *nelomys*. Sans improuver positivement cette disjonction, le rapporteur pense qu'elle aurait besoin d'être appuyée sur une indication plus complète des caractères distinctifs et de leur application aux diverses espèces connues jusqu'à ce jour. Dans tous les cas, dit-il, on trouverait toujours entre les échimys et les nélomys des rapports intimes, et c'est dans le groupe naturel auquel ils appartiennent que viennent se ranger les cercomys et les agoutes, autres rongeurs de l'Amérique du Sud.

Il est encore question, dans le mémoire de M. Jourdan, de deux nouvelles espèces appartenant à des genres bien connus, et d'une troisième que l'auteur considere comme un paradoxure. Il serait difficile, dit M. Cuvier, de décider s'il appartient réellement à ce genre, et il se pourrait que le genre lui-même eût besoin d'être réformé, car avec toutes les additions qu'il a reçues successivement, il est fort à présumer qu'on sera obligé de modifier les caractères qu'on lui avait d'abord assignés, caractères qui ne s'appliqueraient plus à toutes les espèces réunies, quoique toutes ces espèces formassent réellement un groupe bien naturel.

Nous ne voulons point, au reste, dit M. Cuvier, nous livrer à un examen critique des genres ni des espèces dont il est question dans le mémoire de M. Jourdan. Cet examen nous conduirait sur la formation des espèces et des genres à une discussion déplacée, et d'autant plus que sur ces hautes questions les principes généraux ne donnent la solution d'aucune difficulté, et les principes particuliers, seuls dignes d'intérêt, paraissent être encore un sujet de controverse que nous ne pourrions aborder convenablement ici. Peu importent au reste ces principes dans le cas particulier qui nous occupe. Ce qui doit surtout fixer notre attention, ce sont les observations de M. Jourdan; elles ont un caractère de nouveauté et d'exactitude que personne ne pourra leur refuser; la science les recueillira, chacun en fera son profit suivant ses propres vues, et si par la suite on est tenté d'en tirer d'autres résultats que ceux qu'il en a tirés lui-même, on ne pourra du moins lui refuser cette justice que sans elle ces résultats nouveaux n'auraient sans doute pas été obtenus.

PROTOXIDES ET ACÉTATES DE PLOMB.

M. Pelouze fait, en son nom et celui de M. Dumas, un rapport sur un mémoire de M. Payen, relatif à ces composés.

Ce qui parait mériter dans ce travail de fixer particulièrement l'attention, c'est la découverte d'un nouvel acétate de plomb, jusqu'ici ignoré des chimistes, et celle d'une combinaison également nouvelle entre l'eau et le protoxide de plomb. Cette découverte explique plusieurs phénomènes dont la cause était encore inconnue, et sous le raport de l'analyse des matières organiques, elle devient d'un grand intérêt. En effet, on se sert fréquemment des acétates de plomb pour déterminer la capacité de saturation des acides et de quelques autres matières du règne organique. On produit par double échange des précipités, dans lesquels on examine avec le plus grand soin le rapport de l'oxide de plomb à la matière organique, afin d'en déduire le poids atomique de celle ci. Or, ce rapport est en général terminé par la composition même de l'acétate de plomb employé. Si celui-ci est neutre, le nouveau sel le sera aussi, ou au moins il aura de la tendance à le devenir; s'il est basique, la même chose se présentera encore, et l'on conçoit dès-lors l'importance qu'il y a à connaître l'existence et la composition du nouvel acétate de plomb signalé par M. Payen.

Ce sel est formé de deux atomes d'acide acétique, un atome d'eau et trois atomes d'oxide de plomb.

Si on néglige l'eau, pour ne considérer que les proportions relatives de base et d'acide, c'est un sel sesqui-basique. En assimilant, au contraire, l'eau à une base (et cela est d'autant mieux permis que la chaleur ne la dégage que dans les circonstances où le sel se décompose) on peut le considérer comme un acétate bi-basique, dans lequel un atome d'eau remplace un atome d'oxide de plomb.

Quelle que soit au reste la manière sous laquelle on l'envisage, le nouveau sel se distingue facilement des trois autres par sa composition, sa grande solubilité dans l'eau et dans l'alcool anhydre, par la forme de ses cristaux qui sont des lames hexagonales d'une grande netteté, et par plusieurs autres caractères encore.

Sa solubilité dans l'eau, beaucoup plus considérable que celle des trois autres acétates de plomb, explique très bien pourquoi une dissolution concentrée de ce sel se prend en masse aussitôt qu'on y verse quelques gouttes de vinaigre; c'est qu'alors il se produit de l'acétate neutre qui se dépose immédiatement, ne pouvant trouver assez d'eau pour rester dissous; ce résultat donne également la clé de certains accidens de fabrication depuis long-temps signalés à l'attention des chimistes.

L'existence d'un hydrate de plomb, d'abord généralement admise, avait été rendue très douteuse dans ces derniers temps par M. Winkelblech. En précipitant l'acétate et le nitrate de plomb par un excès de potasse à diverses températures, ce dernier chimiste n'était jamais parvenu à obtenir de l'hydrate de plomb pur; c'était constamment ou du protoxide anhydre, ou un sel tri-basique qui se déposait. M. Payen, plus heureux, a obtenu de l'hydrate de plomb parfaitement pur et cristallisé en beaux octaèdres transparens, en substituant l'ammoniaque à la potasse, et étudiant d'ailleurs avec soin l'influence de la température et de l'état de concentration plus ou moins grande des liqueurs dans la production de l'hydrate. En variant les circonstances, il a pu obtenir à volonté, tantôt de l'oxide anhydre, tantôt de l'oxide hydraté, tantôt un mélange de ces deux substances.

La composition de l'hydrate de plomb est remarquable. Il contient pour trois atomes d'oxide de plomb un seul atome d'eau, et correspond par conséquent à l'acétate tri-basique, avec lequel on le prépare en traitant ce sel par un excès d'ammoniaque.

Les recherches de M. Payen, disent en terminant les commissaires, ont ajouté plusieurs faits nouveaux à l'histoire des combinaisons de l'oxide de plomb. Nous avons l'honneur de proposer à l'Académie l'insertion de ce mémoire dans le recueil des savans étrangers.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 2 janvier 1838. — Présidence de M. Moreau.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Lettre ministérielle avec envoi des rapports des médecins inspecteurs de plusieurs sources minérales, situées dans le département du Gard.

2° Lettre *idem*, avec envoi d'un rapport de plusieurs communicaton sur des épidémies de fièvre typhoïde, de rougeole et de scarlatine.

3° Lettre *idem*, avec envoi d'un mémoire d'un médecin romain sur les moyens de guérir le cholera.

4° Lettre *idem*, avec envoi de la recette et de l'échantillon d'un remède propre à guérir les maladies du sein.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

1° Lettre de M. Lafargue sur les moyens de prévénir l'entrée de l'air dans la veine pendant la saignée de la jugulaire.

2° Lettre sur le caustique de Vienne.

3° Lettre de M. le doyen de la Faculté, lequel annonce que le concours pour la chaire de parmacie s'ouvrira le 1er février, et invite l'académie à désiguer les juges qu'elle doit fournir.

Après le dépouillement de ces correspondances, M. Morean témoigne à l'Académie sa gratitude pour l'honneur qu'elle lui a fait en l'appelant au fauteuil de président; il réclame l'indulgence de la compagnie, et propose de voter des remercimens à M. Renauldin, son prédécesseur.

L'ordre du jour appelle la discussion sur l'entrée de l'air dans les veines; mais un médecin des départemens, M. Serre d'Alais, ne faisant que passer à Paris, sollicite un tour de faveur pour présenter à l'Académie quelques considérations sur le bégaiement. L'académie consultée accorde la parole à M. Serre.

Pendant que M. Serre se dispose à monter à la tribune, M. Cornac rappelle que l'Académie a perdu onze de ses membres en moins de deux ans; il résulte de là qu'il y a au moins trois places vacantes. Le premier vide à combler doit avoir lieu dans la section de médecine opératoire. Cette section a, en effet, commencé les préparatifs d'une nouvelle nomination; mais elle n'avance pas.

M. Lisfranc répond qu'il est rapporteur de la section, et que, s'il n'a pas encore fait son rapport, la faute en est à la lenteur des candidats à produire leurs titres tels qu'ils leur ont été demandés.

SUR LE BÉGAIEMENT; PAR M. SERRE D'ALAIS.

M. Serre monte à la tribune. Il annonce d'abord qu'il parlera sur le bégaiement, dont il a été atteint et dont il s'est guéri. Il tient des notes en main, mais il ne lira pas, parce que tel bègue qui bégaye en parlant ne bégaye pas en lisant. Ainsi l'Académie jugera mieux de sa guérison.

M. Serre reconnait trois causes principales du bégaiement, le désordre vocal ou l'inégalité des espaces syllabiques; l'articulation forcée nécessaire à celui qui parle; la faiblesse des muscles accessoires de la respiration.

Si l'on mettait un intervalle égal entre chaque syllable, la bégaiement serait imperceptible. Autrefois, dans les langues anciennes, tels que le grec et le latin, la prosodie ne contribuait pas peu à rendre la parole distincte. Dans les langues modernes, et particulièrement en français, on a suppléé à la prosodie par l'égalité des espaces intersyllabiques : c'est une observation commune qu'on ne begaye pas en chantant ; c'est qu'ici la note, la mesure tient lieu de prosodie. On obtient les mêmes effets de l'attention à faire les syllabes égales.

Il est incontestable que chez le bègue les muscles faciaux sont dans un état de paraisse, contre laquelle il faut toujours lutter. On se fera une jeste idée de cet état si on se rappelle les difficultés qu'on éprouve à parler nettement lorsque les muscles de la face sont engourdis par le froid. On est obligé à des efforts sans cesse renouvelés pour vaincre cette apathie, le bègue s'aide du geste; mais le geste du bègue est vicieux. Il faut régulariser la pantomime; il faut qu'il s'habitue à un geste régulier, sans cela la voix est tremblotante, monotone, mal assurée ; avec cela elle est égale, facile, nette.

Jusqu'ici on n'a considéré les gestes que dans leurs rapports avec l'*expression* de la pensée. M. Serre la considère dans ses effets sur l'émission des sons, ou, si l'on veut, dans ses effets avec la régularité et l'intensité de la voix. En résumé, une bonne prononciation consiste à rendre la sortie des voyelles et des syllabes régulières, et pour que celles-ci n'absorbent que le temps qu'elles doivent durer, un régulateur est nécessaire, je dis un régulateur physique.

A mesure que le bègue acquiert de la facilité pour parler, le geste lui devient moins nécessaire, et, en effet, sa pantomime diminue; peu à peu il s'approche de l'homme dont la parole est naturellement libre, facile; enfin il vient un moment où il trouve son régulateur dans l'intelligence : c'est ainsi que le musicien exercé n'a plus besoin de battre la mesure pour donner aux notes la valeur qui leur appartient. Toutefois M. Serre n'a garde de bannir cette pantomime expressive, qui fait une partie de l'art oratoire ; ce n'est pas de celle-ci qu'il parle.

En observant ces principes, en les mettant en pratique d'une manière continue, M. Serre est parvenu à se guérir. Aujourd'hui il lui est impossible de bégayer; mais il faut que son attention soit sans cesse tendue vers la méthode; sans cela il retombe. Il n'y a pas encore long-temps que, malgré les progrès sensibles obtenus au prix d'efforts continus, l'émission de certaines voyelles lui était très difficile ou même impossible. C'est ainsi qu'il ne pouvait appeler *Antoine, Auguste*. Ces mots venaient encore assez bien à voix basse, mais jamais à haute voix; alors il tournait la difficulté, et il disait : *Toine, Guste*. Enfin la volonté a triomphé de cette difficulté, mais il n'y a que les bègues qui sachent bien tout ce qui en coûte pour vaincre un vice de nature.

SUITE DE LA DISCUSSION DE L'ENTRÉE DE L'AIR DANS LES VEINES.

M. Barthélemy : Cette question est si peu nouvelle qu'elle est contemporaine de la transfusion du sang, laquelle est, il croit, de même date que la découverte de la circulation; ce qui nous reporte au milieu du 17e siècle. Si M. Bouillaud n'est pas monté si haut, c'est que sans doute il n'a pas voulu faire une histoire complète de son sujet; sans cela, il eût parlé de Redi, de Méry, de Camerasius, de Schpreghel, etc.; il aurait parlé du vétérinaire Perrier et du fait qu'il publia en 1806; il aurait parlé de notre collègue M. Boulley et du fait publié par lui en 1821.

Si la chose n'est pas nouvelle, il n'est pas possible que M. Amussat ait eu la prétention de la donner pour telle et de s'en faire honneur. Pour moi, j'ai cru qu'en faisant sa communication à l'Académie, il n'avait eu d'autre but que de signaler un moyen de prévenir l'accident arrivé à son malade. Mais le fait lui-même ayant été contesté, il offrit de le montrer aux yeux; l'Académie accepta; une commission fut nommée, et les expériences ont commencé. Malheureusement M. Amussat s'était fait un plan, duquel il a été presque impossible de l'éloigner, sauf deux ou trois fois.

Qu'y avait-il à chercher dans ces expériences ? Deux choses, selon moi.

1° L'entrée de l'air est-elle une cause de mort subite, comme le prétendent les chirurgiens ?

2° La compression brusque ou circulaire et continue de la poitrine peut-elle prévenir ou dissiper l'accident une fois produit ?

Au lieu de cela, M. Amussat s'est attaché à prouver la réalité du fait, savoir l'aptitude de l'air à pénétrer dans les veines ; et pour cela il a ouvert largement une veine voisine du cœur, et il l'a tenue béante. Mais ces expériences étaient superflues ; car le fait était connu, en voulez-vous une nouvelle preuve? la voici : il est d'usage en France, en Allemagne et dans d'autres pays de tuer les animaux livrés à l'équarrissage en soufflant dans une veine préalablement ouverte. Or ce qu'on fait à dessein peut sans doute arriver par accident.

M. Amussat, disais-je tout à l'heure, ouvrait largement les veines, et delà vient qu'on n'a jamais entendu ce *sifflement* qu'on a donné comme le signe caractéristique de l'entrée de l'air. On ne l'a pas entendu ce sifflement parce que tout le monde sait que le bruit produit en ce cas est nécessairement proportionné à la rapidité avec laquelle l'air se meut, et que cette rapidité elle-même est relative aux dimensions de l'ouverture qu'il traverse.

Quoi qu'il en soit, les animaux mis en expérience sont-ils morts subitement comme meurent les opérés qu'on fait succomber à cet accident ? Nullement. Les uns ont expiré au bout de 20 minutes ; d'autres après une demi-heure ; d'autres après une heure. Quelques-uns ont survécu ; et si l'on eût traité convenablement ceux qui ont fini par succomber, il y a tout lieu de croire que la plupart en seraient revenus. Mais M. Amussat semblait n'avoir qu'une pensée, celle de les tuer promptement. Je ne puis attribuer à d'autres vues l'attention qu'il mettait à élargir les ouvertures des vaisseaux, à nettoyer la plaie pour empêcher le sang de se coaguler, etc. Est-ce ainsi que se conduirait un chirurgien ? Est-ce ainsi que se conduirait M. Amussat lui-même ?

Quoi qu'il en soit, ces précautions prouvent assez que l'entrée de l'air dans les veines n'est ni aussi facile, ni aussi dangereux qu'on l'a avancé. C'est le résultat le plus clair des expériences de M. Amussat, et sous ce point de vue, je me plais à proclamer leur utilité.

Il est un point de théorie sur lequel je diffère encore de M. Amussat. Il croit que la dilatation des cavités droites du cœur n'est pour rien dans la facilité de l'air à s'introduire dans les vaisseaux ; au contraire il accorde une très grande influence aux mouvemens de la poitrine ; je suis persuadé que ces deux causes y contribuent également.

Une autre erreur de M. Amussat est de croire que le phénomène n'est possible que dans une certaine région, et cette région c'est celle de ces ondulations qui font le pouls veineux. Ici M. Barthélemy cite des faits en preuve du contraire.

Après avoir discuté le rapport de la commission, M. Barthélemy entretient la compagnie de ses propres travaux. Et moi aussi, dit-il, j'ai fait des expériences, presque en égal nombre que M. Amussat; et j'ai toujours opéré, non pas sur des chiens, où les organes sont si petits, et les phénomènes si peu sensibles, qu'ils doivent passer souvent inaperçus; mais sur des chevaux, où tout se voit et se voit bien.

J'ai d'abord tiré à un cheval 8 livres de sang; ensuite, j'ai ouvert la veine jugulaire, et j'ai permis à l'air d'entrer; il s'est introduit en produisant ce *glouglou*, qu'on ne sait trop à quoi comparer. Bientôt les symptômes propres à cet accident ont commencé à se manifester. Parmi ces symptômes, il n'en est pas de plus spécial, de plus caractéristique que l'altération de la respiration.

Le cheval a résisté. J'avais opéré sur la veine jugulaire gauche; j'ai passé à la veine jugulaire droite; je l'ai ouverte, et l'air ne s'est pas introduit.

J'ai fait une autre tentative ; j'ai piqué cette veine tout à fait en bas, à son entrée dans la poitrine, et l'air ne s'est pas introduit.

J'ai expérimenté sur un autre sujet, avec l'attention, cette fois, d'opérer une plus forte dépression; j'ai tiré jusqu'à 20 livres de sang. Il semble que l'air devait avoir d'autant plus de facilité à entrer dans les vaisseaux, qu'ils étaient plus libres; cependant, mon opinion a encore échoué. Je suis revenu à la charge; mais, cette fois, j'ai introduit dans la veine un tube métallique, que j'ai enfoncé d'un pouce : pour le coup, l'air a pénétré; mais bientôt il s'est arrêté. C'est qu'il s'était formé un caillot qui lui faisait obstacle. J'ai écarté le caillot, et le phénomène a recommencé.

Autre expérience. J'ai découvert la jugulaire gauche au-dessus du départ de la faciale, par conséquent très haut; j'ai coupé la veine obliquement ; l'air est entré ; j'ai abandonné les choses à elles-mêmes : l'animal n'a succombé qu'à la 62e minute.

Arrivé à ce point, M. Barthélemy aborde la seconde question : s'il existe des moyens de prévenir les conséquences de l'entrée de l'air dans les veines; mais l'orateur est interrompu.

M. Bouillaud s'étonne que M. Barthélemy, membre de la commission, se

permette de discuter, de censurer un rapport auquel il a dû prendre part. Cela est contraire à tous les usages, à toutes les bienséances académiques. Ce rapport n'est que le procès-verbal général des expériences faites par M. Amussat, sous les yeux de la commission. Il a été fait sur les procès-verbaux particuliers de chaque séance et rédigés en séance. Il n'y a donc pas moyen de le convaincre d'incertitude. Mais M. Barthélemy s'est avisé d'un autre expédient pour nous prendre en faute. Il rapporte des expériences qui lui sont propres, et dont le résultat ne s'accorde pas avec les nôtres. Cela peut être; mais ce n'est pas la question. Si M. Barthélemy a des choses particulières à nous faire voir, il faut faire pour lui ce qu'on a fait pour M. Amussat; il faut nommer une commission pour en prendre connaissance.

M. Barthélemy cherche à se justifier du reproche qui lui est adressé. Quoique membre de la commission qui a été chargée de suivre les expériences de M. Amussat, il a cru pouvoir exprimer son opinion personnelle sur ces expériences, se livrer à des expériences contradictoires, et communiquer à l'Académie son opinion particulière et les faits qui lui sont propres sur cette question.

MM. Rochoux et Bouillaud persistent à demander que les communications de M. Barthélemy soient renvoyées à une nouvelle commission. (Non, non; oui! parlez.)

M. Lisfranc (avec force et au milieu du bruit et de l'agitation). La liberté de la discussion, la dignité de l'Académie commandent que la parole soit maintenue à M. Barthélemy. Comme membre de l'assemblée, il a le droit d'exprimer son opinion jusqu'au bout, et à plus forte raison lorsqu'il s'est donné la peine de faire des expériences et de recueillir de nouveaux faits pour éclairer la discussion. On peut croire ou ne pas croire aux résultats annoncés par M. Barthélemy, mais on ne peut sous aucun prétexte lui enlever la parole. (Plusieurs membres demandent la parole; l'agitation augmente; M. le président ne pouvant rétablir l'ordre et le silence prend le parti de lever la séance.)

BIBLIOGRAPHIE.

Traité de l'ophthalmie, la cataracte et l'amaurose, pour servir de supplément au Traité des maladies des yeux, de Weller; par J. Sichel, docteur en médecine, etc. — Paris, 1837. 750 pages et 4 planches contenant 14 figures coloriées.

De toutes les branches de la médecine, une des moins cultivées en France est sans contredit celle qui s'occupe des maladies des yeux. Tandis qu'au dix-huitième siècle, nous voyons l'ophthalmologie prendre son premier essor, chez nous nous la trouvons aujourd'hui totalement négligée par les médecins français, ce qui explique le succès avec lequel cette branche est exploitée par les charlatans assez impudens pour faire placarder leurs affiches à toutes les bornes, faire sonner haut leur mérite dans les journaux politiques, et même jeter au vent leurs adresses sur les marchés publics. (*Historique.*) Il est temps qu'un tel scandale disparaisse. Que les médecins s'occupent davantage des maladies des yeux, qu'ils apprennent à les mieux traiter, que les chirurgiens opèrent la cataracte de même qu'ils pratiquent d'autres opérations, afin que le public sache que ce sont les mêmes personnes qui traitent les affections de l'œil et celles des autres parties du corps, et le règne des soi-disant *oculistes* sera passé.

C'est pour contribuer, autant que ma sphère restreinte pouvait me le permettre, à ce résultat désirable, qu'à l'imitation de ce qui se fait en Angleterre, en Allemagne et en Italie, j'ai commencé à Strasbourg en 1829 mes leçons d'ophthalmologie et mes conférences cliniques sur les maladies des yeux. Depuis cette époque, M. Sichel (1), placé sur un théâtre plus vaste, a ouvert, en 1832, des leçons cliniques à l'hôpital Saint-Antoine. En 1833, ce médecin fonda un dispensaire ophthalmologique qui actuellement se trouve établi rue de l'Observance, où il attire de plus en plus les élèves et contribue puissamment à répandre parmi eux le goût de l'ophthalmologie. M. Sichel a publié récemment la première *Revue trimestrielle de sa clinique ophthalmologique.* Cette revue qui s'étend aux mois d'octobre, de novembre et de décembre 1836, fait assez voir l'importance de cet enseignement, non seulement à cause du grand nombre de malades traités (480), mais aussi en raison de la variété des affections. J'en recommande la lecture à tous ceux qui s'intéressent aux progrès de la science, et j'espère que M. Sichel continuera à publier ses revues trimestrielles ou semestrielles, les matériaux ne sauraient lui manquer. Je crois même que le second cahier aurait déjà paru, si l'auteur n'avait été absorbé par la publication de l'ouvrage dont le titre se trouve en tête de cet article, et qui va nous occuper actuellement.

Le *Traité de l'Ophthalmie, de la Cataracte et l'Amaurose*, de M. Sichel, doit servir de supplément à la traduction de l'ouvrage de Weller;

(1) Dans sa *Revue trimestrielle*, p. 3, M. Sichel prétend que l'enseignement spécial de l'ophthalmologie était inconnu *en France* en 1832 lorsqu'il commença le sien. Il aurait dû dire *à Paris*, puisqu'à Strasbourg il existe depuis 1829.

cependant il peut être considéré à part, et lu avec fruit par ceux-là mêmes qui ne connaissent pas le livre de Weller; car, en effet, il n'a de commun avec ce dernier que le titre, et se compose de trois monographies sur les trois maladies principales du globe de l'œil.

Comme introduction à son Traité, M. Sichel a fait réimprimer avec quelques additions, les *Propositions générales sur l'Ophthalmologie*, qu'il avait publiées en 1833. Dans cette partie de son ouvrage, l'auteur fait ressortir l'influence que l'étude des maladies des yeux peut avoir sur la pathologie en général. L'œil, placé à la superficie du corps et composé en partie de tuniques et d'humeurs transparentes, nous permet de suivre les changemens que subissent les tissus, sous l'influence de certains agens morbides et de certains médicamens. Cette anatomie pathologique faite sur le vivant n'est-elle pas au moins aussi importante que celle des amphithéâtres? Et n'est-il pas permis de conclure de ce qui se passe dans une membrane muqueuse ou fibreuse superficielle, à ce qui se fera dans le même tissu placé à l'intérieur, lorsque les deux seront soumis aux mêmes influences morbifiques? La justesse de ces considérations est trop évidente pour ne pas être appréciée par tous les esprits non prévenus.

La partie la plus importante de l'ouvrage de M. Sichel est celle qui traite des *ophthalmies*. L'auteur a placé en tête de ce mémoire la question qui fut posée au concours pour l'agrégation à la Faculté de Paris en 1835: *Les diverses espèces d'ophthalmie présentent-elles des caractères anatomico-pathologiques qui leur soient particuliers, et peut-on fonder sur cette base la distinction de leurs espèces?*

Pour tout praticien qui a vu un certain nombre d'ophthalmies, et qui les a observées avec attention, la question est résolue affirmativement. Les ophthalmologistes modernes les plus distingués sont tous d'accord sur ce point. Mais comme des observateurs superficiels ont élevé des objections contre ce point de doctrine, M. Sichel l'aborde de nouveau et reproduit avec force et les preuves à la main les argumens de ses devanciers.

Lorsqu'on comprend sous le nom d'*ophthalmie*, non l'inflammation de la conjonctive seulement, comme le font quelques auteurs, mais *celle de l'une ou de plusieurs des parties qui constituent le globe de l'œil*, on est porté à penser que les tissus si divers, dont se compose l'organe de la vision, étant enflammés, doivent présenter des caractères anatomiques différens; que, par exemple, l'inflammation de la cornée ne doit pas pouvoir être confondue avec celle de la conjonctive ou de l'iris.

Ce que la théorie nous indique, la pratique le confirme. Cette dernière nous fait voir en outre que l'inflammation, quoique fréquemment étendue à plusieurs tuniques oculaires à la fois, n'en affecte pas moins souvent une seule d'entre elles.

Mais ce n'est point là la seule circonstance qui fasse varier les caractères anatomiques des ophthalmies. Les causes productrices de ces affections et certaines dispositions morbides du corps en général (syphilis, scrophules, goutte, etc.) impriment aux inflammations oculaires des modifications, qui ne consistent pas seulement en ce que telle maladie constitutionnelle, par exemple, dispose plus à l'inflammation de telle tunique ou de telle autre; mais aussi en ce que dans la même membrane nous trouvons une injection vasculaire différente, suivant que la maladie locale est influencée par telle cause particulière, telle affection générale de l'organisme. Ceci est un point de doctrine beaucoup plus difficile à démontrer que le précédent; ici la théorie se tait, la pratique seule nous guide; mais les faits sont trop nombreux et trop positifs pour ne pas être convaincus. Afin de nous faire comprendre, citons quelques exemples: lorsque chez un individu syphilitique la maladie constitutionnelle donne lieu à une ophthalmie, c'est l'iris qui s'enflamme primitivement et non une autre membrane de l'œil. Un rhumatisant voit-il subitement son mal disparaître d'un membre et se porter aux yeux, ce sera la sclérotique qui se trouvera surtout affectée. Chez les goutteux la sclérotique est également prise lorsqu'ils sont affectés d'ophthalmie; et cependant on distingue facilement les deux sortes d'injection, celle de l'ophthalmie goutteuse de celle de l'ophthalmie rhumatismale. Il en est de même dans la conjonctive: cette membrane est injectée dans la plupart des ophthalmies scrophuleuses, rhumatismales, goutteuses; mais cette injection est autrement disposée dans chacune de ces maladies. Jusqu'à présent nous ne savons à quoi cela tient; il est probable qu'un jour l'anatomie fixe nous en rendra compte; peut-être en découvrant différens ordres de vaisseaux dans chaque membrane muqueuse, fibreuse ou autre. Quelle que soit l'explication qu'on en donnera, le fait est là, et s'il n'existe pas dans la totalité des cas, on l'observe du moins dans la très grande majorité.

Dnas l'exposition des ophthalmies, M. Sichel suit la marche que j'ai adoptée dans mon manuel (1). Après avoir parlé des causes et du traite-

(1) *Manuel pratique d'Ophthalmologie ou Traité des maladies des yeux*, par V. Stœber. — Paris, 1834. Chez Levrault. Avec planches coloriées et noires.

ment des ophthalmies en général, il décrit d'abord l'inflammation simple de chacune des parties constituantes de l'œil, et passe ensuite aux ophthalmies spéciales ou combinées. Dans les généralités sur le traitement, M Sichel fait voir que l'emploi si répandu des fomentations et des cataplasmes est plus souvent nuisible qu'utile dans les ophthalmies. Il s'élève également contre l'usage fréquent du séton et des cautères, pratique barbare très usitée par les médecins qui ne savent pas guérir les inflammations oculaires par des moyens plus doux et plus efficaces. Enfin, M. Sichel démontre que souvent on peut remplacer avec avantage les sangsues par les purgatifs. L'abus des sangsues dans le traitement des inflammations de l'œil est extraordinaire; je trouve que M. Sichel même les emploie trop souvent, par exemple, dans toutes les opthalmies scropuleuses. Je puis affirmer que sur dix cas d'ophthalmies qui se présentent à mes consultations, à peine si j'en trouve un qui exige une saignée locale ou générale, et cependant je vois ces maladies céder beaucoup plus rapidement qu'entre les mains de médecins qui font un grand usage des sangsues et des sétons.

Je ne suivrai pas M. Sichel dans l'exposition de chaque ophthalmie en particulier. Les descriptions en sont claires et le traitement approprié à chaque maladie. L'auteur adopte en général les idées de Mackenzie et de Juengken. Sur quelques points, il en émet qui lui sont propres; mais que je ne puis pas toutes partager. C'est ainsi que M. Sichel prétend que la *photophobie n'appartient qu'à la sclérotite et la rétinite; quand elle existe dans les autres phlegmasies oculaires, c'est que la sclérotique ou la rétine sont en même temps frappées d'inflammation.* Il dit ensuite, et le répète souvent, que la sclérotite produit la photophobie, par suite de la compression qu'exerce sur la rétine la sclérotique tuméfiée. Cette opinion me paraît complétement erronée. J'ai vu souvent l'horreur de la lumière poussée à un très haut degré, après avoir duré des semaines entières, disparaître dans l'espace de peu de jours, sous l'influence d'un traitement non anti-phlogistique, et sans laisser de trace: je n'ai même jamais vu cette espèce de photophobie, qui affecte les enfans scropuleux, laisser après elle un affaiblissement de la vue ou la cécité. Et cependant une inflammation de la rétine de quelques semaines de durée se terminerait-elle constamment, sans opérer de changement de structure dans une membrane aussi délicate, et sans, par conséquent, en léser les fonctions?

Quant à la production de la photophobie, par suite de la compression de la rétine dans la sclérotite, j'avoue que je n'y crois pas. La sclérotique ne se tuméfie que bien faiblement lorsqu'elle est enflammée; et si elle comprimait véritablement la rétine, il en résulterait plutôt un affaiblissement de la vue que la photophobie. C'est ce qui arrive lorsque la rétine est comprimée soit par des humeurs dans l'œil (hydrophthalmie), soit par le développement d'une tumeur dans l'orbite. La rétine ne diffère point en cela du cerveau, dont la pression produit le coma et non point le délire. La photophobie dépend d'une irritation tantôt inflammatoire, tantôt nerveuse de la rétine, et peut accompagner l'inflammation de chacun des tissus de l'œil. C'est ainsi que nous la voyons exister souvent à un haut degré dans la conjonctivite scrophuleuse. Il est vrai que M. Sichel ne lie, et qu'il prétend qu'alors il y a toujours aussi sclérotite, ce qui, suivant lui, constitue une complication de l'ophthalmie scrophuleuse, avec la rhumatismale. Mais dans cette assertion de l'auteur il y a, à mon avis, deux hérésies. Les faits me semblent prouver journellement et bien positivement que la photophobie existe sans sclérotite, et que cette dernière peut survenir chez un scrophuleux, sans qu'il y ait complication de rhumatisme. Ne voit-on pas ces mêmes individus être affectés d'inflammations d'autres tissus fibreux, de tumeurs blanches, par exemple, sans qu'on songe à en accuser une affection rhumatismale?

Si je me suis arrêté à combattre ce qui me paraît une erreur, c'est que je crains que l'autorité du nom de M. Sichel ne la fasse adopter sans examen.

Je suis tout-à-fait de l'avis de M. Sichel, quand il dit que la maladie nommée *uvéite* par certains auteurs, est ordinairement une inflammation de l'iris et de la capsule cristalline. Cette affection, qui n'est que trop commune, prouve combien il est essentiel de savoir diagnostiquer les maladies oculaires. Il m'arrive assez fréquemment d'être consulté par des malades déjà presque aveugles, par suite d'exsudations dans la pupille et qui cependant avaient été traités jusque là comme s'ils n'avaient que des conjonctivites.

Je voudrais pouvoir suivre M. Sichel dans l'exposition des ophthalmies spécifiques; faire voir avec quelle évidence leur existence est démontrée, et combien dans le traitement de ces inflammations oculaires, il faut avoir égard aux cachexies et aux autres circonstances qui peuvent en modifier la marche et les symptômes. Dans cette partie de l'ouvrage, je trouverais bien encore quelques points sur lesquels je ne suis pas d'accord avec l'auteur; mais ils sont bien peu nombreux. C'est ainsi que l'assertion de M. Sichel, que les *collyres aggravent l'ophthalmie scrophuleuse, et qu'elle ne cède qu'aux antiphlogistiques et aux antiscrophuleux,* est contraire à mon expérience. Le traitement que j'ai indiqué dans mon *Manuel* m'a constamment réussi, et cependant il se compose de collyres et de pommades à l'extérieur, et des anti-scrophuleux à l'intérieur. Ce n'est que très rarement que j'emploie les antiphlogistiques et jamais l'onguent napolitain. J'ai été très étonné aussi de ne pas trouver indiqués dans le traitement des ophthalmies catarrhales, rhumatismales et scrophuleuses les compresses chauffées et les sachets aromatiques. Ce sont des moyens qui souvent rendent les plus grands services. Enfin, je ferai à M. Sichel le reproche de vouloir souvent introduire de nouveaux mots à la place des anciens; ce n'est pas le moyen de faciliter l'étude d'une science. Au lieu d'ophthalmies *spécifiques*, il met ophthalmies *spéciales* ou *combinées*, termes dont cependant il n'est lui-même pas très content. Il remplace le mot généralement usité d'ophthalmie *purulente*, par ceux d'ophthalmie *blennorrhagique* ou *blennorrhoïque*, qui, pour la plupart des médecins français, sont synonymes d'ophthalmie *gonorrhéique*, tandis que M. Sichel leur attache une signification différente, adoptée en Allemagne. Les défauts de forme nuisent quelquefois au fond, dans l'esprit de certains lecteurs; et si je les ai signalés, c'est que l'ouvrage me paraissant destiné à être très répandu, et à atteindre une seconde édition, l'auteur pourra, en attendant, peser mes objections et y faire droit plus tard, s'il le juge à propos.

Pour rendre plus facile la recherche des symptômes et du traitement des ophthalmies spécifiques, M. Sichel a dressé un tableau synoptique de ces ophthalmies, qui se trouve à la fin de l'ouvrage.

La troisième partie du livre de M. Sichel traite de *la cataracte*. L'auteur n'a pas eu l'intention d'écrire un *Traité complet sur cette maladie, mais seulement de rassembler des considérations pratiques sur son diagnostic, et les indications thérapeutiques fournies par les caractères différentiels de ses espèces.* Il commence par établir les principales divisions de la cataracte, suivant la partie du système cristallinien qu'elle affecte, suivant sa consistance, suivant la forme de l'opacité, etc. Il soutient avec raison qu'ordinairement, quoi qu'en ait dit M. Maunoir, on peut distinguer la cataracte scapulaire de la lenticulaire; de même que le plus souvent on juge avec assez de certitude du degré de consistance de la cataracte.

M. Sichel développe les caractères propres à chacune des espèces. Il parle ensuite des signes qui font distinguer la cataracte commençante de l'amblyopie. Les faits lui ont prouvé, ainsi qu'à moi, que M. Carron du Villards se trompe quand il prétend que les individus affectés d'amaurose commençante ne voient jamais mieux les objets de côté qu'en face.

L'auteur s'arrête souvent au traitement de la cataracte. Malgré l'assertion de certains charlatans, la guérison de la cataracte *véritable*, par des moyens médicamenteux, est infiniment rare; pour ma part, je n'ai réussi qu'une fois. C'est donc toujours encore dans l'opération que consiste le traitement presque unique de la cataracte. Cette opération peut être pratiquée suivant différentes méthodes que M. Sichel décrit et apprécie. Il fait voir que chacune d'elles trouve ses indications dans certains cas; que par conséquent aucune d'elles ne doit être préférée d'une manière absolue. Il exagère cependant, suivant moi, les inconvéniens de l'extraction, et ne choisit cette méthode que lorsque l'abaissement et le broiement ne sont pas praticables.

L'auteur a très bien fait de ne pas surcharger l'arsenal chirurgical de nouveaux instrumens. Il s'est borné à apporter une modification heureuse à l'aiguille de Schmidt, et en rendant la tige cylindrique. Les cas de cataracte congéniale exceptés, il se sert toujours de l'aiguille courbe pour le broiement par la cornée, et cependant il reproche à cet instrument de mal inciser; c'est cette raison qui me fait préférer l'aiguille droite.

Quelle que soit la méthode opératoire employée, il faut, pour la réussite de l'opération, que le traitement consécutif soit bien dirigé. M. Sichel indique les soins à donner aux opérés. Il signale l'absurdité de la pratique qui consiste à couvrir de charpie et de bandes les yeux opérés, au lieu d'employer tous les moyens possibles pour y prévenir l'augmentation de chaleur et l'afflux trop considérable de sang.

Les ophtalmologistes ne sont pas d'accord sur la question, s'il faut opérer lorsqu'un œil seul est cataracté. M. Sichel se déclare pour la négative. Je puis citer un fait qui parle fortement en faveur de cette opinion: Un jeune homme des environs de Strasbourg était affecté depuis quelques années d'une cataracte à un œil, survenue à la suite d'un coup reçu sur l'organe. Voyant très bien de l'autre œil, il n'avait pas songé à se faire opérer, lorsqu'un oculiste ambulant arriva dans le pays. Le malade céda alors aux sollicitations de sa famille, et se fit pratiquer l'opération, qui réussit complètement. Aujourd'hui, il distingue très bien les objets au moyen de l'œil opéré; mais pour bien voir, il faut qu'il ferme l'un des deux yeux. Aussi regrette-t-il beaucoup le temps où il ne voyait que d'un

œil, et où il n'était pas obligé d'avoir l'autre œil couvert d'une bande. M. Sichel discute encore bien d'autres questions importantes dans ce mémoire sur la cataracte, mais l'espace nous manque pour nous y arrêter.

L'*Amaurose* forme le sujet de la quatrième et dernière partie de l'ouvrage. L'auteur insiste avec raison sur la nécessité de rechercher la cause prochaine de l'amaurose, afin d'approprier le traitement à la nature de la maladie, et de ne pas appliquer les mêmes remèdes à des états morbides différens ou même opposés. Il est essentiel surtout de ne pas considérer toute amaurose comme provenant d'un affaiblissement nerveux ou d'une paralysie oculaire; car souvent elle dépend d'un état congestionnaire ou d'une irritation nerveuse; quelquefois d'une lésion organique. Les causes prochaines forment la base de la division de l'amaurose, admise par M. Sichel, à l'exemple de beaucoup d'antres auteurs. M. Sichel établit en outre une classification des amauroses, suivant leur siége. Celle-ci a plutôt un intérêt théorique que pratique, d'autant plus que dans la majorité des cas, le siége précis de la maladie est inconnu.

Quoique l'auteur n'ait malheureusement rien de nouveau à dire sur l'amaurose, il a bien fait cependant de retracer l'état de nos connaissances sur ce sujet, d'insister sur les vérités acquises à la science, et d'établir ainsi les points d'arrêt d'où devront partir les recherches ultérieures.

Les quatre planches annexées à l'ouvrage de M. Sichel représentent neuf yeux atteints d'inflammation, et trois affectés de cataracte. Elles sont bien exécutées et terminent dignement un livre qui devra être lu par tous ceux qui ont à cœur les progrès de la pratique médico-chirurgicale.

V. STROEBER.

VARIÉTÉS.

LISTE DES DIFFÉRENTES COMMISSIONS NOMMÉES DANS L'AVANT-DERNIÈRE SÉANCE DE L'ACADÉMIE MÉDECINE.

1° CONSEIL D'ADMINISTRATION. MM. Moreau, président; Pariset, secrétaire perpétuel; Roche, secrétaire annuel; Mérat, trésorier; Orfila, doyen de l'école.

MM. Renauldin, Villeneuve, Boudet, membres du conseil; Bousquet, secrétaire.

2° EPIDÉMIES. MM. Piorry, Gase, Barthélemy, Louis, Bricheteau, Burdin.

3° VACCINE. MM. Salmade, Forestier, Devilliers, Callineau, Sedillot.

4° EAUX MINÉRALES. MM. Boullay, Bourdon, Patissier, Jourdan, Henry, Chevallier.

5° REMÈDES SECRETS. MM. Martin Solon, Deslongchamps, Castel, Planche.

6° TOPOGRAPHIE ET STATISTIQUE MEDICALE. MM. Villeneuve, Londe, Espiaud, Villermé, Nacquart, Bouley jeune.

7° RAGE, MM. Breschet, Ferrus, Honoré, Girard, Marc, Dupuis, Barthélemy, Bouillaud, Pariset.

8° TEIGNE. MM. Marc, Biett, Guersant, Cloquet (Jules), Moreau, Gueneau de Mussy.

9° LITHOTRIPSIE. MM. Baffos, Cloquet (Jules), Breschet, Réveillé-Parise, Roux.

— La mort de M. Boyer n'aurait pas été aussi exclusivement causée par le grand nombre de sangsues appliquées à ce célèbre chirurgien, que nous l'avions dit et qu'on l'avait cru jusqu'à ce jour. Des personnes bien informées nous ont mis à même de rectifier ce que cette opinion avait de trop absolu.

STATISTIQUE CHIRURGICALE.—Le docteur Benjamin Philips, chirurgien de l'infirmerie Marylebone, vient de lire à la Société médico-chirurgieal de Londres un travail de statistique chirurgicale relatif à la mortalité après les amputations des membres, pratiquées dans les principaux hôpitaux d'Angleterre, de France, d'Allemagne et d'Amérique. Son travail comprend une période de deux années (1835-36), il s'est adressé aux registres mêmes des hôpitaux pour obtenir les données les plus authentiques. Sachant bien que la position géographique d'un hôpital pourrait avoir beaucoup d'influence sur le résultat des opérations, M. Philips a tâché de ne choisir pour chacune des quatre contrées que les hôpitaux dont la situation est à peu près analogue.

640 faits forment le fond de son mémoire; ils sont relatifs à des amputations du bras, de l'avant-bras, de la cuisse et de la jambe.

Sur ce nombre, il y a 490 guérisons, et 150 morts.

Il résulte des tableaux comparatifs et des raisonnemens de l'auteur:

1° Que l'opinion qu'ont généralement les chirurgiens anglais de croire que la mortalité des amputés dans les hôpitaux de France est plus considérable que dans ceux de l'Angleterre, est erronée.

2° Que la proportion de la mortalité des amputés en France et en Angleterre, est un peu moins considérable qu'en Allemagne et en Amérique.

3° Enfin, que la cause la plus fréquente de cette mortalité tient à l'abandon trop absolu des chirurgiens pour la réunion par seconde intention, et à leur prédilection trop exclusive pour la réunion immédiate. L'auteur déclare être grand partisan de la réunion immédiate dans les cas convenables; mais, en général, lorsque l'amputation est pratiquée à la suite d'une maladie chronique, il croit qu'on a grand tort d'employer la réunion immédiate. Son opinion, à ce sujet, est basée sur l'analyse des faits nombreux qu'il a recueillis. Il propose une modification importante dans ces circonstances; c'est de réunir les lambeaux de la plaie immédiatement, et d'établir pendant long-temps un ou plusieurs sétons dans le moignon même de l'amputation.

SALUBRITÉ PUBLIQUE.—Une discussion assez vive s'est engagée dernièrement à la société médicale de Westminster, qui s'est prolongée pendant plusieurs séances, concernant la nocuité de l'usage des bougies dont on se sert généralement à Londres pour l'éclairage d'intérieur. Ces bougies (*German wax-lights*) contiennent de l'arsenic. Si l'on enferme dans un tube étroit de verre la flamme d'une de ces bougies, on trouve peu de temps après de l'arsenic métallique déposé sur les parois du tube. Si on laisse la flamme parfaitement libre, il se dégage de l'acide arsénieux dans l'atmosphère.

Plusieurs membres de la société ayant constaté la réalité de ce fait ont déclaré fort nuisible à la santé publique l'usage des bougies germaniques.

M. Scott raconte que le même fait a été constaté, il y a deux ans, dans une des fabriques de chandelles à Paris. On employait, dit-il, de l'oxide d'arsenic dans la mèche et dans la graisse pour rendre la flamme plus belle et le suif plus apte à la fabrication.

— M. le ministre de l'instruction publique vient d'adresser la ciculaire suivante à MM. les préfets :

« Paris, le 30 décembre 1837.

» Monsieur le préfet, je suis averti que, dans plusieurs départemens, il s'est introduit une foule d'abus dans l'exercice de la médecine et de la pharmacie, et qu'on méconnait ou qu'on oublie les principales dispositions des diverses lois qui sont relatives à ces deux branches de l'art de guérir.

» Il importe qu'une surveillance sévère vienne mettre un terme à l'état de chose qui m'est signalé. Voici plusieurs points sur lesquels je crois devoir appeler particulièrement votre attention.

» Il existe un grand nombre d'officiers de santé, de pharmaciens et de sages-femmes qui exercent leur profession avec des titres entachés d'illégalité, soit que leur diplôme ne leur ait pas été délivré par le jury médical du département où ils exercent, soit qu'ils l'aient obtenu d'un jury médical non compris dans la circonscription de la Faculté de médecine dont le département fait partie, soit encore qu'ils le tiennent des jurys médicaux d'un des trois départemens qui sont le siége d'une des trois écoles de pharmacie. Cette dernière circonstance n'est relative qu'aux pharmaciens.

» Ces diverses causes de nullité dans les titres résultent des divers articles des lois des 19 ventôse et 21 germinal an II, relatives à l'exercice de la médecine et de la pharmacie.

» Je vous invite, M. le préfet, à prescrire à MM. les maires de votre département la révision immédiate des divers diplômes que les officiers de santé et les pharmaciens doivent produire aux greffes des tribunaux de première instance et aux bureaux de la sous-préfecture de l'arrondissement dans lequel ils se sont établis.

» La révision de ces titres devra remonter jusqu'à l'année 1834 inclusivement, époque à laquelle elle a eu lieu, par les soins de l'autorité départementale; et vous voudrez bien me faire connaître les suites que devra avoir cette mesure, qui aura pour but de constater les infractions de la loi dans les délivrances des diplômes relatifs à l'art de guérir.

» Agréez, etc. »

— Nous recevons de M. Déchambre la lettre suivante:

En publiant son excellente histoire de la grippe de 1837, M. Pétrequin n'avait pas à s'occuper de ce qui avait été écrit sur les épidémies antérieures. Aussi n'est-ce pas une réclamation que je vous adresse. Je désire seulement, puisque M. Pétrequin insiste, avec M. Lombard, de Genève, sur la valeur généralement négligée des désordres nerveux dans la grippe, lui exprimer la satisfaction que j'éprouve de le voir ainsi partager une opinion sur laquelle j'ai beaucoup insisté dans l'histoire d'une épidémie de grippe qui a envahi la Salpétrière en 1834. (*Journal des Connaissances médico-chirurgicales*, t. I[er], p. 326, et t. II, p. 68 et 211.)

Si M. Pétrequin avait le loisir de jeter les yeux sur la dernière partie de mon travail, il serait frappé, je crois, de la conformité de vues qui existe entre ce travail et le sien. Comme lui, j'ai signalé non seulement l'importance des phénomènes nerveux, mais encore leur préexistence à tous les autres. Comme lui, j'ai noté la céphalalgie, les étourdissemens, les douleurs musculaires, les pleurodynies, et jusqu'aux névralgies des parois de l'abdomen. J'ai même ouvert des cadavres chez lesquels le centre encéphalique seul présentait des altérations. En un mot, fondé sur l'anatomie pathologique comme sur la symptômatologie, j'ai comme M. Pétrequin reconnu dans la grippe trois variétés: 1° la grippe qui se borne au systeme nerveux; 2° la grippe qui s'attaque spécialement au système respiratoire; 3° celle enfin qui s'attaque aux viscères abdominaux. Les deux dernières variétés sont ordinairemet précédées de la première.

Agréez, etc.

A. DÉCHAMBRE.

— OBSERVATIONS DE PHARMACIE, DE CHIMIE ET D'HISTOIRE NATURELLE PHARMACEUTIQUE; par M. Guibourt, pharmacien, professeur de l'école de pharmacie, membre de l'Académie royale de médecine, etc., et M. Béral, pharmacien-membre de la société de pharmacie de Paris, etc. —Paris, chez J.-S. Chaudé, éditeur, 4, rue Molière.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE DE FÉLIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 2. (TOME VI. — 1838.) SAMEDI 13 JANVIER 1838.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux réunies*) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Poissonnière*, n° 3, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE INTERNE.

Considérations physiologiques et pathologiques sur les altérations du sang dans le scorbut; par T. James, interne à la Salpétrière.

Grâce aux progrès de l'hygiène publique, le scorbut est devenu de nos jours une maladie excessivement rare. Les précautions prises à bord des bâtimens qui doivent faire de longues navigations, les mesures de salubrité adoptées dans les hôpitaux, les prisons, les quartiers populeux des villes, ont affranchi l'humanité de ces épidémies meurtrières qui jadis exercèrent tant de ravages. Cependant le scorbut ne peut encore être rayé de nos cadres nosologiques. Il sévit et il sévira peut-être long-temps encore dans certaines localités placées en dehors de la civilisation. Visitez, par exemple, l'hospice de la Salpétrière. Tous les observateurs s'accordent à reconnaître l'humidité, le froid, la malpropreté comme les causes les plus puissantes du scorbut. Eh bien! Est-il rien de plus humide, de plus froid, de plus malpropre, que les cours destinées aux aliénées incurables? Quel spectacle que celui d'une femme souillée de ses ordures, se vautrant dans la paille, gisant sur un pavé humide! Sa chambre est une loge, ses vêtemens une camisole de force. Elle ne respire qu'un air formé par les émanations fétides de son corps. A peine reconnaîtrez-vous chez elle quelque chose d'humain, car souvent elle est en proie à une maladie affreuse. Bizarres destinées! Le scorbut que l'influence d'une hygiène éclairée a repoussé en quelque sorte de la société s'attaque de préférence à ceux que la société repousse!

Interne à la Salpétrière dans la division des aliénés, j'ai dû ne pas laisser échapper l'occasion, rare aujourd'hui, d'étudier le scorbut. L'histoire anatomique de cette maladie a spécialement fixé l'attention des observateurs, aussi a-t-elle été décrite jusque dans ses moindres particularités. Il n'en est pas de même de son histoire physiologique qui laisse encore

Feuilleton.

LETTRE MÉDICALE SUR PARIS.

Voici, mon cher confrère, les événemens dont on s'occupe le plus en ce moment: la création de deux chaires nouvelles au collége de France et au muséum d'histoire naturelle; le rétablissement des comités historiques auprès des académies, et le retrait des ordonnances qui avaient autorisé deux médecins étrangers à exercer la médecine en France. Nous allons vous dire, suivant notre habitude, en quoi la science, l'art et la profession nous paraissent intéressés à ces différentes mesures.

Vous vous rappelez qu'il y a déjà plus d'une année, nous vous annoncions la création prochaine ou le rétablissement de plusieurs chaires au collége de France et au muséum d'histoire naturelle. Ce projet long-temps mûri, comme vous voyes, vient d'être mis à exécution, non comme il avait été conçu d'abord, mais beaucoup modifié. Au muséum, il avait été question d'une chaire de psychologie des animaux; on a fait une chaire de physiologie comparée. Au collége de France, on devait rétablir la chaire d'anatomie, supprimée à la mort de Portal: on a créé une chaire de zoologie. Ces substitutions ne sont pas également heureuses; et si l'une a reçu généralement l'approbation du monde savant, la seconde a été l'objet de critiques qui nous paraissent bien fondées.

A l'égard de la chaire de physiologie comparée, vous la trouverez sans doute beaucoup mieux motivée et plus opportune qu'une chaire de psychologie. Il y aura certainement lieu plus tard de s'occuper des phénomènes intellectuels dans toute la série animale, et cette étude sera une des plus intéressantes de l'histoire naturelle; car, ainsi que l'a dit Montaigne: « *Qui contreroolera de prèz ce que nous veoyons ordinairement ez animaulx qui vivent parmy nous, il y a de quoy y trouver des effects autant admirables que ceulx qu'on va recueillant ez païs et siècles estrangiers* »; mais les faits et les hommes manquent encore: quelques observations éparses, des généralités sans précision, des particularités romanesques, voilà ce qu'on possède sur la psychologie des animaux. Jusqu'à ce qu'un observateur patient et sagace se soit voué à l'étude de cette branche de la physiologie, on fera bien de la laisser dans le cadre général de la physiologie comparée. C'est ainsi qu'en a jugé l'assemblée des professeurs du muséum, et c'est ainsi, après eux, qu'en a pensé M. le ministre de l'instruction publique. La chaire de physiologie comparée, la seule et la première qui ait été fondée, est donc une heureuse création; elle manquait à la science et à l'établissement si utile pour lequel elle vient d'être instituée; car, depuis quelques années, deux professeurs distingués, MM. de Blainville et Flourens, avaient fait sans mission spéciale et par les seuls besoins de la science, des cours très importans sur la matière.

beaucoup de points obscurs : c'est pour en éclaircir les plus importans que je me suis livré à quelques recherches.

Et d'abord comment se présente le sang dans le scorbut? Telle est la question qui domine toutes les autres; car ici l'altération des liquides précède et sert à expliquer celle des solides. Voici les renseignemens qui nous ont été transmis à cet égard par différens auteurs.

Boerhaave dit avoir trouvé ce sang dans un état complet de dissolution, ce qu'il attribue dans quelques cas à une augmentation du principe alcalin. Lind signale également l'absence de coagulum. Il avait d'abord avancé que le sang des scorbutiques offrait des signes de putréfaction; plus tard il s'en tint à la simple dissolution du sang. Cependant Fodéré n'hésite pas à embrasser la première opinion de Lind. Il s'appuie sur le témoignage de Cullen qui affirme avoir constaté dans le sang des scorbutiques un commencement de fermentation ammoniacale. Fodéré n'a point trouvé les mêmes caractères physiques au sang dans les diverses périodes du scorbut. J'extrais textuellement le passage suivant de son article dans le dictionnaire des sciences médicales. « Plusieurs fois, dit-il, à l'exemple » de Mead, je me suis occupé de l'examen du sang des scorbutiques. » Dans les cas où les soldats étaient seulement attaqués de l'affection des » gencives, le sang extrait de la veine se montra couenneux comme de » coutume. Dans le premier degré du scorbut général, le sang en lien » d'être uniforme, puis de se séparer en deux parties, offrait un mélange » singulier de raies obscures et vermeilles. Plus tard en conservant dans un vase le sang des hémorrhagies, on avait un fluide noir dont la surface était verdâtre en plusieurs endroits. En remuant ce sang avec une » baguette, on pouvait distinguer la partie fibrineuse flottant comme de » la laine cardée ou des cheveux, dans un liquide bourbeux. Plus tard » encore, et aux approches de la mort, le sang des hémorrhagies était » entièrement noir, dissous, sans fibrine. »

Déjà Parmentier et Deyeux avaient remarqué cet état de dissolution du sang dans le scorbut. Ils avaient aussi reconnu que la proportion de fibrine était notablement diminuée.

M. Fremy, prosecteur du cours de chimie du collége de France, a bien voulu analyser le sang d'un scorbutique que je lui avais procuré. Il l'a trouvé peu riche en fibrine et très-fortement alcalin. Pour moi, j'ai eu trois ou quatre fois depuis l'occasion de saigner dans le scorbut : le sang m'a paru constamment plus fluide que de coutume. Le caillot était petit, mou, friable. En plongeant dans le vase du papier de tournesol rougi par un acide, j'ai toujours vu la couleur bleue reparaître avec une grande rapidité. Or, ces caractères indiquent que le sang est beaucoup plus alcalin dans le scorbut que dans les conditions normales de l'économie.

Il serait sans doute à désirer que nous eussions une analyse plus détaillée et plus complète du sang des scorbutiques. Cependant, d'après ce qui précède, je crois être en droit d'établir cette proposition générale que *dans le scorbut il y a défaut de coagulabilité du sang*. J'ajouterai que *ce défaut de coagulabilité paraît tenir à une diminution de la fibrine et à une augmentation du principe alcalin*.

Si maintenant nous examinons le sang des scorbutiques, non plus recueilli dans un vase inerte, mais circulant dans ses conduits vivans, le phénomène le plus saillant, c'est *la facilité extrême avec laquelle ce sang s'extravase dans tous les tissus de l'économie*. Muscles, os, ligamens, cartilages, membranes, viscères, tout est abreuvé d'un sang noir et fluide. Combien d'hypothèses n'a-t-on pas imaginées pour expliquer ces innombrables désordres! La plupart ne sont pas dignes d'une réfutation sérieuse. Arrivons donc à des faits plus positifs et plus modernes.

M. Magendie a été amené par une série d'expériences à établir en principe que *le sang privé de sa coagulabilité devient impropre à la circulation, et s'échappe en s'imbibant à travers les parois de ses vaisseaux*. Je n'entrerai point dans les détails de ces expériences que j'ai rédigées et qui ont été publiées. Je dirai seulement que deux procédés principaux ont été employés pour rendre le sang non-coagulable. Le premier consiste à injecter une solution de sous-carbonate de soude dans les veines d'un animal; le second à saigner l'animal, à extraire la fibrine en *fouettant* le sang avec une baguette en verre, puis à réintroduire ce sang dans la circulation. Les résultats de ces expériences sont constans. Suivant que le sang perd graduellement ou tout-à-coup la faculté de former caillot, la mort est lente ou rapide. Quant à la gravité des symptômes et à la nature des lésions cadavériques, telle est leur analogie avec ce qu'on observe dans certaines maladies que l'esprit est naturellement porté à établir quelques rapprochemens. Ces rapprochemens, M. Magendie les a déjà tentés. Comme c'est là un point de physiologie pour ainsi dire vierge de travaux antérieurs, j'ai essayé de mon côté d'en faire quelques applications à la pathologie.

Nous savons que le sang des scorbutiques contient peu de fibrine, est peu coagulable, et très-alcalin. Je viens de dire aussi comment on peut communiquer à celui des animaux des propriétés identiques. Comparons maintenant les deux états morbides créés par ces altérations dont l'une est naturelle et l'autre artificielle.

Les animaux soumis à nos expériences ont offert les particularités suivantes dans la dernière période de la maladie : tristesse, abattement général, maigreur extrême, décubitus immobile sur le côté, la tête reposant sur le sol comme si ils n'avaient plus la force de la soutenir. L'appétit est nul. Ils refusent toute espèce d'alimens. Selles liquides, quelquefois sanguinolentes. Battemens tumultueux du cœur. Pouls petit, misérable, assez fréquent. Les troubles de la respiration marchent avec ceux de la circulation. La dyspnée devient de plus en plus intense, et bientôt elle s'accompagne d'accès de suffocation. A ce degré l'auscultation fait entendre tous les râles de la pneumonie, depuis la simple crépitation jusqu'au souffle tubaire. Cependant des ecchymoses se sont produites dans toute l'habitude extérieure du corps. La conjonctive est fongueuse, la cornée ulcérée, les paupières infiltrées de sang comme à la suite d'une violente contusion. De distance en distance la peau est parsemée de taches pourprées et livides. Ces taches sont autant de petites hémorrhagies interstitielles qui se sont faites dans l'épaisseur même du derme ou dans le tissu cellulaire sous-cutané. Il arrive souvent que les tégumens qui les recouvrent s'amincissent et se perforent : alors apparaissent des ulcères surtout vers les points où repose le corps. Leur surface blafarde laisse suinter un sang noir, putrescible. Toute l'économie est profondément altérée. Ne demandez plus quel organe est malade, mais bien plutôt s'il en est un encore sain. Enfin les membres s'infiltrent, l'œdème devient général et les animaux succombent.

Changez les noms, n'est-ce pas là l'histoire littérale des scorbutiques? Dans le scorbut, vous avez aussi comme phénomènes prédominans, l'abattement, la tristesse, l'anéantissement des forces musculaires. Ce sont les mêmes troubles vers la digestion. Soif vive; désir de boisson acide; appétit médiocre ou nul. Il y a de la diarrhée et il n'est pas rare

---

La création d'une chaire de zoologie au collége de France n'a pas été jugée de la même manière. On la regarde généralement comme un contre-sens, une injustice et une impossibilité. Cette opinion était si répandue, si unanime, qu'on n'a pas compris l'obstination de M. le ministre à faire une chose universellement désapprouvée. Je me hâte de vous dire, mon cher confrère, qu'il ne s'agit ici que de la mesure en elle-même, et non de l'homme honorable qu'elle concerne ; une fois le principe de la chaire admis, nul ne méritait plus que M. Duvernoy d'y être appelé; mais la réputation et le mérite de ce naturaliste ne changent pas le fond des choses ; c'est-à-dire qu'avec ou sans M. Duvernoy, une chaire de zoologie au collége de France, substituée à la chaire d'anatomie de Portal, est, je le répète, un contre-sens, une injustice et une impossibilité. L'importance des faits m'oblige à entrer dans quelques explications.

L'enseignement du collége de France est spécial. Ce n'est point l'enseignement des écoles ou des facultés. Institué pour recevoir les hommes qui ont réalisé un progrès, le collége de France est la tribune de la découverte. Tandis que l'enseignement universitaire est établi pour répandre les connaissances acquises ou élémentaires, pour enregistrer et classer parmi les faits connus les faits qui agrandissent chaque jour le domaine de la science; l'enseignement du collége de France a pour mission exclusive l'exposition et le développement des branches scientifiques nouvelles, par ceux-là même qui les ont fait naître. Cette destination n'est point une vue spéculative; le collége de France l'a reçue de la plupart des hommes qui l'ont illustré. Ceux qui l'ont fondé n'ont peut-être pas prévu qu'il acquerrait un jour cette distinction supérieure; mais ce caractère, établi aujourd'hui par le fait, doit être religieusement consacré et perpétué par les hommes de la science et de l'administration. Il doit l'être surtout, parce qu'une pareille institution est la vie des sciences. Par elle, les dernières vérités acquises entrent rapidement en circulation, et provoquent la découverte d'autres vérités. Le professeur qui a fait faire un pas à la science par ses propres travaux, en prépare de nouveaux en montrant sans cesse à ceux qui l'écoutent le point où il s'est arrêté, et d'où doit partir la continuation du progrès. Ainsi que je l'ai dit plus haut, les autres établissemens enseignent la science faite à des élèves qui n'en connaissent pas encore les principes; le collége de France enseigne la science qui marche à des hommes qui sont destinés à en perpétuer le progrès. Si cette distinction est vraie (et la composition du personnel actuel ne permet pas de le nier), si, d'ailleurs, la Faculté des sciences et le muséum satisfont à toutes les nécessités de l'enseignement de la zoologie; si cette science a ses cadres, ses divisions, ses méthodes, ses faits bien établis; si elle est même enseignée dans les colléges : une chaire de plus, avec les vues, les connaissances et les méthodes acquises, dans un établissement consacré aux spécialités nouvelles, est donc une superfétation, un contre-sens, une inutilité, au préjudice des parties de la science en progrès ou à constituer. Vous trouverez cette opinion bien mieux fondée encore, mon cher confrère, lorsque vous considérerez que la chaire nouvelle a pris la place de la chaire d'anatomie. Mais, direz-vous, l'anatomie est une science faite, classique, enseignée partout : à l'époque où Portal fut nommé professeur au collége de France, l'anatomie pathologique commençait une ère scientifique nouvelle; elle réclamait à bon droit sa place dans le cadre des spécialités progressives du collége de France, au profit d'un homme qui l'avait en quelque façon introduite parmi nous; aujourd'hui, l'anatomie pathologique est devenue clas-

que les selles soient sanguinolentes. Celui-là commettrait une bien grande méprise qui attribuerait ces désordres fonctionnels à une inflammation véritable du conduit intestinal. Je me rappelle l'observation d'une de nos aliénées, la nommée Thévenin, qui fut reçue à l'infirmerie dans la période la plus avancée du scorbut. Son état très-grave était rendu plus grave encore par un dévoiement abondant que rien n'avait pu arrêter. Elle refusait opiniâtrement de suivre nos prescriptions. Sa seule idée, son seul désir était de manger de la salade. On lui en donna. Au bout de peu de jours l'estomac digérait mieux, la diarrhée était diminuée, les forces commençaient à revenir. Peut-être aurions-nous sauvé cette malade sans une complication de phthisie pulmonaire qui l'entraîna au tombeau.

Dans le scorbut, comme dans nos expériences, la respiration et la circulation sont gravement compromises. Dyspnée toujours croissante. Expectoration de mucus sanguinolent. Sans qu'il y ait eu ni douleur de côté, ni fièvre, le tissu du poumon cesse peu à peu d'être perméable. On observe quelquefois des syncopes. Le pouls d'ordinaire est lent, à peine sensible au doigt. La faiblesse est telle que les anciens disaient qu'il semble plutôt ramper que battre. (*Reptare potius quam pulsare*).

C'est surtout vers la circulation capillaire que les lésions se montrent et plus nombreuses et plus manifestes : nouvelle preuve de l'analogie qui existe entre le scorbut et les maladies que nous créons en modifiant la coagulabilité du sang. Ainsi dans tous les points, sous toutes les formes, le sang du scorbutique a une merveilleuse tendance à sortir de ses vaisseaux. Boerhaave dit avoir vu ce sang exhalé à la surface de la peau, en quantité assez considérable pour produire la mort, sans qu'il existât de solution de continuité apparente. (*Hæmorrhagiæ sæpe lethales ex ipsâ cute externâ, non apparente vulnere.*) Ces cas, s'ils sont authentiques, doivent être excessivement rares. Le sang d'ordinaire s'épanche entre les lames du derme, et dans les aréoles du tissu cellulaire sous-jacent pour constituer des taches variables par leur volume et leur couleur. Telle est la disposition aux ecchymoses dans le scorbut, qu'on peut quelquefois les développer à volonté en exerçant sur la peau une pression légère. Van Swieten rapporte qu'ayant appuyé un peu trop fort en tâtant le pouls d'un scorbutique, il avait aperçu le lendemain l'empreinte de ses doigts marquée par autant d'ecchymoses. Au lieu de se répandre en nappes, le sang extravasé peut se réunir en foyers : il en résulte des tumeurs bleuâtres, violacées, fluctuantes. La peau qui recouvre ces taches ou ces tumeurs finit par s'user et s'abcéder : des ulcères prennent naissance de leur surface, on voit sourdre une suppuration sanglante, comme si le sang cherchait à fuir partout où s'offre une issue. Ceci est si vrai qu'il suffit d'égratigner légèrement ou de piquer avec une épingle la peau d'un scorbutique pour produire une hémorrhagie souvent difficile à arrêter.

Nous avons dit que les animaux dont le sang n'est plus coagulable étaient souvent attaqués d'ophthalmie. Les mêmes altérations de la vision s'observent chez les scorbutiques. En voici un exemple. La nommée Urée, très-gravement atteinte de scorbut, entre à l'infirmerie pour se faire traiter d'une ophthalmie des plus intenses. Les paupières étaient énormément tuméfiées. Leur bord libre, ulcéré, laissait à nu le cartilage tarse. Plus de trace d'organisation vasculaire dans la conjonctive : la cornée avait perdu une partie de sa transparence : à son centre existaient une ou deux ulcérations à facette, et sa circonférence était enchâssée dans une sorte d'anneau circulaire formé par un bourrelet fongueux de la conjonctive. Collyres, exutoires, révulsifs vers la peau et l'intestin, tout fut essayé. L'application du nitrate d'argent procura la cicatrisation des ulcérations de la cornée et des paupières, mais la conjonctive restait toujours boursouflée et douloureuse. Le mal semblait stationnaire, lorsque peu à peu l'état général de l'économie s'amenda, en même temps les yeux éprouvèrent une amélioration notable. A mesure que les ecchymoses cutanées disparaissaient, l'ophthalmie diminuait d'intensité, de sorte que les mêmes phénomènes d'absorption ont fait repasser dans la circulation le sang extravasé sous la peau et sous la conjonctive. J'avais déjà en l'occasion de faire cette remarque dans nos expériences sur les animaux. Dès l'instant que le sang recouvrait sa coagulabilité, l'état des yeux redevenait meilleur.

Du côté des sécrétions nous trouvons encore la même analogie. Il est rare que les scorbutiques arrivent à la dernière période de la maladie sans que la figure et les membres ne s'œdématient par suite d'un accroissement de l'exhalation séreuse.

Voilà pour le symptôme. Parlerai-je des caractères anatomiques du scorbut ? Les phénomènes observés pendant la vie indiquent déjà la nature des lésions qu'on rencontre sur le cadavre. Ces lésions se rapportent toutes à une décomposition des solides et des liquides. Et comment en serait-il autrement ? N'est-ce pas par l'estomac que le sang est réparé, par le poumon qu'il est vivifié ? Ces deux sources viciées, et elles le sont par la mauvaise qualité des alimens et de l'air, l'économie tout entière doit être affectée. Du moment que le sang touche les organes, il dépose en eux le principe de leurs souffrances : de là cette perturbation générale.

Je pourrais, comme pour les symptômes, énumérer à part les désordres anatomiques qui existent chez les scorbutiques et chez les animaux soumis à nos expériences, mais à quoi bon une double description ? Ce seraient pour chacune les mêmes idées à reproduire, les mêmes particularités à signaler. Il y a plus, telle est l'identité des lésions dans ces deux maladies, j'allais dire dans ces deux formes de scorbut, que si l'on voit en quoi elles se ressemblent, on cherche en vain en quoi elles diffèrent. Je me contenterai donc d'une seule description.

Ce qui frappe tout d'abord, c'est la putréfaction très prompte des cadavres : elle arrive en quelques heures. Sous chaque incision s'écoule un sang noir, privé de coagulum. La muqueuse intestinale est soulevée par des ecchymoses semblables à celles qui sont à la peau. Quelquefois le sang est exhalé dans la cavité même de l'intestin, ou entre ses tuniques, qu'il isole par une sorte de dissection. La vessie, les branches, les diverses membranes muqueuses présentent des extravasations analogues. On en observe entre les faisceaux et les fibrilles musculaires, et jusque dans les aréoles spongieuses du tissu osseux. Il est assez fréquent de trouver du sang dans les cavités splanchniques et articulaires ; j'en ai vu dans la plèvre et même dans le péricarde. Le cœur est flasque, mou, dilaté par du sang en dissolution. Sa membrane interne est fortement colorée en rouge ; il en est de même de celles des artères. Ce sont là de simples phénomènes d'imbibition.

Ainsi rien n'est intact dans ces cas où le sang a perdu de sa coagulabilité. Il est surtout deux organes qui par le caractère tout spécial de leurs altérations méritent d'être pris en plus sérieuse considération, je veux parler du poumon et de la rate.

1° *Le poumon.* — Le poumon offre tous les caractères de l'engorgement le plus complet : Perte d'élasticité ; de crépitation, de perméabilité. Son tissu est dense et compact. L'abondance du sang extravasé et son ac

---

sique et populaire ; elle a une chaire à la Faculté de médecine. Aussi, n'est-ce pas l'anatomie descriptive, ni même l'anatomie pathologique, qui revendiquaient l'héritage de Portal ; mais une autre espèce d'anatomie : l'anatomie générale ou philosophique, cette science transcendante, qui ne fait que de naître, qui a ses créateurs et ses représentans parmi nous, et qui n'a eu jusqu'ici pour se propager en France que les échos affaiblis des nombreux enseignemens de l'Allemagne, et les faibles ressources des communications académiques. Certes, les anatomistes qui cherchent à ramener le développement des animaux et de l'homme en particulier à des lois générales, qui poursuivent ces lois dans les phases diverses, les différentes époques et les différens degrés de l'évolution animale ; qui les recherchent et les retrouvent jusque dans les aberrations et les transformations morbides de l'organisme, considérées jusqu'alors comme les produits d'une nature exceptionnelle ; certes, dis-je, de pareils hommes eussent honoré et complété l'enseignement du collége de France ; et une semblable anatomie peut bien regarder comme une injustice la suppression qu'on a faite de sa tribune, au profit d'une science déjà vieille, et en possession de beaucoup d'autres moyens de propagation. J'ajouterai, pour compléter cette dissertation en trois points, que l'enseignement de la zoologie nécessite des pièces nombreuses, des collections d'animaux, qui n'existent pas et qui n'existeront jamais au collége de France : j'avais donc raison de vous dire que l'enseignement de la zoologie au collége de France est impossible. Notre grand Cuvier l'avait si bien senti, qu'en place du cours de zoologie qu'il avait été chargé de professer, il faisait de très belles leçons sur l'histoire des sciences naturelles. C'est pour le même motif, sans doute, qu'à la mort du grand naturaliste, on avait converti sa chaire en chaire de géologie au profit d'un jeune savant qui a su, par une seule et féconde idée, renouveler la face de cette science. Vous me pardonnerez, mon cher confrère, ces détails trop excentriques, en pensant que les médecins occupent bien peu de postes scientifiques, et que la science, l'art et la profession, ont besoin qu'on leur conserve leurs rares et trop rares priviléges.

Je juge de la même manière le rétablissement des comités historiques près des académies. En thèse générale, tout ce qui favorise les médecins, tout ce qui leur donne accès aux honneurs, aux dignités, et surtout aux honneurs scientifiques, excite d'avance les sympathies de la GAZETTE MÉDICALE. Avant d'examiner les hommes qu'on élève, elle applaudit aux mesures qui agrandissent et multiplient leurs moyens de succès et de distinction ; car, si le premier occupant l'est le plus souvent par faveur, il a au moins le mérite d'avoir fait ouvrir la voie à de plus dignes successeurs. Mais que d'approbation ne donne-t-elle pas, quand à des postes nouveaux, elle trouve placés des hommes comme MM. Thénard, Arago, Libri, Dupin, Poisson, Chevreul, de Jussieu, Flourens, Gay-Lussac, Elie de Beaumont, Isidore-Geoffroy St-Hilaire, Dumas, Breschet, Pariset, Orfila, Royer-Collard et Donné ? Voilà les noms des commissaires composant le comité des sciences ; leurs attributions, vous les verrez dans les articles réglementaires ci-joints. Elles consistent, en général, à provoquer et à favoriser les recherches scientifiques ; les comités historiques signalent, d'une part, aux académies, les points à mettre en lumière, les questions à résoudre, les instructions à donner ; de l'autre, ils appellent l'attention mieux éclairée du gouvernement sur les travaux qui ont besoin d'être encouragés ; sur les publications qui ne sauraient se faire sans son concours. Placés entre la science et l'administration, ils sont la chaîne qui unit ces deux

cumulation vers les endroits les plus déclives indiquent que la physique a eu ici la plus large part. Jamais dans une pneumonie franche tant de sang ne sort de ses vaisseaux, jamais il n'obéit aussi manifestement à la pesanteur. Ce qui établit encore une ligne de démarcation bien tranchée entre ces altérations et celles qui résulteraient d'une inflammation proprement dite, c'est la texture même des parties malades. Prenez un morceau de poumon de scorbutique, ou d'un de nos animaux, peu importe, lavez-le de manière à en exprimer tout le sang qu'il contient, vous pourrez lui rendre à peu près l'intégrité de son tissu. Il redeviendra spongieux et élastique, assez semblable en un mot à un morceau sain. Essayez maintenant la même expériance sur un poumon véritablement enflammé, vous aurez beau laver, jamais vous ne retrouverez l'organisation normale. Pourquoi cette différence? Parce que dans un cas le sang s'est échappé de ses vaisseaux sans léser leurs parois, ni les tissus environnans, tandis que dans l'autre, les parois et tissus environnans ont été profondément désorganisés. Il en est à cet égard de ces altérations du poumon comme de celles que M. Dechambre appelle *pneumonies intervésiculaires* dans lesquelles une compression ménagée du tissu pulmonaire finit par évacuer la presque totalité du sang et de la sérosité qui l'engorge de manière à lui rendre la perméabilité de ses cellules. (*Archives générales de médecine* 1835).

2° *La rate.* — La rate est remarquable par son grand développement, ce qui explique la dénomination de σπλὴν μεγας imposée par Hippocrate à une maladie que l'on croit être le scorbut. Elle est en même temps ramollie. La disposition anatomique de la rate rend très-bien compte de la difficulté avec laquelle le sang s'épanche et séjourne dans son parenchyme. L'artère splénique, comme on sait, ne se continue pas avec les veines du même nom par l'intermédiaire des vaisseaux capillaires, elle s'abouche par de petits orifices dans les larges cellules, séparées l'une de l'autre par des lanières fibreuses dont la réunion en cylindre constitue les parois de la veine splénique. On conçoit dès-lors que l'action du cœur avait besoin de puissances accessoires pour faire passer le sang de la rate dans le système de la veine porte. Parmi ces puissances accessoires, se place en première ligne l'élasticité même du tissu splénique. Or voici, selon moi, par quel mécanisme s'opère l'augmentation de volume de la rate dans le cas qui nous occupe : le sang privé en partie de sa coagulabilité s'imbibe dans les parois des cellules, les ramollit, les détend au-delà des limites de leur élasticité. Qu'arrive-t-il alors? La rate se dilate et elle doit sans cesse se dilater, car, puisqu'elle a perdu ses propriétés rétractiles, plus de sang pénètre dans son parenchyme qu'il n'en sort dans un temps donné. C'est un ressort qui a été trop fortement tendu et qui ne peut plus revenir sur lui-même. La preuve, c'est que si vous soumettez la rate ainsi tuméfiée à un filet d'eau, vous pourrez lui rendre la vascularité de son cannevas cellulo-fibreux, mais jamais son élasticité. J'insiste sur cette explication toute mécanique que je crois avoir proposée le premier, parce qu'elle me semble parfaitement en harmonie avec la nature même de la lésion. Qu'y a-t-il d'étonnant à ce que le sang altéré dans ses propriétés physiques s'attaque de préférence aux propriétés physiques des tissus? La rate, malgré l'obscurité de ses fonctions, paraît avoir pour usage de servir de réservoir au sang, elle est donc par cela même l'organe le plus exposé à ressentir l'influence morbide du séjour de ce liquide.

Ce n'est pas sans intention que j'ai rapproché l'un de l'autre ces altérations du poumon et de la rate. Dans le scorbut comme dans nos expériences elles ont la même origine et les mêmes caractères : aussi ne faut-il les envisager que comme le produit d'un travail d'extravasation, en d'autres termes, que comme un phénomène physique.

Ce qui distingue essentiellement les phénomènes physiques des phénomènes vitaux, c'est que tandis que ceux-ci, faibles ou intenses, passagers ou persistans, se jouent en quelque sorte de nos prévisions, les premiers, au contraire, sont soumis à des lois et plus fixes et plus certaines. Si donc ici le poumon et la rate sont altérés parce que le sang a perdu de sa coagulabilité, ces mêmes altérations doivent se rencontrer dans d'autres maladies où le sang n'est plus ou presque plus coagulable. C'est effectivement ce qu'on observe. Je prendrai pour exemple la fièvre typhoïde : car, dans cette affection le sang est privé, en totalité ou en partie, de la faculté de former caillot. Eh bien! entre autres phénomènes morbides qu'elle nous présente et qui tous, depuis la tendance des hémorrhagies jusqu'à la production de ces ophthalmies signalées par M. Louis, dans un peu plus de la moitié des cas, indiquent une altération spéciale du sang, nous trouvons le poumon et la rate compromis. Remarquez que c'est moins au début qu'au déclin de la fièvre typhoïde que ces organes se prennent ; remarquez surtout que dans beaucoup de circonstances les agens morbides extérieurs ont dû être sans influence aucune. Ainsi un malade est couché dans un lit bien chaud, il respire un air tiède, toutes les précautions hygiéniques l'environnent, et voilà que la circulation pulmonaire s'embarasse au point de causer la mort. Direz-vous qu'il y a pneumonie? Oui, si vous n'attachez à ce mot que l'idée de l'abstraction matérielle du poumon ; non, si par pneumonie vous désignez une lésion primitive du poumon, indépendante de la composition du sang. Il faut prendre garde de confondre ici la cause avec l'effet. La cause, c'est le défaut de coagulabilité du sang ; l'effet, c'est l'extravasation de ce fluide à travers les porosités de ses vaisseaux.

Dans certaines pneumonies franchement inflammatoires, on voit souvent survenir en peu de jours, peut-être même en peu d'heures, un état typhoïde des plus prononcés. Dans ce cas, le sang ne s'est altéré que parce que le poumon était primitivement malade ; dans le cas précédent, au contraire, le poumon n'a été malade que parce que le sang était primitivement altéré. Pourquoi trouvons-nous encore ici la rate gonflée et ramollie? C'est qu'un lien pathologique l'unit au poumon. Ce lien, c'est l'altération du sang.

Mais arrêtons-nous là, car la science n'est point encore faite sur ces questions dont la solution définitive attend de nouvelles recherches. Mieux vaut paraître incomplet que de remplir par des hypothèses les lacunes qui restent à combler. Je l'ai dit et je le répète, le défaut de coagulabilité du sang me paraît le principal élément morbide du scorbut. Les symptômes et les caractères anatomiques de la maladie même déposent en faveur de cette opinion : voyons s'il en est de même pour le traitement.

L'hygiène indique l'emploi d'une aération et d'une alimentation convenables. C'est ainsi que des équipages entiers ont été guéris alors qu'ils respiraient un air sec et avaient substitué aux salaisons, des alimens frais et aqueux. Y a-t-il maintenant un traitement pharmaceutique spécial pour le scorbut? A cet égard, les prétentions des médecins se sont élevées plus haut que la réalité des succès. Combien de végétaux ont été décorés de l'ambitieuse épithète d'*antiscorbutique!* Cependant aucun, d'après l'avis unanime des observateurs, ne jouit de propriétés réellement spécifiques ; plusieurs mêmes par l'âcreté de leurs sucs seraient plutôt nuisibles qu'uti-

---

extrêmes, qui donnent à l'une les moyens de marcher mieux et plus vite ; et à l'autre, les renseignemens et les lumières dont elle a besoin pour aider le progrès avec discernement. Cette institution représente à la fois le chef de la division des sciences auprès du ministère de l'instruction publique et une commission scientifique permanente d'encouragement. Des esprits inquiets ont cru y voir une mesure machiavélique propre à enchaîner l'indépendance des savans et des académies. Nous y voyons, nous, précisément le contraire. Des hommes tels que M. Arago ne font point partie d'une semblable institution. N'est-ce pas en outre substituer l'opinion de plusieurs hommes compétens à l'opinion arbitraire d'un seul? Jusqu'à présent les encouragemens aux sciences avaient été décidés d'après le bon vouloir du ministre, et sur la recommandation de ses bureaux : la faveur et l'intrigue jouaient chacune leur rôle : à la place de cette alliance ténébreuse, les comités historiques mettront au grand jour l'alliance de la justice et du talent. Voilà, mon cher confrère, comment je vois la chose. Mon opinion pourra se trouver en défaut, parce qu'avec les meilleures institutions on peut commettre des abus, mais les abus viendront des hommes et non des choses. Or, nous n'avons jusqu'ici aucun motif d'avoir de pareilles craintes, et si elles se réalisaient, je signalerais les abus avec le même empressement que je signale les avantages de l'institution.

J'arrive, mon cher confrère, à un point plus délicat, mais toujours guidé par les mêmes principes et les mêmes sentimens. MM. Koreff et Wolowski, médecins étrangers très répandus et très distingués, ont, comme vous le savez, eu à soutenir un procès éclatant contre une des plus riches et des plus grandes familles d'Angleterre. Je n'ai pas besoin de vous rappeler les faits de la cause : vous les avez lus dans tous les journaux : nous nous sommes abstenus de les produire pendant le procès, parce que nous ne voulions prendre part ni directement ni indirectement à une affaire qui donnait lieu à beaucoup d'interprétations différentes, qui affligeait le corps médical, et qu'en notre particulier nous ne jugions pas comme tout le monde. Aujourd'hui que l'événement dramatique est épuisé, qu'il n'en reste que la moralité, nous ne craindrons pas de dire notre pensée, par cela même qu'elle tend à modifier l'opinion à l'égard de deux confrères opprimés.

De quoi s'agissait-il dans l'affaire de MM. Koreff et Wolowski? Evidemment d'une vengeance plus ou moins motivée de la part de ces médecins envers une famille dont ils croyaient avoir gravement à se plaindre. Disons-le tout de suite, pour dissiper les préventions : le moyen employé par MM. Koreff et Wolowski a été peu convenable, impolitique et maladroit, maladroit surtout ; car ôtez-en une seule circonstance, le chiffre de 400,000 fr. demandé sans autre but que pour compliquer le procès, et tout se fût passé à la gloire et à la satisfaction des deux médecins ; l'arrestation, le scandale, la vengeance eussent été les mêmes ; mais le tout eût tourné à la confusion de leurs puissans adversaires. Vous allez le voir : MM. Koreff et Wolowski n'ont point débuté par une demande de 400,000 fr., et sans autre motif que le desir de se faire payer. Après une maladie longue, effroyable ; après des soins et un dévouement sans borne ; après une guérison presque miraculeuse : en place d'égards, de bons procédés, de reconnaissance et d'honoraires, on les avait blessés, heurtés de mille manières, et on était sur le point d'aller dans d'autres pays user les derniers souvenirs des services qu'ils avaient rendus. Quel médecin, en pareil cas, n'eût été révolté et n'eût éprouvé le désir de punir tant d'ingratitude! Et les

les. C'est qu'ici, comme dans beaucoup de circonstances, l'instinct du malade vaut mieux que toute la science du médecin. Donnez au scorbutique ces boissons acidules qu'il demande avec tant d'instances, il en ressentira un bien-être immédiat, et toute l'économie ne tardera pas à en éprouver une influence heureuse. Fodéré dit s'être guéri et avoir guéri tous ses scorbutiques avec des sucs d'orange et de citron : il rapporte aussi le témoignage d'une foule d'auteurs qui se sont parfaitement trouvés de ce moyen. Les acides végétaux ou minéraux étendus sous forme de limonade sont en général regardés aujourd'hui comme d'un usage très-avantageux contre le scorbut. Je les ai vu employer avec un succès constant à Bicêtre et à la Salpêtrière. Je dois même à l'obligeance de M. Mitivié, qui me laissait toute latitude dans le service, d'avoir pu faire dans ce dernier hôpital quelques essais sur l'emploi des acides. Ainsi tous les scorbutiques qui entraient à l'infirmerie recevaient pour tisane de la limonade citrique, et pour gargarisme de l'eau acidulée avec du jus de citron; on frottait avec des tranches de citron les endroits de la peau où existaient des ecchymoses. Nous avons obtenu de la sorte des résultats vraiment extraordinaires.

Je citerai entre autres l'observation d'une jeune fille, appelée Rambure, que depuis long-temps on était obligé de tenir en loge à cause de son extrême agitation. Le froid, l'humidité, le défaut d'exercice eurent bientôt déclaré chez elle l'affection scorbutique. La maladie fit en peu de temps de très-rapides progrès, et chose bien digne de remarque, à mesure que les fonctions organiques se détérioraient, l'intelligence reprenait ses droits. Enfin cette malheureuse devint assez calme pour être admise à l'infirmerie : elle était alors sur la dernière période du scorbut. Pour toute prescription nous lui donnâmes du suc de citron en friction, en gargarisme et en boisson. Pendant quatre jours l'économie fut ainsi saturée d'acides et sous l'influence de cette médication nous voyions l'ensemble des fonctions reprendre leur jeu accoutumé. Comme les digestions restaient encore laborieuses, nous eûmes recours à l'emploi des amers et des toniques. Le vin de gentiane, de Malaga, les préparations de quinquina furent associés aux acides. En moins d'un mois la malade fut parfaitement guérie. Malheureusement le retour à la santé a été accompagné de la réapparition de l'exaltation cérébrale. Si on est encore forcé de la mettre en loge, il est à craindre que se trouvant dans les mêmes conditions physiques que la première fois, elle ne soit de nouveau atteinte de scorbut.

Pourquoi l'introduction de liqueurs acidulées dans le sang des scorbutiques détermine-t-elle une amélioration aussi constante et aussi rapide des symptômes? L'explication de ce fait me paraît reposer en grande partie sur l'expérience suivante qui est due à M. Magendie : Saignez un animal et recueillez le sang dans un vase contenant une solution de sous-carbonate de soude, il ne se forme pas de caillot. Plusieurs heures se sont écoulées et vous avez la certitude que le sang n'est réellement plus coagulable. Versez alors dans le vase de l'eau légèrement aiguisée avec de l'acide sulfurique, aussitôt un caillot se précipite et reste suspendu au milieu du serum.

Ce qui ce passe ici ne peut-il pas se passer également au sein de l'économie vivante? Nous avons vu que le sang dans le scorbut est fortement alcalin et très-peu coagulable. Il présente donc quelques propriétés physiques anologues à celles du sang mélangé au sous-carbonate de soude. Que vous introduisiez un acide directement dans la circulation ou que vous vous serviez de l'intermédiaire de l'estomac, cela importe peu; les effets de cette introduction seront les mêmes Ce sera toujours un acide qui s'attaquera à la coagulabilité du sang. Mais, dira-t-on, cette liqueur, acide de sa nature, conserve-t-elle encore de son acidité après avoir été absorbée dans l'estomac? Je n'hésite pas à répondre affirmativement. M. Bouchardat a inséré dans les Annales d'hygiène le résultat de plusieurs autopsies faites sur des personnes qui avaient succombé à l'empoisonnement par des acides, chez lesquelles le sang a été trouvé coagulé dans ses vaisseaux. Et d'ailleurs n'avons-nous pas chaque jour sous les yeux un exemple plus frappant encore de l'action puissante des réactifs après qu'ils ont été soumis à l'acte de la digestion? Le traitement de la gravelle rouge est fondé tout entier sur ces combinaisons chimiques. C'est par l'usage des boissons alcalines qu'on parvient à neutraliser l'excès d'acide urique et à prévenir la formation de nouveaux graviers. La thérapeutique du scorbut repose sur les mêmes bases, seulement les indications sont inverses. Ainsi ce ne sont point des alcalis mais des acides qu'il faut faire passer dans le sang, car il s'agit de rendre graduellement à ce liquide sa coagulabilité.

Je n'ai pas parlé des moyens de restituer au sang du scorbutique la fibrine absente : il est évident que pour atteindre ce but on devra donner une alimentation fortifiante et surtout animale, aussitôt que l'état des voies digestives le permettra.

Est-ce à dire que dans le scorbut il n'y ait qu'un seul et unique élément morbide, le défaut de coagulabilité du sang? Je ne vais pas si loin. Nous ne pouvons apprécier avec notre œil que ce qu'il y a de plus grossier et de plus matériel dans le sang des scorbutiques : quant aux détails de structure, tels que l'état des globules, les proportions exactes de fibrine, d'albumine, de matière colorante et des différens sels, nos connaissances se réduisent à rien ou à fort peu de choses. Espérons que la chimie organique s'emparera de ces questions : à leur solution est réservé un immense avenir.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS.

I. HUFELAND'S JOURNAL DER PRACTISCHEN HEILKUNDE, continué par OSAN.

Les cahiers d'avril à septembre contiennent les articles suivans : 1° *Histoire d'une syphilis invétérée compliquée d'appoplexie et d'hémiplégie*, par le docteur Busse; 2° *Sur les calculs biliaires et le crétinisme comme maladies endémiques dans la principauté de Hohenzollern*, par le docteur Heyfelder; 3° *Appréciation théorique des maladies cutanées sous le rapport nosologique*, par le docteur Vetter; 4° *Sur le choléra à Eger en 1836*, par le docteur Lautoes; 5° *Du cancer de la vessie et du cancer en général*, par le docteur Rampold (rien de nouveau); 6° *Des manifestations de la vie dans le système de la veine porte*, par le professeur Schultz; 7° *Sur le moyen d'économiser dans la médecine des pauvres*, par le docteur Schmidt; 8° *Remarques et observations pour servir au diagnostic et au traitement des maladies du cœur et des artères*, par le docteur Ebus (mémoire assez bien fait, mais qui ne contient rien de saillant); 9° *Opisthothonos chez un enfant*

débats ont suffisamment prouvé qu'elle n'avait pas manqué. L'ingratitude n'a pas été commune ni grossière, comme celle des malades vulgaires que nous voyons si souvent injurier le médecin pour se dispenser de l'honorer; elle a pris les formes de la morgue la plus exquise, de l'insolence la mieux élevée et du meilleur ton, en un mot de l'ingratitude aristocratique. M. le duc ... a daigné prévenir ses médecins, par lettre, du départ de la malade guérie, quand elle avait déjà quitté Paris; il l'a fait en très bons termes; il leur a écrit, suivant le laconique résumé de M. Chaix-d'Est-Ange, « Messieurs, soyez assuré de ma reconnaissance....., et je m'en vais. » En effet, M. le duc était sur la route de Londres, lorsque MM. Koreff et Wolowski reçurent ce magnifique témoignage de sa gratitude. Les deux médecins purent croire, avec quelque apparence de raison, qu'on les considérait comme suffisamment honorés par l'honneur d'avoir sauvé la vie à la fille d'un grand d'Angleterre, d'autant plus, a-t-on dit, que M. le duc avait quelquefois fait servir les prérogatives de sa grandeur à un semblable usage. Cependant la noble famille repasse par Paris, sans en donner avis à MM. Koreff et Wolowski. Elle était à la veille d'en repartir définitivement, lorsque nos deux confrères, se croyant définitivement oubliés, ont fait arrêter, purement et simplement, l'illustre famille, comme ils l'auraient fait de simples bourgeois, et lui intentèrent un procès en paiement de 400,000 fr. d'honoraires. Voilà toute la cause, mon cher confrère, moins les incidens qui ont établi, il faut le reconnaître, qu'il n'y avait pas eu de la part des débiteurs fuite préméditée pour se soustraire au paiement de leur dette, mais absence d'égards, de formes, de convenances, en un mot de tout ce dont nous autres médecins français, nous sommes si jaloux, même alors que nos cliens se dispensent du principal. Eh! bien, mon cher confrère, ne pensez vous pas maintenant comme moi, que, si MM. Koreff et Wolowski se fussent bornés à apprendre par huissier à leurs nobles cliens que la pairie ne dispense pas des devoirs de la reconnaissance; s'ils eussent laissé en blanc le chiffre de leurs honoraires, s'ils eussent demandé réparation pour la forme, et non pour le fond, leur but eût été complètement rempli?

Je vous ai donné ces détails sur la moralité de cette cause, mon cher confrère, pour vous mettre à même d'apprécier la mesure qui vient d'être prise à l'égard de MM. Koreff et Wolowski. Ces deux médecins avaient reçu, depuis plusieurs années, par ordonnance royale, l'autorisation d'exercer la médecine en France; cette autorisation vient de leur être retirée. Cet acte de pouvoir arbitraire est une satisfaction diplomatique accordée au lord d'Angleterre. Nous regrettons que le gouvernement français ait cru devoir s'associer à une pareille vengeance. Elle prouve que MM. Koreff et Wolowski n'avaient pas mal jugé les sentimens élevés de leurs cliens, et elle efface certainement ce que leur démarche avait pu offrir d'étrange et d'inconsidéré.

Vous me direz, dans votre prochaine, mon cher confrère, si vous en avez jugé comme moi.

Nous avons reçu une lettre très étendue, en réponse à celle de M. Cunier, sur le bandage amidoné de M. Seutin. Désirant éviter aux auteurs intéressés dans la question une polémique, plutôt relative aux personnes qu'à la science, nous nous proposons, dans notre prochaine revue des journaux de médecine française, de faire valoir les opinions et les droits de chacun.

de deux ans, par le docteur Burger; 10° *La grippe en 1837*, par le docteur Ebel; 11° *Observation d'une varice intermittente chez une femme en couche*, par le docteur Bennewitz; 12° *Histoire d'une maladie convulsive guérie par le magnétisme animal spontané*, par le docteur Siederer; 13° *Quelques mots sur les eaux de Naizan*, par le docteur Vetter; 14° *Remarques sur la diète*, par le docteur Benewitz; 15° *Nouvel appareil pour le développement du galvanisme*, par le docteur Schéloer; 17° *Guérison extraordinaire par un métachematisme extraordinaire*, par le docteur Kuhlbrend; 17° *Observations et remarques sur la phthiriase*, par le docteur Amelung; 18° *Désorganisation du colon comme l'œuvre d'une mélancolie*, par le docteur Walther; 19° *Observations pratiques*, par le docteur Schræder (rien de saillant); 20° *Guérison d'une dartre chronique sur le nez par la méthode de Weinhold*, par le docteur Brunzler

SUR LE SYSTÈME DE LA VEINE PORTE EN RAPPORT AVEC LA STAGNATION DU SANG DANS LE BAS-VENTRE, par le professeur SCHULTZ, de Berlin.

On trouve dans cet écrit des idées entièrement neuves et originales; mais on ne compreod pas toujours ce que l'auteur a voulu dire. Il paraît que le docteur Schultz regarde le sang comme un assemblage de petits êtres globuleux formés d'une enveloppe corticale solide et renfermant dans leur intérieur une substance plus ou moins fluide douée de propriétés vitales remarquables. Il dit avoir constaté expérimentalement que la plus ou moins grande vitalité des globules dépendait de la prédominance de l'une ou l'autre de leur substance élémentaire. Celles qui contiennent plus de substance fluide ou centrale (envre sub stéruz) ont plus de vitalité, celles qui renferment plus de substance corticale solide (gullâ sub stéruz) en ont moins. Cette énergie vitale est encore modifiée par un troisième élément que l'auteur nomme *plasma* ou substance plastique: nous ne comprenons pas bien le sens de cette dernière dénomination.

Lorsque le sang renferme beaucoup de globules, dans lesquels la substance médullaire ou centrale prédomine, il circule plus vite et se trouve plus propre à certaines fonctions, l'assimilation, par exemple; s'il est au contraire surchargé de globules avec excès de couche corticale, vieillis en quelque sorte pour l'organisme, alors il ne chemine que lentement et n'est plus propre qu'aux fonctions qui ont pour but la désassimilation et les excrétions.

Avec ces idées, il devient facile à M. Schultz d'expliquer la cause du ralentissement du cours du sang dans la veine porte et de faire des théories sur le mécanisme de la sécrétion biliaire, sur les changemens qu'éprouve l'organisme par l'introduction de principes étrangers, poisons, médicamens ou autres, selon qu'ils pénètrent dans l'appareil à circulation accélérée ou dans celui à circulation lente, et enfin sur l'étiologie des maladies du bas-ventre dites engorgement de la veine porte.

L'auteur renvoie souvent le lecteur à un de ses ouvrages sur la circulation du sang et pour lequel il a obtenu le grand prix de l'Académie royale des sciences de Paris. C'est dans cet écrit qu'il dit avoir démontré expérimentalement la nature et les propriétés vitales des corpuscules ou vésicules dont il admet l'existence dans le sang. Il se plaint de ce qu'on l'a mal compris, lorsqu'on a comparé la formation des vésicules en question à celle de bulles de savon ou d'écume de bière, tandis que lui, il avait toujours insisté à les décrire comme composés d'élémens vivans ayant une organisation réelle, mais ne consistant pas non plus en globules entièrement solides depuis leur périphérie jusqu'à leur centre, comme on l'admet généralement.

Dans leur principe ces globules creux semblables aux utricules séreuses des végétaux proviennent de fluides absorbés par les lymphatiques et les chylifères. Ils sont entraînés dans le torrent de la circulation, arrivent au poumon où ils absorbent l'air, deviennent éminemment propres à entretenir la vie dans les organes. Le *plasma* qui abonde alors dans ces vésicules est le caractère distinctif de celles qui ont été vivifiées dans le poumon. Arrivés aux organes ils déposent le *plasma*; il se fait un échange de principes, et à leur retour dans le torrent de la circulation concentrique, ils ont changé de nature, il y a prédominance de la substance tégumentaire ou corticale.

Ces vésicules ont alors parcouru leur carrière de vie; inutiles pour l'assimilation, ils ne peuvent plus servir qu'aux sécrétions, et comme dans cet état ils abondent dans le système de la veine porte plus que partout ailleurs, le sang de ce système circule plus lentement, et c'est pour cette raison que les stagnations et les engorgemens y sont si fréquens.

Nous ne connaissons point l'ouvrage auquel M. Schultz nous renvoie souvent; nous ne pouvons donc pas affirmer s'il y a quelque chose de vrai ou non dans le rôle qu'il fait jouer à ces corpuscules vivans dont il a été question. Mais d'après ce qu'il en dit dans le mémoire que nous avons sous les yeux, il nous semble que les propriétés qu'il leur assigne sont purement hypothétiques.

GUÉRISON REMARQUABLE PAR UN MÉTACHEMATISME BIEN EXTRAORDINAIRE; Par KUHLBRAND, d'Inowraclaw (grand duché de Posen).

OBS. D. J. F, âgé de 70 ans, marchand, marié pour la troisième fois, maigre, de temperamment sanguino-cholérique, toujours bien portant, se plaignait depuis plusieurs mois de douleurs de pieds qu'il attribuait à la pression de sa chaussure. Le soir, il ne s'endormait pas aussi vite qu'autrefois; vers minuit, il était réveillé subitement par de fortes angoisses. Le malade, qui était obligé d'être assis, le corps couché en avant, sautait de son lit, ouvrait la fenêtre pour respirer plus librement. Après ces accès, qui durèrent 97 fois, presque une heure, il s'endormait dans un fauteuil, et se réveillait fatigué vers le matin. Comme l'appétit était bon, et, qu'en général, le malade avait peu de confiance dans la médecine, on ne fit appeler un médecin que lorsque son état était devenu presque intolérable; alors, on observa les symptômes suivans: position assise; figure pâle et grippée; yeux troubles; langue très épaisse, couverte de mucus; respiration difficile, fréquente; toux sèche, brève, avec peu d'expectoration. Pouls fréquent, mou, non intermittent, beaucoup de soif, anorexie. Peau tantôt chaude, tantôt froide, au reste sèche; extrémités supérieures amaigries et comme endormies; pieds œdémateux jusqu'aux genoux; urine rare et rouge; constipation. M. Kühlbrand crut rencontrer dans cette maladie un commencement d'hydrothorax; on prescrivit successivement les sels neutres, le tartre stibié à petites doses; un vomitif; des diurétiques. Malgré tous ces moyens, la maladie menaçait, après un espace de six semaines, de devenir mortelle! les angoisses étaient violentes; l'œdème, des pieds jusqu'aux cuisses, paraissait vouloir se rompre; la fluctuation dans le bas-ventre était évidente; orthopnée, somnolence, pupilles très dilatées; mouvemens involontaires, et tremblotans des mains vers la tête, celle-ci penchée d'un côté. Urine très rare et fétide. Pouls à peine sensible; sueurs froides.

Un second médecin appelé en consultation, regardant la mort comme imminente, ne voulut rien ordonner; le malade resta dans cet état désespérant pendant plusieurs jours, lorsqu'on chercha, à trois heures du matin, M. Kühlbrand, en lui disant que le malade allait mourir. Sur le salut du médecin au malade, celui-ci lui demanda son nom, et, l'ayant appris, il paraissait réfléchir, et répéta à plusieurs reprises: Le docteur N., le docteur N., et se souleva tout à coup de son fauteuil, et en s'approchant à pas précipités du médecin, il cria: « Que voulez-vous de moi! » Immédiatement après cet effort, bien extraordinaire, le malade retomba épuisé; son pouls était imperceptible; la respiration froide, les yeux hagards, des sueurs glaçantes couvrirent la face hippocratique, les facultés intellectuelles étaient abolies, et toutes les sécrétions involontaires; mais bientôt se déclarèrent de violens accès d'épilepsie; l'urine et les selles furent rejetées, au milieu de convulsions et de crampes terribles; dans l'intervalle de ces accès, le malade s'arracha les habits du corps, et ne fit que cracher et se mordre. On appliqua sur les mollets, sur les cuisses, sur les bras et la tête, des sinapismes fortement camphrés; à l'intérieur, on donna de fortes doses de musc, dont la moitié fut rejetée, et on fit des frictions et des lotions irritantes. Cet état dura du matin à 4 heures jusqu'au soir à 7 heures. Le malade, qui s'endormit, fut nettoyé et porté dans un lit. Tout son corps paraissait paralysé; les membres et la tête étaient pendans comme chez un cadavre; les paupières paralysées couvraient des yeux morts; les pupilles dilatées restaient immobiles aux frictions et à une forte lumière; le pouls et la respiration étaient à peine sensibles; les vésicatoires avaient tiré, sans que le malade ressentît la moindre des choses. Quel ne fut pas l'étonnement du médecin, qui, croyant son malade mort, le trouve le lendemain matin, à 5 heures, assis dans son lit, avec une respiration plus libre, le pouls plus plein, la température de la peau, qui était humide, presque normale; le regard un peu hagard; mais les pupilles encore très dilatées. En lui adressant la parole, il paraissait se réveiller d'un rêve, et pleurait en se tournant de tous les côtés; il disait: « Hélas! je suis aveuglé! » Et, en effet, il ne distinguait pas les objets qui l'environnaient. Le malade ne se rappelait pas le jour précédent. Quoiqu'il ne bût pas beaucoup, la sécrétion de l'urine devint si copieuse, qu'il rendit journellement plus de 25 litres d'urine, et, au bout de huit jours, toute la poitrine était libre; la fluctuation dans le bas-ventre avait disparu; une immense quantité de sérosité s'écoula des vésicatoires. Le sommeil était bon, et les autres fonctions s'améliorèrent journellement. Cette amélioration ne dura pas long-temps; au bout de quelques semaines, cette sécrétion abondante de l'urine prit tous les caractères d'une diabète; l'urine était sucrée; le corps devint extrêmement maigre; les forces diminuèrent; l'appétit était nul; les selles très rudes; la peau sèche; le pouls fréquent. Au moyen d'un traitement convenable, la sécrétion de l'urine diminua et reprit son odeur normale; mais une paralysie commençante des organes de la digestion, qui paraissait à l'état normal, menaça de nouveau les jours du faible malade, qu'on nourrissait au moyen de lavemens; cette nouvelle affection se dissipa encore au moyen de gargouillemens, d'injections et de frictions convenables. Trois semaines plus tard, le malade fut atteint d'un violent hoquet, accompagné d'angoisses qui durèrent dix jours, et qui furent suivies d'aphthes, qui couvrirent toute la cavité buccale, jusqu'à l'œsophage, et probablement jusqu'à l'estomac. L'amaigrissement augmenta sensiblement; la fièvre lente continua; encore ces affections se dissipèrent. Quinze jours après la guérison des aphthes, la langue du malade, dure et sèche, était couverte d'un enduit tout à fait noir, qui s'étendait dans le gosier. La fièvre lente, la chaleur et les autres symptômes n'étaient pas plus intenses. Rien dans les médicamens, dans la boisson ou dans les alimens, n'avait pu donner lieu à ce phénomène particulier, qui résista à tous les moyens; l'amaigrissement augmenta visiblement; la respiration devint fétide, et d'autres symptômes de scorbut se déclarèrent. Cet état dura cinq à six mois; alors, la langue devint plus molle; la bouche se nettoya, l'appétit, le sommeil revinrent; enfin, le malade se rétablit complètement, au grand étonnement de tous ceux qui le connaissaient.

OBSERVATIONS ET REMARQUES SUR LA PHTHIRIASE, par le docteur AMELUNG, directeur de l'hôpital Hofheim, près de Darmstadt.

Sans ajouter foi à la tradition des anciens, que les poètes Alkman, Pherekydes, le dictateur Sylla et plusieurs autres, qu'Hérodes et Philippe II, roi d'Espagne, soient morts immédiatement de la maladie pédiculaire, nous croyons, avec Pitschaft (*Journal de Hufel. et Osan.*, 1829, c. XII, p. 13), que la phthiriase a été autrefois bien plus fréquente qu'aujourd'hui. M. Amelung passe en revue l'opinion et les observations de quelques auteurs plus modernes; il cite la définition de Blancard (*Lexicon medicum*), la description de Schmalz (Diagnostic). Pierre Frank, épit. lib. III, ne fait mention de cette maladie que d'une manière historique. Une observation ancienne se trouve dans le recueil périodique de la société de méd. 1807, oct.; deux autres très remarquables de Marchelli et Alard sont consignées dans les Mémoires de la société médicale de Gênes. (Stegman, *Journal de Horn. etc.*, 1829, p. 1104), et Kartze (*Rust's Magazin*, l. XXXVI, p. 89) ont observé et décrit cette maladie. Enfin, un cas de Van Ooteghem se trouve dans les *Annales de Médecine belge* (janv., 1836).

Après ce petit aperçu, l'auteur rapporte ses propres observations :

Obs. I. — C. F., âgée de 47 ans, est à l'hôpital depuis 21 ans pour une semi-paralysie; malgré les soins hygiéniques, elle eut, quelques mois avant sa mort, qui arriva le 26 octobre 1827, des taches bleu-rougeâtres et des stries, surtout aux avant bras et aux cuisses, avec des pétéchies, distribuées sur tout le corps; il existait une grande adynamie et un froid glacial aux avant-bras, aux mains et aux pieds; avec ces phénomènes, il se déclara en même temps à la nuque, au dos, à la poitrine et aux avant-bras une éruption de la forme de petites escarres brun-rougeâtres. La malade se plaignit aussi d'un prurit insupportable, produit par des poux qui, il est vrai, n'étaient pas nombreux. On changea fréquemment de linge et on prescrivit des toniques. La décomposition des humeurs devint toujours plus prononcée; les poux se multiplièrent, et la malade mourut dans un état d'épuisement complet.

Obs. II. — E. J., âgée de 64 ans, petite, de constitution faible, peau pâle et flasque, plutôt cachectique, atteinte depuis 9 ans d'une aliénation mentale, entra à l'hôpital le 22 décembre 1829. Elle avait souvent de vrais paroxismes de rage, qui cessèrent plusieurs semaines avant sa mort, le 11 février 1831. Il se déclara en même temps chez elle des symptômes de scorbut et une dissolution complète des humeurs, des taches et des stries bleu-rougeâtres, plus ou moins grandes, et des pétéchies couvrirent les extrémités, complètement amaigries. A plusieurs endroits de la poitrine, de la nuque, du dos, des extrémités supérieures et surtout aux avant-bras et aux mains, la malade eut une éruption de la forme de petites escarres rougeâtres, accompagnée de prurit, et en même temps le corps se couvrit de poux, qui paraissaient se développer sous ces petites escares. Cette femme mourut peu de temps après, dans un épuisement complet.

Obs. III. — M. B., âgée de 45 ans, se trouvait à l'hôpital depuis 28 ans, atteinte de manie et d'épilepsie, qui passèrent bientôt à l'idiotisme. Tout à coup son corps se couvrit de poux, surtout aux jambes et à la partie supérieure, en même temps existait l'éruption caractéristique, mais sans pétéchies et sans phénomènes scorbutiques à la nuque, à la poitrine, au dos et aux extrémités inférieures; ces dernières parties étaient aussi œdémateuses, bleu-rougeâtres et froides. Malgré tous les soins hygiéniques, les poux se montraient de nouveau sur les endroits indiqués, tandis qu'il n'en existait pas du tout sur la tête. Au moyen de lotions faites avec une forte décoction de semences de Sévadille (une demi-once sur douze onces d'eau), les poux et l'éruption disparurent; mais aussitôt qu'on supprima les lotions, les deux derniers symptômes reparurent. La malade tombant toujours plus en imbécillité, garda pendant plusieurs années cette disposition aux poux, qui commença à disparaître peu à peu aux parties du corps couvertes de poils; depuis quatre à cinq ans elle est complètement délivrée, si ce n'est qu'on en trouve de temps en temps quelques-uns sur la tête, mais point au corps ni aux extrémités. Cette personne, parvenue plus tard au dernier degré d'idiotisme, est atteinte depuis quelques mois d'une amaurose complète.

Obs. IV. — V. M., âgée de 57 ans, mère de plusieurs enfans bien portans, est atteinte de folie depuis plusieurs années. La malade, en apparence, de constitution sanguino-lymphatique, d'abord très maigre, a pris depuis quelques années de l'embonpoint. Son penchant à la malpropreté réclame les plus grands soins. Déjà depuis six ans, la garde-malade trouvait des poux dans ses vêtemens. En examinant son corps, on vit à la nuque, à la poitrine, surtout sous les mamelles, à l'avant-bras, aux extrémités inférieures et surtout entre les orteils, une éruption de la forme de petites escarres brunâtres, sous lesquelles les poux se formaient; la tête en était exempte. Sauf le prurit, la malade ne paraissait pas souffrir et gardait son embonpoint. Les seuls symptômes pathologiques qu'on observa furent des furoncles au cuir chevelu, mais complètement libres de poux. Encore, dans ce cas, des lotions faites avec la décoction de semence de Sévadille firent disparaître l'éruption et les poux; ceux-ci reparurent aussitôt qu'on les cessa. Après avoir employé, avec un succès momentané, pendant plusieurs années, ces lotions, on eut recours à d'autres faites avec une solution de sublimé (16 gr. sur 8 onces d'eau). Ce moyen réussit complètement au bout de quelques semaines; depuis ce moment, il y a maintenant six mois, la peau est tout à fait nette. Par contre, la malade est devenue plus maigre et la disposition aux furoncles plus prononcée.

Obs. V. — E. S., âgée de 60 ans, aliénée depuis un grand nombre d'années, était dans un état d'amaigrissement complet, augmenté encore par le refus de prendre des alimens. La malade eut une fièvre intermittente tierce; ce n'est qu'avec beaucoup de peine qu'on parvint à lui faire prendre le sulfate de quinine; la fièvre cessa; la constitution en général s'améliora, pourtant la dyscrasie des humeurs, caractérisée par des pétéchies et par des extrémités bleu-rougeâtres et glaciales était évidente. Bientôt on vit apparaître aux extrémités, à la nuque, au dos et à la poitrine une éruption de petites escarres brunes, sous lesquelles se formaient les poux. Toute la partie de la tête couverte de cheveux en était exempte. On prescrivit successivement le sulfate de quinine; plus tard une décoction de quinquina, avec de l'acide sulfurique étendu, du vin et une diète convenable; puis on fit faire des lotions avec une décoction de sévadille. Au bout de quelques semaines, la phthiriase avait disparu, et la constitution, en général, était dans un état bien plus satisfaisant; la malade toujours aliénée. Les mains et les extrémités inférieures sont bleu-rougeâtres, et même un peu enflées; mais l'éruption a complètement disparu.

De ces observations et de celles rapportées par les auteurs, M. Amelung tire les conclusions suivantes, que nous rapportons en abrégé :

1° La phthiriase est une affection particulière, une maladie *sui generis*.

2° Cette maladie chronique et sans fièvre se fait connaître par une éruption particulière, caractérisée par de petites vésicules et des escarres ou croûtes de couleur bleu-rougeâtre, qui se développent en plusieurs endroits du corps, sur la nuque, sur la poitrine, sur le dos principalement, aux avant-bras, aux mains, aux jambes, aux pieds. Cette éruption est accompagnée d'un fort prurit, et probablement, en grattant, on change les vésicules en escarres, d'où les poux sortent.

3° Il n'y a absolument pas de différence entre les pediculi capitis et corporis, et si on en trouve quelquefois, elle dépend uniquement des personnes blondes, ou brunes, sur lesquelles on les trouve. Il est remarquable que dans aucun des cas rapportés plus haut on n'ait trouvé des poux sur la tête.

4° La phthiriase est une maladie de la peau et a de l'analogie avec la gale, où nous trouvons l'acarus sarcoptes hominis.

5° Cette maladie est le résultat d'une décomposition particulière des humeurs, dont l'éruption et l'insecte n'est qu'un produit, qu'un symptôme. Les pétéchies, les sugillations et les autres symptômes de la dissolution du sang indiquent une dyscrasie de nature putride et spécifique. D'après tous ces phénomènes, la génération des pediculi paraît être spontanée.

6° Tout ce qui paraît contribuer à produire une cachexie putride peut être regardé comme cause éloignée de la phthiriase; ainsi la faiblesse générale du système nerveux, la vieillesse, les privations qu'impose la pauvreté, une atmosphère humide, riche en acide carbonique, en hydrogène et en miasmes de marais. Cette maladie a été observée jusqu'aujourd'hui plus souvent chez les femmes que chez les hommes.

7° Le pronostic de la phthirsiase n'est pas fâcheux en lui-même.

8° Le traitement doit être le plus souvent diététique, un air pur, une eau saine, une bonne nourriture fortifiante, du vin, sont indiqués comme médicamens internes; on peut employer les toniques, les acides minéraux et surtout le quinquina avec ses préparations. A l'extérieur, on a trouvé efficaces les lotions faites avec une forte décoction de semence de sévadille, et surtout une solution de sublimé.

II. SCHWEIZERISCHE ZEITSCHRIFT FUR NATUR- UND HEILKUNDE; PAR DE POMMER.

Les trois premiers cahiers du deuxième volume contiennent : 1° *Compte-rendu des 48-52 séances de la Société médico-chirurgicale de Zurich*; 2° *Récrimination sur l'oubli dans lequel sont tombés un grand nombre d'excellens médicamens indigènes*; par le docteur Schinz; 3° *Observation d'une gangrène sèche survenue à la main, à l'avant-bras, et à la moitié du bras gauche, chez une fille de mauvaise vie, phthisique, 28 jours avant la mort*; par le professeur Heirs; 4° *Précautions prises contre le choléra dans un régiment autrichien*; par le même; 5° *Observations pratiques du docteur Darr*; 6° *Mélanges pratiques du docteur Erisman*; 7° *Communication du compte rendu de l'état sanitaire du canton de Zurich, pendant* 1835; 8° *De la constitution médicale du canton de Glarus, pendant* 1836; par le docteur Jenny.

COMPTE-RENDU DES 48-52 SÉANCES DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE ZURICH.

Nous extrayons de ce compte-rendu les observations suivantes, comme les plus remarquables.

GUÉRISON D'UNE PARALYSIE DE LA LANGUE, ET D'UNE DYSPHAGIE PAR LE GALVANISME; par le docteur REBSAMEN.

Obs. I. — Un vieillard, âgé de 70 et quelques années, ayant eu à plusieurs reprises de légères attaques d'apoplexie, et souffrant depuis long-temps d'un hydrothorax, perdit tout à coup la voix, la parole, le goût et la faculté de la déglutition. Les facultés intellectuelles et les autres organes restèrent intactes. Sans employer un autre moyen, on appliqua le pôle positif d'une pile galvani-

que au bout de la langue, le négatif au cou, là où se trouvent les nerfs du goût et de la déglutition. Dans peu de temps les fonctions paralysées furent rétablies.

ADHÉRENCE DU PLACENTA AVEC L'UTÉRUS ET DE CELUI-CI AVEC LES VISCÈRES ET LES TEGUMENS DU BAS-VENTRE, par le docteur HUBER.

OBS. II. — Une femme, âgée de 34 ans, maigre, de constitution scrofuleuse, a accouché heureusement trois fois. Pendant la dernière grossesse, elle se plaignait beaucoup de douleurs poignantes au côté gauche de l'ombilic. L'accouchement se passa sans le moindre accident. L'accouchée devint très faible, et son pouls disparut sans qu'il y eût aucune hémorrhagie abondante, visible à l'extérieur. Des essais pour décoller le placenta, qui adhérait fortement à la matrice, occasionaient de violentes douleurs, et même des convulsions. L'utérus, encore assez distendu, contenait peu de sang, et était très douloureux à la pression. Dans la supposition d'une hémorrhagie utérine, on prescrivit des moyens externes et internes pour l'arrêter. Une nouvelle tentative pour décoller le placenta resta sans effet. La malade mourut dans un état d'épuisement, dix heures après l'accouchement.

Autopsie. Epanchement sanguin assez considérable dans la cavité du bas-ventre; utérus très distendu, épaissi au fond, de la grandeur d'une pièce de six francs. Du milieu de cet endroit, il s'étendait un ligament composé de tissu cellulaire et de vaisseaux vasiqueux de 4 pouces de longueur sur 3/4 de pouce de largeur jusqu'au péritoine, qui adhérait fortement aux fibres du muscle transversal du bas-ventre. A l'endroit épaissi de l'utérus, on trouva plusieurs déchiremens d'un quart de pouce de longueur, d'où s'est échappé le sang. A la surface interne du même endroit, le placenta adhérait si fortement, qu'on ne pouvait l'en détacher qu'à l'aide du couteau.

ESPÈCE D'HYDROCÈLE DU CORDON CO-EXISTANTE AVEC UNE VÉRITABLE HYDROCÈLE DE LA TUNIQUE VAGINALE TESTICULAIRE; par le docteur BERGER.

Dans cette espèce particulière d'hydrocèle, le canal de communication entre le péritoine et la tunique vaginale ne se trouve oblitéré complètement qu'au niveau de l'anneau inguinal; dans le reste de son trajet, sa lumière est conservée, et lorsqu'une accumulation de sérosité vient à s'y faire, on observe une tumeur en forme de bisace, avec un étranglement linéaire, caractéristique, qui masque la limite entre la tunique vaginale du testicule et le canal de la tunique vaginale du cordon. Quelquefois, il y a un véritable diaphragme, entre les deux cavités, dans lesquelles le liquide s'est amassé; mais le plus souvent, et dans les cas observés par l'auteur, il y a communication libre, et le liquide de l'hydrocèle funiculaire peut passer dans l'hydrocèle testiculaire par l'ouverture étroite correspondant à l'étranglement observé entre les deux tumeurs. Plusieurs auteurs ont parlé de cette espèce particulière d'hydrocèle; cependant, elle paraît être assez rare; ce chirurgien néanmoins l'a observée trois fois en assez peu de temps. Il en indique pour signe diagnostic l'étranglement linéaire entre les deux tumeurs, et comme la communication entre les deux cavités pourrait quelquefois ne pas être très libre, l'auteur pense que l'opération par excision d'une portion de la tunique vaginale conviendrait mieux que l'injection, ou tout autre procédé opératoire, pour la cure radicale de cette maladie.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE, EXPULSION DU FOETUS PAR LES PAROIS DU BAS-VENTRE, 3 ANS APRÈS LA CONCEPTION; par le docteur DE CASTELLA, médecin de l'hôpital Pourtalès, à Neufchâtel.

OBS. — J. R., née F., âgée de 44 ans, couturière, mariée à 23 ans, accoucha heureusement neuf fois. Au commencement de novembre 1827, elle devint enceinte pour la dixième fois, dans sa 41e année. La menstruation cessa complètement. Au cinquième mois de sa grossesse, qui paraissait aussi régulière que les autres, elle sentit les mouvemens de l'enfant. Ceux-ci devinrent très violens au septième mois, après un fort accès de toux, dont la malade fut saisie un soir en se couchant; il lui sembla que l'enfant s'était tourné sur la fosse iliaque droite; depuis ce moment, elle ne ressentit plus les mouvemens de l'enfant. Le lendemain matin, elle eut des douleurs dans le bas-ventre, qui se tuméfia et devint sensible au toucher. Les symptômes de péritonite disparurent par des sangsues et des cataplasmes. Au neuvième mois se déclarèrent des hémorrhagies par l'utérus, qui durèrent pendant deux mois, sans que la malade ressentit des maux d'enfantement. Au dixième, elle quitta le lit pour reprendre une partie de ses occupations. Au onzième, après de violens spasmes d'estomac, la menstruation revint pendant deux jours et se rétablit régulièrement. Cinq semaines avant son entrée à l'hôpital, la malade souffrait d'une péritonite intense, accompagnée d'hémorrhagies utérines abondantes. Le 26 août 1830 (3 ans après la conception), son état était le suivant : écoulement séro-sanguinolent par l'utérus; ventre tuméfié et douloureux; fièvre; anxiété précordiale sans syncopes; à la partie moyenne et inférieure du bas-ventre, on sentait une tumeur dure, ronde, de 12 pouces de longueur, et de 7 à 8 pouces de largeur, s'étendant un peu à droite de la ligne blanche, depuis l'ombilic jusqu'au pubis. Au point central de cette tumeur, on remarqua à travers les parois tendues et douloureuses du bas-ventre, une dureté proéminente. Le col de l'utérus était à peu près ouvert dans la longueur d'une pièce de vingt sous. Le doigt arrivait facilement dans la matrice vide. Le ballottement était impossible. Au moyen du repos, de fomentations et d'injections émollientes sur le bas-ventre et dans l'utérus, et d'une boisson calmante, les accidens inflammatoires, la fièvre et l'écoulement séro-sanguinolent diminuèrent; mais la peau au-dessus de la tumeur était plus tendue; elle s'enflamma, se couvrit de vésicules, la suppuration commença le 3 octobre; l'ouverture se forma à droite de la ligne blanche, trois pouces au-dessous de l'ombilic et donna issue à un écoulement fétide séro-sanguinolent semblable à celui qui s'était fait par l'utérus. Au fond, on découvrit un corps dur, ratatiné, qui paraissait être l'extrémité d'un os de fœtus, il était immobile; en voulant le retirer avec le doigt ou avec une pince la malade accusait des douleurs. On continua les fomentations émollientes sur le bas-ventre, et on contint les forces dans l'espoir que la nature expulserait le fœtus, qui évidemment était entouré d'un sac adhérant fortement aux parois du bas-ventre. Jusqu'au 25 novembre, ainsi quatre semaines après, la suppuration ne fit pas de progrès; l'os béant restait immobile. Comme la malade perdait ses forces et qu'elle souffrait d'une fièvre violente, on se décida à retirer le fœtus; à cet effet on introduisit une sonde dans l'ouverture fistuleuse parallèle à la ligne blanche de haut en bas, et on fit une incision de trois pouces de longueur de dedans en dehors, puis on incisa dans la même direction la paroi supérieure du sac; quatre petites artères furent liées. Il était facile d'introduire la main dans cette ouverture longue de six pouces. On commença par retirer l'os proéminent qui était un fémur complètement dénudé de parties molles, puis suivaient les os de la jambe; le fœtus était fortement pelotonné dans le sac, les parties molles changées en une masse graisseuse dans laquelle le doigt s'enfonçait facilement. Peu à peu on parvint à retirer séparément tous les os du fœtus qui était du sexe féminin, il avait quinze pouces de longueur et pesait une livre et demie. Un morceau du cordon ombilical de six pouces de longueur tenant fortement à l'ombilic était noir, et répandait une odeur fétide comme le fœtus lui-même. En examinant alors le kyste on trouva dans la profondeur quelques phalanges de l'orteil et quelques os du pied gauche. On rapprocha facilement la plaie qui fut convenablement pansée. Le lendemain la fièvre n'était pas très-forte. Le bandage imbibé d'une sérosité rougeâtre, fétide, fut changé. Au moyen d'injections dans le kyste on fit encore sortir des cheveux et deux petits os. Au 1er décembre la suppuration diminua, perdit son odeur fétide et devint séreuse. Dans la plaie qui se rapprocha peu à peu, on introduisit un bourdonnet de charpie dans la profondeur de trois pouces. Le 23 décembre, il survint après un léger malaise une hémorragie abondante par la plaie, qui dura quatre à cinq jours, il ne s'écoula rien par le vagin. Le 13 janvier 1831 un nouvel écoulement sanguin se déclara par la plaie pendant deux jours et pendant trois autres par le vagin. Depuis cette époque on abandonna la plaie qui donna encore issue à un peu de sérosité, et la malade quitta l'hôpital dans un état très satisfaisant. Les trois époques mensuelles suivantes commencèrent chaque fois par un écoulement sanguin qui se fit deux jours par la plaie. Celle-ci se cicatrisa enfin complètement et la menstruation continua à être normale. A la partie supérieure de la cicatrice longue de trois pouces qui se trouvait au-dessous de l'ombilic dans la direction de la ligne blanche existait une petite hernie de la grandeur d'un pois; quoique celle-ci n'eût pas augmenté depuis plusieurs années, on conseilla à l'opérée l'emploi d'un bandage.

La GAZETTE MÉDICALE a déjà publié un grand nombre d'observations de grossesse extra-utérine qui ont été menées même après une époque de huit ans à bonne fin par les seules forces de la nature (GAZETTE MÉDICALE, 1835, 1837). Ce qui nous paraît remarquable dans cette observation, c'est l'écoulement sanguin périodique qui se fit par la plaie, d'où on peut presque conclure avec certitude que cette grossesse était tubaire, et qu'il existait une liaison large entre le kyste fœtal et l'utérus. Ne serait-il pas possible que lors du septième mois de la grossesse le sac s'étant rompu après un violent accès de toux, le fœtus soit tombé dans la cavité du péritoine? Un autre objet digne de remarque c'est le changement des parties molles en une masse graisseuse.

SORTIE D'UN POLÉOPTÈRE PAR LA VESSIE, par le docteur ERISMANN de Reinach (Suisse).

OBS. — Un jeune homme robuste, âgé de 23 ans, se plaignit en février 1833 d'un violent catarrhe vésical inflammatoire avec des symptômes gastriques caractérisés surtout par une sensation fort désagréable après avoir uriné et par un picotement dans la région périnéale : l'urine était rouge avec des flocons muqueux, les dernières gouttes sanguinolentes, quelquefois on y trouvait des parcelles de la membrane muqueuse de la vessie. Grande faiblesse du corps avec abattement de l'esprit (purgatifs, sangsues au périnée, frictions chaudes avec l'huile de jusquiame, boissons mucilagineuses et huileuses). Les symptômes empirèrent rapidement, le picotement au périnée devint presque insupportable, et ce ne fut que par de fortes doses de boissons mucilagineuses et d'eaux d'amandes amères qu'on produisit quelque soulagement momentané. Dans la cinquième nuit depuis le commencement de la maladie, il eut une envie indéfinissable de lâcher l'urine, avec impossibilité de la satisfaire; le malade sentait distinctement un obstacle mécanique qui se mettait au-devant de l'embouchure de l'urètre; mais après beaucoup d'efforts il rendit une masse purulente de la grandeur d'un pois, puis quatre grandes cuillerées d'urine mêlées à cette matière épaisse. Le tout fut suivi d'un repos agréable. Au bout de trois jours le malade était complètement guéri, et depuis il n'a plus ressenti la moindre atteinte d'un catarrhe vésical. Un examen bien attentif de la masse purulente fit voir un *poléoptère vivant* (ptinus sur nin) qui mourut immédiatement au contact de l'air.

A cette observation, l'auteur en joint une autre qui a été rapportée le 26 octobre 1828 à la Société médicale du canton de Zurich, suivant laquelle deux vers sont sortis par la vessie chez une femme de 48 ans. Celle-ci se plaignait depuis long-temps d'une brûlure fatigante et d'un sentiment désagréable en urinant, qui disparut bientôt par l'usage d'une grande quantité de boissons mucilagineuses, surtout de décoction de graine de lin. L'urine contenait des flocons blancs, roux, roulés, non gluans. Après quelques mois elle ressentit à la grande lèvre droite pendant deux jours un picotement douloureux qui fut suivi pendant deux autres

d'une démangeaison désagréable dans les parties génitales. Tout disparut dans la soirée du 14 septembre où elle rendit subitement trois cuillerées d'urine très brûlante, floconeuse, dans laquelle elle vit un petit ver de trois lignes de longueur et trois quarts de ligne dans son plus grand diamètre qui vécut encore pendant cinq jours. Sept jours plus tard, elle rendit, au milieu de pareils symptômes, un second ver de six lignes et demie de longueur.

Tous les deux auteurs croient pouvoir affirmer ne s'être pas trompés sur l'existence réelle de ces animaux et sur leur sortie de l'uretre. En pareil cas, dit le docteur Bremser, le savant Helminthologue (son ouvrage, p. 224 et 265), il faut bien s'assurer que des larves d'insectes ne se trouvent pas dans le vase de nuit, et encore qu'il n'existe pas de fistules, vésico-rectales par lesquelles les vers puissent passer; mais il ne nie aucunement les faits où des larves, des insectes, des vers seront sortis par l'uretre, et adopte volontiers ceux rapportés par Blasius, Rhodius, Albreht, Chapotain, Monceau, Holler et Renner, auxquels on peut ajouter ceux de Raisin (*Journal de medecine*, T. XIX, p. 485), Moublet (même journal, T. IX, p. 244), Duchâteau (*idem*, T. XXXV), Peissmann (*Hubelond's Bibl.*, Vol. XXX, 1814, p. 274), de Bensselaer (*The omeni. Jour. of scienc. and orts*, 1828, janvier), Wolff (*Méd. Zeit. de. ver fût Heilk. à preus*, 1834, n° 21), de Wedekind (*Reyt's magazine*, Vol. 32, 1830. Cah. 3), et de plusieurs autres. (Voy. Gaz. Méd., 1837.)

Nous ne suivrons pas le rédacteur de ce journal dans la savante discussion qu'il entame à ce sujet pour expliquer la présence de ces animaux dans la vessie. Les lacres sont-elles introduites par l'estomac, et arrivent-elles par la circulation dans la veine? Est-ce une création spontanée comme l'admet M. de Pommer? Ce sont des questions dont nous laissons la solution aux physiologistes.

SUITE INATTENDUE D'UNE TRÉPANATION, par le même.

Obs. — J. Q. de Reinach, âgé de 22 ans, reçut, au commencement d'août 1824, près de l'acade sus-orbitaire gauche, un coup de pied de cheval, suivi de fracture du crâne, avec dépression et extravasion. On fit une trépanation qui donna issue à une grande quantité de liquide sanguinolent. Les symptômes les plus alarmans disparurent aussitôt; du pus de bonne nature se montra le troisième jour dans les plaies trépanées, ainsi qu'une granulation régulière. G. fut guéri au bout de huit jours. Il ne resta plus le moindre symptôme, suite de l'accident ou du traitement. Toutes les fonctions physiques et intellectuelles étaient complétemant intactes. Au milieu de novembre de la même année, quatre mois après l'accident, G. N. se coucha avec un léger mal de tête, accompagné d'un abattement général des facultés intellectuelles et dormait tranquillement. Le matin, même céphalalgie à un faible degré avec diminution de la vue; à midi stupeur, et à deux heures mort.

Autopsie faite le lendemain. La cicatrice au-dessus de l'ouverture de l'os était un peu tendue, des tégumens qui l'entouraient étaient un peu forcés et se séparaient facilement du crâne, surtout à la portion inferieure, où il existait dans les deux derniers jours, un endroit très-sensible. A l'orifice trépané, le cuir chevelu adhérait au péricrâne, et celui-ci au crâne; là, en enlevant ce dernier, on vit d'abord la substance cérébrale ulcérée adhérente à la dure-mère, qui, avec les deux autres membranes, était changée en une masse épaisse, comme du cuir. Au-dessous de celle ci se trouvait une grande quantité de liquide séreux, et sur toute la surface supérieure droite du crâne une matière gélatineuse de trois lignes d'épaisseur. Toute la masse cérébrale, surtout celle au côté opposé de la blessure, était dans un état purulent; une grande quantité de sérosité se trouvait dans les ventricules latéraux. Veines du cerveau gorgées de sang; la premiere jusqu'à la quatrième paire de nerfs, mais surtout la deuxième, de couleur suspecte; celle-ci était, en outre, très ramollie. Une grande quantité de cette matière gélatineuse se trouvait encore sur la moelle allongée.

Cette observation prouve combien on doit être circonspect dans l'examen des plaies de la tête, et surtout dans celles qui exigent l'opération du trépan. En outre, c'est surtout dans les plaies de la tête que le pronostic est difficile; et quand même tous les symptômes défavorables ont disparu, le malade, d'après sa constitution et son état, exige encore, pendant un temps assez long, la plus grande surveillance de la part du médecin.

III. MEDICINICHES CORRESPONDENTZ-BLATT.

EMPLOI DE LA BELLADONE DANS LES ACCOUCHEMENS DIFFICILES ET LONGS; par SPATH.

Il est évident que l'accouchement peut être retardé des journées entières dans les cas où l'orifice utérin est tuméfié, épaissi, boursouflé et spasmodiquement contracté; l'application du forceps est alors le plus souvent très dangereuse. M. Spath, d'après l'exemple du docteur Mandt (*Rust's Magazine*, vol. XIX, p. 350) a fait, dans les accouchemens difficiles, longs et douloureux, usage de la belladone (ext. de bellad., un demi gros; axonge, six onces), dont il introduit la quantité d'une fève dans l'orifice utérin, toutes les demi-heures, au moyen d'une pince convenable. Les trois observations suivantes prouvent tout ce qu'on peut espérer de ce moyen.

Obs. I. — Une femme, âgée de 32 ans, de petite stature, mais de bonne constitution, était déjà en travail d'accouchement depuis 45 heures, lorsque M. Spath fut appelé et trouva la tête dans la direction du diamètre droit de Deventer; elle paraissait très grande au toucher; les fontanelles étaient petites et les os du crâne peu mobiles. Les douleurs étaient violentes et presque continuelles. L'orifice utérin était dur, épaissi, tendu, et à peine ouvert pour laisser entrer le doigt indicateur pour examiner la position de la tête. Comme les eaux s'étaient déjà depuis long-temps écoulées, le vagin était sec; la malade était encore forte. (Thé de camomille avec valeriane, fomentations émolientes, avec un peu de belladone, plus tard bain chaud, vapeurs, injections émollientes, etc.) Comme tous ces moyens furent continués pendant quelque temps, et qu'il était impossible d'introduire le forceps, on eut recours aux frictions de belladone sur l'orifice utérin, qui bientôt devint plus mou; les douleurs insupportables cessèrent; l'orifice s'entr'ouvrit assez pour finir l'accouchement au moyen du forceps, et on retira l'enfant à terme, mais mort.

Il est à remarquer que, par suite d'une chute que cette femme avait faite, étant jeune, le bassin était enfoncé au côté gauche.

Obs. II. — Une petite femme, âgée de 38 ans, bien portante, était déjà accouchée très difficilement huit fois; son bassin était régulier, mais petit. Malgré de violentes douleurs pendant 48 heures, l'orifice utérin ne s'ouvrait pas; les eaux étaient déjà écoulées depuis 6 heures. A l'examen on trouva l'orifice utérin épaissi, tuméfié, dur, tendu. (Thé de valeriane avec du castoreum.) Au moyen d'un lavement, la malade eut une selle dure, écoulement de l'urine volontaire. Même état après huit heures. Comme il était impossible d'introduire le forceps, on fit des frictions avec la belladone, comme dans le cas précédent. L'orifice devint plus mou et s'ouvrit bientôt assez pour introduire le forceps. L'enfant, du sexe masculin, était à terme, mais mort; dans quelques endroits, l'épiderme se détachait.

Obs. III. — Une paysanne forte, bien portante, primipare, était dans les douleurs depuis 35 heures, lorsqu'on appela le médecin. Ce cas était pareil au premier, si ce n'est que l'orifice utérin était encore plus tendu. Au moyen de frictions de belladone, suivies de l'application du forceps, on mit au monde une fille vivante, à terme.

Chez aucune de ces malades on n'a observé des symptômes de narcotisme.

Il est bon de rappeler à la suite de ces faits que les plus habiles accoucheurs de l'Angleterre préfèrent aujourd'hui le tartre stibié à haute dose par la bouche à la belladone, pour remplir l'indication ci-dessus. (Voy. Gaz. méd., 1837.)

TRAITEMENT DE LA COQUELUCHE, AVEC LE CARBONATE DE FER; par le docteur STEYMANN.

De tous les médicamens que l'auteur a employés contre cette maladie, le plus souvent rebelle à tout traitement, le fer seul lui a rendu les plus grands services; ce n'est pourtant pas, dit-il, un moyen infaillible; pas plus que le quinquina dans les fièvres intermittentes. L'auteur donne le carbonate de fer à la dose d'un demi-gr. (minimum) à prendre toutes les trois heures avec du sucre, et augmente d'autant de grains et plus que l'enfant compte d'années. Le médicament ne doit être employé que dans le cas où la coqueluche est bien prononcée, on s'en abstiendra donc dans la première période; dans tous les cas, on le fait précéder d'un vomitif.

Obs. I. — Henri Schraeder, âgé de 11 ans, souffrait depuis plus de neuf semaines d'une coqueluche qui avait résisté à tous les moyens; on prescrivit:

Prenez carbonate de fer, 25 gr.,
sucre blanc, 2 gr.; m. f. p. X; à prendre une poudre toutes les trois heures.

Après l'emploi de ce moyen, les succès étaient devenus bien plus rares, et le ton aboyant avait complétement disparu; dix autres poudres, dont chacune contenait 5 gr. de carbonate de fer, enlevèrent complétement la coqueluche; il ne resta plus qu'une légère toux catarrhale, qui cessa bientôt sans traitement.

Obs. II. — La sœur, âgée de 5 ans, malade pendant la même époque, et ayant pris les médicamens ordinaires, sans la moindre amélioration, reçut au commencement un demi-gramme de carbonate de fer, puis 3 grammes par dose, et fut guérie complétement au bout de huit jours; déjà après les premières poudres les symptômes de la coqueluche s'étaient mitigés.

Obs. III. — Jules Étier, âgé de 5 ans, avait très bien supporté la variole, ainsi que la toux variolique; au bout de quatre semaines il eut de nouveau, sans cause connue, une toux qui, après 15 jours, avait pris tous les caractères de la coqueluche; ce n'est qu'au bout de trois semaines après que l'enfant avait été traité sans succès par un autre médecin, que la mère vint consulter M. Steymann, qui dit n'avoir jamais entendu de quintes aussi violentes et d'aussi mauvais caractère; il prescrivit 2 gr., puis 4 gr. de carbonate de fer par dose. Au bout de quatre jours le malade était complètement guéri; il ne resta même plus la moindre trace de toux.

EMPLOI DE L'ACÉTATE DE PLOMB ET DE LA TEINTURE D'OPIUM, DANS LE TRAITEMENT D'UN PANNUS CONSÉCUTIF AU TRACHOMA; par M. STEINHAUSEN.

Le pannus ou panniculé, celui surtout qui se développe à la suite de l'épaississement chronique de la conjonctive palpebrale, connu sous le nom

de trachoma, est une maladie souvent rebelle à toutes les ressources de l'art. L'observation suivante nous a donc paru d'autant plus remarquable que l'auteur y expose une méthode curative, qui a été constamment couronnée de succès entre ses mains. Le malade qui en fait le sujet était atteint d'une cécité complète depuis son enfance; un grand nombre de médecins avaient échoué dans leur traitement, lorsqu'en été 1833, il vint réclamer le secours de M. Steinhausen.

Obs. — Charles H.... était un paysan âgé de 26 ans; dans sa jeunesse, il avait eu une ophthalmie, caractérisée, dans le commencement, par une secrétion abondante de mucus, et une *photophobie* intense, mais qui s'était changée plus tard en une cécité complète. Les deux yeux étaient parcourus par une quantité de vaisseaux variqueux, et paraissaient recouverts d'un voile gris-rougeâtre, qui ne permettait plus de distinguer ni l'iris ni les pupilles. La conjonctive palpebrale était changée en une substance sarcomateuse, et les paupières, qui avaient plus de cinq fois leur épaisseur, étaient écartées du globe de l'œil et menaçaient de former un *ectropion*. Le larmoiement était très abondant; la douleur vive, et le mucus secrété en grande quantité humectait continuellement les cils, et tenait les paupières collées chaque matin.

Je commençai le traitement, dit M. Steinhausen, par une saignée générale; puis je fis prendre au malade, tous les quatre jours, un purgatif drastique de calomel et de jalap, et déjà je pus remarquer un commencement d'amélioration. Au bout de quinze jours, et avant de toucher à la dilatation vasiqueuse de la cornée, j'enlevai d'abord, ainsi que j'ai coutume de le faire, avec les ciseaux de *David* et un petit bistouri droit, une grande portion de la conjonctive palpebrale, et je touchai fortement le reste avec de la pierre infernale.

Après avoir calmé l'inflammation par des applications froides, j'excisai tout au tour de la cornée des petits morceaux de la conjonctive épaissie, et les petits vaisseaux qui s'y rendaient (moyen déjà indiqué par Scarpa). A cet effet, je soulevai en plusieurs endroits la sclérotique et les petits vaisseaux avec des petites pinces, et je les excisai ensuite avec les ciseaux de David; je favorisai pendant quelque temps l'écoulement du sang par des fomentations chaudes.

Après que l'inflammation résultant de cette petite opération fut calmée, et les petites plaies de la conjonctive oculaire cicatrisées, l'auteur a eu recours au collyre astringent que j'emploie ordinairement dans ce cas :

Prenez : Acétate de plomb, demi-once.
Teinture d'opium simple, deux dragmes.

Mais, d'abord, et pendant que la conjonctive était encore à se reproduire, il administra au malade une poudre composée de *sulfate de magnésie*, de *carbonate de magnésie*, de *feuilles de senné*, de *calomel*, de *sénéga* et de *poivre cubèbe*, de deux jours l'un, de manière à provoquer plusieurs selles liquides; il prescrivit en même temps un collyre de :

Pierre infernale, demi-grain.
Eau distillée, demi-once.

Il fit continuer ensuite ces mêmes moyens, conjointement avec les gouttes d'*acétate de plomb*, et de *teinture thébaïque*, qu'il fit instiller dans les paupières deux fois par jour, à l'aide d'un pinceau.

Ce traitement, continué pendant long-temps, fit peu à peu revenir le pannus sur lui-même, et s'opposa au retour du trachoma; les conjonctives oculaire et palpebrale reprirent insensiblement leur texture normale, et au bout de six mois, lorsque Charles H.... sortit de l'hôpital, il pouvait parfaitement distinguer de très petits objets, et aujourd'hui, que plusieurs années se sont écoulées, il n'a éprouvé aucune récidive.

M. Steinhausen a traité de la même manière un grand nombre de malades chez lesquels un pannus, développé à la suite d'un trachoma, avait plus ou moins aboli la vue; chez tous, il dit avoir obtenu une guérison radicale. Le moyen sur lequel il insiste beaucoup, et qu'il paraît avoir employé le premier, c'est l'application des gouttes d'acétate de plomb et de teinture thébaïque, à l'aide d'un petit pinceau; dans les commencemens, il ne fait faire qu'une seule application par jour; et plus tard, ainsi que nous venons de le voir, il recommande surtout de toucher le globe de l'œil en dessous des paupières.

Les taches et obscurcissemens de la conjonctive oculaire qui persistent encore à la cessation du pannus, disparaissent ordinairement plus tard par l'emploi de substances légèrement irritantes et caustiques, tels que le *précipité rouge*, le *sucre blanc*, le *bol d'arménie*, le *tartre stibié*, que l'auteur emploie de préférence, sous forme pulvérulente, humectée avec de la teinture thébaïque. Les malades doivent prendre en même temps, à certains intervalles, des remèdes légèrement laxatifs, comme étant les plus propres à empêcher l'inflammation des yeux, et à abréger la durée du traitement. Nous avons traité et guéri nous-même des pannus analogues aux précédens, à l'aide du procédé de Scarpe et des applications fréquentes d'une solution semi-liquide d'opium. (Extrait d'opium, 2 gros; eau de rose, 1 gros; acide acétique, demi gros; dissolues.)

IV. JOURNAL DER CHIRURGIE UND AUGEN-HEILKUNDE.

Les trois premiers cahiers du 25e volume contiennent les articles originaux suivans : 1° *Aphorismes*, par Walther; 2° *Observations et remarques sur les plaies pénétrantes de la poitrine*; par Eisenman; 3° *Quelques remarques sur les maladies des voies urinaires chez l'homme*; par Atming; 4° *Sur le traitement de l'accouchement et de la fièvre puerpérale*; par Krüger-Hansen (article de polémique); 5° *Description de l'instrument de M. Hettling pour les ligatures*; par Meyer; 6° *Observations pratiques*; par le docteur Dressel; 7° *Sur l'atonie cérébrale*; par Albert; 8° *Sur la dilatation et l'hypertrophie des veines d'après Cruveilhier*; par le même; 9° *Sur le squirrhe et le cancer du rectum*; par le docteur Bentz, traduit du danois par Nivermann (Bonne monographie à consulter où sont surtout exposées les idées de M. Lisfranc) 10° *Sur quelques instrumens acoustiques*; par Schmalz; 11° *Extirpation d'un grand lipome à la cuisse, faite par de Græfe, communiquée par Herzberg*; 12° *Sur l'institut clérico-chirurgical de Berlin*; par Angelstein (Article de polémique); 13° *Cas remarquable d'une amaurose survenue après un vomissement de sang, suivi de quelques résultats obtenus par le magnétisme animal*; par Scotte (cette amaurose qui a résisté à tous les moyens n'a pas moins que 86 pages); 14° *L'ophthalmie égyptienne considérée comme épidémique ou endémico-gastrique*; par Plagge; 15° *Un cas de lithotritie qui a réussi*; par Ammon; 16° *Guérison d'un trou au voile du palais*; par Oneis; 17° *Tumeur ressemblant à un fongus hématocèle à la racine de la langue*; par Bolt; 18° *Observation d'un mutisme temporaire*; par le même.

DESCRIPTION DE L'INSTRUMENT DE M. HETTLING POUR DÉLIER UNE LIGATURE QUI A ÉTÉ PRATIQUÉE SUR LES ARTÈRES, par le docteur Louis Meyer, de Berlin. (Avec figure.)

L'instrument de M. Hettling est une petite canule plate, fermée et arrondie à une extrémité. A deux lignes de cette extrémité elle est percée de deux œillets placés l'un vis-à-vis de l'autre et servant au passage du fil avec lequel on lie l'artère; on comprend cette canule avec l'artère dans un même nœud, et on laisse la canule à demeure appliquée sur l'artère. On place dans l'intérieur de la canule un mandrin qui la remplit exactement et ne descend pas jusqu'au fil par lequel la canule est traversée inférieurement. Ce maudrin empêche que la canule ne vienne à s'obstruer par du sang ou du pus. Lorsqu'on veut détacher la ligature, on glisse dans la canule ce mandrin plus long, tranchant inférieurement comme un ciseau, et on coupe le fil qui traverse la canule; par là la ligature est défaite et peut être enlevée.

Cet instrument est ingénieux et serait utile s'il fallait enlever la ligature avant que l'artère soit coupée par le séjour de l'anse de fil; mais il est faux que la section de l'artère par l'anse de fil soit une mauvaise méthode; il est au contraire plus imprudent d'enlever le fil avant qu'on soit assuré de l'oblitération complète de l'artère; le signe que l'auteur indique pour connaître cette oblitération, les battemens communiqués à la canule plongeant dans les chaires, ne peut être appréciable.

TROIS CAS DE DIVISION CONGÉNIALE DE L'IRIS, par le docteur Dressel.

Ce vice de conformation, désigné par les auteurs sous le nom de *iridoschisma*, et par le professeur *Walther* (1), sous celui de *coloboma iridis*, peut être complet ou incomplet et affecter un œil ou les deux yeux à la fois; il peut être aussi héréditaire. La vue en est rarement troublée dans les premiers temps; mais on conçoit que dans quelques cas elle diminue par la suite, en ce que les rayons lumineux viennent se réfléchir trop fortement sur la rétine et y occasioner un affaiblissement graduel. Aux observations recueillies par *Conradi*, *Stagstriem*, *Sybel*, *Bloch*, *Tode*, *Kühnr Beer*, *Wazdrop*, *Walther*, *Wagner*, *Erdmann*, *Ammon*, *Gescheidt*, *Van Escher*, etc., M. *Dressel* ajoute les trois cas qu'il a eu occasion d'observer dans l'espace de douze ans.

I. Obs. — Une jeune femme, âgée de 24 ans, après avoir donné le jour à deux enfans, dont le premier mourut de marasme et le second vint mort au monde, eut un troisième garçon d'une forte et régulière organisation. Les yeux seuls présentaient une configuration vicieuse. L'iris d'une coloration brune était fendue de telle sorte que la pupille présentait la forme d'une quille dont la base s'étendait jusqu'au tégument ciliaire, et la tête arrondie au centre même d'une pupille régulière; la pupille était noire, brillante, peu mobile, et avait à peu près la forme d'une comète. Le reste des yeux était normal, la vue bonne, et l'enfant, âgé de 3 ans, d'une santé florissante.

Obs. II. — Un jeune garçon, âgé de 4 ans, blond, bien portant, présentait à gauche un iris qui, depuis le côté rectum de l'œil sur la pupille, formait une saillie rectangulaire dont la pointe atteignait au centre même de la pupille qui avait ainsi une forme triangulaire; l'iris était bleu et la pupille noire, brillante, peu sensible même à une forte lumière; l'œil droit était régulièrement conformé. Pendant trois ans que M. *Dressel* a observé cet enfant, il n'a jamais remarqué aucune altération qu'il pût rapporter au vice de configuration de l'œil gauche.

Obs. III. — Un garçon de 7 ans, brun, ayant l'iris d'un brun clair, présentait une pupille fendue longitudinalement; l'extrémité inférieure de la fente se dirigeait en bas et à droite jusqu'au bord de la cornée. La vue n'avait jamais été troublée.

(1) Voyez ce même journal. T. II, p. 601.

M. *Dressel* nous apprend que chez l'un des frères de ce garçon, l'œil gauche manquait entièrement, et était remplacé par une tumeur de nature fongueuse, bleuâtre, paraissant formée par une saillie de veines variqueuses.

Comment se produit le vice de conformation dont nous venons de donner quelques exemples, qui, comme on voit, a quelque analogie avec le bec de lièvre? Les avis sont partagés à cet égard : l'opinion la plus plausible pourrait être celle du professeur Walther, qui considère le *coloboma* de l'iris comme tenant à un arrêt de développement et à un retard qu'éprouve l'ouverture antérieure de la choroïde à se fermer.

GUÉRISON D'UN TROU DU VOILE DU PALAIS, AU MOYEN D'INCISIONS LATÉRALES, SAUF APPLICATION DE LIGATURES, ET PAR ACUPUNCTURE, APRÈS PLUSIEURS ESSAIS INFRUCTUEUX DE STAPHYLORAPHIE; par M. le docteur ZEIS, à Dresde.

Ce nouveau procédé, suivi par M. Zeis, pour la réunion d'une division du voile du palais, a quelque analogie avec celui du docteur Krimmer.

Comme ce médecin, M. Zeis a pratiqué des incisions latérales de chaque côté; mais il n'a ni disséqué ni renversé de lambeaux. Après plusieurs vaines tentatives de ligature, il a été obligé d'y renoncer, et a essayé d'obtenir la réunion de la plaie, en en irritant les bords au moyen de piqûres d'épingles, et en y produisant ainsi une inflammation, qu'on pourrait appeler *obturatrice*. Le succès complet qu'il a obtenu doit attirer l'attention des chirurgiens sur un procédé opératoire qui nous paraît devoir prendre rang à côté de la staphyloraphie. Dans les cas où, comme dans notre observation, cette dernière aura échoué, le procédé de M. Zeis pourra encore être essayé avec avantage. Dans d'autres, surtout dans les solutions de continuité accidentelle, lorsque la division n'est pas très étendue, on ne pourra point appliquer de sutures, il devra être employé, même avant toute tentative de staphyloraphie.

OBS. — La malade de M. Zeis était une jeune et belle fille de 19 ans : elle souffrait depuis près d'un an d'inflammation et d'ulcération aux tonsilles. Pendant l'été 1833, un ulcère de mauvaise nature détruisit les amygdales, le rebord postérieur du voile du palais, et pratiqua à cette partie, à égale distance de son bord libre et de la voûte palatine, un trou de la grandeur d'un pois. Soumise, par M. Collin, à l'usage des frictions mercurielles, d'après la méthode de Louvrier, elle fut guérie de son affection évidemment syphilitique; mais elle conserva la perforation au voile du palais. M. Zeis fut invité par M. Collin à en opérer la réunion.

Comme la petitesse du trou ne permettait point de se servir des instrumens ordinaires de staphyloraphie, l'opérateur fit faire des petites pinces à branches allongées et recourbées de côté, à leurs extrémités; les bords de la solution de continuité furent avivés avec de la teinture de cantharides. Puis une aiguille vissée sur un fil de plomb, et saisie à l'aide des petites pinces, fut piquée au côté droit, à deux ou trois lignes du bord; à gauche, l'aiguille pénétra un peu plus près; mais on espéra que le voile du palais, qui avait de ce côté la dureté du parchemin, offrirait assez de résistance : les extrémités du fil furent saisies et tordues, et la plaie se trouva entièrement réunie. Mais, dès le lendemain au soir, la ligature se rompit du côté gauche; on essaya d'en introduire une nouvelle; le voile du palais entièrement tendineux de ce côté offrit une résistance qu'on ne put vaincre, M. Zeis fut obligé de recourir à un stylet d'argent, dont il enleva l'extrémité mousse, et à la place de laquelle il vissa une pointe d'aiguille; à l'aide de ce stylet, il put passer de nouveau le fil de plomb; mais non sans peine, et à une distance plus grande du bord : les extrémités du fil furent de nouveau serrées; mais dès le troisième jour, la ligature s'était rompue, sans qu'il y ait eu de réunion.

Une troisième tentative de réunion, au moyen de deux sutures, et d'une incision latérale droite de trois quarts p. de longueur, opérée au milieu des plus grandes difficultés, ne réussit pas davantage. La ligature postérieure se déchira dès le quatrième jour, et l'antérieure le onzième.

Désespérant d'obtenir désormais la réunion de la division palatine par les procédés ordinaires de la staphyloraphie, M. Zeis eut recours à un moyen très ingénieux, dont l'idée lui fut suggérée par la vue du rétrécissement graduel du trou, qui s'opérait par le travail inflammatoire, que les différentes tentatives de suture avaient provoqué au pourtour de la place. Il crut devoir favoriser et entretenir ce travail inflammatoire. A cet effet, il piqua tous les jours, pendant six semaines, les bords de l'ouverture avec une aiguille à cataracte droite ou courbe. A l'aide de cette inflammation, pour ainsi dire artificielle, il eut le plaisir de voir l'ouverture du voile du palais, qui s'était beaucoup agrandi, revenir à la grandeur d'un pois, sa première dimension; mais, arrivé à ce point, le rétrécissement resta au même degré. Toutefois, dans la vue d'obtenir une guérison radicale, M. Zeis fit, le 10 février, deux incisions latérales de chaque côté, de la longueur d'un demi-pouce, pour rapprocher les bords de la division. Aucune ligature ne fut appliquée. Au bout de quinze jours, après la cicatrisation des incisions latérales, le trou du voile du palais s'était changé en une petite fossette, qui allait en se rétrécissant vers le haut, et dont le fond ne présentait plus que l'ouverture d'une tête d'épingle. Le 18 mars, une nouvelle incision fut pratiquée; mais seulement à droite; le pourtour de la fossette se rapprocha encore davantage, au point que le 7 avril, l'obturation était complète. On avait continué à piquer cette plaie, d'abord avec une aiguille ronde à acupuncture, et ensuite avec une aiguille à cataracte qui, sans produire autant de douleur, provoquait chaque fois une réaction plus vive.

La jeune fille est restée en traitement pour une adhérence pseudo-membraneuse, développée entre les parois postérieure et supérieure du pharynx, et le côté gauche de l'arcade palatine; cette fausse membrane que M. Zeis a déjà plusieurs fois coupée, est sujette à se reproduire; il espère, néanmoins, en débarrasser entièrement la malade.

La cicatrisation de ce trou du voile du palais ne s'est faite, ni par première intention, ni par bourgeonnement, mais par une espèce de resserrement, de rapprochement graduel et uniforme de tous les points de son pourtour. M. Zeis pense qu'il faut tâcher d'imiter cette marche de la nature, là où la réunion, par première intention, ne veut point réussir; il croit, dans ce but, pouvoir recommander son procédé opératoire, qui consiste, comme nous l'avons vu, *à pratiquer des incisions latérales, et à irriter la plaie par acupuncture, sans recourir à la suture.*

Selon l'auteur, l'application de ce procédé pourra s'étendre non-seulement aux solutions de continuité accidentelle, mais encore aux divisions congénitales du voile du palais.

V. ZEITSCHRIFT FUR DIE GESAMMTE MEDICIN; par DIEFFENBACH, FRICKE et OPPENHEIM.

Les cinq derniers cahiers de 1836 contiennent les articles originaux suivans : 1° *Observations faites à la clinique chirurgicale de l'Université d'Erlangen, pendant les années* 1832, 1833 *et* 1834, par le docteur Dietz; 2° *Considérations physiologiques pour éclairer le diagnostic de la coxarthrocace*; par le docteur Gœdechers; 3° *Quel est le véritable obstacle à surmonter dans la réduction des luxations*; par le docteur Vœlkers; 4° *Observation de luxation congénitale du genou*; par le docteur Kleeberg; 5° *Sur l'ictère*; par le docteur Droste (l'objet principal de cet article, ce sont quatre observations guéries par l'usage de l'eau chlorurée); 6° *Rapport sur la section chirurgicale du grand hôpital de Hambourg*; par le docteur Fricke; 7° *Sur la fièvre typhoïde*; par le docteur Gramkau, (Rien de nouveau.)

OBSERVATIONS FAITES A LA CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'UNIVERSITÉ ROYALE D'ERLANGEN, pendant les années de 1832, 1833 et 1834, et communiquées par le directeur de cet établissement, M. le docteur Simon DIETZ, actuellement médecin-praticien à Nurnberg.

Ces observations sont au nombre de six, et présentent pour la plupart des cas de chirurgie très intéressans.

1° EXTIRPATION DE L'ASTRAGALE POUR CAUSE DE CARIE.

OBS. — Le sujet de cette première observation est un garçon brasseur, âgé de 30 ans, d'une forte constitution, qui, à la suite d'un faux pas, a éprouvé un gonflement du pied droit, et l'a négligé dans le commencement. Le mal a fini par donner lieu à un ulcère fistuleux au-devant de l'articulation tibio-tarsienne, et à l'aide de la sonde et du doigt, on a pu s'assurer que l'astragale se trouvait carié. Divers remèdes ont été employés sans succès, et à la fin on ne vit d'autre espoir de guérison que dans l'extirpation de l'astragale, ou dans l'amputation de la jambe. On se décida pour la première de ces deux opérations, et on l'exécuta de la manière suivante :

Une incision cruciale, pratiquée au-devant et au-dessous de la malléole interne, a servi à mettre à nu le ligament deltoïde, et ensuite la tête de l'astragale qui en est recouvert. On a eu soin de ne point comprendre dans l'incision le tendon du jambier antérieur qui longeait le bord antérieur de la plaie; puis on a cherché à contourner avec l'aiguille courbe de Heyne, le col de l'astragale, et de réséquer la tête de cet os avec l'ostéotome de Heyne. Enfin, après avoir gagné de l'espace par cette première résection, on a attaqué le corps de l'os lui-même; ce qui ne présentait pas peu de difficulté, à cause du nombre et de la solidité des liens qui retenaient l'os de toutes parts. Tandis qu'avec des érignes et des pinces-érignes, on a cherché à le tirer à soi, on l'a détaché de ses ligamens, en se servant alternativement d'un bistouri solide, courbe sur le plat; des ciseaux de Cowper, ou de l'aiguille courbe de Heyne. Malheureusement, on n'a pu terminer l'opération et évulser l'os complètement, qu'après avoir agrandi la plaie vers la partie postérieure, ce qui a occasioné la section du tendon long fléchisseur des orteils, et la division de l'artère tibiale postérieure et de quelques autres branches; de là, une hémorrhagie très notable, pour laquelle on a été obligé de faire quatre ligatures.

Après que l'astragale fut enlevé, on s'est aperçu que le bord interne de l'os naviculaire et la face antérieure du calcanéum présentaient des rugosités, on a enlevé ce qui paraissait malade avec une scie à main, et cela terminé, on a procédé au pansement.

Les pièces excisées furent ensuite examinées; on les trouva ramollies, friables, d'une couleur louche, usées en quelques points par la carie, et généralement spongieux et légers.

La cicatrisation de la plaie s'est fait attendre long-temps; elle n'a été définitive qu'au bout de neuf mois. Le pied en est resté sensiblement déformé, et les mouvemens de l'articulation tibio-tarsienne sont bornés; cependant, l'opéré marche avec facilité et sans claudication bien apparente; il se livre même parfois au plaisir de la danse.

La résection de l'astragale a été si rarement pratiquée pour cause de maladie chronique, que les chirurgiens ne la croient indiquée que lorsqu'une lésion traumatique récente la réclame, ou lorsqu'il y a déchirure de la peau, en même temps que luxation de l'os.

Parmi trente cas de résection de l'astragale, rapportés par M. le professeur Joyer, dans son conspectus resectionis, Erlangen, 1832, on ne

connaît que trois cas : ceux de Moreau, Liston et Jœyer, dans lesquels on ait fait l'extraction de l'os pour cause de carie : encore, dans les deux premiers cas, a-t-on emporté, en même temps que l'astragale, l'extrémité inférieure du tibia; et dans le troisième, on a aussi excisé plusieurs autres os du tarse. L'observation que nous venons de rapporter est donc la seule qui présente la circonstance de l'extirpation de l'astragale par un procédé régulier.

2° OSTÉOSTÉATOME DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE, RÉSECTION ET DÉSARTICULATION D'UNE PORTION PLUS GRANDE QUE SA MOITIÉ.

OBS. Un homme de 33 ans, jouissant toujours d'une bonne santé, est pris, sans cause connue, d'une douleur violente dans toute la moitié gauche de la mâchoire inférieure. Bientôt une tumeur se manifeste dans le voisinage des dents molaires, et à moins de six mois elle arrive à un volume très considérable. Plusieurs moyens ont été employés pour la combattre, entre autres on a eu recours à l'arrachement de toutes les dents qui correspondaient au siége de la maladie.

Lorsque le patient a été admis à la clinique, on regarda la tumeur pour un ostéostéatome, et on ne tarda pas à se décider à en faire l'ablation. Le sujet paraissait sain d'ailleurs, et, à l'exception de la douleur et de la gêne qu'il éprouvait dans la mâchoire, il ne pouvait se plaindre de rien. Les dimensions de la tumeur étaient telles qu'on jugeait ne pouvoir enlever le mal en totalité qu'en sciant la mâchoire à droite de la symphise du menton et en désarticulant complètement la moitié de l'os du côté malade.

En procédant à l'opération, on commença donc par extraire la dent canine droite, qui était saine, puis on incisa la bonne inférieure dans sa partie moyenne, et on conduisit le bistouri d'abord directement en bas, puis en dehors et à gauche, le long du bord inférieur de la mâchoire, et arrivé près de l'angle de celle-ci, on remonta le long de la branche correspondante. On eut soin, en divisant les tégumens, de ne pas intéresser l'artère faciale : on la mit d'abord à nu, et on ne la divisa qu'après l'avoir liée. Néanmoins l'hémorragie était encore très considérable, et le sang était fourni tant par les lambeaux des tégumens que par la tumeur, qui avait été entamée dans plusieurs endroits. Au niveau de l'alvéole, où la dent avait été arrachée, on détacha l'os d'avec toutes les parties molles qui s'y inséraient, puis on glissa derrière lui une spatule en corne, et on le divisa avec une scie à main, qu'on fit agir de dedans en dehors. On suivit ensuite avec l'instrument tranchant l'arc gauche de la mâchoire malade, en rasant aussi près que possible son côté interne, pour détacher les muscles ptérigoïdiens et temporal, en même temps qu'on portait l'os lui-même fortement en-dehors. Arrivé près de l'articulation, on ouvrit celle-ci par sa face extérieure, puis on opéra la luxation et on coupa les ligamens internes. L'hémorragie était forte; on réussit à l'arrêter au moyen de l'eau froide, et il n'y eut que les artères fournies par la sus-maxillaire, qu'il fallut lier. On rapprocha ensuite les lèvres de la plaie, et on les affronta au moyen d'une suture. Avant de procéder au pansement, on eut encore soin de ménager une ouverture à l'angle inférieur de la plaie, afin de favoriser l'écoulement des fluides qui paraissaient s'y amasser.

La partie malade, examinée peu de temps après l'opération, pesait seize onces et demi, et consistait en un tissu fibreux blanc dur et parsemé de lames osseuses et de petites capsules membraneuses pisiformes, remplies de liquides transparens. La branche de la mâchoire n'était pas aussi malade que son corps et en était séparée par une ligne de démarcation très prononcée.

L'individu opéré s'est trouvé le lendemain et les jours suivans aussi bien qu'on peut être dans de pareilles circonstances, et la plaie n'a pas tardé à marcher promptement vers la cicatrisation. Mais lorsqu'elle était déjà considérablement rétrécie, elle recommença à fournir plus de pus qu'à l'ordinaire, et menacer de se convertir en ulcère fistuleux. On se rappela alors qu'on avait laissé le fibro-cartilage au fond de la cavité articulaire, et on se décida à fendre le trajet fistulaire jusqu'à l'articulation. Par là on donna issue à une quantité de sérosité considérable, qui entraîna en même temps le cartilage ramolli et froncé. Cette nouvelle plaie guérit en fort peu de temps.

L'os perdu a été remplacé par un tissu fibreux, très dense, qui fait office de corps dur et sert encore assez bien à la mastication.

ARTHROCACE, RÉSECTION DE LA TÊTE DE L'HUMÉRUS DE L'ACROMIUM ET DE L'EXTRÉMITÉ GLÉNOIDALE DE L'OMAPLATE.

OBS. — Un homme de 34 ans, boulanger, était sujet à des engorgemens scrophuleux dans son enfance, et éprouva à l'âge de 26 ans une affection dyspnoïque, qui n'a point eu de suites. Jamais il n'a été atteint ni de gale ni de syphilis; mais, après l'âge de 28 ans, il a été souvent exposé à des refroidissemens, qui lui ont fait naître des douleurs dans l'épaule gauche et plus tard la partie malade s'est enflée, a rougi et a fini par devenir le siége d'un abcès fistuleux. Beaucoup de remèdes ont été employés, mais le mal local s'est toujours de plus en plus aggravé, sans que cependant l'état général de l'individu ait été fortement affecté.

Lors de son arrivée à la clinique, le patient présentait l'épaule gauche beaucoup plus volumineuse que l'autre; la peau n'avait point changé de couleur; mais dans le creux de l'aisselle on remarquait une saillie prononcée, formée probablement par la tête de l'humerus, et au-devant de celle-ci une ouverture fistuleuse, par laquelle s'écoulait du pus en abondance, sortant lorsqu'on faisait des frictions sur le muscle deltoïde. On a pu introduire une sonde assez profondément dans le trajet d'ailleurs assez sinueux de la fistule, mais on n'a pas pu arriver sur un os dénudé. Néanmoins, on a diagnostiqué une carie de l'articulation de l'humérus avec l'omoplate, parce que l'ancienneté de la maladie, la présence de la fistule, qui fournissait un pus aéreux, et la presqu'immobilité de l'articulation faisaient soupçonner qu'on avait à faire à une arthrocace rhumatismale. On proposa la résection des extrémités articulaires, comme le moyen le plus sûr, le plus court, et peut-être l'unique, pour rendre au malade l'usage du bras gauche. La proposition fut acceptée et l'opération exécutée de la manière suivante :

A l'aide de trois incisions, l'une au-devant, l'autre derrière, et une troisième, réunissant les deux autres, au défaut du muscle deltoïde, on a taillé un lambeau trapézoïdale, qu'on a relevé vers le cou. La face supérieure de la capsule articulaire a ainsi été mise à nu; mais il a fallu recourir à l'eau froide et à la compression exercée par les doigts des aides pour arrêter l'hémorragie, surtout celle de l'artère circonflexe postérieure. La capsule articulaire et les expansions aponévrotiques qui la renforcent étaient si épaissies qu'on éprouva des difficultés à les diviser, parce qu'elles étaient intimement unies aux os. On parvint cependant à faire faire une saillie à la tête de l'humérus et à la porter en-dehors, en soulevant le coude et en le portant en avant. Il fut alors facile de glisser une spatule dessous l'os malade dénudé et à le réséquer de dedans en dehors, à l'aide d'une scie à main, à lame très étroite. Cette partie de l'opération terminée, on s'assura que l'extrémité articulaire du scapulum était aussi malade; mais on n'osa en tenter la résection, en l'attaquant de devant en arrière; on se décida à agrandir la plaie vers l'angle postérieur et supérieur, et à prolonger l'incision, qui se dirigeait vers l'épine de l'omoplate. L'acromium, devenu saillant, a été détaché de la clavicule, et son extrémité libre, mais saine, a été reséquée dans l'étendue de deux pouces, deux lignes, afin de pouvoir se faire jour jusqu'au col de la cavité glénoïde. Les bords de la cavité glenoïdale ont ensuite été saisis avec les doigts et avec les pinces de Muzeux, et on est parvenu à couper la portion de l'os malade, moyennant deux traits de scie, exécutés en partie avec l'osteotome de Heyne, en partie avec la scie à main. Les bords tranchans des os sciés ont ensuite été arrondis avec la tenaille incisive de Liston. Enfin, on a nettoyé la plaie et on l'a pansée sans avoir été obligé de faire aucune ligature de vaisseau. Les lambeaux de chair n'ont été rapprochés au moyen de la suture qu'à la partie supérieure; en bas on a ménagé aux fluides une large issue. L'extrémité supérieure du bras a été soutenue avec un coussin en forme de coin, comme celui de Dessault, dont on fait usage dans les fractures de la clavicule. Le bras rapproché du corps à l'aide de bandes a été couché sur un coussin de balle d'avoine.

En examinant les os réséqués, on les a trouvés carriés et obliquement usés; ils étaient plus légers que dans l'état sain, et recouverts, en quelques points de végétations calcaires, qui rendaient les surfaces articulaires extrêmement inégales.

Les suites de l'opération se sont montrées aussi favorables qu'on pouvait le désirer. Le malade a éprouvé peu de fièvre; l'écoulement du pus, abondant dans le principe, a diminué peu à peu, et, au bout de deux mois et demi, la plaie était considérablement rétrécie; elle ne s'est définitivement fermée que quelques mois plus tard.

Le bras est d'un pouce plus court que celui du côté sain, il est plus maigre, mais l'opéré peut assez bien s'en servir; il le met facilement en avant et en arrière, mais de côté il ne peut l'éloigner que très peu du corps; cependant il porte la main à la hanche et peut même fendre du bois. A l'aide d'une force étrangère, le bras peut être soulevé jusqu'à faire au-delà d'un angle droit avec le corps sans causer la moindre douleur, et si on examine le moignon de l'épaule, on remarque que la saillie principale est formée par l'extrémité de la clavicule et l'épine de l'omoplate, et qu'à la place où devrait se trouver une éminence arrondie il y a un enfoncement très considérable.

OSTÉOSTÉATOME DE LA MACHOIRE SUPÉRIEURE; EXTIRPATION DE L'OS MALADE.

OBS. — Le sujet de cette observation est un garçon brossier, âgé de 24 ans, de taille moyenne, d'une constitution forte; né de parens sains, il s'est toujours bien porté, ainsi que ses frères et ses sœurs. A l'âge de 10 ans, il fit une chute et tomba avec le côté gauche de la face sur un caillou, qui ne lui entama la peau que superficiellement. Pendant longtemps on n'observa rien de remarquable, mais peu à peu on s'aperçut que la joue gauche devint plus saillante que la droite, et cette disproportion ne fit qu'augmenter d'année en année. A dater de sa vingtième année jusqu'au jour où le malade s'est présenté à l'hospice, l'accroissement de la joue malade a été très considérable, et lorsqu'on a eu l'occasion de l'observer pour la première fois, la tumeur avait des dimensions telles que le plancher de l'orbite était soulevé par tubercule gros comme une noix. L'œil était poussé en haut et dejeté en dehors. La paroi nasale de l'os maxillaire faisait une saillie si considérable dans la fosse nasale qu'elle en était presque toute remplie. En bas, la voute palatine était déprimée et formait une bosse de la grosseur d'un œuf de pigeon. La peau qui recouvrait la tumeur était saine et mobile : elle présentait seulement de la rougeur vers l'angle interne de l'œil, et une veine dilatée la sillonnait transversalement. Partout où l'on promenait la main, la tumeur était également dure au toucher, unie, sans élasticité et sans mobilité, et semblait formée par un corps fibreux ou stéatomateux, qui s'était développé dans le sinus maxillaire, et qui avait causé la déduction des os qui concourent à former cette cavité.

Les accidens déterminés par ce tissu morbide sont les suivans :

La vision est singulièrement dérangée. Le malade ne peut voir un objet de près placé sur ou sous la ligne horizontale vis à vis de lui sans fortement abaisser la tête, car le bord inférieur de l'orbite fait une saillie trop prononcée au-devant de l'œil. Le canal nasal est comprimé, il occasione un épiphora continuel, qui entretient la peau de la joue dans un état érythémateux. La narine gauche, quoique rétrécie, continue à livrer passage à l'air, et la tumeur qui fait saillie dans la bouche au-dessous de la voute palatine gêne un peu la mastication.

On porte le diagnostic sur un ostéostéatome ou sur un corps fibreux dense incrusté de lamelles osseuses et développé dans l'intérieur du sinus maxillaire dont il distend les parois en tout sens. L'extirpation du tissu malade est proposée et pratiquée bientôt après.

On fit d'abord une incision depuis l'angle interne de l'œil jusqu'au niveau de la dernière dent molaire. Sur le milieu de cette première incision, on en fit tomber une autre qui partait du bord inférieur de l'aile du nez, et par leur réunion il en résultait la forme d'un T dont on disséqua les deux lambeaux.

L'os malaire mis à nu par cette première dissection a été scié dans son milieu avec une scie à main, et sa portion antérieure enlevée avec la gouge et le maillet. A l'aide de ses deux derniers instrumens, on détache en grande partie les lames osseuses formées par les portions antérieures et supérieures de l'antre d'Hygmor qui recouvraient la tumeur. Puis on attaqua le tissu anormal lui-même, en l'excisant tranche par tranche avec un bistouri fort, et on parvint quelquefois à en élever des lames de trois à quatre lignes d'épaisseur. Enfin on arriva près de ses racines qui semblaient tirer leur origine de la muqueuse qui recouvre la paroi antérieure du sinus maxillaire, et n'avait fait déprimer la paroi orbitale nasale et palatine dont on pouvait facilement distinguer les faces inégales, mais encore recouverte de leur muqueuse saine. On se servit tantôt de la gouge, tantôt du bistouri seul, tantôt du levier pour enlever tout ce qui paraissait appartenir au tissu anormal tant de la muqueuse dégénérée que des lames osseuses.

L'hémorragie assez abondante a cependant facilement cédé à l'application de l'eau froide; une seule artériole a fourni assez long-temps, et a dû être comprimée avec de la charpie imprégnée d'alcool et d'une poudre stiptique.

Les suites de l'opération ont été celles qu'on doit toujours attendre dans de pareils cas, mais n'ont rien offert de particulier. La plaie n'a été guérie qu'au bout de dix mois. La difformité n'est pas aussi apparente qu'on pourrait le croire. La portion de l'os molaire qui reste fait une saillie un peu aiguë dessous la peau, mais l'œil n'est point gêné dans ses fonctions, et il a parfaitement repris sa position normale.

5° SYPHILIS INVÉTÉRÉE, DESTRUCTION PARTIELLE DU NEZ, GUÉRISON DE L'ULCÈRE PAR LA DÉCOCTION DE ZITEMANN. — RHINOPLASTIE PAR EMPRUNT FAIT A LA PEAU DU FRONT D'APRÈS LA MÉTHODE DE DIEFFENBACH.

Cette observation ne présente rien de saillant dans la réparation de l'organe en partie perdn par l'ulcération syphilitique. On a suivi de point en point la méthode très connue de Dieffenbach. L'opération a parfaitement bien réussi; aucun accident n'est venn entraver le traitement consécutif. Le résultat a été satisfaisant. Le nez restauré ressemble assez bien à un nez naturel, mais il est un peu ridé, et ce qu'il y a de plus désagréable c'est que les cheveux de la portion de peau empruntée au cuir chevelu au-dessus du front sont venus à pousser sur le nez. C'est pourquoi l'opéré est obligé d'arracher ces poils à mesure qu'ils poussent, et de se servir d'une matière colorante pour les rendre moins visibles.

SUR UNE NOUVELLE CAUSE DE RACCOURCISSEMENT DU MEMBRE PELVIEN DANS LES COXARTHROCACES; par le docteur GOEDECHENS, praticien à Hambourg.

L'auteur de cet article, après avoir passé en revue les travaux de Rust, Brodie, Frike et Edouard Wéber, signale une particularité qui aurait échappé à ses prédécesseurs, et qu'il est important de noter dans le diagnostic des maladies de l'articulation coxofémorale. C'est que quand on tire sur le talon d'un individu couché horizontalement, ou sur celui d'un cadavre dont on veut allonger un des membres abdominaux, on produit sur ce membre ce que Frike nomme un raccourcissement réel, tout en obtenant un allongement apparent. En voici la raison: lorsqu'on tire sur une jambe et que l'on soutient l'autre, on amène le grand trochanter du membre sur lequel on exercera l'attraction d'arrière en avant; on le rapproche du bord antérieur du bassin, et par là, la distance qui existe entre les épines iliaques et la rotule ou la malléole interoe se trouve sensiblement diminuée. Il en résulte que si on se sert des moyens mécaniques indiqués par Brodie et Frike pour apprécier la différence entre l'allongement réel et apparent d'un membre dont le talon est beaucoup plus bas que celui du côté opposé, il faut d'abord s'assurer si le grand trochanter n'a pas fait une rotation en avant, afin de constater si le raccourcissement réel qu'on observe n'est pas dû à cette cause.

QUEL EST LE VÉRITABLE OBSTACLE A SURMONTER DANS LA RÉDUCTION DES LUXATIONS? par le docteur C. VOELKERS à Lunebourg.

M. le docteur Vœlkers trouve dans la pression atmosphérique le plus grand obstacle qu'on ait à surmonter dans la réduction des fractures. Selon lui, c'est à tort que les chirurgiens ont attribué jusqu'à présent à la contraction musculaire, cette grande difficulté qu'on rencontre lorsqu'on veut ramener un os luxé dans la cavité qu'il a abandonné. Les muscles ne retiennent la tête de l'os luxé dans la place nouvelle qu'elle occupe qu'en vertu de leur élasticité, de leur contractilité organique ou de la volonté du patient. Or aucune de ces trois causes ne peut agir aussi énergiquement sur l'os déplacé qu'on l'a dit jusqu'à présent. L'élasticité de la fibre musculaire n'est pas très considérable. La volonté du patient ne peut y être pour rien puisqu'il s'abandonne aux mouvemens de l'opérateur; la contraction spasmodique des muscles pourrait donc seule opposer à cette résistance. Mais qu'est-ce qui déterminerait ce spasme, l'irritation ou le déchirement de quelques fibres ou de quelques tissus, les tiraillemens qu'on exerce sur les muscles eux-mêmes, mais à coup sûr; dans les cas de fractures, les muscles sont tout aussi irrités tout aussi tiraillés, et cependant la coaptation d'un os fracturé n'exige presque pas d'effort. D'un autre côté, il y a des luxations, celles du poignet, par exemple, qui offrent de la difficulté dans la réduction, et desquelles on ne peut cependant pas dire qu'elles sont accompagnées d'irritation des corps musculaires, parce que le déplacement de l'os se fait sur le trajet des tendons et non vis-à-vis le corps des muscles. Ce ne sont donc pas les muscles qui offrent une si grande résistance. Quel sera donc cet obstacle à vaincre? C'est l'air atmosphérique qui déprime les parties molles et les refoule dans la cavité articulaire. Cette pression est si grande que, suivant l'expérience M. Wéber, si l'on coupe tous les muscles et ligamens qui entourent l'articulation coxofémorale, la cuisse ne tombe pas, à moins qu'on ne donne accès à l'air dans l'intérieur de la cavité.

M. Vœlkers en conclut qu'il ne faut s'occuper que secondairement des muscles et des ligamens qui entourent l'articulation; que le principal obstacle à la réduction des luxations se trouve dans la pression atmosphérique; que c'est à tort qu'on a donné jusqu'à présent le conseil de faire des extensions et des contre-extensions, parce qu'en tirant en ligne droite en sens opposé on ne fait pas obstacle à l'action de l'air. Celui-ci pressant de toute part tend à déprimer les parties molles et à les enfoncer dans l'intérieur de la cavité articulaire, et cela d'autant plus qu'on s'abstient de faire des tractions plus fortes. Il vaut donc mieux ne point faire d'extension et chercher simplement, par des mouvemens ménagés, à ramener la tête de l'os luxé vers le bord de la cavité articulaire, en soulevant les parties déprimées et en suivant le chemin que la tête a pris en quittant l'articulation. Arrivé sur le bord de la cavité articulaire, l'os luxé rentre brusquement par le seul fait de la pression atmosphérique.

OBSERVATION DE LUXATION CONGENITALE DU GENOU; par le docteur KLEEBERG à Königsberg (Prusse).

OBS. — L'enfant, qui est le sujet de cette observation, était du sexe féminin et naquit à terme de parens bien constitués. A peine fut-il né que la sage-femme s'aperçut qu'il avait le genou gauche déformé; la jambe était fléchie en avant et appliquée sur le devant de la cuisse. Le pied gauche se trouvait même au-devant du ventre contre l'aine droite. Cette difformité ne pouvait provenir de quelque acte de violence pendant l'accouchement, car il n'y avait point de gonflement, ni d'inflammation, ni autre signe de lésion récente; d'ailleurs la parturition avait été toute naturelle, et l'enfant s'était présenté dans une position céphalique ordinaire. On pouvait facilement mettre la jambe dans l'extension; mais dès qu'on l'abandonnait à elle-même, elle fléchissait en avant et reprenait sa position primitive. L'articulation était assez régulièrement conformée, et la rotule occupait sa place naturelle. On ne pouvait soulever le moindre doute sur le diagnostic de la maladie; c'était évidemment une luxation congénitale; mais on ne pouvait présumer l'époque de la vie utérine à laquelle la difformité commença à s'effectuer. La mère prétend avoir eu un coup sur le ventre quelques semaines avant d'accoucher. L'enfant guérit de cette luxation, et en moins de huit jours, la jambe se maintint droite sans reprendre sa position défavorable vers la partie antérieure de la cuisse. Un simple appareil consistant dans une attèle de carton et quelques bandes suffit pour obtenir la guérison complete.

L'auteur de l'article paraît assez disposé à regarder le coup que la mère a reçu sur le ventre pendant sa grossesse, comme la cause de la luxation; il s'occupe ensuite des diverses causes qui ont été indiquées comme pouvant occasioner les difformités congénitales, et il fait une assez longue dissertation sur les arrêts de développemens, etc.

Ce cas est d'autant plus intéressant que peu de chirurgiens ont encore parlé des vices de conformation congénitale du genou.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 9 janvier 1838. — Présidence de M. Moreau.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Elle ne se compose que d'une seule pièce, c'est un rapport de M. le docteur Roussel sur une épidémie de fièvre typhoïde.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

1° Mémoire de M. Lesauvage sur les tumeurs qui proviennent de l'exhalation du sang.

2° Mémoire sur la contagion de la fièvre typhoïde, par un médecin de Montbéliard.

— L'ordre du jour appelle l'élection au scrutin individuel et à la majorité absolue des suffrages de dix candidats, entre lesquels le sort désignera quatre juges et un suppléant pour le concours de la chaire de pharmacie et de chimie organique; lequel s'ouvrira, le 1er février, devant la Faculté de médecine de Paris.

Mais avant de commencer cette longue opération, M. le président annonce que les jeunes Egyptiens envoyés à Paris par Méhémet Ali pour étudier la médecine sont présens à la séance, et que, prêts à retourner dans leur patrie, ils ne veulent pas quitter la France sans remercier l'Académie de l'accueil qu'elle leur fit à leur arrivée.

M. Jomard, directeur de l'établissement égyptien, demande la parole.

Messieurs, il y a, dit-il, cinq ans et demi que ces jeunes gens sont en France. Vous savez comment ils y furent amenés; c'est un médecin français, directeur de l'école de médecine d'Abouzabal, c'est Clot-Bey qui, profitant de la faveur dont il jouit auprès du pacha, obtint de sa hautesse la faveur de les conduire. Il les plaça sous votre protection spéciale, et sous la surveillance d'une commission composée de MM. Pariset, Breschet, Dupuytren, Marc, etc. Ces jeunes gens étaient alors au nombre de 12; un d'eux a succombé à Marseille à une phthisie pulmonaire, et c'était un des plus distingués. Un malentendu ayant ramené les autres en Egypte, l'école d'Abouzabal en retint cinq qu'elle s'attacha à titre de professeurs adjoints. Le reste est devant vous. Il y a cinq docteurs en médecine et un pharmacien. Ils ont eu le bon esprit de prendre pour sujet de leur thèse des maladies presque endémiques en Egypte. L'un a traité de l'éléphantiasis; un autre de l'ophthalmie; le troisième de la dyssenterie; le quatrième de la peste; et le cinquième des hernies.

Au moment de renvoyer ces jeunes adeptes dans leur patrie, j'appelle sur eux la bienveillance de l'Académie. Leur retour ne peut produire que les plus heureux effets sur leurs compatriotes. Ils ont goûté les douceurs de la civilisation; ils en conserveront le goût et ils le répandront. Il y a déjà un hôpital au Caire; je ne désespère pas d'y en voir d'autres. Sous les califes, l'Egypte et la Syrie étaient célèbres par leurs hôpitaux. L'ancien morostan fit l'admiration de saint Louis et de tous les croisés qui traversèrent cette heureuse contrée.

Ce n'est pas seulement la médecine humaine qui fleurit en Egypte, la médecine vétérinaire rivalise avec elle, sous la direction de M. Ammon. Enfin, toutes les sciences naturelles et physiques reçoivent la même protection du gouvernement éclairé de Méhémet-Ali.

— Au nom de l'Académie, M. Pariset adresse quelques paroles flatteuses aux jeunes Egyptiens. Il les loue de leur application et les félicite de leurs progrès. Il les engage à montrer leur reconnaissance pour la France par une bonne conduite; enfin il leur recommande un dernier service, c'est celui de rechercher dans les bibliothèques des mosquées s'il n'y aurait pas quelques manuscrits arabes qui méritassent les honneurs d'une traduction françaisise.

— Après cette allocution, un de ces Egyptiens monte à la tribune; en son nom et au nom de ses camarades, il remercie l'Académie de l'accueil qu'elle leur a fait à leur arrivée. Il rappelle comment, par les soins de MM. Clot-Bey, Drovetti et Jomard, ils ont obtenu du chef de leur gouvernement l'autorisation de venir étudier la médecine en France, sous les maîtres les plus habiles. Tous les élèves de l'école d'Abouzabal étaient jaloux de cette faveur. Elle fut mise au concours.

Les élèves n'ont rien négligé pour s'en rendre dignes et justifier la protection que leur accorde Méhémet Ali, le bienfaiteur, le régénérateur de l'Egypte. Ils partent pénétrés de la plus vive reconnaissance pour les secours qu'ils ont trouvés en France et pour les maîtres habiles dont ils ont recueilli les leçons; ils vont reporter la médecine dans le pays d'où l'Europe l'a tirée, avec cette différence qu'au lieu des plus aveugles pratiques, ils feront connaître les méthodes les plus sûres et les plus rationnelles. Enfin ils remercient de nouveau l'Académie, et se mettent à sa disposition.

— M. Pariset propose de rédiger une série de questions dont ils trouveront les élémens en Egypte. (Adopté.)

— Après cet épisode, l'Académie procède à l'élection des juges qu'elle doit fournir à la Faculté pour le concours de la chaire de pharmacie. Le temps ne lui permet que d'en nommer la moitié, savoir :

MM. Robiquet, Pelletier, Mérat, Caventous et Boullay.

Le reste à la prochaine séance.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

PRÉCIS ANALYTIQUE DES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE DIJON POUR L'ANNÉE 1833; par A. PINGEON, secrétaire-général. — 260 pages in-8°. Dijon, 1837.

ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET NATURELLES DE BRUXELLES, ANNÉE 1836. — 52 pages in-8°. Bruxelles, 1837.

Parmi les nombreux travaux que contient le recueil de la société médicale de Dijon, nous ne citerons que ceux qui, par leur nature, sont susceptibles de fournir des applications dans un certain nombre de cas, et nous passerons entièrement sous silence une foule d'observations particulières, qui, pour la plupart, offrent de l'intérêt, mais ne peuvent point être analysées ici. Le premier mémoire sur lequel nous nous arrêterons quelques instans, portant pour titre : *De l'influence des émanations animales produites par l'encombrement dans les hôpitaux et les prisons*; par le docteur Bobilier, contient des documens importans sur les maux qui frappèrent notre armée à l'époque de son arrivée en Grèce, en 1828 et 1829. L'auteur les attribue aux émanations de diverses natures qui frappaient les soldats, et surtout à l'encombrement des malades, accumulés dans des endroits où ils ne pouvaient recevoir aucun des soins que réclamait leur état, et où ils étaient couchés l'un à côté de l'autre, sur un sol imprégné de leurs excrétions, sans draps, dit-il, sans couvertures, sans vase même pour étancher leur soif. C'est à cette cause qu'il attribue le typhus, qui fit alors tant de ravages parmi les troupes, et aussi à la démoralisation et à la stupéfaction où elles furent jetées à la vue d'un pays totalement ruiné, sans habitations, sans culture, dénué absolument de toute espèce de ressources.

Le second mémoire que nous noterons est du docteur Cuynat : *Sur l'efficacité de l'extrait l'écorce d'olivier contre les fièvres intermittentes*, et suivi de l'analyse chimique, faite par le docteur Pallas, et qui a déjà été publiée dans les mémoires de médecine militaire. Les recherches sur l'efficacité de l'extrait de feuilles d'olivier dans le traitement des fièvres intermittentes remontent à une époque déjà éloignée; elles furent faites par quelques médecins espagnols; et un grand nombre des officiers de santé français qui se trouvaient en Espagne pendant la guerre de 1808 à 1813, employèrent avec succès ce moyen, dont les propriétés fébrifuges sont traditionnelles en ce pays. M. Cuynat, témoin de cette efficacité, se livra à des essais nouveaux avec l'extrait des écorces de ce végétal, et les résultats qu'il a obtenus, réunis à ceux précédemment acquis par les médecins de l'armée d'Espagne, lui paraissent suffisans pour établir, d'une manière péremptoire, la propriété fébrifuge de l'olivier. Quelques observations, recueillies par le docteur Cuynat, tant en Espagne, de 1824 à 1827, qu'à Verdun, où les fièvres intermittentes règnent constamment, sont apportées à l'appui de cette assertion, et il affirme qu'il aurait pu en rapporter un bien plus grand nombre, s'il n'avait été retenu par la crainte de répétitions fastidieuses. Dans ces cas, dit M. Cuynat, l'extrait d'olivier n'a été mis en usage qu'après l'insuffisance bien démontrée des autres fébrifuges, et même du sulfate de quinine. L'extrait d'olivier a été administré, dans ce cas, à la dose de deux grammes par jour, et la quantité totale qui en était employée pour toute la maladie variait entre quatre et douze grammes.

Bien que nous ne devions citer aucun des faits particuliers contenus dans ce volume, il en est un cependant que nous ferons connaître en quelques mots, parce qu'il est fort remarquable, et que d'ailleurs les annales de la science en présentent peu d'analogues; c'est l'histoire d'une fille de 26 ans chez laquelle l'utérus, après un accouchement prématuré, resta volumineux et fit soupçonner la présence d'un second enfant; mais un péritonite puerpéral l'ayant enlevée dix jours après l'accouchement, on trouva que le volume considérable de l'utérus, et qui égalait au moins celui de la tête d'un adulte, était dû à une dégénérescence squirrheuse d'une partie du tissu de l'utérus qui avait un aspect brun marbré, et d'où s'écoulait une matière séreuse, grisâtre, ayant une odeur putride.

Les *Annales de la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles pour* 1836 contiennent peu de mémoires originaux; cependant il y en a quelques-uns qui méritent une mention spéciale; le premier et le plus important est celui de M. de Koninch sur l'*emploi de la phlorizine contre la fièvre intermittente*; c'est à l'auteur de ce mémoire qu'appartient la découverte de la phlorizine qu'il trouva avec M. Stas dans l'écorce du pommier et surtout dans celle de la racine, et l'emploi de cette substance dans le traitement de la fièvre intermittente.

Quatre observations sont rapportées ici à l'appui de l'opinion de l'auteur sur l'efficacité de la phlorizine dans les cas indiqués ci-dessus, et il en conclut que cette substance peut être regardée, comme un moyen tout aussi certain pour combattre la fièvre intermitente que le sulfate de quinine, et peut même être mélangée à ce dernier dans les cas où tous deux échoueraient. Ces conclusions nous paraissent un peu prématurées; pour qu'elles soient admises comme exactes, il faut qu'elles reposent sur un plus grand nombre d'observations. Nous devons dire aussi que le même volume contient un travail du docteur Vanmons sur l'emploi du même moyen dans le traitement de la même maladie, et dans lequel sont rapportés quatre autres exemples de son efficacité.

Le même volume contient un mémoire du docteur Vanmons sur le rhumatisme et sur l'efficacité de l'emploi de l'émétique à haute dose dans le traitement du rhumatisme aigu; il contient en outre le rapport fait à la Société sur divers concours et surtout celui relatif à la question sur l'établissement d'un hospice d'aliénés et le mémoire de M. Brière de Boismont qui a remporté le prix sur cette question.

TRAITÉ PRATIQUE DES ÉMISSIONS SANGUINES; par CH.-J.-L. MAGISTEL, docteur-médecin.

480 pages in-8°. Paris, 1838; chez J.-B. Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, n. 13 *bis*.

Plusieurs mémoires de l'auteur de cet ouvrage sur les saignées, tels que son travail sur l'artériotomie, celui sur la saignée du pied, ayant été accueillis avec faveur, il a pensé qu'un travail complet sur ce sujet pourrait être utile, et a réuni dans un seul traité tout ce qui concerne les émissions sanguines. Si, dans ces derniers temps, on a singulièrement exagéré l'influence de ce moyen de médication, la saignée n'en offre pas

moins l'un des sujets les plus importans que l'on pût traiter; tant de questions se rattachent à la saignée; elle a été l'objet de tant de discussions, que nous ne pouvons qu'approuver le but et l'objet de ce travail. Ce n'est pas que l'on puisse espérer de trouver dans cette monographie tout ce qui a rapport à la saignée, et l'indication de tous les cas où elle peut être avantageuse, comme de ceux où elle peut être nuisible; ces documens ne peuvent se trouver que dans un traité de pathologie complet. Voici le cadre qu'a adopté M. Magistel : considérant la saignée sous les rapports chirurgicaux et thérapeutiques, il a exposé avec soin tout ce qui est relatif à l'opération; puis, il a précisé les cas où l'on doit avoir recours à certaines saignées négligées à tort depuis long-temps, et a cherché à déterminer la valeur thérapeutique, et les indications générales des émissions sanguines.

Avant de décrire le mode opératoire, M. Magistel donne quelques considérations historiques sur la saignée, qui ne manquent pas d'intérêt; mais où nous avons été étonné de ne pas trouver au moins l'indication des recherches du docteur Marshall-Hall, sur la quantité de sang qu'on peut tirer dans chaque maladie. Du reste, l'artériotomie, la saignée des veines jugulaires, la saignée du pied, l'application des sangsues et des ventouses sont décrites avec toute l'exactitude nécessaire pour la pratique, et suivies de considérations importantes sur les maladies dans lesquelles chacune de ces formes de l'émission sanguine doit être préférée, et appuyées d'observations prises la plupart dans la pratique de l'auteur. Le travail de M. Magistel est une bonne et complète monographie de la saignée.

NOUVEAU MANUEL DES DERMATOSES, OU MALADIES DE LA PEAU; classées d'après la méthode de M. le professeur Alibert, avec la synonymie de Willan, et la concordance des différentes méthodes employées par nos meilleurs auteurs, suivi d'un formulaire, etc.; par le docteur DUCHESNE-DUPARC. Chez Labé, successeur de Deville-Cavellin, rue de l'École-de-Médecine, n. 10.

340 pages in-8°.

La partie de la pathologie qui se prête le plus facilement à la forme des manuels est, nous pensons, celle qui traite des maladies de la peau. Un cadre et quelques caractères qui ne demandent pas une longue exposition, pour chacune des divisions et des sous-divisions, sont la partie la plus importante et ne répugnent point à la forme des manuels. La recherche des causes, les indications et le choix du traitement peuvent aussi être indiqués sans beaucoup de développemens. Nous ne sommes donc pas étonné de voir apparaître un nouveau manuel des maladies de la peau. L'auteur de celui que nous avons entre les mains ne s'est cependant pas borné aux parties que nous venons d'indiquer; il y a joint des considérations historiques sur les auteurs qui se sont occupés de cette spécialité, et sur les classifications, qu'il a rapprochées et comparées dans un tableau dressé avec assez de bonheur. L'anatomie et la physiologie de la peau n'y ont point été oubliées; et, enfin, ce petit volume se termine par l'indispensable formulaire et le récit des recherches sur l'acarus de la gale.

PHARMACOPÉE DE LONDRES, publiée par ordre du gouvernement.

Latin-français. Paris, 1837, 430 pages in-18; chez J.-B. Baillière, libraire, rue de l'École-de-Médecine.

Nous aurions bien le désir de demander au libraire-éditeur par l'ordre de quel gouvernement est publiée la pharmacopée que nous avons devant nous en ce moment. Est-ce par l'ordre du gouvernement anglais, ou bien du gouvernement français? Cette question, qui pourrait avoir de l'importance aux yeux de quelques bons patriotes arriérés et étrangers à la théorie des rapports internationaux, qui gagne chaque jour parmi nous, ne nous arrêtera pas, et lors même que ce serait par ordre du gouvernement de la Grande-Bretagne, nous n'en serons pas moins justes envers le livre, et nous ne dirons point comme le poète : *Timeo danaos et dona ferentes*.

La pharmacopée de Londres qui est reproduite ici a été publiée à Londres sur la fin de 1836, et déjà depuis ce temps, trois traductions en ont été faites en anglais. Il était donc à désirer qu'on en fît une autre en français; les nombreux extraits des travaux des médecins anglais, que contiennent chaque jour nos journaux de médecine, le nombre d'Anglais qui s'établissent parmi nous et reprochent à nos médecins de ne pas connaître leurs médicamens, l'apparition prochaine du codex français, étaient des raisons qui ont pu déterminer l'auteur de cette traduction... Nous le félicitons d'avoir mis le latin en regard du français. Les recherches seront plus faciles, et nous y voyons en outre un acheminement vers l'usage des prescriptions latines, qui sont adoptées dans toute l'Europe, et devraient bien l'être parmi nous.

Nous regrettons que la traduction se soit bornée exclusivement à la pharmacopée du collége royal de chirurgie; il existe en dehors de cette espèce de codex quelques médicamens qui sont employés chaque jour par les médecins anglais, et qu'il eût été bon de nous faire connaître; ainsi la liqueur sédative de Battley (préparation d'opium), et quelques autres préparations également connues. La pharmacopée de Londres forme un joli petit volume qui, pour le format et l'impression, peut rivaliser avec les ouvrages les plus élégans, et aura du succès à une époque où l'on revient vers la médication compliquée; on voudra connaître celle qu'emploient les médecins anglais, dont la pratique passe pour être si différente de la nôtre.

ESSAI SUR L'ÉCLECTISME EN MÉDECINE; par le docteur MASSOULARD. — Paris, 1836.

Les idées exclusives ne sont plus de mode aujourd'hui; il en est de même des systèmes absolus. On sent, dans toutes les affaires de la vie, le besoin de concessions mutuelles; les sciences participent à ce mouvement général; dont peut être elles ont été la première cause. L'éclectisme, en médecine comme dans les autres sciences, et encore plus que dans les autres sciences, a survécu à la destruction des autres systèmes, après avoir montré leur insuffisance, et y dominera tant qu'on n'aura pas trouvé le dernier mot de la science de la vie. Il n'est pas d'homme aujourd'hui qui ne fasse de l'éclectisme, bien que souvent en repoussant cette méthode, qui n'est pourtant autre que l'observation éclairée par l'induction. Nous n'en dirons pas autant de M. Massoulard, qui, dans son travail, a commencé par montrer l'insuffisance des systèmes absolus connus jusqu'à nous, avant de donner l'historique de l'éclectisme, et de formuler ses principes; ce qu'au reste il fait ensuite avec un succès qui prouve à la fois ses connaissances et la bonne direction de ses études.

DU TRAITEMENT DE QUELQUES SURDITÉS, PAR LA CAUTÉRISATION DE LA TROMPE D'EUSTACHE ET DES PARTIES SUPÉRIEURES ET LATÉRALES DU PHARYNX; par M. BONNET, chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon. — Broch. in-8° de 28 pages.

Si les surdités qui se développent dans la jeunesse et l'âge adulte sont dues le plus souvent à des inflammations de la membrane muqueuse de la trompe d'Eustache, et de la cavité du tympan, ces inflammations sont presque toujours précédées de celles de la membrane muqueuse du pharynx et des fosses nasales, ou tout au moins co-existant avec elles. C'est là ce qui fit penser à M. Bonnet que dans les surdités dont ces lésions simultanées sont la cause, un traitement local, s'il devenait nécessaire, ne devait point se borner à la trompe d'Eustache, mais s'étendre aux parties du pharynx et des nasales qui sont affectées en même temps que la trompe, ou même l'ont été avant elle.

Partant de cette idée, M. Bonnet s'est convaincu expérimentalement qu'en cautérisant l'arrière-bouche à l'aide du nitrate d'argent ou du nitrate acide de mercure, certaines surdités guérissaient parfaitement. Il s'est convaincu que, dans la surdité des sujets atteints de syphilis, la maladie auriculaire dépend d'une phlogose ulcérative de l'arrière-bouche, qui se propage à la trompe d'Eustache, et qu'on peut dissiper en attaquant l'affection de la muqueuse. Chez les enfans, la surdité tient le plus souvent à une affection catarrhale du gosier, qui se transmet à l'appareil auditif, ainsi que M. Itard l'avait déjà démontré. La surdité n'est jamais complète dans ces cas, le nerf auditif étant parfaitement sain : ce qui le prouve, c'est que les battemens d'une montre qu'on place entre les dents, ou bien sur la tête, sont assez bien sentis par le malade. Dans ces circonstances, M. Bonnet a réussi à dissiper la surdité en cautérisant l'arrière-bouche et les fosses nasales. Il exécute cette opération à l'aide d'un petit tampon de charpie, qu'il lie solidement à une tige métallique, et trempé dans une solution saturée de nitrate de mercure; il le porte rapidement par la narine jusqu'à la colonne vertébrale, et le retourne ensuite dans tous les sens; ou bien il se sert du nitrate d'argent fondu, adapté à un porte-caustique urétral ordinaire. L'opération est répétée une ou plusieurs fois suivant les effets. Elle a pour but de détruire l'inflammation et

non les tissus qui ensont atteints. Plusieurs faits viennent à l'appui de l'heureuse pratique de M. Bonnet.

VARIÉTÉS.

RÉORGANISATION DES COMITÉS HISTORIQUES.

ATTRIBUTIONS GÉNÉRALES.

Art. 1er. L'allocation annuelle attribuée par la loi de finances aux travaux historiques sera répartie par portions égales, pour être appliquée à des travaux spéciaux, entre cinq comités, savoir : 1° De la langue et de la littérature française; 2° de l'histoire positive, ou des chroniques, chartes et inscriptions; 3° des sciences; 4° des arts et des monumens; 5° des sciences morales et politiques.

Art. 4. Le budget de chaque comité se compose d'un sixième de l'allocation annuelle de la loi des finances relative aux travaux historiques. Le dernier sixième est réparti par le ministre selon les besoins spéciaux. Ce fonds commun s'accroît de toutes les sommes non dépensées par chaque comité.

Art. 5. Sous l'approbation du ministre, les comités décident les travaux qu'ils doivent entreprendre, règlent l'exécution de ceux qui leur sont demandés par les académies de l'institut; indiquent ceux qui doivent être proposés aux diverses sociétés du royaume;

Ils désignent ceux de leurs membres qui sont chargés de diriger des travaux; statuent sur le nombre des littérateurs ou savans qui doivent y être employés, sur les missions qui peuvent leur être données, sur les indemnités qui sont attachées à chaque recherche ou publication;

Ils jugent s'il y a lieu d'imprimer sur les fonds de leur budget les publications de leur compétence qui peuvent leur être présentées par d'autres littérateurs et savans.

Art. 6. Chaque comité veille par ses correspondans à la conservation des monumens graphiques, des manuscrits, des médailles, inscriptions, etc., de son ressort.

Il propose au ministre les instructions qui pourraient être adressées, dans l'intérêt de l'art, aux particuliers, aux magistrats, aux pasteurs, pour éviter les dégradations ou provoquer les acquisitions par l'état.

Les comités publient, chacun dans la limite de ses attributions, les monographies, les monumens de toute nature qui sont exposés à disparaître, et préparent, en procédant par département, une carte et une statistique monumentale de la France.

Art. 7. Les comités publieront un dictionnaire et un manuel de paléographie, ainsi que tous traités propres à répandre la connaissance des origines et l'appréciation des monumens.

Art. 8. Les comités publient, en outre, des documens historiques, et pour y prendre place, un recueil comprenant toutes les pièces originales, dissertations et rapports, soit des membres, soit des auxiliaires, soit des correspondans, soit des diverses sociétés savantes qui présenteront un intérêt durable. Le *Journal général de l'instruction publique* continue à publier les autres découvertes, pièces et rapports qui méritent cette distinction.

Art. 9. Il est rendu compte, à l'académie compétente de l'Institut, de toutes les découvertes des comités et de tous les travaux dont la publication est décidée. Les comités, à la diligence des présidens ou d'un de leurs membres, lui rendent compte de tous les travaux remarquables des sociétés savantes qui ont réclamé et obtenu cette distinction.

Art. 10. Les comités signalent aux sociétés savantes des départemens les recherches locales, les fouilles, les publications qui pourraient éclairer des points douteux et intéressans de l'histoire. Ces travaux sont publiés, autant que possible, dans un ordre méthodique.

Art. 11. Les comités délibèrent sur les allocations qui doivent être faites à ces sociétés pour l'exécution des travaux qu'ils ont provoqués ou approuvés, et désignent au ministre celles qui ont des droits particuliers aux encouragemens du ministère de l'instruction publique.

Art. 12. Les comités donnent leur avis sur tous les ouvrages relatifs à l'histoire nationale, pour lesquels il est demandé des souscriptions ou encouragemens au ministère de l'instruction publique.

COMPOSITION DES COMITÉS.

Art. 13. Les comités se composent de 12 à 15 membres au plus. Ceux de ces membres qui appartiennent à l'académie de l'institut, à laquelle leur comité ressortit, seront remplacés directement par l'académie. Les autres membres seront nommés par le ministre, les comités entendus.

Art. 14. Chaque comité a des membres non résidans, dont le nombre ne peut dépasser celui des membres titulaires; les membres non résidans sont nommés par le ministre, sur la présentation des comités, et parmi les membres des diverses sociétés savantes légalement autorisées dans le royaume, qui se sont mises en relation avec les comités. Les membres non résidans prennent séance quand ils se présentent.

Art. 15. Chaque comité a des correspondans que le ministre, sur la présentation des comités, désigne parmi les hommes de lettres et savans des départemens qui se vouent avec succès à la recherche et à l'étude de l'histoire nationale.

Art. 16. Les membres chargés de la direction d'un travail, ou les savans chargés de son exécution, proposent aux comités les littérateurs auxiliaires dont ils croient le concours nécessaire. Les auxiliaires ont droit à remplir les premières places vacantes, quand ils ont coopéré à une publication importante.

Art. 17. En l'absence du ministre, les comités ont pour président un de leurs membres, nommés à cet effet par le ministre.

Les présidens règlent l'emploi des deniers, la distribution des travaux et les ordres du jour qui sont soumis au ministre; ils font tous les rapports destinés à l'institut et au ministre, et fournissent les élémens de ceux qui doivent être présentés au roi et mis sous les yeux des chambres.

Art. 18. La correspondance des cinq comités est centralisée au ministère de l'instruction publique, dans un bureau qui est annexé à la division des établissemens scientifiques et littéraires, et qui fait partie de l'administration centrale. Le ministre écrit au nom des comités. C'est au ministre que leurs correspondans s'adressent.

Art. 19. Le chef du bureau des travaux historiques est secrétaire-général des comités. Le ministre attachera à chaque comité un secrétaire spécial, qui sera chargé de la rédaction du procès-verbal, de la surveillance des travaux historiques et des impressions, de la tenue des comptes. Le chef de la division des établissemens scientifiques et littéraires peut prendre part aux délibérations de tous les comités. Les fonctions de secrétaires sont seules rétribuées.

Art. 20. Les comités *siégent au ministère de l'instruction publique*; ils se réunissent au moins deux fois par mois, depuis le 1er novembre jusqu'au 30 juin de chaque année; ils ont des réunions plus fréquentes quand l'état des travaux l'exige. Le procès-verbal est mis sous les yeux du ministre.

Art. 21. Toutes les sociétés légalement autorisées seront invitées à adresser aux comités leurs recueils et publications de toute nature, lesquels seront conservés et réunis au chef lieu des comités, sous la garde du bibliothécaire du ministère de l'instruction publique.

Art. 22. Dans le recueil des documens et dans le journal de l'instruction publique sont publiés, avec chaque travail, les noms des correspondans, des auxiliaires, des sociétés savantes qui y ont concouru. Les nominations de membres non résidans et de correspondans sont rendues publiques. Les procès-verbaux des comités peuvent être insérés, en tout ou en partie, dans le journal général de l'instruction publique.

Art. 23. Tous les ans, les présidens des comités présentent au ministre une liste de propositions pour les récompenses honorifiques qu'auraient méritées, pour des travaux spéciaux, les savans des sociétés des départemens ou des comités.

Art. 24. Tous les ans, le ministre présente au roi et dépose sur le bureau des chambres, avec les publications historiques des comités, un rapport contenant l'emploi des fonds, l'état des travaux, les noms de ceux qui ont concouru à élever ce monument national.

— L'argumentation des thèses du concours d'hygiène a commencé vendredi dernier. Voici dans quel ordre les candidats ont été placés par le sort, avec l'indication du jour où ils doivent être argumentés :

1°	MM. Ménière,	5 janvier.
2°	Guérard,	8
3°	Requin,	10
4°	Rocboux,	12
5°	Piorry,	15
6°	Foissac,	17
7°	Sanson (Alphonse),	19
8°	Royer-Collard,	22
9°	Trousseau,	24
10°	Mottard,	26
11°	C. Broussais,	29
12°	Briquet,	31

Les candidats qui ont les numéros impairs seront argumentés par les numéros impairs; ainsi, le n° 1 a pour argumentateurs les nos 3, 5, 7, 9, et réciproquement. — Nous rendrons compte des thèses dont on aura remis deux exemplaires à la GAZETTE MÉDICALE.

RÉSULTAT DES REVACCINATIONS PRATIQUÉES DANS L'ARMÉE PRUSSIENNE PENDANT L'ANNÉE 1836.

Le nombre des soldats vaccinés monte à 42,124. De ce nombre ont présenté des traces de vaccination préalable :

Douteuses,	32,633
Evidentes,	6,615
Nulles,	2,844

Le résultat de ces vaccinations a été le suivant :

Boutons réguliers,	18,136
Boutons irréguliers,	9,940
Effet nul,	14,048

Ces derniers individus ont été revaccinés une seconde fois. Il y a eu éruption chez 1,569

Pas d'éruption chez 8,203

Parmi ces individus revaccinés ont été dans le courant de la même année saisis de varicelle, 14

De varioloïde, 8

De véritable variole, »

Il résulte de la table précédente que sur 42,124 individus qui ont été vaccinés ou revaccinés durant l'année 1836, il y en a eu 18,136 qui ont présenté des boutons réguliers de petite vérole. Cette proportion est la plus considérable qu'on ait jamais obtenue; et il est curieux de faire observer que la proportion a été toujours en progrès depuis quelques années. Ainsi en 1833, sur 48,478 soldats revaccinés, il n'y en a eu que 15,269 qui ont eu des boutons réguliers, ce qui donne un résultat de 31 p. 100. En 1834, le résultat a été de 37 p. 100. En 1835, de 39 p. 100. En 1836, de 43 p. 100. Il est satisfaisant d'observer que ce moyen a préservé parfaitement les soldats de la petite vérole.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE DE FÉLIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 3. (TOME VI. — 1838.) SAMEDI 20 JANVIER 1838.

Gazette Médicale
DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4° 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°.—Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Poissonnière*, n° 5, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE INTERNE.

DE LA FRÉQUENCE DU POULS DANS LA PARALYSIE DES ALIÉNÉS: par E. Lisle, élève des hôpitaux.

Mon intention est de faire connaître quelques observations nouvelles sur la fréquence du pouls chez les aliénés atteints de paralysie générale. Afin de rendre mes remarques plus précises, je les ferai précéder de quelques histoires de paralysie générale, choisies parmi celles que j'ai recueillies, pendant le cours de cette année, dans le service de M. Ferrus, à l'hospice de Bicetre. Ces observations feront mieux connaître la maladie qui nous occupe qu'aucune description générale. On verra combien il importe de s'entourer de tous les élémens possibles de diagnostic (et tout le monde s'accorde à regarder l'exploration du pouls comme l'un des plus importans) pour s'opposer, lorsqu'il en est encore temps, à l'invasion de cette cruelle maladie, ou pour l'enrayer dans sa marche, lorsqu'elle est encore récente.

Je commencerai par deux observations dont les sujets vivent encore, et chez lesquels la maladie n'a pas fait jusqu'ici de grands progrès. Je les ferai suivre par deux autres, dont les sujets sont morts, et ont offert pendant leur vie la plupart des symptômes que j'ai énumérés plus haut.

PARALYSIE GÉNÉRALE COMMENÇANTE.

Obs. I. — Pierre Ger.., est âgé de 31 ans, d'une forte constitution, d'un tempérament bilioso-sanguin. A son entrée à l'hospice, vers la fin du mois de septembre 1837, il présentait déjà l'un des symptômes pathognomoniques de la paralysie commençante, je veux dire un embarras très marqué dans les mouvemens de la langue. Du reste, sa santé physique et morale paraissait très bonne. Cependant, en l'interrogeant avec soin, on découvrit déjà un peu d'affaiblissement dans les facultés intellectuelles. Il avait besoin de quelques instans de réflexion pour répondre aux questions les plus simples et pour se rappeler ce qu'il avait fait quelques heures auparavant.

Dans le courant d'octobre, il a été pris, sans cause connue, d'un dévoiement abondant, qui a cédé à l'emploi de quelques médicamens astringents, aidés du repos et d'un régime sévère. Mais depuis son état s'est aggravé; ses facultés intellectuelles sont plus faibles et plus obtuses; il a perdu presque complétement la mémoire. Par intervalles assez courts, ses idées sont incohérentes. Faiblesse musculaire très prononcée; gène plus grande dans les mouvemens de la langue; progression lente et un peu vacillante. Les fonctions de la vie organique sont intactes.

On voit déjà dans cette observation les principaux caractères de la paralysie générale, mais encore faibles, et jusqu'à l'état rudimentaire. Mais qu'une cause débilitante quelconque se déclare; qu'à défaut d'autre cause plus active vienne l'action lente, mais désormais presque inévitable des temps, et tous ces symptômes vont s'aggraver, et le malade tombera dans l'état où se trouve celui qui fait le sujet de l'observation suivante:

PARALYSIE GÉNÉRALE AVANCÉE.

Obs. II. — Jean D.,. est entré à l'hospice le 24 septembre 1837. Il est âgé de 52 ans, d'une constitution détériorée, d'un tempérament sanguin. Il est journalier, marié, père de plusieurs enfans. Il y a environ quatre ans il a fait une chute sur la tête, à la suite de laquelle il est resté paralysé pendant trois mois d'un seul côté du corps. Depuis, il a toujours eu la langue un peu embarrassée, ce qui ne l'empêchait pas de travailler comme avant sa maladie.

Au mois de janvier de cette année, nouvelle hémiplégie, dont on ne peut me dire la cause. Guérison au bout de deux mois. Depuis embarras plus considé-

Feuilleton.

FRAGMENS D'UN VOYAGE MÉDICAL EN ITALIE;

Par J.-Petrequin, chirurgien en chef désigné de Lyon.

2 REVUE DES CLINIQUES DE L'ITALIE. — 3° CLINIQUES OBSTÉTRICALES.

L'exercice clinique constitue l'introduction la plus utile à la pratique de la médecine, et l'on ne saurait en faire une trop longue étude. Ainsi, l'on aura peine à comprendre en France quelle peut être l'utilité des quatre ans que les Universités italiennes consacrent presque exclusivement à *la théorie*. Si l'on déduit le temps des vacances, à coup sûr ce sera peu que les deux années *de pratique* pour acquérir cette habitude des malades si nécessaire au médecin.

Que sera-ce si nous parlons d'une branche qu'on a trop long-temps tenue comme sous le mystère, que tous étaient appelés à exercer dans le monde, et que peu avaient la faveur de pouvoir préalablement connaître, par suite d'un préjugé qui sacrifiait à une fausse pudeur la vie d'une portion de la société, et qui rendait si dangereux le bonheur de devenir mère? Dans les difficultés, aucune partie de l'art peut-être n'offre des cas plus pressans et des indications plus urgentes. Bien que l'obstétricie soit une science bornée, on peut dire qu'en général les cours *de théorie* n'ont pas une durée suffisante ni le développement nécessaires; mais cette remarque s'applique bien plus encore au temps de *la pratique*, lorsque les étudians obtiennent la faveur de se livrer à ce dernier exercice, qui trop souvent est exclusivement consacré aux élèves accoucheuses, comme je vais le dire

Les cliniques obstétricales ne sont pas publiques; en général, elles ne sont consacrées qu'aux élèves sages-femmes, et les cours s'en ferment à des époques variées: trois causes qui en rendent la connaissance difficile; aussi l'esquisse suivante sera-t-elle incomplete, mais peut-être offrira-t-elle quelque intérêt par sa nouveauté, et par les faits que j'ai tirés de mes discussions avec les professeurs eux-mêmes. Tous les traits n'en sont pas nouveaux; mais tous contribuent à peindre l'état actuel de la science. J'y joindrai quelques remarques sur les hospices de maternité que j'ai eu occasion de visiter. Je commence par Florence.

FLORENCE.

L'école d'accouchemens se trouve dans l'hôpital de *la Maternité*, situé à côté de celui des Enfans-Trouvés (orfanotrofo dei trovatelli); la disposition hygiénique ne m'en a pas paru aussi satisfaisante que celle des deux autres hôpitaux de Florence dont j'ai parlé (Santa Maria Nuova; San Giovanni di Dio); cependant la maitresse sage-femme m'a assuré que depuis près de cinq ans il n'y a pas eu de mortalité; il s'y fait environ 70 accouchemens dans l'année; la péritonite puerpérale y est rare.

rable et croissant peu à peu des mouvemens de la langue. Un peu plus de faiblesse qu'à l'ordinaire.

Au mois de mars, Jean entra chez des peintres en qualité de journalier pour broyer des couleurs.

Enfin, le 4 septembre, son état empirant tous les jours de plus en plus, il se décide à entrer à l'hôpital Beaujon, d'où on l'envoya ici quelques jours après. Il présentait alors l'état suivant :

Langue presque complètement paralysée; réponses nulles et presque inintelligibles; mémoire presqu'entièrement perdue; marche lente et un peu vacillante; faiblesse générale; lassitudes fréquentes. Le sommeil et l'appétit sont bons; les autres fonctions se font bien. Depuis, son état n'a pas sensiblement empiré. Cependant ses facultés intellectuelles se sont affaiblies. Il y a très peu de liaison dans ses idées. La mémoire est nulle; il parle souvent tout seul et bas, sans qu'on puisse comprendre ce qu'il dit. Il s'affaisse de plus en plus. Enfin il offre déjà tous les traits de la démence, l'une des complications les plus fréquentes de la paralysie générale.

PARALYSIE GÉNÉRALE AVANCÉE. — MORT.

Obs. III. — Antoine Y... est âgé de 48 ans, d'une assez forte constitution, graveur, marié et père de deux enfans. Il est déjà entré plusieurs fois à l'hospice comme aliéné. Entré en dernier lieu, le 11 septembre, il présentait déjà depuis quelque temps les premiers symptômes de la paralysie générale. Il ne parlait qu'avec beaucoup de peine; sa marche était lente et chancelante. Depuis son entrée, il était toujours seul, taciturne, la tête baissée vers la terre. Il ne répondait que rarement aux questions qu'on lui faisait. Lorsqu'on parvenait à lui arracher quelques mots, ses idées paraissaient avoir peu de suite. Cependant, la digestion et les autres fonctions de la vie organique se faisaient bien. Dans le courant du mois d'octobre, la paralysie a fait des progrès rapides. Vers la fin du mois, le malade ne peut plus se lever. Les déjections deviennent involontaires; le 2 novembre, il est pris tout à coup de convulsions épileptiformes très fréquentes, qui sont un peu calmées par l'administration d'une potion antispasmodique. Il a le dévoiement depuis plusieurs jours. Il n'a pas d'escarres; enfin, il meurt le 3 novembre, à une heure du matin.

Autopsie cadavérique, 36 heures après la mort. Le cuir chevelu et le crâne n'offrent rien de particulier; les vaisseaux de la dure-mère, de l'arachnoïde et de la pie-mère sont gorgés de sang. Ces deux dernières membranes sont épaissies, opaques, gélatineuses, abreuvées de sérosité des deux côtés, surtout à la partie supérieure et postérieure; moins à la partie antérieure et à la base du cerveau. Elles sont adhérentes en quelques points avec la substance grise à la surface des circonvolutions. Cette adhérence ne pénètre pas dans les anfractuosités. Sérosité en assez grande quantité dans les ventricules; granulations à la surface des corps striés et des couches optiques. La substance cérébrale est élastique, plus dure et plus ferme qu'à l'état normal. Sa section laisse voir un pointillé rouge, produit par le sang qui gorge les vaisseaux. La substance grise offre une teinte bleuâtre dans quelques-unes de ses parties. Le cervelet et la protubérance n'offrent rien d'anormal. Les autres cavités n'ont pas été ouvertes.

On voit, par le résultat de cette autopsie, que le malade a succombé, autant par suite d'une congestion sanguine dans l'encéphale, que par les progrès de la maladie primitive; les paralytiques sont d'ailleurs très sujets à ce genre de complication, qui est rarement aussi funeste. L'observation montrera la paralysie générale, avec ses symptômes les plus terribles, et compliqués par intervalles irréguliers de convulsions d'une nature toute particulière, qui duraient plusieurs jours de suite, presque sans interruption.

PARALYSIE GÉNÉRALE ANCIENNE. — MORT.

Obs. IV. — Paul For..... est âgé de 52 ans, d'une constitution assez forte, d'un tempérament sanguin. A son entrée à l'hospice, dans le courant du mois de mai dernier, il était affligé d'une hémiplégie ancienne du côté droit, dont j'ignore la cause et la date précise. Il présentait déjà un léger embarras de la langue, et un affaiblissement notable de l'intelligence et des forces musculaires. Du reste, son état général était assez satisfaisant. Au commencement de septembre, il avait eu déjà deux accès de convulsion entière, semblables à celui dont je vais essayer de tracer l'histoire.

15 septembre. Au moment de la visite, depuis plus d'une heure, les muscles de tout le côté paralysé sont le siége des contractions spasmodiques, plus fréquentes et plus fortes à la face et au membre supérieur qu'au membre inférieur; et, semblables à des secousses électriques; la commissure des lèvres est portée convulsivement en haut et à droite, il en est de même de la langue; la déglutition se fait bien; les muscles du côté gauche sont dans une contraction permanente; les pupilles sont dans leur état normal; la sensibilité est abolie à droite, un peu confuse à gauche. Le malade comprend bien les questions qu'on lui fait, mais ne peut pas parler; agitation; cris plaintifs; pouls fort, tendu, à 98 pulsations. (Prescription : potion anti-spas.; lavem. assa fétida, 1 dragme; sinap. aux pieds; diète.)

16. Les contractions spasmodiques sont plus faibles et bien moins fréquentes que hier. Elle sont moins fréquentes aux membres qu'à la face; 64 par minute à la face; 54 à l'avant-bras. Commissures des lèvres fortement tirées en haut et à droite. Mouvemens de la langue correspondant à ceux des muscles de la face. La totalité de la tête est portée à gauche. Raideur permanente des membres, maintenus dans une demi-flexion par la contraction plus forte des muscles fléchisseurs. Sensibilité obtuse, un peu plus d'abattement que hier. Pouls réguliers à 96 puls. (Potion anti-spasm. Lavem. assa-fétida, un gros. Saignée de palottes. Diète.)

17. Contractions bornées à la face et à l'avant-bras droit; 56 secousses par minute à la face, et 48 à l'avant bras. Quelques contractions à la jambe droite, mais beaucoup plus faibles. Même état de la sensibilité; plus d'affaissement. Pouls à 80 puls. (Orge. Miel. Lavem. purg.; 2 ventouses scarif. aux tempes. Diète.)

18. Secousse de la face et de l'avant-bras à peu près isochrones; 46 par minute. Moins d'affaissement que hier. La déglutition continue à se faire bien. 79 puls. (Orge. Miel. Potion anti-spasm. Sinap. aux jambes. Diète.).

19. Contractions de la face et de l'avant-bras isochrones; 42 par minute. Moins d'abattement. L'hémiplégie persiste. 58 puls. (Orge. Miel, 2 pots. Lavém. émoll.; 2 ventouses scarif. aux tempes. Lait sucré. Bouillon.)

20. Les contractions ont disparu presque entièrement à la face. Elles persistent encore au bras et à la jambe; 38 par minute. Celles de la jambe précèdent un peu celles de l'avant-bras. Pouls tendu 56 puls. Le malade prononce quelques mots; il demande à manger. (Orge. Miel, 2 pots, Riz. Bouilli, Lait sucré.)

21. Même état que hier. (Orge, Miel. Lavem. purgat. Boillon; 2 riz. Lait sucré.)

23. Les contractions spasmodiques ont entièrement cessé depuis hier. Pouls à 56 puls. Appétit bon. (Orge. Miel. Lavém. émoll. 1/4 d'alimens.)

28. Les convulsions qui avaient cessé ont recommencé ce matin pendant la visite, mais bien moins fréquentes et moins fortes. Les muscles de la face, du cou et des cuisses y participent seuls. (2 vent. scarif. aux tempes. Sinap. 1/4 d'alim.)

Les convulsions ne se montrent plus qu'à de longs intervalles et sont de courte durée. Le malade paraît un peu mieux. Cependant dans le courant d'octobre son état empire de plus en plus. Ses facultés intellectuelles s'affaiblissent considérablement. Il tombe dans la démence la mieux caractérisée. En même temps sa paralysie augmente; il perd entièrement ses forces. Il est obligé de s'aliter. Des escarres atoniques et gangreneuses se forment aux fesses et au sacrum. Un dévoiement colliquatif abondant vient s'ajouter aux autres symptômes. Le malade tombe dans le marasme. Enfin il meurt le 23 octobre.

Autopsie cadavérique 36 heures après la mort. Le cuir chevelu et le crâne n'offrent rien de particulier. Dure-mère flasque; sa capacité plus considérable que le cerveau. Sérosité épanchée dans les grandes cavités de l'arachnoïde; surface viscérale de cette membrane, tapissée à la partie supérieure et plus à gauche qu'à droite par une fausse membrane très bien organisée, mais de formation récente, et renfermant plusieurs petits caillots du volume d'une petite plume à écrire, et formée par du sang coagulé et très noir. L'arach-

---

Les cours y paraissent exclusivement consacrés à des élèves sages-femmes, dont le nombre constant est de 12, et peut s'élever à 16; elles sont assujéties à dix-huit mois d'études, c'est-à-dire qu'elles suivent trois fois un cours complet d'accouchemens; elles subissent deux examens pour avoir leur diplôme. Elles ont pour étudier des préparations anatomiques en cire qui se démontent; on enseigne Baudelocque. La parturition ne se fait pas dans le lit ordinaire; on a recours pour les accouchemens, soit naturels soit laborieux, à un lit de cuir qui se démonte, et qui sert aux différentes manœuvres; il me semble que cet appareil insolite, inutile dans nombre de cas, doit toujours beaucoup épouvanter la patiente.

L'examen de la statistique obstétricale de l'hôpital *Santa-Maria-Nuova*, par M. Mazzoni, du 11 août 1829 au 31 décembre 1832, m'a conduit aux remarques et conclusions suivantes :

Pour 452 accouchemens naturels, on en trouve 23 d'artificiels, ce qui donne le rapport de : : 1 : 17; sur les 23 femmes qui ont subi les manœuvres de l'art, 3 sont mortes, c'est-à-dire 1/8.

Pour 461 fœtus nés naturellement, on en compte 25 nés artificiellement. Sur les 461, 17 sont morts, et 444 ont vécu, ce qui mène à la proportion : : 1 : 17. Sur les 25, 9 sont morts, et 16 ont survécu, ce qui fournit le rapport : : 9 : 16, c'est-à-dire plus de moitié. Je n'ai pas besoin d'insister sur les corollaires pratiques qui en découlent.

Sur ce nombre, il y a 257 fœtus mâles et 229 femelles.

Je remarquerai que pour 468 parts unipares, il y en a 9 bipares, c'est-à-dire dans la proportion de : : 1 : 2. Sur les 468, 6 enfans seulement sont morts; sur les 9, 8 enfans ont survécu et 10 ont succombé.

Sur ces 9 jumeaux, 4 étaient du sexe masculin, 4 du féminin, et 1 seul des deux sexes.

J'ajouterai quelques observations qui regardent plus particulièrement la pratique obstétricale, et qui peuvent être d'autant plus utiles qu'elle touchent à des points en litige.

M. Mazzoni a vu la sortie du placenta s'effectuer *spontanément* dans 463 cas; la délivrance s'est faite 456 fois sans accident.

Dix huit exemples de procidence du cordon ont eu lieu à des degrés divers; et je ferai observer que cette complication, qui a tant effrayé les accoucheurs, n'a eu aucune influence fâcheuse sur la vie de l'enfant.

Huit fois on a rencontré la présentation ou sortie du bras; la version a suffi pour terminer heureusement la délivrance.

M. Mazzoni a observé trois exemples d'évolution spontanée du fœtus.

Dans un cas de présentation des genoux, il s'en est suivi une rupture de l'utérus, par suite de la pression des parties.

Cinq gastro-hystérotomies ont été pratiquées; une seule sur une femme vivante en 1830; quatre sur des femmes déjà mortes; trois enfans ont été sauvés.

J'insisterai sur un fait important, relatif aux conséquences de l'implantation vicieuse du placenta; les accidens si redoutables qu'on a signalés ne sont pas survenus; le plus souvent la grossesse a poursuivi heureusement ses périodes, même dans les cas les plus défavorables, ceux, par exemple, où le placenta s'insère sur le col centre pour centre. Le professeur se l'explique parce que la dilatation du col utérin n'est pas aussi hâtive qu'on le dit, et que le développement ne s'en effectue souvent qu'à l'époque de l'accouchement.

M. Mazzoni n'emploie pas le seigle ergoté. J'ai été étonné de voir que,

noïde et la pie-mère sont épaissies, opaques et infiltrées d'une grande quantité de sérosité, mais non adhérentes à la substance cérébrale. Cette substance elle-même est élastique et plus ferme qu'à l'état normal. Sa section est pâle. Un peu de sérosité dans les ventricules; granulations nombreuses à la surface des corps striés et surtout des couches optiques. Le cervelet et la protubérance sont sains, mais cependant d'une consistance plus ferme. Les autres cavités n'ont pas été ouvertes.

Ces quatre observations sont plus que suffisantes pour faire connaître la maladie qui nous occupe, et pour justifier l'importance que j'ai attachée à mes observations. Je vais maintenant les faire connaître. Les auteurs qui se sont occupés de cette cruelle affection n'ont pas déterminé quelle est la fréquence du pouls chez les malheureux qui en sont atteints. J'ai cherché à combler cette lacune au moyen de l'expérience directe et de la manière la plus exacte possible. Pour y parvenir, j'ai fait les observations suivantes :

Pendant dix jours consécutifs, du 9 octobre au 18 inclusivement, tous les matins à sept heures, j'ai tâté le pouls à 20 paralytiques de tout âge ; j'ai eu soin de prendre tous les degrés de la maladie, depuis ceux qui n'offrent qu'un léger embarras de la langue et de la progression jusqu'à ceux qui présentent la plus grande partie des symptômes que j'ai déjà fait connaître ; j'ai noté avec soin l'état de la température de chaque jour et celui de la santé physique de chaque individu. Les tableaux suivans feront connaître les résultats qui j'ai obtenus. Je me contente de donner la moyenne des pulsations comptées chaque jour, et la moyenne de chacun des malades. Dans le premier tableau, les malades sont classés par rang d'âge, et dans le second d'après le degré de la maladie; enfin le troisième fait connaître l'état de la température et la moyenne des pulsations comptées chaque jour.

1er TABLEAU.

Num.	Âge.	Moyenne.	Num.	Âge.	Moyenne.
1	24	77	11	47	80
2	26	67	12	48	52
3	32	79	13	51	57
4	34	86	14	51	76
5	37	87	15	52	54
6	38	60	16	52	86
7	38	84	17	54	67
8	40	56	18	62	75
9	43	80	19	63	70
10	46	79	20	72	79

2e TABLEAU.

Num.	Moyenne.	Num.	Moyenne.
1	75	11	79
2	67	12	52
3	57	13	80
4	76	14	54
5	75	15	56
6	84	16	80
7	79	17	60
8	79	18	80
9	77	19	86
10	67	20	87

3e TABLEAU.

Jours des mois	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Température	8° 1/4	6° 1/2	6°	8°	8° 1/2	5° 1/2	4° 1/2	4° 1/2	8° 1/2	9° 1/2
Moyenne	68	70	72	73	71	70	72	74	75	75

Ces tableaux peuvent donner lieu à une foule de considérations intéressantes; il semblerait au premier abord que, malgré l'inertie et l'engourdissement profonds dans lesquels sont tombés les organes de la vie de relation, la fréquence du pouls est plus considérable chez les paralytiques qu'à l'état physiologique. En effet, on admet généralement que la moyenne des pulsations chez les adultes est de 65 par minute, tandis que je trouve pour moyenne générale chez les paralytiques que j'ai observés 72 et une fraction. Cependant, cette plus grande fréquence n'est, je crois, qu'apparente; et voici les motifs qui me portent à le croire. Sur les 20 malades, 6 ont eu presque constamment un dévoiement très considérable, qui, quoique n'occasionnant pas de grandes douleurs, ne laissait pas que d'augmenter la fréquence du pouls; ce sont les numéros 5, 7, 10, 14, 16 et 19 du premier tableau. Si je retranche ces 6 malades du nombre de ceux qui font le sujet de mes observations, je trouve pour moyenne générale des 14 restans, 68 et une fraction; tandis que celle des 6 autres est de 80.

D'un autre côté, ces malades ne sont pas seulement paralytiques; ils sont en même temps presque tous aliénés; les uns sont en démence plus ou moins avancée, et c'est le plus grand nombre; ce sont les numéros 2, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 14, 15, 16 et 19 du premier tableau; aussi ont ils le pouls moins fréquent que les autres; car, si de ce nombre je distrais les numéros 5, 7, 10, 14, 16 et 19, qui ont eu constamment le dévoiement, je trouve pour moyenne 60, qu'on pourrait à la rigueur regarder comme la véritable moyenne de la fréquence du pouls chez les paralytiques. En effet, la plupart de ces malades sont arrivés presque au dernier degré de cette terrible maladie. Déjà, ils ont presque complètement la mémoire et les autres facultés intellectuelles; ils ne font quelques pas qu'avec la plus grande difficulté; ils ne font entendre qu'avec beaucoup de difficulté quelques mots à peine articulés; quelques-uns ne quittent déjà plus leur lit; les autres seront bientôt obligés de le garder aussi; et cela, pour ne plus se relever jamais. C'est surtout chez eux qu'il importe de connaître la fréquence du pouls à l'état normal, afin de leur rendre le moins pénibles que possible les derniers jours qu'ils ont à vivre; car, lorsqu'une autre maladie vient compliquer celle du cerveau, leur pouls s'élève considérablement, comme par exemple, chez ceux qui ont eu le dévoiement, et qui, en même temps, ont eu pour moyenne des pulsations 80 et une fraction.

D'autres sont maniaques; mais cette complication est très rare, et, lorsqu'elle a lieu, les accès sont peu intenses et de courte durée. Les numéros 3 et 11 en offrent un exemple; leurs pouls est plus fréquent, comme on l'observe généralement chez les maniaques.

La température a-t-elle influé sur la fréquence du pouls, comme elle paraît le faire en été d'une manière très manifeste, au moins d'après ce que j'ai observé moi-même. (Voir la GAZ. MÉD. du 4 novembre.) Il résulterait du tableau n. 3, que cette influence est bien faible, et même nulle chez les paralytiques, au moins en hiver; car la température va sensiblement en diminuant jusqu'au 16 inclusivement; et la moyenne de chaque jour, loin de suivre la même progression décroissante, augmente sensiblement, puisqu'elle est de 68 pulsations le premier jour, et de 75 le dernier; cependant, ces observations ne pouvant pas détruire les résultats que j'ai obtenus en été, je crois que la seule conclusion qu'on puisse tirer de ce qui précède, c'est que la température ne semble pas avoir d'influence marquée d'un jour à l'autre sur le pouls des paralytiques, en hiver.

Reste maintenant à éclaircir une question importante, à savoir si l'âge influe sur la fréquence du pouls chez les paralytiques, d'une manière aussi manifeste que chez les autres hommes. L'âge moyen des 20 malades qui font le sujet de cet article est de 45 ans. Sur les 20, 9 sont placés par leur âge au-dessus de la moyenne générale, et 11 au-dessous; les 9 premiers donnent pour moyenne générale du nombre des pulsations comptées chez eux, 74 par minute: tandis que les 11 derniers ne donnent que 71; et, cependant, la majeure partie de ceux qui ont eu le

---

après les nombreuses observations recueillies en faveur de cet agent, cet habile praticien en soit encore à douter non seulement de son efficacité, mais même de son action. C'est à Florence même qu'avaient été faites les expériences de Bigeschi, publiées en 1823; il était arrivé à des conclusions opposées. Le successeur de Nannoni se prive ainsi d'un moyen utile.

PADOUE.

L'école d'accouchemens est à l'hôpital des Cliniques (ospetale civile), et dépend de l'Université. Elle n'est point exclusivement destinée aux élèves sages-femmes. Les cours y sont de moins longue durée qu'à Florence; et les accouchemens, dit-on, plus nombreux. Ceux des étudians des deux sexes qui sont arrivés au *temps de la pratique*, couchent dans l'établissement, pour être présens à toute heure, et assister à tout ce qui s'y passe. L'organisation de la clinique m'a paru bonne; je n'ai pas eu, du reste, occasion d'y faire des remarques pratiques. Le musée obstétrical de l'Université mérite d'être vu; l'armamentarium renferme des pieces instrumentales curieuses pour l'histoire de l'art.

MILAN.

I. A Milan, où il n'y a plus d'école de médecine, la seule clinique qui existe est celle d'accouchemens. Je dois à l'obligeance de M. Billi, médecin de la cour, d'avoir visité l'hospice de la Maternité (Spedale di santa Catarina alla Ruota), dont il est chirurgien en chef. Cette maison est exclusivement consacrée à l'instruction des élèves sages-femmes. Le cours des études est organisé à la manière des précédentes écoles. Les élèves y sont exercées au diagnostic, à l'observation écrite et parlée, aux manœuvres artificielles et naturelles, etc.

II. M. Billi a commencé un cabinet d'anatomie obstétricale pathologique. On y trouve une collection étendue des diverses déformations du bassin.

Une piece est relative à une grossesse double; un placenta avec son fœtus a été comprimé et atrophié par l'autre. Je ferai observer que, dans ce cas, il arrive souvent, alors que l'un des œufs perd la vie, que l'autre, par voisinage ou par communication, s'infecte des fluides ou des miasmes du premier, et meurt. J'ai eu occasion d'en citer deux exemples. (Musée pathologique de Milan.)

Dans une autre piece de grossesse multiple, les deux fœtus communiquaient directement par les artères et les veines de leur placenta respectif; l'un est mort par l'hémorragie du cordon de l'autre, pendant l'accouchement. J'aurai occasion de revenir sur ce point.

Je signalerai un fœtus monstrueux qui présente une singulière insertion du placenta; il est implanté sur sa tête, sans cordon ombilical; ce fœtus est mal développé; ses viscères abdominaux sont en partie herniés.

III. J'ajouterai quelques traits tirés de la pratique de M. Billi. Ce médecin, à l'instar des Anglais, met la femme en travail sur le côté, d'après les motifs : 1° que cette position est moins incommode et peut se supporter plus longtemps sans fatigue; 2° qu'elle donne infiniment plus de force pour pousser, et aider l'expulsion du fœtus; 3° qu'elle nécessite moins cette grande tension des muscles lombaires, et exempte, par suite, des douleurs de reins; 4° qu'elle permet de soutenir plus commodément et plus sûrement le périnée, dans les efforts de la parturition; 5° qu'on est mieux à portée d'administrer des remèdes souvent nécessaires, comme les lavemens, les injections, etc.; 6° qu'enfin, il est plus aisé, lorsqu'on doit attendre quelque temps pour couper le cordon, de bien placer le fœtus contre le dos de la mère, qui le réchauffe.

dévoiement se trouve parmi ces derniers. Il semblerait donc que le pouls est plus fréquent chez les plus jeunes que chez les plus âgés de mes malades; tandis que le contraire se passe à l'état physiologique. Serait-ce donc que la paralysie est la plus violente, que l'irritation ou la modification morbide quelconque de l'innovation dont elle est le résultat est plus active, et influe d'une manière plus puissante sur la circulation et sur le reste de l'économie chez les adultes que chez les vieillards? ou bien, cette différence tiendrait-elle à ce que les deux extrêmes de l'âge de mes paralytiques sont trop éloignés pour que je puisse obtenir des résultats satisfaisans de leur comparaison? C'est ce que j'ignore complètement. Je ne donne, d'ailleurs, ce dernier paragraphe que pour ce qu'il vaut véritablement; et je n'ignore pas que pour être fondé à en tirer des conclusions rigoureuses, il faudrait un nombre de faits beaucoup plus considérable.

Je conclus de ce qui précède :

1° Que dans la paralysie commençante, le pouls est un peu plus fréquent qu'à l'état normal.

2° Que dans la paralysie déjà arrivée à sa dernière période, le pouls est sensiblement moins fréquent qu'à l'état normal.

3° Que lorsque le dévoiement, qui complique si souvent la paralysie générale, vient s'ajouter aux autres symptômes, le pouls augmente beaucoup de fréquence.

4° Enfin, que la température ne paraît exercer aucune influence sur la fréquence du pouls des paralytiques, du moins en hiver.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

MÉMOIRE SUR L'EMPLOI DES IRRIGATIONS CONTINUES D'EAU FROIDE DANS LE TRAITEMENT DES FRACTURES COMPLIQUÉES; par V. NIVET, interne des hôpitaux de Paris, membre titulaire de la Société anatomique.

PREMIÈRE PARTIE. — OBSERVATIONS.

L'emploi de l'eau froide dans le traitement des maladies chirurgicales remonte à la plus haute antiquité. « Hippocrate, Galien, Celse, Guy de Chauliac, en ont parlé en différens endroits de leurs écrits de la manière la plus avantageuse. » (1) Blondus et Palatius, médecins italiens, ont vanté beaucoup ce moyen; et Lombard, en 1786, a rapporté plusieurs observations de blessures fort graves, dans lesquelles l'application de l'eau froide a procuré de brillans succès (2).

En 1832, M. Dubourg, de Troyes, a traité avec le plus grand bonheur, par les *irrigations renouvelées tous les quarts d'heure*, une fracture compliquée de plaie et d'esquilles, ayant son siége à la partie inférieure de la jambe (3).

De nos jours, MM. Samson, Velpeau, Jobert, etc., ont vanté également l'efficacité de l'eau froide, et cependant Boyer, dans son *Traité des maladies chirurgicales*, ne parle pas de ce moyen thérapeutique.

La méthode, mise en usage par nos devanciers, présentait, comme l'a fait remarquer M. Bérard jeune, des inconvéniens assez graves : on avait l'habitude d'arroser, à des intervalles plus ou moins rapprochés, la partie malade, avec de l'eau froide; chaque irrigation était suivie d'une réaction qui attirait vers le membre blessé un afflux de liquides, que le chirurgien doit prévenir autant que possible. Il fallait faire cesser ces inconvéniens, et c'est le but que se sont proposé d'atteindre MM. Josse, d'Amiens, et Bérard jeune, en employant les irrigations continues. Ces deux chirurgiens ont appliqué ce traitement aux luxations, aux contusions, aux plaies contuses, aux fractures avec écrasement de la main ou du pied; mais M. Breschet est le premier qui ait employé les irrigations continues dans les cas de fractures compliquées de la jambe. MM. Rognetta et Fleury fils ont publié, en 1834, les heureux résultats obtenus par ce chirurgien.

Les observations que nous venons d'indiquer étant fort intéressantes, et n'ayant pas été insérées dans la GAZETTE MÉDICALE, nous avons cru devoir les réunir à celles que nous avons recueillies dans le service auquel nous sommes attaché.

Le fait de M. Rognetta (1) est intéressant à cause de la rapidité de la guérison, du peu d'intensité des accidens inflammatoires locaux et de l'absence de réaction générale.

OBS. I. — Un charretier, âgé de 36 ans, étant ivre, tomba, dans le mois de janvier dernier, sous la roue de sa voiture lourdement chargée. Sa jambe droite fut écrasée et comme moulue par la roue. On le conduisit à l'hôtel-Dieu, salle Sainte-Marthe, service de M. Breschet. A la visite du matin, on trouva un désordre tel à la jambe de ce malade que l'indication de l'opération ne parut pas douteuse : fracture comminutive du tibia et du péroné à la partie inférieure, près de l'articulation tibio-tarsienne; plaies larges et contuses en avant, en arrière et sur les parties latérales de la jambe; sortie des fragmens pointus du tibia à travers une des plaies; hémorrhagie assez forte par cette plaie; ecchymoses et contusions très étendues dans le reste de la jambe; tout, en un mot, indiquait que, si l'on n'amputait pas sur le champ, une réaction inflammatoire et gangreneuse aurait en quelques jours enlevé le malade, ainsi que nous venions de le voir une semaine auparavant sur deux individus qui se trouvaient à peu près dans des conditions analogues, et qui s'étaient refusés à l'amputation primitive. Cependant le malade refuse formellement l'amputation. C'est alors que l'on avise à expérimenter l'action des arrosions permanentes d'eau froide. On organise en conséquence un appareil d'après les principes que j'ai exposés. Les plaies sont pansées mollement; et le membre enveloppé dans un appareil ordinaire à fracture, n'ayant que deux coussinets latéraux seulement; le tout est garanti par un cerceau ordinaire et par les couvertures, à l'exception de l'endroit par où le tube arrosant passe pour se diriger vers le membre. La réaction locale a été très médiocre; celle de la constitution presque nulle, le malade n'a presque pas eu de fièvre; la suppuration a été très modérée; seulement on a été obligé de faire quelques contre-ouvertures et d'exercer une compression expulsive sur quelques points, à cause du décollement énorme de la peau, qui existait primitivement sur le côté externe de la jambe; enfin toutes les plaies se sont cicatrisées, la peau s'est recollée, la fracture s'est consolidée, et l'homme sortira sous quelques jours parfaitement guéri de l'hôpital. L'arrosion d'eau froide a été continuée pendant un mois environ.

Dans l'observation (2) rédigée par M. Fleury fils, actuellement professeur d'anatomie à l'école de médecine de Clermont-Ferrand, des abcès nombreux, plusieurs escarres gangreneuses, se sont formés autour des os fracturés, et la maladie s'est terminée néanmoins d'une manière très favorable. Voici du reste cette observation :

(1) Bérard jeune. *Archives générales de médecine*. 1834. T. VII, p. 5.
(2) *Idem*, loc. cit. p. 6.
(3) GAZETTE MÉDICALE. 1832. p. 576.

(1) *Bulletin général de thérapeutique*. Mars 1834. p. 183.
(2) *Journal des Connaissances médico-chirurgicales*. Année 1834. p. 339.

Il se fait à Sainte-Catherine environ 400 accouchemens par an, ce qui, avec la fréquence du rachitisme, explique la nécessité où a pu être M. Billi de pratiquer huit fois l'opération césarienne, et quatre fois la symphyséotomie.

De ces huit essais de gastro-hystérotomie, il résulte qu'une condition de succès, c'est d'opérer de bonne heure. Il incise sur le côté de la ligne blanche, descendant le plus bas possible vers le pubis; au contraire, il incise l'utérus en haut vers le bas-fond, ayant remarqué que cela lui donne une forme d'infundibulum qui favorise l'écoulement des matières par le col, et en prévient l'épanchement dans l'abdomen. L'utérus est taillé sans ouvrir la poche des eaux, qu'on déchire aussitôt après par le museau de tanche, quand elle est intacte. Puis, contre l'opinion de Gardien qui se borne aux bandelettes agglutinatives, il lui a paru préférable de recourir à la suture enchevillée des parois de l'abdomen. Sur huit opérations, M. Billi a obtenu trois succès complets; c'est-à-dire qu'il a sauvé trois fois la mère; l'enfant a été conservé dans tous les cas. Les guérisons ont été obtenues en 40 jours. J'ai pu visiter (août 1837) l'une des trois; c'est une fille rachitique et naine, d'une taille d'environ 42 pouces, qui avait été opérée 10 mois auparavant, à l'âge de 27 ans. Le diamètre antéro-postérieur peut avoir 15 lignes; le transverse, à peu près 4 pouces. M. Billi lui avait conseillé de porter une ventrière; l'hypogastre est resté bien conformé pendant 8 mois; à cette époque, la malade a quitté sa ceinture, et il s'est développé peu à peu vers la ligne blanche incisée une petite tumeur qui constitue un commencement de hernie ventrale. La santé, du reste, est bonne. J'ai eu soin de m'informer de l'état des fonctions de la matrice; les règles ne sont pas revenues.

La nécessité d'opérer de bonne heure est peut-être plus impérieuse encore pour la symphyséotomie. Ayant vu que la mort est due à l'inflammation et à la déchirure des symphyses sacro-iliaques, et pensant qu'avec une traction douce, les ligamens se détachent et permettent, comme la corde agrandie d'un arc, l'élargissement de la courbe pelvienne, ce praticien laisse aller naturellement le travail après l'opération, jusqu'à ce qu'il convienne de l'aider s'il est trop lent. Ces précautions prises, avec le *procédé nouveau de la symphyséotomie* que j'ai proposé, d'après la méthode de M. Imbert (Bullet. de thérap., 15 nov. 1836), on pourra obtenir plus de succès.

Un grave inconvénient est attaché à la version, surtout quand l'extrémité pelvienne n'a pas suffisamment distendu le col utérin, et que la tête reste dans le petit bassin; l'enfant meurt d'asphyxie, par suite de la compression du cordon. Depuis 12 ans, M. Billi a imaginé d'introduire un tube de laiton, terminé par une olive aplatie et persillée dans la bouche du fœtus, pour établir les fonctions respiratoires. (Voy. Fr. Berrario, traduct. ital. des hémorr. utérines de Stewart Duncan; Milan, 1828; II-73.) Il regarde ce moyen comme fort utile, lors de la présentation par les pieds ou par les genoux, qui n'ont pas assez préparé la voie, et dans les cas de version où il faut porter un secours prompt, les sages-femmes n'ayant pas le droit d'appliquer le forceps, elles peuvent alors attendre impunément, soit la dilatation naturelle, soit l'arrivée du médecin.

Dans les cas pressans où il faut extraire le placenta, M. Billi n'approuve pas l'injection d'eau froide acétique que Mojon pratiquait dans le cordon, sur les motifs que 1° ce nouveau poids en favorise le décollement; 2° que l'eau dilate le placenta, et le détache ainsi de l'utérus; 3° enfin, que le froid sollicite les contractions de la matrice. M. Billi professe 1° que l'influence du poids de

Obs. II. — Pomier (Jean-Marie), âgé de 34 ans, charretier, d'une forte constitution, est renversé, le 23 janvier, par son cheval qu'il cherchait à détourner d'une voiture (cet homme était dans un état d'ivresse). La roue passe sur la jambe droite, et la fracture à sa partie inférieure, à peu près à la réunion du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs; il est relevé, et transporté à l'hôtel-Dieu dans un fiacre.

Les linges que l'on a placés autour de la jambe sont rougis par le sang qui s'est écoulé; un jet saccadé, qui s'est échappé lorsqu'on les a enlevés, a fait penser que l'artère tibiale antérieure ou l'une de ses branches avait pu être intéressée; une assez grande quantité de sang est infiltrée dans le tissu cellulaire sous cutané. La crépitation que l'on sent en faisant mouvoir le tibia en rend la fracture évidente; si le péroné est brisé, ce qui n'a pas paru certain, il ne doit point l'être au même niveau que le tibia; car la partie inférieure du membre ne retombe point comme on l'observe dans une fracture des deux os de la jambe.

Une petite plaie existe au niveau de la fracture; elle peut avoir été produite par la roue ou par le fragment supérieur. On place le membre sur sa face postérieure, et l'on applique l'appareil ordinaire. Le malade a peu souffert pendant la nuit.

Le 24 janvier, la plaie a fourni peu de sang; les compresses qui la recouvrent sont les seules pièces de l'appareil qui soient teintes par ce liquide; un peu de tissu cellulaire fait saillie à travers la plaie dont les lèvres paraissent exercer sur lui une constriction assez forte; la peau qui est située au-dessus offre, dans l'étendue de deux travers de doigt, une teinte un peu brune; l'épiderme s'en détache avec assez de facilité, le corps muqueux paraît pointillé de rouge; il y a peu de gonflement; les extrémités du fragment sont dans un rapport assez exact. On agrandit avec un bistouri boutonné la plaie dans sa partie supérieure et inférieure; l'aponévrose jambière est incisée dans une étendue de quinze à dix-huit pouces; il s'écoule une petite quantité de sang noirâtre.

On applique un appareil ordinaire; on remplace le coussin supérieur par deux compresses graduées sur lesquelles on place une attelle; la jambe est peu fléchie sur la cuisse. Le genou se trouve plus élevé que la pointe du pied, afin de laisser un libre écoulement aux liquides. Le pouls est dur quoique peu fréquent, le visage fortement coloré. On fait une saignée de seize onces et l'on applique les irrigations continues.

Le 24, le malade n'accuse aucune douleur du côté de la tête, de la poitrine et du ventre; le membre malade lui en cause très peu. La nuit a été calme.

Le 25, la plaque brunâtre qui existait au-dessus de la plaie n'a pas gagné en étendue; mais un peu de rougeur existe en dehors; le membre est moins gonflé; le pouls conserve toujours de la force; l'état général est bon; le malade demande des alimens. On entretient le jet continu d'eau froide; dans la soirée, on pratique une nouvelle saignée de 12 onces. (Limonade pour boisson.)

Le 26, l'état général continue à être bon; la rougeur qui existait au côté externe a pâli; quelques phlyctènes se sont formées en dehors et en arrière de la jambe; elles contiennent une sérosité citrine; la chaleur du membre est très élevée; le pouls conserve toujours de la fréquence.

Le 27, il n'est rien survenu de nouveau du côté de la jambe, qui ne fait toujours point éprouver de douleurs au malade; la nuit a été bonne; le pouls a perdu de sa fréquence; la chaleur du membre est toujours élevée; on arrose les pièces d'appareil avec de l'eau simple, pour éviter qu'il se forme un enduit imperméable. Le talon est un peu relevé, pour prévenir la saillie que tend à faire le fragment inférieur.

Le 28, la température du membre est moins élevée; les escarres paraissent limitées; on a agrandi avec le bistouri une ouverture d'où sortait une grande quantité de pus; le pouls conserve toujours un peu de fréquence; 80 pulsations.

Le 29, les escarres se sont détachées dans une assez grande étendue, et ont mis à nu le tissu cellulaire de la face antérieure et de la face interne de la jambe; du pus s'écoule de la partie supérieure de la plaie; les ligamens sont décollés dans une grande étendue; on fait une incision à la peau pour donner une libre issue aux liquides; deux petites compresses graduées sont placées sur les faces antérieures et internes du tibia, pour empêcher le pus de séjourner; l'état général est toujours très bon; on continue d'entretenir le courant d'eau froide; le pouls conserve toujours un peu de fréquence.

Le 30, la face externe de la jambe offre une large plaque brunâtre.

Le 1er février, une fluctuation a pu être sentie dans toute la portion du membre qui offre cette teinte; on y a fait une incision qui a donné issue à une assez grande quantité de sang noir.

Le 3, la peau qui recouvre le tiers inférieur de la jambe est altérée sur les faces antérieure et interne; elle est d'un rouge violacé; on fait au côté externe une petite incision qui donne issue à un liquide clair et rougeâtre; la teinte noirâtre que présentait le mollet a disparu. Cette amélioration est due à l'écoulement du sang qui était épanché; l'état général est toujours excellent; la suppuration de la plaie est de bonne nature; la peau qui est au-dessus est rouge et décollée dans une assez grande étendue. Le malade mange de petites soupes. (On continue l'eau froide.)

Dans la soirée, il y a eu de la fièvre; la figure a pris une légère teinte ictérique.

Le 4 et le 5, il n'y a plus de fièvre; la suppuration est abondante et de bonne nature; on a fait une autre incision en dehors, pour donner aux liquides un écoulement facile.

Le 8, la peau est toujours décollée dans une assez grande étendue en dehors; du pus de bonne nature s'écoule lorsqu'on exerce dessus quelque pression; une petite ouverture s'y est faite le lendemain; elle a été agrandie avec le bistouri boutonné; dès ce moment, la suppuration a diminué; la peau a commencé à se recoller; les plaies ont offert un bon aspect. Il y a déjà un commencement de consolidation que l'on peut apprécier lorsqu'on soulève le membre; l'état général est toujours excellent; le malade mange trois soupes. On entretient les évacuations alvines au moyen de lavemens.

Le 15, la peau est toujours décollée en dehors dans une assez grande étendue; du pus s'écoule lorsqu'on exerce une compression de haut en bas; l'état général est toujours bon.

Le 17, il a été nécessaire de faire une nouvelle incision, pour donner issue au pus qui s'était accumulé au côté externe du membre.

Le 20, la suppuration a diminué d'une manière bien sensible. Le malade mange la demi portion.

Le 1er mars, le membre a été placé dans un appareil ordinaire. La plaie du côté interne est cicatrisée à demi; la cicatrice est solide, de bonne nature; les incisions qui ont été faites au côté externe fournissent très peu de pus. Le malade mange les trois quarts.

Le 8, les plaies ne marchent plus aussi rapidement vers la cicatrisation que lorsqu'elles étaient soumises à un courant d'eau froide; celle qui est en côté interne est un peu fongueuse; il est nécessaire de la toucher avec le nitrate d'argent; du reste, l'état général est toujours excellent.

La cicatrice de la plaie interne s'est rompue dans presque toute son étendue; quelques bourgeons fongueux et violacés s'élèvent du centre de cette plaie; on les réprime avec le nitrate d'argent; on donne à l'intérieur de la tisane de petite centaurée et du vin anti-scorbutique.

Le 27, la plaie a pris un meilleur aspect.

Le 29, la cicatrice se reforme et se déchire quelques jours après; du pus s'épanche sous des pellicules qui la recouvrent; leur déchirure donne ensuite à la plaie une étendue aussi considérable que celle qu'elle présentait au moment où l'appareil ordinaire a été placé.

Le 3 avril, on bassine la plaie avec du vin miellé.

Le 18, la cicatrice est très longue à se former; des pellicules membraneuses qui se détachent à la plus légère traction recouvrent les portions formées; on enlève le bandage à 18 chefs; on le remplace par un bandage roulé.

Le 25, la plaie se rétrécit d'une manière assez marquée; on la saupoudre de calomel.

Le malade est sorti quelque temps après parfaitement guéri; le membre fracturé n'a point perdu de sa longueur.

L'un des faits que nous avons observés se rapproche, sous certains rapports, de celui de M. Rognetta. Aucun accident inflammatoire local

---

quelques onces est presque illusoire, en comparaison de ce que peut produire la traction du cordon; 2° que la dilatation du placenta n'a pas lieu jusqu'au contact de l'utérus, l'injection ne pénétrant guère que dans la portion fœtale du gâteau; 3° qu'ainsi le froid n'est pas en rapport immédiat avec la matrice, et qu'on produit plus d'effet par une injection directe. Aussi, ajoute-t-il, ce moyen ne réussit pas quand les autres ont échoué; il ne réussit qu'alors qu'on eût pu réussir sans lui.

J'ajouterai que dans deux cas d'hémorragie inquiétante, que rien n'avait pu arrêter, ni le seigle ergoté (auquel il a reconnu beaucoup d'efficacité), ni les autres moyens, M. Billi est parvenu à sauver la malade par la compression de l'aorte ventrale, selon la méthode de M. Baudeloque; aussitôt qu'on lâchait la compression, le sang recommençait à couler; elle fut continuée pendant 12 heures.

Un accident qu'il faut surveiller comme obstacle à l'accouchement, a été rencontré deux fois par M. Billi, je veux parler de l'accumulation des fèces dans le rectum; c'était chez une dame de 30 ans, qui n'allait à la selle que tous les mois; deux fois il fut obligé d'en faire l'extraction avec des curettes. Plus tard, un médecin, qui ne savait pas cette particularité, fut appelé pour des coliques auxquelles cette dame était sujette; il se borna à des lavemens qui n'eurent aucun effet, et la malade mourut avec le rectum encombré des matières.

GENÈVE.

J'ai cru devoir ajouter un appendice sur Genève, non que j'y aie trouvé une école spéciale d'accouchemens, mais pour y consigner quelques-unes des remarques de M. Senn. Je me bornerai aux points les plus pratiques, que je livre à la méditation des hommes de l'art.

Les accoucheurs savent combien sont redoutables les hémorragies utérines; le médecin de Genève n'en a presque pas eu, ou en a triomphé avec les précautions suivantes: 1° il lie le cordon du côté de l'enfant et du côté de la mère; il a remarqué qu'alors le placenta se gonfle et se détache plus facilement; parce qu'il résiste aux contractions de l'utérus par sa fermeté et ne se moule plus sur lui, comme lorsqu'il est flasque après s'être dégorgé. J'ajouterai que c'est une précaution prudente pour prévenir la mort d'un deuxième enfant, dans le cas de grossesse double, où il y a communication des vaisseaux placentaires, ainsi que j'en ai cité un exemple; 2° l'hémorragie est souvent le résultat d'une syncope locale; on la prévient ainsi, et l'on empêche la syncope générale, en interdisant tout mouvement, et ne tenant pas trop haute la tête de la malade; 3° les accidens proviennent aussi du maintien du *status quo* de l'utérus; pour favoriser le retour de l'organe, il sangle légèrement le ventre.

On a beaucoup discuté sur les phases des positions de l'utérus. M. Senn professe que, chez les primipares, l'organe au huitième mois n'est pas en haut; la tête pèse sur sa paroi antérieure dont elle est coiffée. L'utérus regarde obliquement en arrière par son orifice, et le doigt sent, par le vagin, la tête qui plonge dans le petit bassin. Dans ce cas, pour peu que la position de la malade soit vicieuse, lorsque les *mouches* viennent, une grande partie des efforts est perdue, jusqu'à ce que la direction devienne bonne; l'accoucheur peut alors abréger de beaucoup le travail, en faisant de suite coucher la patiente sur le dos, au lieu de la faire promener ou consumer en douleurs inu-

ne s'est manifesté ; l'état de santé de la malade n'a pas été troublé un seul instant, et, au bout de dix jours, on a pu cesser les irrigations et appliquer le bandage ordinaire.

Obs. III. — La femme dont il est question est la nommée Blanchard, marchande des quatre saisons, âgée de 51 ans. Elle est d'une bonne constitution, et a fait pendant 7 années le métier de cantinière. Cette malade était dans un état d'ivresse le 26 juillet, lorsqu'elle a été renversée par une voiture non chargée, qui lui a passé sur la jambe gauche. Transportée à l'Hôtel-Dieu, elle fut placée à la salle St-Côme, au n° 26. Aucun appareil ne fut placé autour de la jambe ; le membre malade fut seulement déposé sur un coussin et enveloppé de compresses trempées dans de l'eau végéto-minérale.

Le 27, elle était dans l'état suivant :

Lorsque la jambe n'est pas convenablement soutenue, elle présente une courbure dont la convexité regarde en avant ; le tibia est fracturé à sa partie moyenne, et l'on remarque au niveau de l'extrémité inférieure du fragment supérieur du tibia une petite plaie, qui parait avoir été produite par cet os. Le péroné est également fracturé, comme le prouve la mobilité considérable du bas de la jambe ; mais le gonflement considérable empêche de reconnaitre au juste le lieu de la fracture.

La petite plaie est entourée d'une ecchymose, qui se prolonge sur la face antérieure et moyenne de la jambe, dans une assez grande étendue.

Douze heures après l'accident, l'état d'ivresse dans lequel se trouvait la femme Blanchard n'était pas complétement dissipé ; cependant elle se rappelait confusément l'accident qui lui était arrivé la veille.

La jambe fut placée sur un coussin dans une gouttière en fer-blanc ; *le genou fut fixé à l'aide d'une compresse longuette de chaque côté, à la partie supérieure de la gouttière ; un bandage en étrier permit d'exercer sur le pied une légère extension, en prenant un point d'appui sur l'extrémité inférieure de la gouttière, le membre fut recouvert d'une double couche de compresses.* Aucun appareil ne fut appliqué jusqu'au 6 août, et, jusqu'à cette époque, les irrigations coulèrent jour et nuit sur la jambe de cette malade. Le gonflement ne tarda pas à diminuer ; aucun accident local ne se manifesta, et la chaleur de la peau et le pouls restèrent constamment naturels.

Le 6 août, les irrigations furent suspendues et l'on appliqua un bandage de scultet. La réduction fut bien opérée, mais la malade trouva l'appareil trop serré, et elle dénoua les cordons, qui furent resserrés le lendemain. Au bout de huit jours, on s'aperçut que la jambe était un peu arquée en avant, et l'on plaça quelques compresses graduées sur le siége de la fracture ; mais la malade, qui était très indocile, ne voulut pas les supporter ; plusieurs fois elle dérangea son appareil ; elle chercha même un jour à se lever. Néanmoins, le 26 août, la plaie était guérie, et la jambe avait conservé sa longueur naturelle ; mais la légère courbure que nous avons indiquée persistait, la fracture était du reste très bien réduite ; le cal est à peine apparent.

Cette femme est sortie complétement guérie le 10 septembre 1837.

Ce fait nous a présenté quelques circonstances particulières, que nous chercherons à mettre à profit plus tard. Sans aucun doute, l'état de cette femme était moins grave que celui des malades dont nous allons donner l'histoire ; cependant nous sommes porté à penser que la manière dont le traitement a été employé a contribué à amener cet heureux résultat. La circulation dans cette jambe tuméfiée et contuse n'a point été gênée par un appareil de scultet ; l'action de l'eau froide n'a point été paralysée par une couche épaisse de compresses de bandelettes et de coussins ; aussi n'avons-nous point vu se développer ici ces nombreux foyers et surtout ces escarres gangreneuses à la production desquelles la compression exercée par l'appareil n'est sans doute pas étrangère.

Occupons-nous maintenant de cas plus graves, qui, pour beaucoup de chirurgiens, eussent été des cas d'amputation ; tel est le fait suivant, que nous avons recueilli également dans la salle St-Côme, qui fait partie du service de M. Breschet :

Obs. IV. — Le 5 février 1837 est entrée au n° 13 de la salle St-Côme la nommée Guignon, blanchisseuse, âgée de 42 ans. Cette femme est d'une bonne constitution et se porte bien habituellement. Le 5 février, étant dans un état d'ivresse, elle descendait les escaliers de sa maison, lorsqu'elle tomba sur le côté gauche, de telle manière que la jambe de ce côté fut prise sous elle et dut supporter tout le poids du corps. Comme cette partie du membre pelvien portait à faux, il en est résulté une fracture des deux os de la jambe, compliquée de plaies des tégumens. Cette solution de continuité a fourni une médiocre quantité de sang. Aussitôt après la chute, cette femme a cherché à se relever ; mais elle est retombée aussitôt. On l'a transportée à l'Hôtel-Dieu sur un brancard. Le lendemain de son entrée, elle était dans l'état suivant :

La jambe gauche est tuméfiée ; on sent une mobilité et une crépitation manifestes, lorsqu'on imprime des mouvemens à l'extrémité inférieure de la jambe. Le péroné est fracturé immédiatement au-dessus de la malléole externe. On constate, sur la face antérieure de la jambe, à deux pouces et demi au-dessus de l'articulation du coude-pied, l'existence d'une plaie contuse, large d'un pouce, dirigée transversalement. La fracture qui commence au niveau de cette plaie se prolonge jusqu'à quelques lignes de l'articulation tibio-tarsienne, comme on a pu s'en assurer à l'aide d'un stylet. Les tégumens qui environnent la plaie sont contus et ecchymosés.

On place le membre dans un appareil de scultet, et après avoir disposé convenablement la jambe, ainsi enveloppée, sur un coussin, placé dans une gouttière en fer-blanc, on établit des irrigations continues d'eau froide, qui ont été continuées sans interruption jusqu'au 20 avril.

Le lendemain de l'entrée de cette femme, le gonflement de la jambe était considérable ; on agrandit la plaie qui existait déjà, dans le but de diminuer la tension des parties et de favoriser l'écoulement des liquides. L'on réappliqua ensuite l'appareil de scultet, l'on pratiqua une saignée du bras, et l'on rétablit les irrigations d'eau froide.

Le 9 février, cette malade allait très bien ; elle n'avait pas eu de fièvre, et la jambe était peu douloureuse.

Le 18, elle se plaignit d'avoir éprouvé, pendant la nuit, quelques frissons et de la fièvre ; le pouls était encore fréquent et la peau chaude ; le membre malade était le siége d'élancemens et de douleurs dans le lieu où existe la fracture. L'examen de la jambe fit reconnaitre que les tégumens qui avoisinent la plaie étaient rouges, tuméfiés et douloureux. On sentait au-dessus du coude-pied, à la partie antérieure du membre pelvien, une fluctuation manifeste. L'ouverture de la collection, dont ce symptôme annonçait l'existence, donna issue à une assez grande quantité de pus de bonne nature.

Le 19, un petit abcès, développé au-dessus de la malléole externe, au niveau de la fracture du péroné, s'ouvrit et permit d'extraire deux petits fragmens osseux mobiles. A cette époque, le mouvement fébrile était peu intense, et la suppuration peu abondante et de bonne nature.

Quelques jours après, deux autres abcès se formèrent autour des os fracturés ; mais comme ils furent ouverts de bonne heure, la quantité de pus qui en sortit fut peu considérable. La formation de ces collections fut constamment accompagnée de quelques frissons et d'une augmentation de la fièvre ; enfin, le 20 avril, l'inflammation locale étant très modérée, et la fièvre ayant cessé complétement, les irrigations furent suspendues.

La plupart des incisions qui avaient été faites par l'instrument tranchant étaient cicatrisées ; il faut en excepter cependant la plaie principale, placée au-devant du tibia, et qui s'étendait depuis la partie moyenne de cet os jusqu'à un pouce et demi de l'articulation du coude-pied et celle qui avait été le résultat de l'ouverture du premier abcès. Ces deux solutions de continuité fournissaient à cette époque une médiocre quantité de pus de bonne nature.

Les plaies furent pansées simplement avec du linge, enduit de cérat et de la charpie. Comme la fracture n'était point consolidée, on continua l'emploi de l'appareil du scultet.

Le pansement fut renouvelé tous les deux jours ; jusqu'au 15 mai, aucun accident ne se manifesta ; les plaies étaient alors couvertes de bourgeons vermeils, et la cicatrisation se faisait régulièrement, mais avec lenteur.

Dans la soirée du 15, la plaie antérieure devint douloureuse, et l'on reconnut que cela était dû à un décollement peu étendu de la peau, qui permettait au

---

tiles. Le doigt peut aider à la réduction de l'organe, selon le précepte de Bandeloque.

Dans la présentation podale, la cause de la mort par étranglement du cou et du cordon provient de ce que l'utérus n'a pas été convenablement dilaté ; l'accoucheur de Genève pense qu'on suit souvent alors une conduite peu rationnelle, et qu'au lieu de tirer brusquement sur les pieds, il convient de laisser la dilatation du col s'opérer suffisamment par le reste du tronc ; le cône qu'il forme se fraie un libre passage.

ÉPILOGUE.

L'esquisse rapide que je viens de tracer de mon voyage a groupé, dans un cadre facile à embrasser l'ensemble des faits cliniques et des travaux modernes d'anatomie pathologique que j'ai pris soin d'observer en Italie ; le défaut d'espace ne m'a pas permis de donner à mes idées tout le développement que j'aurais désiré leur faire prendre ; j'ai dû m'attacher à une grande concision de style et d'exposition, et passer quelquefois rapidement sur les conséquences scientifiques des faits énoncés dont j'ai souvent été forcé d'abandonner les corollaires à la sagacité du lecteur. Une foule d'aperçus isolés et de vues générales ont dû être sacrifiés par la nature des bornes qui m'étaient imposées. Il m'a semblé qu'en trouvant un ordre logique dans la série des choses et des doctrines, on pourrait facilement suppléer aux conclusions quand je ne les tirais pas ; j'ai espéré que l'enchaînement des idées suffirait pour démontrer et faire apprécier la valeur de chacune d'elles ; chaque chose porte ainsi sa leçon ; et l'histoire suit elle-même la critique.

Une remarque générale ressort de la revue des cliniques, c'est que les professeurs de chirurgie ont d'ordinaire plus de précision et une manière plus rigoureuse ; ceux de médecine ont trop souvent de la tendance aux vues spéculatives et aux explications métaphysiques ; les idées systématiques envahissent et dominent beaucoup plus cette seconde branche que la première ; voilà pourquoi j'ai été forcé de reprocher à quelques-uns de faire moins un cours de pratique que de théorie. Les généralités ne constituent pas la médecine clinique ; il faut plus de positivisme ; autrement on traite de la *maladie*, mais on oublie le malade ; on parle des *principes*, mais on néglige *l'application* ; on sent que le but est manqué. Le professeur a mal compris les devoirs qui lui sont imposés et l'esprit qui doit présider à son enseignement.

Pour éviter ces défauts, je me suis efforcé d'être précis, positif et pratique, en même temps que je faisais le plus possible d'applications à la science. L'anatomie, la physiologie et l'obstétricie n'ont pas été plus oubliées que la chirurgie et la médecine. J'ai mis tous mes soins à multiplier les points utiles de mon voyage. En pareille matière, je crois qu'il est bon d'être avare de ces généralités vagues qu'on trouve partout. J'ai trop appris, par ma propre expérience, combien on s'instruit peu avec des ouvrages de ce genre.

Si l'espace me l'eût permis, j'aurais ajouté quelques notes sur l'état des sciences accessoires sur les jardins botaniques (1), et sur les collections d'his-

(1) Je dirai un mot de celui de Montpellier, pour relever une erreur historique, dont il contribue à perpétuer le souvenir. Dans un endroit retiré du jardin, on vous montre, sous une voûte, une pierre, avec l'inscription suivante : *Placandis Narcissæ manibus.* C'est là, vous dit-on, la tombe de la fille d'Young. La *Biographie universelle* a accrédité cette croyance. Il n'en est rien. Jamais

pus de s'accumuler dans l'angle supérieur. La peau décollée fut incisée, et la plaie marcha de nouveau vers la cicatrisation.

Le 1er juillet, il ne restait plus qu'une très petite plaie, occupant l'extrémité inférieure de la solution de continuité principale; elle fournissait une petite quantité de pus séreux, demi transparent et floconneux. La mobilité des fragmens de la fracture n'avait pas beaucoup diminué.

Le 21 juillet, la malade s'étant plaint d'éprouver un picotement douloureux dans la jambe malade, un stylet fut introduit dans la plaie, et l'on y reconnut la présence d'une esquille qui fut enlevée avec une pince à pansement. Ce fragment osseux très étroit offrait une longueur de 18 lignes. L'ablation de cette esquille ne détermina, les jours suivans, aucun accident inflammatoire.

Le 28, un second fragment osseux, de forme losangique, plus gros, mais moins large que le précédent, fut extrait de la plaie dont nous avons déjà parlé; il était long de 9 lignes et large de 4 à sa partie moyenne. L'une de ses faces était creusée de demi-canaux peu profonds; l'autre nous parut appartenir à l'une des faces libres du tibia.

Jusqu'au 9 septembre, l'état de la fracture s'améliora avec beaucoup de lenteur; et comme la consolidation avait fait peu de progrès, que la suppuration n'était pas complétement tarie, on plaça sur les parties latérales de la jambe des compresses graduées, dans le but de rapprocher les fragmens du tibia, dont la fracture était dirigée très obliquement de haut en bas et de dehors en dedans.

Ce moyen parut hâter la consolidation et diminuer la sécrétion purulente, qui, le 22 septembre, était tout à fait tarie; à cette époque, la fracture était consolidée, et l'on remplaça le bandage de scultet par un bandage roulé, compressif. Quelques jours après, cette femme commença à marcher avec des béquilles, et, le 10 octobre, elle sortit dans l'état suivant : la jambe est très amaigrie; des cicatrices inégales, enfoncées, lisses et polies, d'un rouge un peu foncé, recouvrent les différentes plaies. La cicatrice placée au-devant de la fracture est plus enfoncée que les autres, et adhère au tibia. Les mouvemens du genou et du coude-pied sont conservés; mais ils sont un peu douloureux; la jambe n'est ni raccourcie, ni déformée; le cal est peu apparent; mais le pied est un peu tuméfié et œdémateux.

Nous rapprocherons de cette observation le cas suivant, qui nous a été communiqué par M. Rendu, interne des hôpitaux civils; il présente beaucoup de circonstances analogues à celles que nous avons notées dans l'histoire de la maladie de la femme Guignon.

Obs. V. — Le 27 novembre 1837, la nommée Delaunay, âgée de 63 ans, est entrée au n. 26 de la salle St-Côme, qui fait partie du service de M. Breschet. Cette femme s'étant trouvée seule dans une chambre fermée, dans laquelle on avait placé un réchaud plein de braise allumée, fut prise d'étourdissemens et de céphalalgie. Elle voulut se lever pour sortir de la chambre; mais elle éprouva un étourdissement, tomba sur le plancher et se fractura la jambe droite. Elle voulut se relever; mais elle retomba, et le fragment supérieur du tibia déchira les tégumens qui le recouvraient. Deux autres tentatives qu'elle fit pour sortir devinrent la cause de deux nouvelles plaies, parce que le fragment osseux qui rentrait au-dessous des tégumens, pendant qu'elle se relevait, les déchirait dans un point différent lorsqu'elle retombait.

Le bruit que produisirent ces différentes chutes attira les voisins, qui lui portèrent des secours; un appareil fut placé autour de la jambe, et la malade conduite le lendemain, en voiture, d'Epinay à l'Hôtel-Dieu de Paris.

A son arrivée, elle fut pansée, et la fracture réduite; mais on ne put pas obtenir une réduction complète. Du reste, la jambe n'était pas très tuméfiée; on constata l'existence d'une fracture du péroné et du tibia, et la communication des plaies avec le foyer de la fracture. Après avoir placé la jambe dans un appareil à fracture, on établit les irrigations continues d'eau froide.

Le lendemain, la malade assurait que les douleurs de la jambe étaient très faibles.

Les irrigations furent continuées jusqu'au 7 décembre, sans que cette femme ait présenté aucun accident inflammatoire local ou général.

Le 8, la malade ayant offert de la fièvre et quelques frissons, l'appareil fut changé. Les os de la jambe étaient dénudés au niveau de la fracture; une suppuration abondante et fétide s'échappait par les plaies; la partie antérieure de la jambe, au-dessus des solutions de continuité, était rouge et tuméfiée, on sentait dans cet endroit une fluctuation manifeste. Une incision pratiquée sur ce point donna issue à une assez grande quantité de pus.

On remit l'appareil et les irrigations furent continuées. Le pansement fut renouvelé le 12 décembre, la suppuration était fétide et peu abondante; on reconnut que le foyer que l'on avait ouvert, communiquait avec le lieu de la fracture, et comme le pus s'écoulait avec difficulté, on agrandit l'ouverture que l'on avait faite au pansement précédent.

A dater de cette époque, cette femme fut pansée tous les jours, et les irrigations continuées comme avant, sans interruption.

Pendant la nuit du 22 au 23, elle fut prise sans cause connue de nausées, de vomissemens; elle ressentit quelques frissons; la fièvre, du reste, séreuse, était peu vive. Lorsqu'on pansa la jambe, on reconnut que la suppuration était grisâtre et fétide; on continua néanmoins les irrigations. La malade s'étant plaint de douleurs dans le talon, cette partie fut examinée avec soin, et l'on reconnut l'existence d'un petit abcès placé en dedans du calcanéum. On donna issue au pus qu'il contenait. Pendant la journée, cette malade éprouva quelques frissons.

Le 23, la suppuration était abondante et de bonne nature; on plaça autour du pied un bandage roulé, pour diminuer la tuméfaction œdémateuse dont cet organe était le siége; on pansa les plaies simplement, et les fragmens furent maintenus en rapport comme les jours précédens, à l'aide de l'appareil de scultet.

Le 7 janvier, cette femme était dans un état très satisfaisant; mais le talon présentait une petite escarre, de la largeur d'une pièce de 2 francs. La suppuration fournie par les plaies était peu abondante; les tégumens qui entouraient les os fracturés étaient rouges et tuméfiés; mais comme les accidens généraux avaient complétement cessé, que la malade n'avait pas de fièvre, l'emploi des irrigations fut suspendu, et l'on se contenta de panser simplement et d'envelopper le membre dans l'appareil ordinaire.

Les pansemens furent faits tous les jours jusqu'au 23 janvier; à cette époque, la suppuration était moins abondante; les bords de la plaie n'étaient point enflammés; mais on reconnut dans le lieu de la fracture une esquille mobile qui fut enlevée. Ce fragment osseux avait un pouce de longueur.

Le 30 janvier, un second fragment fut extrait; sa longueur était de près de 2 pouces.

Le 5 mars, la consolidation commençait à se faire; la suppuration était très peu abondante, et les plaies presque entièrement cicatrisées.

A la fin de mars, la consolidation étant très avancée, on cessa l'usage de l'appareil de scultet, et les plaies furent pansées simplement.

Le 1er mai, cette femme que nous avions commencé à observer depuis le 1er janvier, fut confiée à nos soins; pendant les quinze premiers jours, elle alla très-bien et n'offrit rien de particulier.

Le 15, une troisième esquille d'un pouce de longueur sur six lignes de largeur fut retirée de la plaie.

Dans la soirée du 16, cette malade éprouva des frissons, de la céphalalgie, de la soif, de l'agitation, quelques nausées; et, le surlendemain, on vit paraître autour de la plaie une rougeur érysipélateuse, qui s'étendit rapidement à tout le membre. Cet érysipèle atteignit, le 18, le niveau du grand trochanter. Le mouvement fébrile était, du reste, peu intense.

Le 19, on plaça autour de la jambe et de la cuisse un bandage roulé compressif, et un large vésicatoire fut placé sur les limites de l'érysipèle.

Le lendemain, cette phlegmasie ne s'était pas étendue au-delà du vésicatoire, qui avait bien pris; la rougeur et la tuméfaction du membre malade avaient beaucoup diminué.

Le 24, l'érysipèle avait complétement disparu.

Le 5 juin, cette femme sortit de l'hôpital dans l'état suivant : la fracture du péroné était consolidée; mais on pouvait encore faire un peu fléchir le cal qui unissait les fragmens du tibia; une petite plaie fistuleuse existait encore au

---

toire naturelle. J'aurais tenu surtout à donner une revue des principaux hospices d'aliénés et de la thérapeutique qu'on y emploie, en comparant les résultats obtenus avec ceux qu'on connaît, ce qui eût conduit à quelques considérations intéressantes. Je me proposais aussi de jeter un coup-d'œil sur l'état de l'art et de la profession en Italie, mis en parallèle avec ce qui se passe chez nous, et d'émettre quelques aperçus sur la direction scientifique que suivent les universités. Il n'eût pas non plus été sans intérêt de trouver une esquisse générale des sources et du mouvement de la littérature médicale italienne, et d'analyser en quoi elle se rapproche, en quoi elle diffère des livres classiques. On ne saurait contester, en effet, que les livres classiques ne peuvent donner une idée fidèle de l'état actuel de la science en aucun pays. Quel est l'homme instruit qui consentirait à ce qu'on mesure son savoir au degré où en sont les ouvrages scholaires? Nul ne voudrait adopter ce mode d'appréciation. C'est qu'en effet le classique, en fait de science, est fort arriéré; que les traités élémentaires ne suivent pas ce mouvement, et que l'état de la littérature médicale de l'Italie, pas plus que de la France, ne saurait se juger par les livres des écoles, quelque bien faits qu'ils soient. C'est là un fait positif que tout homme réfléchi a nécessairement senti.

Les entraves qu'on apporte à l'importation de la littérature médicale étrangère restreignent beaucoup les sources d'instruction. L'Italie, par la division politique de son territoire, ressemble assez bien aux cases d'un damier, et chacune de ces parcelles de royaumes a ses coutumes, ses douanes, ses impôts et sa jurisprudence, qui sont plus ou moins contraires au petit monde voisin. Les retards et surtout les énormes frais de la poste apportent un obstacle plus sérieux, en doublant et triplant le prix des recueils scientifiques.

La littérature médicale française est la plus répandue en Italie; dans quelques localités, il n'en pénètre pas d'autre. On voit avec plaisir que partout on apprécie les œuvres qui sortent de notre patrie, et l'on y rencontre nombre de médecins qui parlent notre langue. Plusieurs sont venus se perfectionner dans nos écoles, et se pénétrer de nos doctrines, pour importer ensuite nos lumières dans leurs universités. La France est un centre intellectuel vers lequel bien des regards sont tournés; c'est un foyer qui rayonne au loin. La littérature allemande, en général moins répandue, est connue surtout dans le royaume Lombardo-Vénitien, qui est, comme on sait, sous l'influence directe de l'Autriche, et où l'allemand s'étudie et se parle plus que partout ailleurs. L'école de perfectionnement de Vienne a, sous ce rapport, une grande influence. Il en résulte que les doctrines d'Allemagne retentissent plus ou moins dans les universités limitrophes. Quant à la littérature anglaise, elle pénètre moins directement que par la critique des feuilles françaises ou allemandes. Bien que, depuis un fort long temps, des milliers d'Anglais sillonnent chaque année le sol

Montpellier ne renferma le tombeau de la fille du chantre des nuits; il existe à Lyon, dans l'intérieur même de l'Hôtel-Dieu, où était alors le cimetière des protestans. Ce fut là qu'Young acheta de la ville un emplacement, comme les actes du temps en font foi, et que la sépulture eut lieu. On y trouve encore la pierre tumulaire avec l'inscription funèbre. Il n'y a de vrai dans toute la scène dramatique que le poète a bâtie sur ce sujet que la mort de Narcisse; et l'on ne doit point aller saluer à Montpellier des mânes qui n'y ont jamais été confiées à la terre.

niveau de la fracture de ce dernier os. Il n'y avait pas de déformation ni de raccourcissement.

Deux mois après, nous avons appris que cette femme était complètement guérie et commençait à marcher.

Le malade qui fut le sujet de l'observation suivante a présenté des accidens encore plus graves, et que nous chercherons à expliquer plus loin.

OBS. VI. — Le nommé Dechauvicourt, âgé de 67 ans, est entré au n° 47 de la salle Ste-Jeanne le 6 mars 1837. Cet homme, qui est d'une faible constitution et très maigre, fait un fréquent abus du vin et de l'eau-de-vie; il a eu plusieurs fois des affections vénériennes; il tousse habituellement; ses crachats sont muqueux et jaunâtres.

Le 6 mars 1837, Dechauvicourt passait sur la place de Notre-Dame-des-Victoires, lorsqu'il a été renversé par un cabriolet non chargé, dont la roue lui a passé sur la jambe gauche. Il a été aussitôt transporté à l'Hôtel-Dieu, où nous l'avons trouvé dans l'état que nous allons décrire :

La jambe est le siége de douleurs vives, la mobilité et la crépitation font reconnaitre facilement une fracture des deux os de la jambe. La fracture du tibia a son siége à l'union du tiers inférieur, avec les deux tiers supérieurs de la longueur de cet os; celle du péroné est placée un peu plus bas. Au-devant de la crête du tibia et à quelques lignes au-dessous du niveau de la fracture, on remarque une plaie contuse, transversale, de la longueur d'un pouce; la peau qui entoure les plaies et couvre la fracture a été fortement contuse et présente une couleur bleuâtre; le gonflement n'est pas très considérable, et, en redressant la jambe, on fait sortir par la plaie une petite quantité de sang. Du reste, les fragmens osseux ont conservé leurs rapports naturels.

On place autour de la jambe un appareil scultet et l'on établit les irrigations continues d'eau froide.

Le pouls étant assez fort et plein, on pratique une saignée de trois palettes.

Le 7, le malade ne se plaint pas de sa jambe; l'appareil n'est point défait et l'on continue les irrigations.

Jusqu'au 9 mars, aucun accident ne s'est manifesté; le pouls est resté naturel; la peau a conservé sa température normale. Cet homme se plaint seulement d'éprouver de l'engourdissement dans la jambe et une sensation de froid dans le pied. Cette dernière partie est œdematiée et plus froide que le reste du corps.

Le 10, Dechauvicourt n'a encore éprouvé ni fièvre ni frissons, mais il se plaint de ressentir de la douleur et de la chaleur au niveau de la plaie.

Dans la nuit du 10 au 11, des frissons suivis de chaleur et de fièvre se sont manifestés; cependant, le lendemain la fièvre est très légère, et le malade est toujours dans d'excellentes dispositions morales.

En dépansant le membre malade, on constate sur la face interne du mollet l'existence d'une tumeur peu marquée, mal circonscrite, au niveau de laquelle on sent une fluctuation profonde et obscure.

L'appareil est replacé, mais on a soin de le serrer très peu.

Pendant la nuit, les frissons se sont renouvelés et la fièvre a augmenté.

Le 12 mars, le chirurgien, après avoir constaté l'existence de la fluctuation, pratique sur le centre du point tuméfié une incision d'un pouce et demi de longueur; mais, après avoir incisé la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, le bistouri n'a pas été plongé plus profondément, dans la crainte de léser l'artère tibiale postérieure. Cette incision donne issue à une assez grande quantité de sang et de sérosité rougeâtre.

Le 13, les frissons sont revenus pendant la nuit, comme les jours précédens; du reste, le mouvement fébrile est peu intense.

Le 14, les frissons nocturnes ont été suivis d'un violent accès de fièvre, et, au moment de la visite, nous trouvons la peau chaude et le pouls fréquent; cependant la soif est peu vive, la langue naturelle et humide; le malade ne sent aucune douleur, ni dans le ventre ni dans la poitrine, mais il se plaint de n'être pas allé à la garde-robe depuis plusieurs jours et d'éprouver une céphalalgie frontale assez intense. Du reste, l'écoulement fourni par la plaie nouvelle est séro-sanguinolent et peu abondant.

Lav. émollient, julep diacodé, potages.

Le lendemain, le malade nous assure que les frissons ont été moins violens pendant la nuit; la fièvre n'a point augmenté; le pouls est toujours aussi fréquent (116).

Le 16, l'administration d'un lavement purgatif a été suivie de l'évacuation d'une garde-robe assez abondante; la céphalalgie a diminué; le pouls est un peu moins fréquent (108).

Le 18, l'appareil ayant été complètement changé, on a pu examiner avec soin l'état des plaies de la jambe. La suppuration qu'elles fournissent est assez abondante; les tégumens placés au-devant de la fracture qui, à l'époque de l'entrée de ce malade étaient fortement contus et ecchymosés, présentent une teinte livide et bleuâtre; ils sont insensibles à la pression et sont le siége d'une tuméfaction comme emphysémateuse. L'état du malade a fort peu varié jusqu'au 21 mars.

A cette époque, la portion des tégumens dont nous venons de parler s'est transformée en une véritable escarre, et les tégumens qui l'environnent commencent à s'enflammer.

Le 25, une auréole inflammatoire, bien tranchée, sépare les tissus vivans des tégumens qui se sont mortifiés. Comme le tissu cellulaire de l'escarre est infiltré de pus grisâtre et fétide, on enlève les parties gangrenées, en ayant soin de laisser la portion qui adhère encore aux parties voisines.

Cette opération met à nu la fracture du tibia, et l'on reconnait qu'il n'existe point de déplacement des fragmens, et que la face antérieure de cet os est dénudée de son périoste dans l'étendue de 6 à 8 lignes au-dessus et au-dessous de la fracture. Ce malade continue de tousser un peu; depuis la veille, il a une diarrhée légère; le mouvement fébrile n'a pas diminué; le pouls est toujours à 104 pulsations par minute.

Le 27, les matières fécales sont moins liquides; les parties gangrenées qui n'ont pas été enlevées commencent à se détacher. Si l'on excepte les parties osseuses privées de périoste, toute la surface de la plaie est couverte de bourgeons charnus rouges et vermeils.

Le 31 mars, la diarhée a cessé; la fièvre a beaucoup diminué, et comme la plaie antérieure fournit une large issue à la suppuration, la plaie qui est placée à la partie interne du mollet commence à se cicatriser. Une légère traction suffit pour détacher les restes de l'escarre. La plaie présente un diamètre vertical de 5 pouces; sa largeur est de 2.

Le 8 avril, la fièvre avait complètement cessé, mais le pouls conservait un peu de fréquence. La plaie était en bon état.

Le 15, un nouvel accident est survenu; le malade, qui ne s'était pas plaint du talon, annonce qu'il a souffert dans cette partie pendant la nuit. Les tégumens qui recouvrent la face postérieure du calcaneum sont d'un rouge livide.

Les irrigations sont néanmoins continuées, mais le membre est placé sur le côté externe.

Le 17, le malade nous apprend qu'il a ressenti quelques frissons et de la douleur à la partie interne du genou; l'on reconnait, en effet, dans ce point l'existence d'un foyer qui communique par une ouverture étroite avec le lieu de la fracture.

Le 18, une contr'ouverture a été faite.

Le 19, le malade allait bien.

Le 26, la fièvre ayant cessé complètement, les plaies étant en très bon état, la suppuration peu abondante, l'usage des irrigations est cessé.

Toutes les fois que, par la négligence des infirmiers, les irrigations étaient suspendues, Dechauvicourt se plaignait d'éprouver dans la jambe plus de douleur et une sensation pénible de chaleur.

Depuis le 19 jusqu'au 26, la cicatrisation des plaies s'est faite avec lenteur, mais la suppuration est peu abondante et de bonne nature.

La tache rouge que nous avions signalée au talon s'est transformée en une escarre noire et un peu sèche.

Le 1er mai, l'escarre du talon s'est détachée; les plaies se cicatrisent.

Le 20, l'état du malade s'améliore de plus en plus; l'appétit est complètement rétabli; les plaies de la jambe sont complètement guérie; les parties qui avoisinent les séquestres sont les seules qui ne soient point cicatrisées. La plaie du talon est couverte de bourgeons charnus.

---

de l'Italie, il est étonnant de voir combien leur langue est généralement encore peu répandue.

Les renommées des trois royaumes subissent de grandes métamorphoses en passant à l'étranger; nombre de réputations éclatantantes dans leur théâtre natal meurent en traversant les monts. Tel auteur, en grande vogue dans sa patrie, serait désagréablement surpris de se voir réduit là-bas à une très petite figure. Je ne conseillerai pas le voyage à plus d'une de nos célébrités. Une revue conçue dans cet esprit ne laisserait pas que d'être piquante; cette étude comparée pourrait conduire à quelques conclusions inattendues. Je me contente de l'indiquer.

J'ai choisi une tâche plus sérieuse et plus scientifique; je désire l'avoir rendue plus utile et plus instructive.

ACUPUNCTURE. — Dans la séance du 11 novembre de la *société médicale de Westminster*, le docteur King a communiqué une observation curieuse d'ascite, traitée à l'aide de l'acupuncture, ou de l'infiltration artificielle de l'eau dans le tissu cellulaire sous-cutané, ainsi qu'il l'avait déjà pratiquée avec succès pour l'hydrocèle testiculaire. (*Voyez* GAZ. MED., 1837.) Voici le fait :

Un homme offrait depuis quelque temps les symptomes de l'hydropisie ascite. Plusieurs traitemens avaient été judicieusement employés sans succès. Le 2 septembre, M. King a été appelé, et il l'a trouvé dans l'état suivant :

Faiblesse générale très prononcée; pouls petit, donnant de 1·0 à 130 pulsations; peau flasque; muscles affaissés; pâleur; anxiété; respiration difficile; jambes anasarcatiques; la ceinture du corps marque quatre pieds huit pces. Le malade a une aversion décidée pour la paracentèse.

M. King se décide à le traiter à l'aide de l'acupuncture. Il pratique d'abord une ponction par jour sur le ventre, à l'aide de l'aiguille. Le malade est singulièrement soulagé après chaque ponction. A compter du troisième jour, on emploie régulièrement trois, quatre ou huit aiguilles par 24 ou 48 heures. L'amélioration est manifestement progressive; l'abdomen s'affaisse; les forces, l'embonpoint et l'hilarité reparaissent. Chaque immersion des aiguilles produit à peine une sensation douloureuse. Le malade est aujourd'hui en pleine voie de guérison. Reste cependant à voir si la guérison sera complète et surtout durable. Voici du reste comment les choses se passent dans cette méthode de traitement.

Après chaque ponction d'aiguille, une certaine quantité d'eau passe goutte à goutte de la cavité péritonéale dans le tissu cellulaire sous-cutané; ce liquide y forme une tumeur œdémateuse plus ou moins volumineuse, qui disparait promptement par résorption; la quantité de l'urine du malade augmente à mesure que les tumeurs artificielles disparaissent. En répétant ces opérations pendant un temps convenable, on finit par vider complètement la cavité péritonéale, et la guérison radicale peut avoir lieu si la maladie n'est pas compliquée de lésions organiques graves. Cette espèce d'extravasation artificielle de l'eau dans le tissu cellulaire procure en même temps l'avantage de comprimer les mailles celluleuses extra-péritonéales et les vaisseaux pariétaux du ventre, d'où la sérosité de l'hydropisie émane en grande partie. L'hydropisie ascite étant souvent une maladie rebelle à nos moyens ordinaires de traitement, et la méthode de M. King ne paraissant pas devoir entrainer d'accidens fâcheux, il serait à désirer que les praticiens la soumissent à l'expérience.

Le 1er juin, les sequestres commençaient à devenir mobiles; on remarque que leurs bords sont coupés en biseau, aux dépens de leur face interne; que des bourgeons charnus les séparent des portions vivantes placées au-dessous. La nécrose paraît plus profonde au niveau de la fracture que dans les autres points. La fracture est assez solide pour que l'on juge inutile de continuer l'emploi de l'appareil scultet; on le remplace par un pansement simple, maintenu à l'aide d'un bandage roulé.

Le 24 juin, la plaie du talon est complétement guérie; de légers efforts ont suffi pour détacher le sequestre supérieur, dont la surface externe présente une couleur noirâtre; mais le reste de l'os est d'un blanc mat et ne paraît pas différer du tissu osseux à l'état sain. La longueur de cette portion d'os est d'un pouce, sa largeur de six lignes. Au niveau de la fracture, il occupe presque toute l'épaisseur de la lame compacte, qui forme la diaphyse du tibia, tandis que son bord supérieur est mince et tranchant. Sa face postérieure est creusée de canaux et de demi-canaux, qui logeaient les bourgeons charnus qui recouvrent la partie vivante de l'os.

Ce n'est que le 22 juillet que le séquestre inférieur a pu être détaché; il est plus court, mais aussi plus large et plus épais que l'autre; il présente, du reste, les mêmes caractères physiques.

Le 25 août, la guérison était complète, et la jambe était dans l'état suivant:

Des cicatrices minces, lisses, luisantes, rouge foncé, recouvrent les plaies de la jambe; un enfoncement assez considérable marque le point qu'occupaient les sequestres osseux qui se sont détachés; la cicatrice au niveau de cet enfoncement est adhérente au tibia. L'œdème du pied a presque complétement disparu; la jambe est très amaigrie, mais n'est ni raccourcie ni déformée.

Le 24 août cet homme est sorti dans un état très satisfaisant, mais il ne pouvait encore se soutenir sur sa jambe sans une béquille.

L'homme qui fait le sujet de cette observation a présenté, pendant la durée du traitement par les irrigations, des accidens graves et nombreux. Les tégumens qui recouvraient la partie antérieure de la fracture se sont mortifiés; des abcès nombreux se sont formés, comme dans les cas précédens, autour des fragmens osseux; mais nous n'attribuons pas ces accidens à l'action de l'eau froide. Nous rappellerons, en effet, que ce malade est âgé de 67 ans, et que son état de courtier le mettait presque chaque jour dans la nécessité de boire beaucoup de vin et d'eau-de-vie. Si l'on ajoute à ces causes de gangrène la contusion violente dont les tégumens qui se sont mortifiés étaient le siége, on aura, si je me trompe, des motifs suffisans pour refuser d'attribuer les phénomènes graves que nous avons signalés aux irrigations.

Les faits qui précèdent sont, sans contredit, très favorables à l'emploi des irrigations d'eau froide; mais l'observation suivante nous fournit un exemple de cure encore plus extraordinaire. Le bras de l'homme qui en fait le sujet était dans un état de délabrement tel que la description que nous en faisons ne pourra donner qu'une faible idée des lésions dont ce membre était le siége.

OBS. VII. — Le nommé Royer, âgé de 42 ans, dont la profession est de conduire les accélérées du roulage, est entré dans la salle Sainte-Jeanne, au nº 51, le 1er septembre 1837. Cet homme est d'une bonne constitution, robuste et bien musclé; il se porte bien habituellement.

Le 31 août, il conduisait une voiture pesamment chargée, lorsqu'en passant près de la roue gauche, la manche de son habit s'est accrochée aux rayons de la roue, et la voiture ayant continué de marcher, son bras s'est enroulé autour du moyeu. Par suite du mouvement de bascule qu'a éprouvé l'humérus, cet os s'est fracturé à sa partie inférieure et les tégumens ont été déchirés par les fragmens osseux.

Cet accident est arrivé à plusieurs lieues de Paris, et cet homme a été conduit en voiture à l'hôtel-Dieu; pendant toute la durée de la route, son bras qui était seulement soutenu par une écharpe lui a fait éprouver des douleurs continuelles et très vives. La quantité de sang qui est sortie par la plaie n'est pas très grande.

Le gonflement des parties molles qui environnent l'humérus gauche dans toute son étendue est énorme. La peau et le tissu cellulaire qui environnent la plaie et qui correspondent à la partie postérieure de la fracture sont fortement contus et ecchymosés. La fracture a son siége à l'union du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs; la plaie est placée à la partie interne et un peu antérieure du bras, un peu au-dessous de la fracture; sa direction est transversale et sa longueur de plus d'un pouce. On voit, au centre de cette solution de continuité, l'extrémité du fragment supérieur qui forme une saillie peu considérable.

Aussitôt après l'entrée du malade on a pu constater que les parties auxquelles se rend le nerf cubital sont paralysées.

Les altérations qui existent dans les trois quarts inférieurs du bras sont telles qu'il serait presque impossible de pratiquer l'amputation du bras. Le chirurgien de service, après avoir examiné avec soin le membre du malade, jugea convenable de temporiser et d'employer les irrigations d'eau froide. Le bras et l'avant-bras furent placés dans une gouttière coudée, sur un coussin de balle d'avoine; on chercha à réduire la fracture; mais les tentatives que l'on fit dans ce but ne purent opérer complétement la réduction.

Les parties malades ayant été couvertes de compresses, on établit aussitôt l'appareil à irrigations continues. Ce moyen de traitement fut employé avec le plus grand succès jusqu'au 17 septembre, et le chef de service put faire espérer au malade qu'il conserverait son bras. Aucun accident ne se manifesta avant l'époque que nous venons d'indiquer. Le malade n'éprouva ni fièvre ni frissons.

Le 17 septembre on appliqua autour du bras un appareil de scultet.

Voilà du reste les symptômes qui ont été observés pendant la période de temps que nous venons d'indiquer.

Trois à quatre jours après l'entrée du malade, les tégumens qui environnaient la plaie se mortifièrent, et il en résulta une escarre de la largeur d'une pièce de 3 fr.

Le 6 septembre une autre escarre se forma au niveau de la contusion que nous avons signalée sur la face postérieure du bras, au-dessus de l'épitrochée. Cette escarre se détacha le 15 et mit à nu une surface couverte de bourgeons charnus rouges et vermeils. C'est à la même époque que se sont détachées les parties mortifiées qui entouraient la plaie antérieure. La suppuration fournie par ces solutions de continuité était de bonne nature. Du reste, comme nous l'avons déjà dit, le malade n'avait eu jusqu'alors ni fièvre ni frissons.

Le 17, en plaçant l'appareil de scultet, on tenta de nouveau la réduction, mais on ne put pas opérer complétement la coaptation des fragmens, et les douleurs vives dont le malade se plaignait lorsqu'on cherchait à ramener la main dans la suppination engagèrent le chirurgien à laisser la main dans la demi-pronation.

Pendant la journée, par suite d'un malentendu, les irrigations furent suspendues pendant plusieurs heures, et le soir le malade se plaignit d'éprouver du malaise, de la douleur dans le bras, la peau était un peu chaude et le pouls plus fréquent que la veille.

Ce malade nous a assuré que chaque fois que les irrigations cessaient de couler, lorsque les infirmiers négligeaient de remplir le réservoir, il éprouvait de la chaleur et de la douleur dans le bras malade.

Le 18, il présentait les symptômes suivans: anorexie, langue blanche et humide, ventre indolent, diarrhée, état de malaise et de courbature générale, mouvement fébrile peu intense. Le bras est douloureux. (On continue les irrigations.)

Le 20, les accidens locaux et généraux avaient cessé; la plaie, située au-dessus de l'épitrochlée, était en voie de guérison, et celle qui communiquait avec la fracture fournissait une suppuration peu abondante et de bonne nature.

Le 27, Royer était toujours dans un état d'apyrexie; la réduction n'était pas complète; l'avant-bras était tuméfié et œdematié.

L'appareil ne fut changé que le 7 octobre. On prescrivit de suspendre par moment les irrigations. On exécuta les ordres du chirurgien; mais le soir l'état de malaise que le malade avait présenté lors de la première suspension des irrigations se renouvela. Il se plaignit d'éprouver des frissons et de la fièvre; en effet le pouls était fréquent et la peau chaude. (Les irrigations continues furent reprises.)

Le lendemain la fièvre avait diminué. Le soir, les frissons et le mouvement fébrile reparurent.

Le 11 et le 12, on observa des phénomènes semblables. Enfin le 13, le bras devint le siége d'une douleur assez vive; la tuméfaction de l'avant-bras augmenta beaucoup; et l'on fut obligé le 14 d'enlever l'appareil de scultet. On trouva qu'il s'était développé une inflammation du tissu cellulaire sous-cutané de la partie interne du bras, depuis la plaie jusqu'à trois pouces au-dessus. Lorsque l'on presse sur les parties enflammées, on voit sortir par la plaie antérieure une assez grande quantité de pus. Cette ouverture fut tenue béante à l'aide d'une mèche; l'appareil de scultet ne fut point réappliqué; on plaça sur le bras un cataplasme, et les irrigations furent suspendues. Un bandage roulé fut placé autour de la main et de l'avant-bras, dans le but de combattre le gonflement dont ces parties étaient le siége.

Le 16, la tuméfaction de l'avant-bras avait beaucoup diminué; la rougeur et la tuméfaction de la partie interne du bras étaient moins grandes; le foyer se vidait facilement par la plaie principale; la fièvre avait complétement cessé; l'état général était très bon.

Les jours suivans, la quantité de pus diminua graduellement; et le 28, il restait seulement, au niveau de la fracture, une petite plaie fistuleuse qui fournissait une petite quantité de pus séreux. La plaie située en arrière était tout-à-fait guérie.

La fracture présentait peu de mobilité.

A cette époque, l'appareil de scultet fut replacé; mais ce fut en vain que l'on chercha à rendre au membre sa direction et sa forme naturelle. Mais grace à l'appareil, on put imprimer à l'avant-bras de légers mouvemens, dans le but de prévenir l'ankilose de l'articulation du coude.

Le 12 novembre, toutes les plaies étaient cicatrisées, et le cal était solide; comme la fracture était oblique de haut en bas et d'arrière en avant, l'avant-bras étant resté long-temps dans la pronation forcée, il en résulte que le fragment supérieur a été repoussé en avant, par suite du mouvement de rotation exécuté par le fragment inférieur: 1º Les tubérosités inférieures de l'humérus, au lieu d'être dirigées, l'une en dehors, l'autre en dedans, sont dirigées l'externe en dehors et en avant, l'interne en dedans et en arrière; 2º le fragment supérieur forme au-devant du cal une saillie assez considérable. Du reste, le bras est tout au plus raccourci de trois ou quatre lignes; les mouvemens du coude sont conservés, mais ils sont peu étendus et douloureux. La sensibilité de la peau du petit doigt est très obtuse.

Ce malade se porte parfaitement bien.

Le fait dont nous venons de tracer l'histoire confirme pleinement les opinions que nous avons émises, à propos de la première observation. Nous voyons en effet que les accidens inflammatoires ont presque toujours augmenté lorsqu'on a appliqué un appareil de scultet; on a même été obligé à une certaine époque d'enlever ce bandage. Nous avons en outre fait remarquer que cet homme s'est plaint constamment d'une augmentation de la chaleur et de la douleur dans le bras malade, lorsqu'on suspendait les irrigations; pendant la première partie du traitement, alors que le bras était simplement entouré de compresses, aucun accident ne s'est manifesté. Quoique l'indocilité de cet homme et la nécessité dans laquelle on s'est trouvé d'enlever l'appareil au moment où la consolidation des os

fracturés n'était pas complète, aient empêché d'obtenir un cal régulier; les irrigations n'en ont pas moins rendu à ce malade l'important service de lui conserver un membre, qui sans ce traitement aurait probablement été sacrifié, ou aurait peut-être déterminé la mort.

Parmi les malades qui ont été traités de fractures compliquées de plaies par les irrigations d'eau froide, deux ont succombé, et nous verrons plus loin que ces insuccès ne doivent point être attribués aux irrigations; car, chez l'un d'eux, l'usage de l'eau froide a été suspendu, au début du traitement, pendant neuf jours; tandis que chez l'autre, on a eu recours aux irrigations, en désespoir de cause; car la jambe était tellement déchirée et les os broyés, qu'on n'aurait point hésité, quelque confiance que l'on eût dans les irrigations, à pratiquer l'amputation, si l'état général, l'âge avancé, et les autres lésions que présentait le malade, ne s'y étaient opposés.

Obs. VIII. — Le nommé Rousseau, âgé de 34 ans, voiturier, d'une forte constitution, se portant bien habituellement, entra à l'Hôtel-Dieu, le 8 février 1837, au n. 43 de la salle Ste-Jeanne. Cet homme nous a donné sur ses maladies antécédentes les renseignemens suivans : à l'âge de 15 ans, il a eu une pleuro-pneumonie; et à 20 ans, des chancres qui ont été guéris par la liqueur de Van Swieten.

Le 8 février, il travaillait dans une carrière des environs de Paris, lorsqu'un énorme bloc de pierre est tombé sur lui et l'a renversé. Sa jambe gauche s'est trouvée prise entre ce corps et d'autres pierres de la carrière; elle s'est brisée; ses camarades ont dégagé le membre blessé, qui offrait une plaie assez large qui, au dire du malade, aurait été produite par le corps qui l'a renversé.

Le soir même de l'accident, Rousseau fut transporté à l'Hôtel-Dieu, et l'examen attentif du membre blessé nous fit reconnaître les lésions que nous allons indiquer :

Les deux os de la jambe sont fracturés comminutivement; un petit fragment du tibia est sorti par la plaie; on sent une crépitation manifeste et une mobilité assez grande, lorsqu'on imprime des mouvemens à la jambe. Cette partie est considérablement tuméfiée; une assez grande quantité de sang noir s'échappe par la plaie, dont les bords sont contus et ecchymosés. On enveloppe néanmoins le membre dans un appareil de scultet, que l'on a soin de peu serrer, et l'on établit immédiatement les irrigations d'eau froide.

Une saignée est pratiquée, et le malade condamné à une diète sévère.

Le lendemain, les irrigations ayant été bien supportées, on ne changea pas l'appareil.

Le 10, la jambe ayant été dépansée, on vit sortir par la plaie une sérosité brunâtre, et quelques caillots de sang noir. On pansa à sec, et le chirurgien jugea à propos de suspendre les irrigations d'eau froide, qui n'ont été reprises que le 19.

Le 11, ce malade était dans un état très satisfaisant; la jambe n'était pas douloureuse, et jusqu'au 17, ce malade ne présenta pas de fièvre.

Le 18, il se plaignait d'avoir éprouvé quelques frissons; la jambe était douloureuse, le pouls était un peu fréquent et la peau chaude.

Le 19, en changeant l'appareil, on trouva autour de la jambe une grande quantité de pus, qui avait coulé jusqu'au talon. Les bords de la plaie étaient rouges, et tuméfiés; le volume de la jambe n'avait pas diminué; le pouls était un peu fréquent, et la peau plus chaude que dans l'état ordinaire.

A cette époque; les irrigations furent reprises, dans le but de modérer l'inflammation, qui commençait à se développer.

Jusqu'au 25, les irrigations furent bien supportées; le léger mouvement fébrile qui était survenu s'était dissipé; mais, dans la matinée du 26 février, ce malade se plaignit d'avoir eu des frissons; à l'heure de la visite, la peau était chaude et sèche; le pouls peu développé et fréquent (100); un peu de toux était survenue pendant la nuit; du reste, le thorax était sonore, et l'on entendait seulement un peu de râle muqueux à la base des poumons.

Le 27, un peu de diarrhée se joignit aux symptômes précédens, qui n'avaient point augmenté.

La fièvre, la toux et la diarrhée persistèrent jusqu'au 3 mars.

A cette époque, son état s'aggrava presque tout à coup; la langue devint sèche et rouge vers les bords; la soif était vive; le pouls fréquent et vif; mais peu plein; la peau sèche et chaude. Du reste, la diarrhée était peu considérable, et la toux peu fréquente. Un délire sourd s'était manifesté pendant la nuit; mais il avait lieu surtout lorsque le malade était assoupi; car lorsqu'on fixait son attention, il répondait bien aux questions qu'on lui adressait.

La jambe est peu douloureuse; la suppuration peu abondante et de bonne nature.

Le lendemain, l'état d'affaissement dans lequel Rousseau se trouvait la veille, était plus grand; les rêvasseries, qui ne s'étaient manifestées que pendant la nuit, étaient devenues continuelles; aussitôt qu'on cessait de fixer l'attention de cet homme, ses yeux se fermaient, ses lèvres s'agitaient, et il faisait entendre des sons mal articulés et des phrases incohérentes.

La diarrhée et la fièvre n'avaient point augmenté.

En examinant la jambe, on remarqua que le genou gauche était considérablement tuméfié; on sentait sur les parties latérales de la rotule une fluctuation profonde; cet os était repoussé en avant.

On fit à la partie externe de l'articulation une ponction qui donna issue à une grande quantité de pus verdâtre. Après l'ouverture de cet abcès; les irrigations furent cessées.

Le 5, ce malade accuse une douleur assez vive dans le côté droit du thorax; la partie antérieure de cette cavité est sonore, et le bruit respiratoire, à droite et en avant, est très bruyant, mais n'est mêlé d'aucun râle.

L'état de faiblesse dans lequel se trouve le malade ne nous a pas permis d'ausculter la partie supérieure de la poitrine.

Le 6, la fièvre avait augmenté; le pouls battait 136 fois par minute; le délire était continuel; l'état d'affaissement considérable, et la voix complètement éteinte; la suppuration était peu abondante au niveau de la fracture; mais la plaie qui communiquait avec l'articulation du genou fournissait un pus jaune verdâtre, mêlé de gors, et d'une fétidité repoussante.

Le 7, une teinte ictérique générale de la peau; l'état d'insensibilité; le râle trachéal; la petitesse et l'extrême fréquence du pouls annoncent une fin prochaine.

Cet homme est mort le lendemain à midi.

L'autopsie a été pratiquée 36 heures après la mort.

Le cerveau est congestionné; on trouve une petite quantité de sérosité au-dessous de l'arachnoïde cérébrale; ce liquide est un peu trouble et blanchâtre, au niveau de la convexité des hémisphères. Une petite quantité de sérosité purulente existe dans la trame cellulo-vasculaire de la pie-mère, à l'endroit où les veines de Galien se jettent dans le sinus droit.

Dans la cavité thoracique, on découvre à droite un épanchement de sérosité purulente jaune-verdâtre; des pseudo-membranes récentes, de même couleur, tapissent les deux feuillets de la plèvre, dans les points qui correspondent à l'épanchement. La quantité de sérosité est de 10 onces à peu près; elle occupe la partie inférieure de la cavité pleurétique.

Le sommet du poumon est uni en arrière à la plèvre costale par des liens celluleux lâches, assez solides, et qui paraissent anciens.

Après avoir retiré le poumon droit du thorax, on remarque à la surface du lobe supérieur, au-dessous de la plèvre, plusieurs abcès métastatiques qui renferment un pus crémeux, blanc-jaunâtre, homogène; les cavités qui renferment ce liquide sont tapissées par une pseudo-membrane très mince, de même couleur.

Le tissu pulmonaire autour de ces abcès est sain et crépitant; l'un de ces abcès contient un pus de couleur lie de vin.

Le lobe inférieur du même côté est atrophié, mou, non crépitant.

La partie supérieure du poumon gauche est hépatisée, et renferme une grande quantité d'abcès ayant leur siége au-dessous de la plèvre; tandis que le lobe inférieur est seulement engoué, et ne nous a offert que deux abcès.

Nulle part nous n'avons trouvé de tubercules; il n'existait pas non plus de cavernes. Mais nous avons découvert dans quelques points des noyaux endurcis blancs-grisâtre, parsemés d'un grand nombre de petits points blancs, qui n'étaient autre chose que de petits orifices, par lesquels la pression faisait suinter une gouttelette de pus blanc et crémeux.

La muqueuse du tube digestif n'a offert d'autre altération qu'une hypertrophie légère des follicules de Brunner. Le foie et la rate sont sains.

Le cœur ne paraît pas malade; il présente dans ses cavités gauches des caillots fibrineux jaunâtres, tandis qu'à droite ils sont presque noirs.

ÉTAT DES VAISSEAUX DU MEMBRE MALADE.

Des petits caillots noirâtres remplissent les veines tibiales et péronières du membre fracturé; ils s'arrêtent au niveau des valvules qui existent à l'endroit où elles se jettent dans la veine poplitée. Cette dernière veine est moins volumineuse que dans l'état ordinaire; les membranes épaissies, de couleur grisâtre, sont plissées dans le sens longitudinal. Sa cavité est considérablement diminuée et renferme un pus bien lié, blanc sale, offrant une légère teinte lie de vin; il n'existe point de caillot dans toute sa partie inférieure.

Au-dessus de la naissance de l'articulaire supérieure, la veine renferme un petit caillot qui fait suite à un autre caillot peu volumineux qui remplit incomplètement la veine crurale jusqu'à l'origine de la veine saphène. Nulle part ce caillot adhère à la veine qui paraît saine au-dessus de l'anneau du troisième adducteur.

La cavité articulaire du genou est tapissée de fausses membrannes molles, jaune-verdâtres; au-dessous la synoviale et les cartilages ne sont ni injectés, ni ramollis.

Le tibia est fracturé à sa partie moyenne; deux esquilles sont placées entre les fragmens principaux; l'une d'elles a un pouce et demi de longueur; elle tient aux parties voisines par un lambeau de périoste.

Les extrémités des fragmens sont dénudées de leur périoste dans l'étendue de près d'un pouce.

Les muscles et le tissu cellulaire qui entourent la fracture sont infiltrés de pus.

Obs. IX. — Nous nous contenterons de donner une simple note sur la nommée Cornu, âgée de 60 ans, marchande des quatre saisons, qui entra le 28 août 1837, dans la salle Saint-Côme, dans l'état suivant : elle paraît être dans un état d'ivresse; les personnes qui l'ont apportée nous racontent qu'elle a été renversée par une voiture qui lui a passé sur la jambe gauche. L'avant-bras droit présente une plaie qui s'étend depuis l'extrémité inférieure de la partie antérieure du bras jusqu'à deux pouces du poignet. Les veine médiane, céphalique et médiane basilique, et les nerfs qui les accompagnent sont dénudés.

Les troisièmes phalanges des quatre derniers doigts sont dénudées; les doigts sont contus et excoriés.

La jambe gauche n'est pas seulement fracturée; le tibia est broyé, réduit en fragmens, comme on a pu s'en assurer par l'inspection et le toucher, car il existe au-devant de la fracture une large plaie contuse.

L'état de faiblesse de cette femme, son âge avancé, les nombreuses plaies qu'elle présentait, empêchèrent le chirurgien de pratiquer l'amputation, et l'on eut recours, quoique sans aucun espoir de guérir la malade, aux irrigations continues. De vastes collections purulentes ne tardèrent pas à se former dans la jambe, et au bout de douze jours un érysipèle gangreneux s'empara de la cuisse; deux larges escarres se formèrent dans la région inguinale, et la malade mourut le 14 septembre 1837.

A l'autopsie, on trouva une fracture simple de l'extrémité inférieure du péroné; le tibia était écrasé, réduit en un grand nombre de fragmens de diverses grosseurs. Les plus grands désordres avaient leur siége au niveau du tiers moyen. Le tissu cellulaire et les muscles qui entourent les fragmens os-

seux étaient infiltrés d'une grande quantité de pus. Le tissu cellulaire de la cuisse et particulièrement au niveau des escarres est également le siége d'une infiltration purulente.

(La seconde partie au prochain numéro.)

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

OBSERVATION REMARQUABLE D'HÉMORRHAPHILIE (disposition héréditaire aux hémorragies); suivie de RÉFLEXIONS; par M. le docteur Du Bois, de Neuchâtel (Suisse).

Pendant le cours de mes études en Allemagne, j'avais entendu parler d'une maladie singulière, qui existe dans la partie occidentale de ce pays, et surtout dans les provinces rhénanes.

Cette maladie consiste en une fluidité du sang et un affaiblissement des vaisseaux capillaires tels que la moindre contusion, la moindre pression, produit chez ces malades une ecchymose; que la plus petite piqûre ou blessure peut donner lieu à une hémorragie considérable et souvent mortelle; qu'enfin, la plupart d'entre eux meurent de bonne heure à la suite d'hémorrhagies spontanées ou provoquées par des blessures peu importantes en apparence.

Cette maladie est *éminemment héréditaire, n'attaque que les personnes du sexe masculin;* les femmes n'y sont point sujettes, mais communiquent la maladie à leurs enfans mâles. Il existe des familles dans lesquelles elle se perpétue depuis bien des générations, et chez lesquelles il est rare qu'un garçon arrive à l'âge de puberté. En Allemagne, on a donné le nom de *Bluter* à ces malheureux. Voici un exemple remarquable de cette affection.

OBS. Une femme, native de Nassau (Allemagne), épousa dans son pays un jardinier neuchâtelois, qui l'emmena dans le sien, et s'établit à Auvernier, village situé sur le bord du lac à une lieue de Neuchâtel.

Cette femme est d'une constitution robuste, n'a jamais fait de graves maladies, et n'a jamais eu de pertes sanguines. Elle prétend que sa nombreuse famille est tout-à-fait saine et n'eut jamais de *Bluter* dans son sein. — Il est probable qu'elle se trompe ou qu'elle déguise la vérité. — Son mari est également d'une santé robuste et d'une famille saine.

De ce mariage naquirent six enfans, cinq garçons et une fille; cette dernière n'a jamais présenté aucun symptôme de la maladie qui a enlevés ses frères; elle mourut de convulsions à l'âge de trois ans.

Des cinq garçons, l'un est mort de convulsions le jour même de sa naissance; trois autres ont déjà succombé à leur terrible maladie de famille, et le quatrième, maintenant âgé de sept ans, ne tardera probablement pas à les suivre.

Je ferai d'abord l'histoire générale de la maladie chez les quatre enfans, puis, je noterai ce que j'ai observé sur le survivant.

Tous ces enfans sont nés à terme et sans accident; tous ont été allaités par leur mère; quinze jours à un mois après leur naissance parurent chez tous, soit spontanément, soit par suite d'une légère pression, des taches noires qui disparaissaient ensuite lentement en prenant des teintes jaunâtres. — Plus tard, déjà vers la fin de la première année, mais surtout après la troisième, ils commencèrent à avoir des saignemens de nez très abondans, la moindre piqûre les faisait saigner jusqu'à syncope, la pression avec le doigt faisait paraître une tache livide, un peu de toux faisait vomir du sang et un peu de diarrhée amenait des selles de caillots sanguins. — Le quatrième garçon se mordit la langue en jouant; il fut impossible d'arrêter l'hémorragie, et il mourut au bout de quelques jours.

En même temps que ces flux de sang se montrait aussi une tuméfaction douloureuse des articulations tibio-tarsiennes du genou ou du coude.

Cette espèce d'arthritis se manifeste par un gonflement et une douleur presque subits de l'articulation; ces symptômes vont en augmentant pendant environ vingt-quatre heures, accompagnés d'une réaction fébrile. — Alors apparaissent de larges ecchymoses noirâtres sur l'articulation, et la tuméfaction ainsi que la douleur diminuent lentement jusqu'à ce qu'elles disparaissent complètement au bout de quinze jours ou trois semaines. — Les enfans ne sont ordinairement retenus au lit que pendant cinq ou six jours par l'impossibilité de marcher.

Tous ont eu cette inflammation aux articulations tibio-tarsiennes; l'aîné l'a eue de plus à un genou et à un coude, celui qui survit l'a eue à l'âge de dix mois à un genou, et d'une manière plus grave que d'ordinaire; un médecin fit alors appliquer deux sangsues, qui manquèrent faire périr le petit malade, car ce ne fut qu'au bout de trois jours, et seulement au moyen de la suture enchevillée, qu'on parvint à arrêter le sang.

Ces inflammations d'articulations, causées probablement par un épanchement sanguin dans l'intérieur et autour de la capsule articulaire, se sont renouvellées de temps en temps sans qu'on pût assigner à leur retour une cause bien certaine.

Les quatre garçons morts étaient, ainsi que le survivant, blonds, avaient des yeux bleu ou bruns clair et une peau extrêmement fine et blanche. — Jusqu'au moment où ils ont commencé à éprouver des hémorragies, ils étaient très bien nourris, hauts en couleur, vifs et turbulens, mais plus tard ils devinrent pâles, maigres, mous et sans énergie.

Les trois premiers n'ont [illegible] maladies d'enfance, telles que la scarlatine, la rougeole, la [illegible] aires. Les tr[illegible] que ces maladies eussent régné à plusieurs reprises dans le [illegible] instrument [illegible] habitaient. — Le survivant a eu seul une éruption de varicell[illegible] sion sans p[illegible] a supportée. — La dentition a été chez tous normale et trè[illegible] Tous ont toujours eu des gencives parfaitement saines, et jamais d'ulcérations ni dans la bouche ni sur la peau.

Leur intelligence était celle d'enfans de leur âge, et ils se distinguaient à l'école.

Leurs fonctions digestives n'ont rien présenté d'insolite, si ce n'est une disposition à la diarrhée, qui dégénérait facilement en hémorragie.

Leur urine était généralement très claire et limpide.

Ils ont une grande disposition à transpirer; un peu de mouvement ou le séjour au lit les couvrait de sueur.

Des trois garçons qui ont succombé à la maladie en question, l'aîné est mort à l'âge de douze ans de saignemens de nez, le second, à l'âge de huit ans, rendant du sang par toutes les muqueuses, et le troisième enfin à l'âge de vingt mois d'hémorragie par une légère morsure à la langue.

Le sang fourni par les hémorragies est très liquide, de couleur ordinaire, et se coagule comme d'autre sang. — Je n'ai pas encore pu en obtenir pour en faire faire l'analyse.

Le dernier enfant qui soit en vie est aussi sujet à la même maladie que ses frères; il a eu de fréquentes inflammations des articulations tibio-tarsiennes et une fois du genou; il a toujours soit ici soit là quelque large ecchymose noirâtre; il y a quinze jours, il eut de la colique et du dévoiement, et son ventre fut presque entièrement couvert d'ecchymoses. Il a de fréquens saignemens de nez, qu'on a la plus grande peine à arrêter.

Voici enfin ce que j'observai.

Il est âgé de sept ans; de taille ordinaire, délicat, très-maigre, blond à yeux brun clair, figure jolie et très intelligente, peau d'une blancheur extrême, presque transparente, et cependant ne laissant paraître aucune veine; aux mains et aux poignets même celles-ci sont très petites et peu visibles; le visage est très pâle, mais le nez rouge clair, ce qui existait aussi chez ses frères. Le pouls ne présente que huit à dix pulsations de plus que chez un autre enfant du même âge; la respiration est normale; les dents et les gencives sont parfaitement saines et fermes; l'extrémité des doigts ne présente rien d'insolite. A l'auscultation de la poitrine, on entend partout un bruit respiratoire puéril fort et net. A la percussion le cœur semble être d'un volume un peu considérable, et les battemens en sont aussi très forts et secs, circonstance que la mère avait observée elle-même chez tous ses enfans. Les bruits du cœur sont tout-à-fait naturels et sans aucun accompagnement insolite. Je remarquerai que ces enfans ne se sont jamais plaints de palpitations ni d'oppression.

La percussion et le palpement de l'abdomen n'indiquent absolument aucune tuméfaction du foie ou de la rate. Autour du nombril, il y a une large ecchymose noirâtre, et à l'aine droite encore une autre, qui se prolonge jusqu'au scrotum, qui est lui-même légèrement tuméfié, douloureux et contient évidemment un petit caillot sanguin dans son tissu cellulaire.

Les articulations tibio-tarsiennes sont encore un peu tuméfiées (l'enfant a eu un accès d'arthritis il y a quinze jours) et sensibles à la pression. Autour de l'articulation jusque sur le dos du pied, on voit des ecchymoses noirâtres, et d'autres plus anciennes d'une teinte jaunâtre; les mouvemens de l'articulation sont du reste parfaitement libres, s'exécutent sans douleur, et la main appliquée sur elle ne sent au une crépitation pendant les mouvemens.

On voit encore de plus petites ecchymoses sur les bras et les jambes.

A la jambe gauche est la cicatrice d'un cautère qu'un médecin avait fait établir *pour tirer les humeurs qui se jetaient sur les pieds*, et que la mère a fait fermer après que l'enfant eut manqué périr vingt fois à la suite des hémorragie qui avaient très souvent lieu par cette ulcération.

Ce cautère fut établi au moyen d'un vésicatoire; mais un autre médecin en avait pratiqué un sur un des aînés au moyen de l'incision, et eut ensuite une peine infinie à tarir la fontaine qu'il avait si imprudemment ouverte.

Quelques jours avant que je visse cet enfant, il avait eu un saignement de nez très abondant, ce qui lui donnait une pâleur encore plus grande que d'ordinaire.

Quant au régime suivi par ces enfans, il a différé suivant les idées et les conseils du médecin consulté. Les uns ont voulu débiliter, les autres fortifier, les troisièmes modifier; les uns ont ordonné la diète, les autres un régime anti-scorbutique et fortifiant, les troisièmes ont essayé les dérivatifs, les altérans, etc., etc.

Les enfans sont morts l'un après l'autre, sans qu'aucun régime ni aucun médicament ait eu une influence heureuse sur la marche de leur maladie.

Aucun des soins que peuvent avoir des enfans dans la classe moyenne ne leur a manqué, et le climat du pays qu'ils habitent est excellent.

Cette terrible maladie est tout à fait inconnue dans ce pays, et elle a été un objet d'étonnement et d'effroi pour tous les médecins qui ont été appelés à donner leurs soins à cette malheureuse famille; cependant il en existe de bonnes descriptions, mais elles ne sont, je crois, guère connues en France. Cette maladie a été observée d'abord et décrite en Angleterre et dans l'Amérique Septentrionale, puis en Allemagne.

Je trouve dans Joseph Frank (chapitre des hémorragies) l'indication de deux mémoires, l'un anglais, de Otto, et l'autre allemand, du professeur Nasse, de Bonn; ce dernier est le plus connu en Allemagne.

Dans le traité de pathologie, rédigé d'après les cours du professeur Schoenlein, de Zurich, se trouve un chapitre destiné à l'histoire de cette maladie, que ce savant médecin nomme *hémorraphilie*, et qu'il ne paraît décrire que d'après le mémoire de Nasse et une monographie de Ripp; car il ne cite aucune observation qui lui soit propre. Sa description de la maladie et de l'habitude corporelle des malades diffère un peu de mon observation, mais le fond est le même.

En parlant de la thérapeutique, l'empêché ... médecins anglais et américains ont, chose inconcevable, pr ce malad sulfate de soude comme remède spécifique contre cette maladie ... an

J'ai trouvé, en outre, deux observations ... Bluter dans des journaux allemands.

L'une dans la *Zeitschrift für Natur und Heilkunde.* Il s'agit d'une saxonne, chez laquelle cette maladie n'était point connue, et dont les premier, troisième et cinquième fils en furent atteints, tandis que leurs deux frères de nombre pair (second et quatrième) sont bien portans. Le premier est mort d'une morsure à la langue; les deux autres éprouvaient souvent des saignemens de nez et des hémorragies sous-cutanées, formant des tumeurs de la grosseur d'un œuf de pigeon; la moindre blessure causait une hémorragie grave; le sang était d'abord d'un rouge vif, puis il devenait aussi pâle que du serum, et ce n'était qu'alors qu'il était possible de l'arrêter par une compression maintenue pendant 48 heures; il ne se formait jamais de bouchon fibrineux.

La seconde observation est consignée dans le *Magazin de Rust;* il s'agit d'un Juif, âge de 25 ans, qui, à la suite de l'avulsion d'une dent, faillit périr d'hémorragie : ce ne fut qu'après plusieurs jours qu'on arrêta le flux de sang. Cette disposition aux hémorragies lui venait de son grand-père, qui, toute sa vie, perdit beaucoup de sang à la moindre égratignure, et mourut de saignement de nez.

Son père avait eu la même disposition pendant sa jeunesse, mais la perdit vers l'âge de 55 ans, et fut dès-lors sujet à des accès de goutte irrégulière; il mourut dix ans après.

Le malade en question a éprouvé déjà plusieurs hémorragies extrêmement graves, et la première eut lieu lors de sa circoncision.

Les sœurs de ce Bluter n'ont jamais été sujettes à cette maladie, mais bien leurs enfans mâles. Le médecin qui rapporte cette observation eut la plus grande peine à arrêter l'hémorragie causée par la circoncision pratiquée sur le fils de l'une d'elles.

Cette observation confirme l'opinion du professeur Nasse, que l'hémorraphilie ne se communique qu'aux mâles, et que, lorsque l'un d'eux peut atteindre un certain âge, elle cesse pour faire place à une autre maladie, et ordinairement à la goutte.

Dans tous ces différens mémoires et ces observations détachés, il n'est question nulle part de ces épanchemens périodiques de sang dans les articulations des malades; ce qui donne, il me semble, un grand intérêt à mon observation.

Voici les noms de quelques auteurs qui se sont occupés de cette maladie :

Otto. Account of one haemorrhagie disposition existing in certain families; (dans) the Med. and Physic. Jour. for 1808, july.

Nass (dans). Horn's Archiv für mediciniche Erfahrung. 1820, 1 vol., pag. 385—434.

Ripp. Untersuchungen in Betreff. der Anlagen zu todtlichen Blutungen. Frankfurt, 1825.

Schoenlein J.-L. Algemeinen und specielle Pathologie und Therapie. 4 vol. Dans le second volume, page 62.

Zeitschrift fur Natur- und Heilkunde, 5e vol, 2e cah., pag. 333—335. Dresde et Leipzig.

Nechricht von zwei Blutern mitgetheilt, von dortor Schreyer. Physicus zu Vegtsberg im Sachs. Vogtlande.

Rust's Magasin fur die gesammte Heilkunde. 27e vol., 2e cah. Berlin, 1828. Beobactung einer bedenten Hemorrhagie nach den Auslichen eines Zahnes bei erhlicher Neigung zu todtlichen Blutungen, von doctor C. Steinmetz, zu Mengeringheusen im Fürstenthum Waldeck.

OBSERVATION DE PERFORATION INTESTINALE SURVENUE PENDANT LE COURS D'UNE FIÈVRE TYPHOÏDE, recueillie dans le service de M. Piorry, et communiquée par M. Bourgeois, élève des hôpitaux.

J'ai lu avec beaucoup d'intérêt le mémoire publié dans le dernier numéro de la Gazette Medicale, sur la perforation intestinale à la suite des fièvres typhoïdes. Il ne sera peut-être pas sans quelque intérêt de rapprocher de ce nouveau travail un fait observé et recueilli avec soin dans un des hôpitaux de Paris.

Obs.—Magnay; âgé de 31 ans, manœuvre, constitution athlétique, n'a jamais été malade, habite Paris depuis huit mois. Ils couchent huit dans quatre lits réunis dans une seule chambre, qui n'en peut pas contenir davantage. Le 28 octobre 1836, il lui est tombé, de dix pieds de hauteur, trois moëllons sur la tête; il s'en est suivi quelques plaies qui se sont guéries. Au moment de l'accident, il n'est pas tombé et n'a pas senti d'étourdissemens ni d'éblouissemens; quelques instans après, il n'y pensait plus. Ce n'est que huit jours plus tard qu'il a éprouvé de la douleur à la partie supérieure du crâne, où il avait reçu le coup. Depuis cette époque, il a d'abord été difficilement à la selle, et, depuis deux jours, il a du dévoiement, quoiqu'il n'ait pris que de l'eau sucrée; il ressent aussi des frissons irréguliers; depuis huit jours, il a suspendu ses travaux.

Entré dans le service de M. Piorry, le 12 novembre 1836, salle St-Léon, n. 16, il offre l'état suivant: décubitus dorsal; facies exprimant la fatigue et la souffrance; langue large, humide, rouge à la pointe; la percussion de l'abdomen donne de la matité vers le cœcum, et de la sonoréité à l'S iliaque; trois selles par jour en dévoiement; frissons fréquens et irréguliers; poitrine large; poumons sonores à la percussion; le pouls donne 100 pulsations par minute; le malade se plaint de mal de tête. (Saignée du bras; lav. purgatif; le soir, nouvelle saignée du bras; diète.)

Le 13, il a déliré et a poussé des gémissemens pendant toute la nuit. On remarque un mouvement spasmodique et erratique des muscles de la face; cependant il jouit de toutes ses facultés. (Saignée du bras; 20 sangsues au cou.)

Le 14, pour la première fois, le sang est un peu couenneux; langue large, humide; le malade se sent faible; l'intelligence paraît exaltée; il a eu un peu de délire la nuit; presque pas de douleur de tête; pas de toux; un peu de râle sibilant à la partie postérieure de la poitrine; respiration anxieuse, plaintive et costale. Dans le décubitus dorsal, il y a 90 pulsations; lorsqu'on le met sur son séant, il y en a 120. (2 bouillons.)

Le 15, un peu de mieux; facies moins accablé; langue pointue, couverte d'un enduit jaunâtre; lorsqu'on le met sur son séant, la circulation devient un peu faible; mais ne s'accélère plus; pas de selles depuis qu'il a pris un lavement. (2 bouillons.)

Le 17, il a le dévoiement depuis hier matin. (2 soupes.)

Le 18, il dit souffrir moins. (Un quart d'alimens.)

Le 19, cette nuit, il a beaucoup souffert; il a eu beaucoup de chaleur et un peu d'agitation; il a du dévoiement; on entend du râle muqueux dans presque toute l'étendue des poumons, surtout en haut; crachats purulens et abondans. (Diète.)

Le 22, sommeil paisible; respiration encore muqueuse, en arrière et en haut. (Diète.)

Le 24, respiration encore un peu forte; elle paraît tendre à revenir normale; il tousse encore beaucoup. (2 bouillons.)

Le 26, on lui donne le quart d'alimens.

Le 1er décembre, ne tousse plus; ne crache plus; la respiration est normale; il est encore faible et éprouve du frisson et de la chaleur toutes les nuits.

Le 5, depuis deux jours, il a régulièrement du frisson et de la chaleur, une heure et demie après midi; la rate est un peu plus volumineuse qu'à l'état normal. (Sulfate de quinine; 10 grains; le quart.)

Le 6, la fièvre est encore revenue hier à la même heure; il a eu du frisson, de la chaleur et beaucoup de sueur. (Sulfate de quinine; 20 gr.; le quart.)

Le 7, il a encore eu un accès de fièvre hier; il a senti le soir une douleur brûlante dans l'abdomen; il a eu à peu près dix selles en dévoiement. (Diète.)

Le 8, la fièvre n'est pas revenue; il éprouve encore de la douleur dans l'abdomen. (Diète.)

Le 11. (Le quart.)

Le 12, langue pointue, humide, couverte d'un enduit blanchâtre assez épais; bouche pâteuse; une selle cette nuit en dévoiement; le malade se laisse aller au découragement. (Le quart.)

Le 14, inappétence; langue rouge à sa pointe et blanche au milieu; il a eu dernièrement une selle en dévoiement; et, depuis cette époque, il n'a pas encore été à la selle; la bouche est pâteuse; il est pâle, abattu, et ressent de la faiblesse dans les membres; lorsqu'on le découvre, le malade exhale une odeur légèrement fétide; on trouve sur l'abdomen quelques pétéchies qui disparaissent difficilement sous l'impression du doigt. (Diète.)

Le 15, lèvres sèches, un peu fuligineuses; abdomen indolent à la pression; 2 selles en dévoiement depuis hier; auscultation; *en avant*, à droite de la poitrine, respiration un peu puérile; en haut, on entend du gargouillement; à gauche, la respiration est pure; *en arrière*, râle sibilant à droite; crachats muqueux abondans. (Diète.)

Le 16, le dévoiement continue.

Le 17, facies plus accablé; plus pâle; joues plus creuses; les fuliginosités des lèvres sont plus épaissies; langue moins couverte d'enduits, pointue; anorexie complète; abdomen excessivement douloureux à la pression, surtout à la région iliaque droite; 8, 10 selles cette nuit en dévoiement; le ventre n'est ni météorisé ni augmenté de volume; la sécrétion de l'urine est suspendue depuis hier matin. (Diète.)

Le 18, ventre ballonné; 4 selles en dévoiement; abdomen excessivement sensible à la pression. (40 sangsues sur l'abdomen; un bain; diète.)

Le 19, décubitus dorsal; facies accablé; hoquets fréquens, accompagnés de vomissemens assez fréquens aussi; l'abdomen est encore ballonné, mais il n'est plus douloureux à la pression; il vomit ce qu'il a bu d'abord; puis un peu de bile; la respiration est accélérée; fuliginosités sur les dents et les lèvres; langue pointue, rouge à sa pointe, couverte au milieu d'un enduit grisâtre; le ventre offre à la fosse iliaque droite de la matité sans résistance au doigt; on ne peut pas encore, par le changement de position, savoir s'il y a des liquides épanchés dans le péritoine; il urine mieux que ces jours derniers; pas de selles depuis hier; pouls dur, 120 pulsations. (20 sangsues sur l'abdomen; puis on y appliquera de la glace; lavement purgatif; diète absolue.)

Le 20, il peut à peine tourner la tête; facies amaigri; yeux caves entourés d'un cercle noir; plus de hoquets ni de vomissemens; les lèvres et les dents sont couvertes de fuliginosités plus abondantes que jamais; l'abdomen n'est plus ballonné; il a eu cette nuit 10 selles en dévoiement. Vers 4 heures du soir, il est tombé de son lit, sans presque avoir conscience de cette chute.

Il a succombé à 7 heures du soir, 46 jours après l'invasion de la maladie.

Autopsie faite par M. Fournet, 36 heures après la mort.—La raideur cadavérique existe presque exclusivement aux membres; les parois de l'abdomen

sont verdâtres; la face a la même expression qu'avant la mort; les pupilles sont naturelles. L'abdomen est un peu ballonné; avant d'enlever la paroi abdominale, on l'a perforée à travers du liquide contenu dans un tube appliqué sur le ventre. Immédiatement après la ponction, il s'est échappé du gaz à travers la colonne d'eau, et on aurait acquis la certitude que ces gaz étaient contenus dans le péritoine, si l'anse d'intestin correspondante n'avait pas été piquée; mais comme ici elle l'a été, on peut seulement conclure qu'il y avait des gaz en assez grande abondance dans le péritoine et dans le colon; on entoure cette portion d'intestin d'une anse de fil, pour ne pas la confondre avec la perforation qu'on soupçonne. Les intestins, dans leurs parties libres, offrent une injection arborescente, sans ecchymose; ils adhèrent entre eux par une légère couche pseudo-membraneuse, d'autant plus rare, qu'on se rapproche davantage des parties supérieures. Au bassin, le péritoine réfléchi de la partie inférieure de la paroi abdominale antérieure a contracté des adhérences avec les anses intestinales inférieures, de manière à convertir le petit bassin en une cavité spacieuse, dont les parois sont formées par la vessie d'une part, et les intestins de l'autre; il y a une couche pseudo-membraneuse uniforme à la face interne de cette cavité. On y voit près d'une pinte de sérosité extrêmement trouble, jaunâtre, et tenant en suspension quelques flocons de pseudo-membranes.

On introduit un tube dans le duodénum, pour insuffler le canal intestinal. Pendant qu'on souffle, les anses d'intestins se distendent de proche en proche, et lorsque cette distension arrive vers le bassin, l'air s'échappe en *glou glou*, à travers la masse de liquide épanché en cet endroit; on va avec précaution à la recherche de l'anse intestinale perforée; près de la fin de l'iléon, on remarque, sur un des points de la circonférence de l'intestin concourant à former paroi à la cavité artificielle du petit bassin, un peu de matières fécales jaunes, qui se présentent à l'orifice d'une perforation de 2 lignes de diamètre, à bords noirâtres, larges de 3 lignes environ; on applique sur cet endroit le tube plein d'eau; on souffle dans les intestins, et l'air s'échappe à travers. Les fausses membranes qui résultent de la péritonite sont pulpeuses ou elles existent en grande abondance. L'estomac est fortement contracté sur lui-même, contenant une quantité médiocre de liquide jaunâtre, et présentant sur sa muqueuse une teinte jaunâtre aussi en ces endroits, et grise où elle était libre. Les intestins ouverts offrent un aspect jaune, et quelques plaques folliculeuses malades. Le foie est jaune assez profondément à sa partie supérieure, bleuâtre à sa face inférieure. Le cerveau et ses membranes n'offrent pas d'injection phlegmasique. Les circonvolutions de la partie supérieure du cerveau sont normales; tandis qu'aux parties latérales de ses hémisphères, les anfractuosités ont disparu; cette disposition semble résulter de la turgescence des circonvolutions.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 8 JANVIER 1838.

L'Académie procède, par voie de scrutin, à l'élection d'un membre de la commission générale administrative pour l'année 1838. M. Poinsot réunit la majorité absolue des suffrages.

M. le président rappelle quelles sont les sections qui ont à compléter le nombre de leurs correspondans. Les sections d'astronomie et de physique ont chacune deux correspondans à nommer; les sections de botanique et de géographie en ont un.

M. Dupuy, directeur de l'école vétérinaire de Toulouse, demande à être compris au nombre des candidats pour la place vacante dans la section d'économie rurale, et adresse une liste de ses travaux relatifs à la physiologie et aux maladies des animaux domestiques.

M. Loiseleur-Deslongchamps, dont nous avions annoncé la candidature, adresse la liste de ses travaux.

M. Raffeneau-Delille, que nous avons aussi nommé parmi les candidats à la place vacante dans la section d'économie rurale, adresse également une notice sur les travaux qu'il a présentés depuis l'époque de l'expédition d'Egypte, soit à l'Académie, soit à d'autres sociétés savantes.

RAPPORTS ENTRE LES PHÉNOMÈNES D'ACOUSTIQUE ET D'ÉLECTRICITÉ.

Dans une de ses dernières séances, l'Académie reçut une lettre dans laquelle on attribuait à un développement d'action électrique le son que rendait au lever du soleil la statue de Memnon, à Thebes.

Aujourd'hui, M. Sellier, peut-être à l'occasion de cette communication, adresse, non pas comme l'auteur de la lettre que nous venons de citer, une simple conjecture, mais un ensemble d'expériences tendant à montrer les rapports qui existent, dans de certaines circonstances, entre la production du son et le développement de l'électricité, expériences dont les unes lui son propres, et les autres ont été recueillies par lui dans divers recueils scientifiques étrangers; parmi les premières, nous nous contenterons de rapporter la suivante :

« En soupoudrant une plaque vibrante avec une poudre siliceuse, celle-ci s'arrête sur les lignes nodales; mais le contraire arrive en employant de la colophane en poudre impalpable; les lignes nodales se vident, et les parties vibrantes se recouvrent de résine. Considérons attentivement, dit l'auteur, cette dernière expérience : les lignes nodales attirent le verre en poudre, qui s'y accumule en tourbillonnant; ces mêmes lignes se vident avec la colophane qui les fuit au contraire en tourbillonnant, tandis que les sections intermédiaires (les ventres) l'y arrêtent; ces dernières possèdent donc l'électricité positive, et les premières l'électricité négative, d'où l'on peut tirer cette conclusion, que dans un corps résonnant l'électricité se fractionne. »

INSTRUMENS LITHOTRITEURS.

M. Leroy-d'Etiolle présente un appareil à percussion et à pression pour la destruction des calculs urinaires. Les trois conditions que l'auteur s'est proposé de remplir à l'aide de cet instrument, sont les suivantes :

1° Exercer la percussion sans point d'appui, même sans le secours de la main d'un aide;

2° Proportionner à coup sûr l'effort de percussion à la résistance de l'instrument;

3° Pouvoir faire succéder rapidement la percussion à la pression, ou exercer l'une et l'autre à la fois.

(Commissaires : MM. Larrey, Roux et Breschet.)

CICATRISATION DES PLAIES DE LA BOITE CRANIENNE AVEC PERTE DE SUBSTANCE OSSEUSE.

Après avoir exposé sur cet objet sa théorie, étayée de l'expérience et de l'opinion de la plupart des grands anatomistes du XVII[e] et du XVIII[e] siecles, M. Larrey a mis sous les yeux de l'Académie plusieurs pieces anatomiques et pathologiques qui démontrent positivement que les plaies avec perte de substance aux os du crâne, comme celles des autres os du squelette, ne se ferment ou ne se cicatrisent que par l'allongement, l'amincissement et la rencontre ou la réunion concentrique des vaisseaux ou fibres des bords de ces ouvertures, dans les os larges, et de ceux des extrémités dans les os longs fracturés. Plusieurs des pièces qu'on a vues, ayant appartenu à des invalides que M. Larrey avait montrés à l'Académie lors de la lecture de son premier mémoire (1834), ont dû nécessairement jeter la conviction dans tous les esprits sur la vérité de ces assertions. Cependant, afin de faire vérifier de nouveau les phénomènes qui font connaître la marche de la nature pour obtenir l'occlusion des ouvertures du crâne et les vrais caractères de la cicatrice, M. Larrey a présenté encore un autre vétéran, M. Brunot de Rouvre, officier supérieur dans l'un des régimens d'infanterie de la grande-armée, lequel fut atteint, à la mémorable bataille de Wagram (1809), par un éclat d'obus qui lui fractura comminutivement une grande portion des os qui forment le centre de la suture fronto-pariétale. L'extraction que l'on fit au premier pansement des esquilles nombreuses qui étaient résultées de ce fracas, laissa dans cette partie du crâne une énorme perte de substance et la dénudation de la dure-mère dans l'étendue de plusieurs centimetres. Une cicatrice dermoïde et membraneuse s'est établie d'abord sur cette grande ouverture; ensuite la nature a opéré graduellement par un travail d'amincissement et d'allongement concentrique des fibres ou vaisseaux partant de ces bords pour se rapprocher, s'aboucher par leurs extrémités, et terminer la cicatrisation, résultat qui n'a pu avoir lieu complétement chez cet honorable officier; car il reste au centre de cette cicatrice large et déprimée un espace osseux d'environ deux centimètres de circonférence, où l'on sent, à travers l'opercule membraneux un peu endurci qui bouche cette ouverture osseuse, les pulsations des artères cérébrales.

M. Larrey pense qu'il faudrait encore de longues années pour que cette ouverture soit complétement fermée.

M. Brunot, comme tous les trépanés que M. Larrey a présentés précédemment à l'Académie, perçoit et distingue parfaitement, par la cicatrice et l'ouverture qui reste au crâne, les sons de la voix de ceux qui lui parlent dans ces directions, bien que ses oreilles soient exactement bouchées : chacun a été à même de répéter cette expérience.

OSTÉOGÉNIE NORMALE ET PATHOLOGIQUE.

Après la lecture du mémoire de M. Larrey, et à l'occasion des vues d'ostéogénie qu'il renferme, M. Serres présente quelques observations sur le développement du système osseux et sur leur application aux maladies dont ce système peut être le siége.

Les os, dit M. Serres, ne se développent point du centre à la circonférence. Cette hypothese ancienne a été remplacée par la théorie du développement centripète qui donne la formule générale de l'apparition des noyaux osseux dans le cours de l'embriogénie. Cette apparition premiere a toujours lieu sur les parties latérales; de ce point de départ, l'ossification gagne de proche en proche les parties centrales de l'os.

De ce principe d'ostéogénie résultent, d'après M. Serres :

1° La loi de symétrie ou la dualité primitive des pièces centrales et impaires du squelette de l'homme et des animaux;

2° La loi de conjugaison ou les règles invariables que suivent dans leur coalescence les noyaux osseux primitifs;

3° Enfin les maladies dont le système osseux peut devenir le siége, si par une cause quelconque cette règle générale de l'ossification est interrompue dans sa marche. C'est même à cause de l'intérêt pratique qui se rattache à cette manière nouvelle de considérer le développement des os, que M. Serres croit utile de réfuter l'hypothèse de leur formation centrifuge.

Si l'on considere avec tous les anatomistes modernes la vertèbre comme le type ostéogénique du système osseux, on voit que constamment et sans nulle exception, l'ossification commence d'abord par les masses latérales; ce n'est que quelque temps après qu'elle se montre sur le corps vertébral et qu'elle se montre par deux noyaux correspondans, l'un à la moitié droite, l'autre à la moitié gauche.

D'apres les travaux des anatomistes modernes, personne ne doute présentement que le crâne et la face ne soient également une répétition du type vertébral. Or, soit que l'on considère le crâne comme une vertebre unique portée au summum de son développement, soit qu'on le considere comme un assemblage de trois, de cinq, de huit, de neuf vertebres, on voit toutes les pièces qui le composent soumises à cette règle.

Ainsi, dans la supposition que le crâne ne serait qu'une vertèbre, on observe que toutes les parties latérales et périphériques sont déjà ossifiées, tandis que la partie centrale, ou le corps du sphénoïde n'est encore que cartilagineuse.

Dans la supposition plus juste, d'apres laquelle le crâne est un composé de plusieurs vertebres, on observe sur chacune d'elles la répétition de la marche de l'ossification vertébrale. Ainsi sur l'occipital, la portion centrale ou basilaire est cartilagineuse lorsque déjà les masses latérales sont ossifiées; ainsi sur le

coronal, les deux parties latérales restent long-temps osseuses avant de se réunir sur la ligne médiane; ainsi sur le sphénoïde, les grandes ailes, de même que les apophyses ptérigoïdes, sont ossifiées à une époque où le corps est encore cartilagineux, et sur le corps lui-même; l'ossification apparaît par quatre noyaux, deux appartenant au sphénoïde antérieur, deux au sphénoïde postérieur.

L'ossification procède sur les os de la face de la même manière que sur ceux du crâne. Ce sont toujours les parties latérales qui ouvrent la marche et toujours ce sont les parties qui occupent le centre qui sont les dernières envahies. D'après cette règle, l'ethmoïde s'ossifie le dernier; il est à la face ce qu'est le sphénoïde au crâne. De même que sur ce dernier, ce sont les masses ethmoïdales latérales sur lesquelles se développent d'abord les noyaux osseux; ils ne se manifestent que plus tard sur l'apophyse *crista galli* et sur la lame perpendiculaire et centrale de l'os.

On voit donc, continue M. Serres, que l'ossification procède de la circonférence au centre de l'os, et non du centre à la circonférence. Ce que présente de remarquable l'histoire de l'ostéogénie, c'est que tous les anatomistes, depuis Kerkring jusqu'à Surff et Meckel, ont constaté la formation centripète du système osseux, bien que tous aient conclu en sens inverse de leurs observations.

Ce mésaccord entre les faits ostéogéniques centripètes observés par tous les anatomistes, et la conclusion centrifuge qui leur est diamétralement opposée, rendirent infructueuses toutes les recherches sur le développement du système osseux.

Or, en mettant en harmonie les principes et les faits, on en voit sortir des applications fécondes pour la pathologie. En voici quelques exemples.

Les parties centrales du système osseux se forment du dehors en dedans; il y a d'abord deux moitiés qui marchent à la rencontre l'une de l'autre. Or, avant de se rencontrer, elles sont séparées par un intervalle d'autant plus grand que l'embryon est plus jeune.

Si, par une cause quelconque, ces deux moitiés sont arrêtées dans leur trajet, non-seulement l'os impair et médian ne revêtira pas ses formes normales; mais, de plus, l'intervalle qui séparait les deux pièces subsistant, la partie osseuse médiane sera remplacée par une ouverture insolite, au travers de laquelle pourront s'échapper les organes que le système osseux est destiné à protéger.

Ainsi, si les deux moitiés du corps des vertèbres ne se réunissent pas, la moëlle épinière peut s'échapper par l'ouverture qu'elles laissent entre elles, ce qui donne naissance au *spina bifida* antérieure et à toutes ses variétés.

Si c'est en arrière, au contraire, que la réunion n'ait pas lieu, il en résulte un *spina bifida* postérieur, dont la science possède de si nombreux exemples.

Ces maladies sont aussi fréquentes au crâne qu'à la colonne vertébrale. Mais ici, c'est l'encéphale qui fait hernie, au lieu de la moëlle épinière.

Ainsi, la non réunion des masses occipitales latérales laisse échapper en arrière le cervelet par l'intervalle qui les sépare : la non réunion des pariétaux laisse échapper les lobes moyens, et celle des coronaux donne issue aux lobes antérieurs de l'encéphale. Ces maladies bien différentes, sans doute, par leurs effets, reconnaissent cependant la même cause, un arrêt de la marche centripète de formation du système osseux.

Si nous faisions l'application de ce même principe à la face, nous trouverions que les divers becs de lièvre, si fréquens en chirurgie, reconnaissent une cause analogues, soit lorsqu'ils sont simples, ce qui est le plus fréquent, soit lorsqu'ils sont doubles, ce qui est très rare, comme chacun sait. Enfin, dans le bassin, nous verrions que la vessie quitte par la même cause son domicile habituel.

Mais ce qui précède suffit pour montrer les applications de la théorie centripète à la pathologie.

SÉANCE DU 15 JANVIER.

PRESSION SUPPORTÉE PAR LE SANG DANS LES VAISSEAUX. — INFLUENCE DE LA DÉFIBRINATION DU SANG DANS LA PRODUCTION DES MALADIES. — CAUSES DES FIÈVRES TYPHOÏDES.

M. Magendie, en présentant le troisième volume de son ouvrage intitulé : *Leçons sur les phénomènes de la vie, professées au collége de France*, donne une idée des sujets qu'il a traités dans ce volume. Je me suis proposé principalement, dit-il, de porter de la précision dans l'observation de quelques phénomènes pour lesquels on se contente ordinairement d'évaluations approximatives; de mesurer, par exemple, la pression à laquelle le sang est soumis dans l'intérieur des artères, de manière à ce que les différences qui peuvent survenir sous l'influence de différentes causes soient exprimées, non par des mots vagues, de *plus* et de *moins*, mais par des nombres. Pour cela, poursuit l'auteur, je me suis servi de l'instrument inventé par M. Poiseuille, et je suis arrivé à des résultats que j'étais loin d'attendre. Ainsi, quand il s'est agi de reconnaître les changemens qu'apporte dans cette pression l'augmentation ou la diminution du volume du sang, j'ai trouvé que si l'on opère la transfusion du sang entre deux animaux, l'instrument accuse une moindre pression chez celui qui a reçu le sang, tandis que pour l'autre ses indications restent sensiblement les mêmes. Le phénomène se reproduit avec une telle constance dans tous les cas où la masse du sang est augmentée, qu'on ne peut douter de sa réalité; et quelque étrange qu'il paraisse d'abord, on en trouve, pour peu qu'on réfléchisse aux causes, qui déterminent de la part du cœur de plus grands efforts, une explication plausible.

En passant en revue les circonstances modificatrices, on a trouvé que l'injection d'une certaine quantité d'eau tiède diminue la pression; que celle de l'eau froide, de l'infusion de café, de l'alcool faible, des infusions aromatiques, l'augmente au contraire notablement, et cette augmentation s'explique par le mode d'action de ces divers liquides sur la fréquence et l'intensité des contractions du cœur.

En suivant ce procédé, continue M. Magendie, on est arrivé jusqu'à mesurer en millimètres de mercure, dans le tube de l'instrument, les effets des sensations vives, agréables ou douloureuses; ce qui se comprend également par les changemens subits que les émotions fortes excitent dans les mouvemens du cœur.

Les résultats les plus importans auxquels je suis arrivé, poursuit l'expérimentateur, sont ceux qui se rapportent à l'utilité de la fibrine. Quoiqu'elle n'entre dans la composition du sang que pour un ou deux millièmes, l'importance du rôle qu'elle y joue est telle, que, si on diminue la proportion dans laquelle elle existe dans ce liquide, ou qu'à l'aide d'un réactif, on la rende incoagulable, aussitôt le passage du sang dans les dernières ramifications des vaisseaux s'embarrasse; il y a extravasation du liquide, engorgement et développement de lésions locales, telles qu'on en observe dans les fièvres graves.

M. Serres demande à présenter quelques considérations sur ce dernier point de la communication de M. Magendie.

M. Serres. On vient de présenter la défibrination du sang comme cause probable des fièvres graves désignées sous le nom de fièvres typhoïde, entero-mésentérique, entérite folliculeuse, dothynenterie, etc. Je demande à soumettre à l'Académie quelques observations relatives à ce sujet, si important, si débattu en médecine, et toutefois si loin encore du degré de perfection qu'il serait à désirer qu'il eût pour le traitement rationnel de ces maladies.

Ces maladies, bien anciennement décrites, bien anciennement connues, d'après l'ensemble de leurs phénomènes, le sont beaucoup moins relativement à leur cause, ou, pour nous servir d'une expression plus logique, relativement à leur point de départ.

La médecine ancienne en avait placé la cause dans l'altération des humeurs et plus spécialement dans celle du sang. Depuis la publication de notre ouvrage sur la fièvre entero-mésentérique (1), la médecine moderne leur a assigné pour point de départ les lésions qui se rencontrent sur l'intestin grêle et les ganglions mésentériques. La constance de ces lésions, la subordination des phénomènes de la maladie au degré où elles sont parvenues, ne laisse aucun doute sur le rapport qui lie ces deux ordres de faits, dont les uns sont primitifs et les autres consécutifs.

On sait que la lésion de l'intestin consiste dans un développement insolite des glandes de Peyer, qui, simplement ramifiées dès l'origine, s'injectent et se couvrent de vaisseaux capillaires dans un degré plus avancé. Plus tard enfin, la membrane muqueuse est détruite, et l'ulcération, qui en est la suite, peut aller jusqu'à perforer toutes les membranes intestinales. Avec ces états divers de l'intestin coïncident des altérations correspondantes des ganglions mésentériques, qui, engorgés dans le premier temps, deviennent rouges et durs dans le second, de manière à se rapprocher, par leur consistance, de la structure du rein, et qui, dans la troisième, se ramollissent et suppurent.

Or, à chacun des temps de cette altération pathologique correspond un groupe particulier de phénomènes morbides, de telle sorte que, si les malades succombent, on peut, d'après le groupe des symptômes, déterminer le degré où l'on trouvera l'altération, comme, pendant la vie, on peut présumer l'altération par le degré où sont parvenus les symptômes. La conséquence immédiate et pratique de ces faits est donc qu'en modifiant le point de départ de la fièvre grave, on modifie ses symptômes; et c'est de cette manière que nous avons constaté sa guérison, lors même que les plaques de Peyer avaient été profondément ulcérées.

Que chez un chien, dont le sang a été défibriné, ces lésions intestinales se développent, c'est un fait curieux ; mais il y a loin de ce fait à conclure que la défibrination du sang est la cause première des fièvres graves chez l'homme. Les conséquences pratiques que l'on pourrait en déduire m'obligent à entrer à ce sujet dans quelques détails.

Il est bien vrai que dans les fièvres graves le sang est défibriné, mais il n'offre ce caractère qu'à un degré déjà avancé de la maladie. Souvent, dès son début, une pleurésie, une pneumonie, la complique, et dans ces cas le sang, loin d'être défibriné, est, au contraire, plus fibriné que dans l'état normal. Cette fibrination exagérée du sang arrête-t-elle la marche de la maladie? suspend-elle le développement des plaques de peyer et l'engorgement des ganglions mésentériques? Nullement. Une expérience, malheureusement trop fréquente, nous apprend, au contraire, que presque toujours ces complications rendent les fièvres graves mortelles.

M. Magendie. Ce que notre confrère vient de dire ne détruit point les faits que j'a rapportés dans mon ouvrage; tout le monde peut se convaincre que, par les procédés que j'ai décrits, on peut produire sur les animaux à heure fixe, pour ainsi dire, les fièvres dites graves, et que constamment les lésions appelées locales surviennent après l'altération artificielle du sang.

M. Serres. Je le répète, je ne récuse nullement le résultat observé chez les chiens ; c'est son application à l'homme que je voudrais prévenir avant que toutes les conditions en aient été exactement appréciées. En attendant, je dois faire remarquer que les altérations intestinales et mésentériques qui constituent le phénomène fondamental des fièvres graves ne se manifestent pas dans les maladies où la défibrination du sang a été observée chez l'homme.

Ainsi tous les médecins savent que la chlorose chez la femme est caractérisée par la défibrination du sang ; or, si les malades succombent après un temps plus ou moins long de la durée de cette maladie, ils succombent sans présenter les symptômes des fièvres graves, et sans que leur canal intestinal en offre les traces caractéristiques. Il en est de même du scorbut. Tout le monde sait que le scorbut a été placé en tête des maladies cachectiques, précisément à cause du peu de fibrine que contient leur sang, condition qui, chez eux, rend les hémorragies si dangereuses. Or les scorbutiques n'offrent, à aucune époque, les symptômes typhoïdes, et personne, que je sache, n'a observé sur eux les caractères anatomiques de la fièvre entero-mésentérique. Ce que je viens de dire de la chlorose et du scorbut se remarque également dans les affections rachitiques, dans les anémies succédant aux longues hémorragies, dans les varioles confluentes, ainsi que dans d'autres cas morbides, dont il serait trop long d'énumérer le catalogue devant l'Académie.

(1) Traité de la fièvre entero-mésentérique, par MM. Petit et Serres. Paris, 1813.

On conçoit que, si des observations qui précèdent je déduisais les conclusions que la défibrination du sang est complètement étrangère à la production des fièvres graves chez l'homme, je tomberais moi-même dans l'erreur, que je demande que l'on évite. Tel n'a pas été le but de ces observations : leur but est de bien faire sentir, au contraire, que, si les résultats fournis par l'expérience en pathologie paraissent contradictoires à ceux obtenus par les expériences sur les animaux, il est vraisemblable que l'un de leurs élémens principaux nous échappe dans les deux cas. La science doit donc enregistrer ces deux ordres de faits, afin de les étudier comparativement, et pour chercher à déterminer, par leur comparaison, l'influence qu'exerce sur le développement des fièvres graves l'altération des solides et des fluides; car c'est dans l'alliance de cette double voie de recherches que la médecine peut espérer de se rapprocher de la solution des problèmes si importans dont elle s'occupe.

M. Magendie reproduit sa première opinion et l'appuie de quelques développemens nouveaux.

ANIMALCULES MICROSCOPIQUES CONSIDÉRÉS COMME CAUSE DE CANCER.

MM. Bauperthuy et Adet de Roseville adressent un mémoire sur ce sujet. Ils n'appliquent, comme le font aujourd'hui la plupart des nosographes, le nom de cancer qu'au squirrhe et à l'encéphaloïde; et ils annoncent avoir trouvé constamment dans l'un et l'autre : 1° des animalcules en tres grand nombre; 2° des lames de tissu cellulaire; 3° des débris de vaisseaux lymphatiques; 4° des globules; 5° des globules sanguins en petit nombre et dont quelques-uns étaient dentelés sur les bords ; 6° enfin des débris de vaisseaux sanguins et de petits cristaux.

« Les animalcules s'étant constamment rencontrés en très grand nombre dans tous les cancers que nous avons examinés tant à l'état de crudité qu'à celui de ramollissement, nous avons, disent les auteurs du mémoire, acquis la conviction qu'ils étaient le seul produit morbide auquel on dût attribuer l'origine, les progrès et l'issue funeste de l'affection cancéreuse, comme on sait aujourd'hui que la gale est due à la présence des acarus. »

Passant ensuite à la partie thérapeutique du cancer, les auteurs se contentent de faire observer que les insectes qui forment l'essence de la maladie meurent aisément lorsqu'ils viennent en contact d'une des substances suivantes, savoir : de l'eau-de-vie, de la teinture d'iode, des dissolutions concentrées de deuto-chlorure de mercure, de chlorure d'or, d'arsénic, de sels de cuivre, nitrate d'argent; enfin du *laudanum de Sydenham* et de Rousseau (1).

MM. Duméril, Turpin, Bory de Saint-Vincent, sont chargés d'examiner le travail de MM. Adet de Roseville et Bauperthuy; ils auront à vérifier non seulement s'il existe des animalcules dans les tumeurs cancéreuses comme l'annoncent ces deux auteurs, mais encore à examiner dans le cas où l'existence de ces animalcules y serait constante, si on doit la regarder comme la cause ou bien comme un effet de la maladie.

EMPLOI DU BANDAGE AMIDONNÉ POUR LES FRACTURES DES MEMBRES INFÉRIEURS.

M. Lafargue propose une modification dans la méthode employée par MM. Larrey, Seutin, Velpeau, modification qui a pour objet d'obtenir une plus prompte solidification de l'appareil, en mêlant, à l'empois dont les deux derniers chirurgiens font usage, un poids égal de plâtre pulvérisé.

RÉSISTANCE DES ŒUFS DE VERS A SOIE A DE TRÈS BASSES TEMPÉRATURES.

M. Loiseleur Deslongchamps adresse un mémoire sur ce sujet. C'est, dit-il, parce qu'on a cru pendant trois cents ans, et qu'on croit encore presque généralement que le ver à soie est un être délicat auquel il faut un degré de chaleur assez considérable, que ses produits sont restés, pendant long-temps, beaucoup au-dessous de ce qu'ils auraient pu être si on eût mieux connu la nature de cet insecte. Voilà aussi pourquoi nous tirons annuellement des pays étrangers pour plus de quarante millions de soies, tandis que nous pourrions facilement récolter chez nous tout ce qui nous serait nécessaire pour les besoins de nos manufactures. Mais le plus qu'on ait encore produit en France, sous ce rapport, d'après les renseignemens communiqués par le ministre des travaux publics et de l'agriculture, ne s'est monté, dans ces dernières années, qu'à 36 millions de francs. « Mon intention, dans ce mémoire, dit M. Loiseleur Deslongchamps, est de prouver, par plusieurs expériences, que le ver à soie, malgré sa faible apparence, est d'une constitution robuste, qui peut supporter des alternatives très différentes de température, être soumis à de très longs jeûnes, ou recevoir une nourriture grossière, sans en être gravement affecté. » Les expériences rapportées dans le mémoire présenté n'ont rapport qu'aux œufs qui ont pu supporter une exposition prolongée à 8 et 10° au-dessous de zéro, sans cesser d'être féconds. Ce que l'auteur ne dit pas et ignore peut-être, c'est que les Chinois ont coutume d'exposer les œufs à la neige. C'est ce qu'on peut apprendre dans les mémoires des jesuites sur la Chine, et mieux encore dans l'ouvrage chinois, dont une traduction a été faite depuis quelques mois par M. Stanislas Julien, et publiée par ordre du ministre du commerce.

(1) L'idée de l'existence d'un principe animé dans le tissu squirrho-cancéreux est ancienne, comme on sait. Un médecin anglais, Adams, l'a reproduite vers la fin du dernier siècle; il soutient, d'après J. Hunter, que l'essence du cancer réside dans la présence de petites hydatides animées, qu'il appelle *hydatis carcinomatosa*. « Le fongus, dit Adams, qui s'élève sur l'ulcère cancéreux, sert à défendre l'hydatide, et à la protéger; si celle-ci meurt, le fongus se détache de l'ulcère, au moyen de la suppuration. Lorsque les hydatides sont dans un état d'engourdissement, l'ulcère n'est point douloureux; mais dès que l'animal se réveille, les douleurs se déclarent de nouveau et sont insupportables. »

Il y a loin cependant de cette hypothèse au fait annoncé par MM. Bauperthuy et Adet de Roseville. (*Note du Rédact.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 16 JANVIER 1838. — PRÉSIDENCE DE M. MOREAU.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Lettre ministérielle, avec envoi d'un spécifique contre le choléra.
2° Lettre *idem*, avec envoi d'un remède anti-cholérique.
3° Lettre *idem*, avec envoi d'un mémoire sur les résultats du nouveau vaccin découvert à Passy.
4° Lettre *idem*, avec envoi d'un rapport sur les eaux minérales de Craulac.
5° Etats des vaccinations du mont de Marsan.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

1° Trois lettres de M. le docteur Tyzelle, sur des modifications au cautère actuel, à l'aiguille à séton, et à la seringue d'Anel.
2° Lettre de M. Boillonneau, avec envoi de plusieurs échantillons d'yeux artificiels.
3° Diverses observations de chirurgie de M. Debourge.

Après le dépouillement de la correspondance, M. Chervin obtient la parole pour donner communication d'une note à lui adressée de la Nouvelle-Orléans, sur une épidémie de fièvre jaune. Cette note contient des renseignemens très intéressans sur cette maladie, et sur l'efficacité du sulfate de quinine dans une affection rebelle jusqu'alors à tous les moyens. Nous la publierons textuellement dans le prochain numéro.

L'Académie reprend la suite des élections commencées dans la dernière séance. Quatre membres sont sucessivement nommés : MM. de Serres, Soubeiran, Martin-Solon et Planche. Il reste encore une nomination à faire; après quoi, les noms des élus seront jetés dans une urne, et le sort désignera quatre juges et un suppléant pour le concours de la chaire de pharmacie et de chimie organique.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

DISSERTATION SUR LA MASTOÏTE; par M. Werner (27 p.)

Les phlogoses de la glande mammaire dans les deux sexes n'avaient été étudiées que d'une manière vague. M. Werner traite ce sujet dans sa thèse d'une manière plus détaillée qu'on ne l'avait fait jusqu'à ce jour. Bien que la mastoïde ne se rencontre le plus ordinairement que chez les femmes nouvellement accouchées ou nourrices, il n'est pas excessivement rare de l'observer aussi en dehors de ces circonstances. Outre que les causes traumatiques peuvent dans toutes les époques de la vie occasioner chez les deux sexes l'inflammation de la glande mammaire, on voit assez souvent cette maladie se développer spontanément et prendre une marche chronique chez quelques enfans nouveau-nés. Nous l'avons nous-même observée plusieurs fois à l'âge de dix à douze ans sur des sujets de constitution lymphatique. M. Werner cite un cas chez un enfant nouveau-né dont la mammite s'est terminée par un abcès qu'il a fallu ouvrir. Il est rare cependant qu'à cet âge le mal passe à la suppuration; il se dissipe en général à l'aide de légères frictions et expressions qu'on pratique sur le mamelon avec les doigts jusqu'à ce qu'on voie sortir quelques gouttes d'un liquide séreux. On prétend que le mal consiste à cet âge dans une obstruction des vaisseaux excréteurs du mamelon et que ces sortes de pressions en combattant la cause guérissent la maladie elle-même.

Chez la femme non nourrice, nous avons observé la mastoïte à la suite de violences portées sur la région mammaire : une fois, entre autres, nous avons vu à l'hôtel-Dieu dans le service du Dupuytren, une grosse femme du peuple présenter un gonflement inflammatoire prodigieux avec une escarre de la largeur de la paume de la main, à la mamelle gauche, par suite d'un coup de canne qu'elle avait essuyé sur cette partie. Dans tous ces cas le mal a passé rarement à la suppuration, et la terminaison a toujours été heureuse. On connaît cependant des faits de cette espèce dans lesquels la mammite devint chronique et a donné ensuite naissance à un squirrhe, puis à un cancer. Il est impossible dans l'état actuel de nos connaissances sur le cancer d'admettre la réalité de cet événement par la seule influence de cette cause : on s'accorde aujourd'hui à ne regarder la contusion ou la mastoïte traumatique que comme une simple cause occasionnelle.

Il est rare du reste qu'en se terminant par la suppuration la mastoïte traumatique offre la même gravité que celle qui arrive quelquefois spontanément chez les accouchées. En voici cependant un exemple remarquable rapporté par M. Werner.

Obs. — Une fille de 23 ans, jouissant d'une santé parfaite, bien réglée, s'étant baissée précipitamment pour relever un objet, se heurta le sein gauche sur le coin d'une table; la douleur fut si vive qu'elle perdit connaissance. On ne voyait sur le tégument aucune trace d'ecchymose; mais le toucher était sen

sible, et bientôt la douleur devint telle que le sein, quintuplé de volume, présentait l'aspect d'une vaste tumeur bosselée et rénitente qui descendait jusqu'à l'hypochondre gauche, remontait jusqu'au cou et se prolongeait jusqu'à l'aisselle; à tel point que la malade était obligée de tenir son bras éloigné du corps. La peau conservait sa couleur normale, mais les douleurs persistaient lancinantes et profondes. Trente sangsues furent appliquées. La fievre survint; les règles qui coulaient alors s'arrêtèrent. On pratiqua une saignée sans obtenir aucun amendement. Les émolliens, employés dès le début, furent continués; mais le quatrième jour, de la fluctuatioo se fit sentir à la partie interne et supérieure du sein; on jugea convenable d'ouvrir l'abcès, ce qui fut fait à l'aide du bistouri. Le foyer était situé à trois pouces de profondeur; une quantité considérable de pus s'écoula, mêlé à des flocons filamenteux et à un détritus grumeleux, rougeâtre, que l'on attribua à la désorganisation de la glande. La douleur diminua instantanément; on pansa avec bandelettes, charpie et cataplasmes émolliens. Tout allait pour le mieux, lorsqu'au bout de sept jours les douleurs reparurent, et à deux pouces au-dessous du premier abcès, on découvrit de la fluctuation. On ouvrit de la même manière à la partie la plus déclive; le pus était de bonne nature. Une compression fut exercée au-dessous de ce second abcès à l'aide d'un bandage de corps; on pansa comme précédemment. Peu à peu l'écoulement du pus diminua et finit par disparaître. Au bout de deux mois et demi la malade fut guérie, et il n'existe plus aujourd'hui qu'une induration indolente de la grosseur d'une aveline dans le lieu du premier abcès.

Il est à peine nécessaire de dire que ces mêmes causes agissent avec autant ou plus d'énergie sur les mamelles des femmes enceintes, récemment accouchées, nourrices ou à l'époque du sevrage. D'autres causes pourtant peuvent ici, comme on sait, occasionner la maladie dont il s'agit.

En général, les abcès mammaires sont superficiels ou profonds. Les premiers siégent au-devant de la glande ou dans ses environs, et ont leur foyer dans le tissu cellulo-graisseux sous-cutané; ils diffèrent à peine des abcès analogues des autres régions du corps. Les seconds au contraire s'engendrent dans le tissu cellulaire qui sert de coussinet à la face postérieure de la glande et qui se prolonge par des jetées entre les lobules de la même glande. M. Werner prétend que c'est par suite de cette disposition radiée du tissu interlobulaire que des abcès successifs se forment dans l'organe mammaire. Tandis que les uns s'engorgent, dit-il, les autres sont en pleine suppuration. Cette opinion est sans doute ingénieuse, mais elle mérite des recherches plus étendues avant d'être admise comme incontestable.

Quelquefois l'abcès profond dissèque la base de la glande elle-même, ce qui donne lieu à des fistules de difficile guérison, par un mécanisme analogue à celui que certains abcès du bassin occasionnent des fistules en décollant le rectum. M. Werner expose avec détails le traitement connu des fistules mammaires dont il s'agit, mais il oublie le meilleur des remèdes à cet égard, la compression méthodique qui a donné de si heureux résultats entre les mains de Boyer.

DISSERTATION SUR L'HÉMORRAGIE UTÉRINE, QUI SURVIENT APRÈS L'ACCOUCHEMENT; par M. COURTIN, prosecteur des cours d'accouchement de M. J. Hatin. — 40 pag.

La thèse de M. Courtin est un résumé bien fait de ce qu'on savait déjà sur le sujet dont il traite. Il y a cependant quelques particularités remarquables que l'auteur a puisées à l'école de ses maîtres, et sur lesquelles nous allons appeler l'attention.

En parlant de l'hémorragie occasionée par la présence du placenta dans l'utérus, M. Courtin conseille le remède de M. Mojon, l'injection d'eau froide par la veine ombilicale; puis il ajoute : « Ces injections ne sont pas toujours exemptes d'accidens, et nous n'oserons jamais employer d'autre liquide que l'eau. M. P. Dubois nous a parlé dans ses leçons d'une femme qui mourut au milieu d'accidens insolites, deux jours après qu'on eut injecté de l'eau vinaigrée dans la veine ombilicale, pour obtenir l'expulsion de l'arrière-faix. Cette femme exhalait, par toute la surface du corps et par la perspiration pulmonaire, une odeur très prononcée de vinaigre.

Quelque effrayant qu'il puisse paraître, ce fait ne contre-indique aucunement l'injection placentaire pour détacher l'arrière-faix, si l'on veut n'employer que l'eau pure, ainsi que cela a été fait avec tant de succès par le professeur génois, auteur de cette méthode; par M. Hatin, et par une multitude d'autres praticiens. Du reste, dans le fait précédent, la mort est inexplicable par la seule injection de l'eau vinaigrée. Que le liquide ait pu d'ailleurs être resorbé et passer dans le sang, cela se conçoit. Nous avons vu une jeune femme exhaler l'éther par la bouche et par toute la surface cutanée six heures après avoir porté dans le vagin un pessaire en caoutchouc dont la gomme avait été en contact avec une bouteille d'éther.

Parmi les moyens vraiment héroïques que l'art possède aujourd'hui pour combattre la métrorrhagie, dépendant de l'inertie de la matrice, le seigle ergoté et la compression de l'aorte occupent le premier rang. Peu de personnes contestent de nos jours l'efficacité du premier pour provoquer les contractions de la matrice. Le second n'a été, il est vrai, mis en pratique qu'un petit nombre de fois; mais ses effets ont été si salutaires qu'on ne saurait trop y avoir recours. Indépendamment des faits publiés par M. Tréhan et par d'autres, M. Marjolin a, au dire de M. Courtin, arrêté dernièrement deux metrorrhagies foudroyantes, à l'aide de la compression de l'aorte à travers les parois abdominales. M. Baudeloque neveu, qui a fait des recherches sur ce point de pratique, emploie conjointement le seigle et la compression aortique. Voici son procédé :

« Lorsque l'hémorragie qui précède la délivrance est grave, je comprime, dit-il, avec la main gauche, l'aorte abdominale à travers la paroi antérieure du ventre, et avec la main droite, j'introduis dans la matrice, je décolle le placenta. Après la délivrance, si l'hémorragie est peu grave, j'administre à la femme une solution aqueuse de 40 grains environ de seigle ergoté, médicament qui a pour effet évident de faire contracter la matrice dix minutes environ après son ingestion dans l'estomac; ainsi la perte est arrêtée sans retour. L'hémorragie est-elle rapide, foudroyante, je comprime d'abord l'aorte avec les doigts de l'une des mains, je donne immédiatement à boire la solution aqueuse et sucrée de seigle ergoté, que j'administre une seconde fois, s'il est nécessaire; j'introduis l'autre main dans la matrice pour la vider du sang qui s'y est coagulé, et je l'y laisse fermée jusqu'à ce que cet organe la chasse dehors de sa cavité. A l'aide de ce traitement je ne perds aucune femme. »

M. Courtin a été lui-même témoin des heureux effets de cette méthode. Voici le fait :

ACCOUCHEMENT LABORIEUX. INERTIE DE LA MATRICE. HÉMORRHAGIE EFFRAYANTE. COMPRESSION AORTIQUE. GUÉRISON.

OBS. — Une femme, nommée Garlot, demeurant rue du Four-Saint-Germain, 51, âgée de 29 ans, d'une constitution molle et lymphatique, épuisée par la misère et par un long travail, vint accoucher le 14 mai 1835, à l'amphithéâtre de M. J. Hatin. Elle fut frappée d'une perte foudroyante immédiatement après la délivance. On lui prodigua à l'instant même les secours les plus énergiques; comme cette femme était épuisée, et que l'on craignait que la perte sanguine ne la précipitât dans la tombe, M. Hatin fit pratiquer par M. Courtin la compression de l'aorte abdominale en présence d'une trentaine d'élèves, qui assitaient à l'accouchement. Des aides s'assurèrent, au moyen de l'application des doigts sur les artères crurales, qu'il ne passait le plus petit filet de sang dans ces artères. On administra en même temps 78 grains de seigle ergoté, donné en plusieurs prises, dans le but de ranimer les contractions utérines éteintes. M. Hatin pratiqua le tamponnement vaginal, et saisit ensuite entre ses deux mains le corps de la matrice à travers les parois abdominales, le frictionna et le malaxa. Après un temps assez court de semblables manœuvres, la matrice commença à se contracter, à expulser quelques caillots sanguins renfermés dans son intérieur, revint entièrement sur elle-même, et l'hémorrhagie fut définitivement suspendue. La malade guérit parfaitement.

VARIÉTÉS.

— L'armée belge compte en ce moment 400 ophtalmiques au camp de Beverloo. Ils ne sont pas en traitement et font les corvées ordinaires, à l'exception des factions de nuit.

TRADUCTION FRANÇAISE DU TRAITÉ DE LA PHLOGOSE, par RASORI. — Un médecin distingué de Marseille, auquel la science doit dejà plusieurs traductions d'ouvrages sur la doctrine de Rasori, M. le docteur Pirondi, s'occupe en ce moment de la traduction du dernier ouvrage de ce célèbre médecin; déjà le premier volume est près d'être mis sous presse. La traduction de M. Pirondi ne peut manquer d'être recherchée : elle avait été commencé du vivant et sous les auspices de Rasori lui-même qui avait communiquée ses manuscris à M. Pirondi, dans le but de faire paraître la traduction française en même temps que l'édition originale.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE DE FÉLIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 4. (TOME VI. — 1838.) SAMEDI 27 JANVIER 1838.

Gazette Médicale DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) parait tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4° 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°.—Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Poissonnière*, n° 5, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

MÉMOIRE SUR L'EMPLOI DES IRRIGATIONS CONTINUES D'EAU FROIDE DANS LE TRAITEMENT DES FRACTURES COMPLIQUÉES; par V. Nivet, interne des hôpitaux de Paris, membre titulaire de la Société anatomique.

SECONDE PARTIE. — RÉSUMÉ. (V. Gaz. Méd. du 20 janvier.)

En résumé, sur neuf cas de fractures compliquées de plaies, et souvent d'esquilles, sept malades ont guéri. Parmi ces derniers, deux ont présenté des accidens inflammatoires nuls ou très légers; les cinq autres ont offert des accidens inflammatoires locaux et généraux plus ou moins graves.

Deux individus ont succombé; mais chez l'un, les irrigations ont été suspendues depuis le troisième jusqu'au vingt-unième jour du traitement; aussi avions-nous eu primitivement l'intention de passer cette observation sous silence; car l'homme qui en fait le sujet n'a réellement pas été traité par les *irrigations continues d'eau froide*.

Quant à la vieille femme de l'observation septième, à son arrivée à l'hôpital, elle était extrêmement faible; elle avait à l'avant-bras une plaie contuse de plus de six pouces de longueur. Plusieurs phalanges de la main, du même côté, étaient dénudées; le tibia était écrasé, réduit en fragmens; une large plaie contuse faisait communiquer le foyer de la fracture avec l'air extérieur.

L'indication de l'amputation était évidente, il ne pouvait y avoir doute, même pour ceux qui ont la plus grande confiance dans les irrigations; aussi, ce moyen fut-il employé en désespoir de cause; gardons-nous donc, en interprétant mal ce fait, de nous en servir pour combattre l'emploi d'un traitement qui nous a donné de si beaux résultats.

Du reste, on conçoit très bien que l'emploi de l'eau froide n'est pas ap

Feuilleton.

ASSOCIATION DE PRÉVOYANCE DES MÉDECINS DE PARIS.

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ANNUELLE TENUE LE DIMANCHE 21 JANVIER 1838, SOUS LA PRÉSIDENCE DE M. ORFILA.

Compte-rendu, par M. Gibert, secrétaire-général.

Messieurs,

En dépit des difficultés et des obstacles que ne peut manquer de rencontrer de nos jours toute œuvre qui tend à combattre l'esprit d'égoïsme et d'isolement individuel, l'Association de prévoyance que vous avez fondée au mois de juillet 1833 est établie aujourd'hui sur des bases solides et durables.

Un capital inaliénable d'environ 22,000 fr., fournissant un revenu annuel de 1000 fr., nous est acquis, et déjà le moment est arrivé où ce revenu suffira presque à nos dépenses ordinaires, en sorte que toutes les recettes de l'année viendront accroître l'avoir de la société.

En effet, comme vous en pourrez juger par le tableau dressé par les soins de M. le trésorier, nous n'avons cette année dépensé en secours qu'une somme de 640 fr., et en autres frais de toute espèce que 425 fr.; total, 1,063; tandis que nos recettes, non compris le revenu en rentes sur l'état, se sont élevées à environ 5,000 fr.

Tableau de la situation de la caisse de l'Association, du 1er janvier au 31 décembre 1837.

RECETTE.		DÉPENSE.		BALANCE.	
4,008 fr.	Cotisations.	640 fr.	Secours.	5,378 fr.	Dép.
969	Dons et admiss.	425	Frais.	386	Reste en caisse,
500	Rentes 1er sem.	600	Alloc. au Trésor.	——	plus 500 fr., 2e
——		2,744	Cot. } pour achat	5,764	sem. de rentes
287 fr.	Restant en cais.	969	Adm } de rentes.		échu.
5,764 fr.	Total.	3,378 fr.	Total.	886 fr.	En caisse.

Une situation si prospère obtenue avec de si faibles ressources (car nous ne comptons guère en ce moment que 338 souscripteurs, dont le plus grand nombre n'a donné que le minimum exigé pour la cotisation), une situation, dis-je, si prospère et si satisfaisante est due, n'en doutez pas, Messieurs, d'abord au zèle et à la protection puissante de notre président, et ensuite à la gestion éclairée de votre commission. Il serait bien à désirer que la plupart d'entre vous puissiez arriver successivement à en faire partie pour vous bien pénétrer de l'importance et de l'utilité de notre association. Aussi est-ce avec une vive satisfaction que nous avons vu notre président décider l'augmentation du nombre des membres actifs de cette commission, par l'adjonction de 12 membres suppléans qui élevera ce nombre à 48, nombre égal à celui des quartiers de Paris. Chargés désormais de la collecte des fonds et invités en outre à provoquer de

plicable à tous les cas; lorsque les os sont broyés, réduits en un grand nombre d'esquilles; lorsque la déchirure des artères et des nerfs peut faire craindre une hémorragie grave, ou la gangrène des parties placées au-dessous du siége de la lésion, il faut se garder de compromettre la réputation d'un moyen précieux en l'employant, et surtout d'enlever aux malades les chances de guérison que leur laisse l'amputation.

Avant de passer à la description de l'appareil employé par M. Breschet, et d'indiquer les soins que réclament les malades pendant la durée du traitement, nous allons donner quelques détails sur l'action locale des irrigations d'eau froide, et sur les accidens qui se manifestent chez les individus traités par cette méthode.

A. DE L'ACTION DES IRRIGATIONS D'EAU FROIDE.

Pendant les premiers jours de l'application des irrigations d'eau froide, si le membre est simplement recouvert de compresses, la peau de la partie arrosée pâlit un peu; son épiderme se gonfle et devient opaque; ce dernier phénomène, qui se manifeste toutes les fois qu'un membre est plongé pendant long-temps dans l'eau, est surtout bien évident à la paume des mains et à la plante des pieds.

La température de la partie soumise à l'action de l'eau froide s'abaisse de quelques degrés; cet abaissement est d'autant plus considérable que la quantité d'eau versée dans un temps donné est plus considérable, et que la température de ce liquide est plus basse.

Lorsque le refroidissement est très grand, les tégumens prennent une teinte rouge-bleuâtre, analogue à celle que présentent les mains des enfans qui jouent avec des boules de neige.

Dans les cas que nous avons observés, la température de la partie malade n'a jamais été abaissée au point de déterminer le phénomène que nous venons de signaler; mais nous avons quelquefois vu le pied du côté malade se refroidir beaucoup, s'œdématier, et prendre la teinte bleuâtre dont nous avons parlé plus haut. Comme ces phénomènes se montrent surtout lorsqu'on applique l'appareil de scultet, nous pensons qu'ils sont le résultat, non-seulement de l'action des irrigations, mais encore de la gêne qu'éprouve le retour du sang veineux vers le cœur.

Lorsqu'un filet peu considérable tombe sur un membre enveloppé d'un appareil de scultet, la température est à peine modifiée, lorsqu'on défait le bandage; on trouve que la température de la partie malade est un peu plus basse que celle des parties voisines; mais, quoique l'épaisseur des couches de linge diminue beaucoup l'action de l'eau froide, on voit cesser les douleurs dont la partie malade était le siége, et tant que dure l'écoulement de l'eau, le malade n'éprouve dans ce point aucune sensation désagréable de chaleur.

Dans les cas les plus heureux, comme dans l'observation troisième de ce mémoire, et dans celle de M. Rognetta, les accidens inflammatoires sont nuls ou presque nuls; la tuméfaction diminue, les plaies se cicatrisent, et quoique le foyer de la fracture (Obs. III°) ait communiqué avec l'air extérieur, les os peuvent se réunir, pour ainsi dire, par première intention; c'est-à-dire, sans qu'il y ait eu exfoliation préalable des extrémités des fragmens.

Mais, lorsque la contusion des parties molles a été violente, que les os sont réduits en plusieurs fragmens, que leurs extrémités sont dénudées de leur périoste, une inflammation locale se développe; mais elle est modérée par l'action des irrigations; les lèvres de la plaie sont rouges et enflammées; mais, si le pus ne séjourne pas, le malade ressent à peine de la chaleur, et la douleur est souvent tout à fait nulle.

Il ne faut pas croire qu'avec un jet d'eau d'une ligne de diamètre, on obtienne un refroidissement considérable; on agit donc, moins en abaissant beaucoup la température de la partie blessée, qu'en la plaçant dans un bain tempéré, dont la température est moins élevée que celle du corps, qui, sans s'opposer à la circulation des fluides, les empêche de se porter en trop grande quantité vers le membre malade.

M. Rognetta croit avoir remarqué chez les deux malades qui ont été soumis à son observation, que pendant les trente premiers jours, les malades ne sentent point l'action du froid, tandis que plus tard ils commencent à sentir que leur membre est froid et mouillé.

B. DES ACCIDENS QUI SURVIENNENT PENDANT LE TRAITEMENT DES FRACTURES PAR LES IRRIGATIONS.

Quoique les accidens qui se manifestent très fréquemment pendant la durée du traitement des fractures soient modérés par l'emploi des irrigations d'eau froide, ils sont néanmoins assez graves et assez nombreux. Nous ne parlerons que de ceux que nous avons observés; mais avant de nous occuper de chacun d'eux en particulier, nous allons établir les indications générales qui ressortent des faits que nous avons recueillis, et nous indiquerons les moyens qui paraissent propres à les prévenir.

Une des premières indications à remplir, est de réduire la fracture et de placer le membre dans une position telle, que les fragmens ne puissent pas jouer l'un sur l'autre, et que les principaux muscles qui viennent s'attacher aux fragmens soient, autant que possible, dans le relâchement.

D'autre part, il faut éviter de placer autour du membre un appareil qui puisse gêner la circulation veineuse, et comprimer les parties contuses, qui n'ont que trop de tendance à se gangrener.

Enfin, il faut faire en sorte que les tégumens placés au niveau d'une saillie osseuse ne supportent pas pendant trop long-temps le poids d'une partie du membre blessé.

Les deux premières indications paraissent difficiles à remplir; cependant, nous pensons que dans beaucoup de cas, on peut satisfaire à nos exigences sans trop de difficulté. Ainsi, chez les malades qui font le sujet des observations III, IV et V de ce mémoire, il n'y avait pas de tendance au déplacement, et l'on aurait pu se dispenser, au moins pendant les premiers jours, du bandage de scultet. Voilà, du reste, l'appareil qui nous paraît le plus convenable pendant la première quinzaine du traitement des fractures de jambe.

Une gouttière en fer blanc est suspendue, à l'aide de six cordes disposées par paires, qui viennent s'attacher deux à deux, à trois anneaux fixés au plafond, ou à une traverse en bois, supportée par les tringles du ciel de lit. On obtiendra ainsi un support mobile qui suivra les mouvemens du malade, comme le fait la planchette mobile de M. Mathias Mayor (1).

La gouttière sera légèrement inclinée, pour que l'eau puisse s'écouler facilement.

Une toile cirée mince, placée au-dessous de la gouttière, embrassera

(1) Il est indispensable de placer au-dessous de la cuisse et du creux du jarret une pile de coussins qui empêchent cette dernière partie de porter sur le bord postérieur de la gouttière.

---

nouvelles admissions parmi ceux de leurs confrères qu'ils jugeront dignes de devenir sociétaires, les membres de la commission n'auront réellement chacun que fort peu de visites à recevoir ou à rendre; puisqu'en supposant même que nous acquérions cette année une cinquantaine de nouveaux souscripteurs, il ne se trouverait guère, selon toute probabilité, plus de 7 à 8 membres dans les attributions de chaque commissaire.

Devons-nous, d'ailleurs, Messieurs, désirer bien ardemment que notre association se recrute indéfiniment? Le choix n'est-il pas encore à préférer au nombre? Ne peut-on pas appliquer aux hommes ce que Baglivi disait des observations : c'est-à-dire qu'il vaut mieux les peser que les compter?

C'est au zèle de l'un des membres actuels de la commission, M. le docteur Vosseur, qu'est due la proposition qui a amené la suppression définitive de la dépense annuelle de 600 f., accordée jusqu'ici à titre d'indemnité à M. le trésorier.

Se fondant sur des antécédens qui prouvaient que plusieurs cotisations arriérées avaient été facilement recouvrées par les soins officieux de divers membres de la commission, trouvant d'ailleurs un grand avantage, sous le rapport de la propagation de notre œuvre, à multiplier autant que possible les relations des membres de l'association entre eux, et même avec les confrères encore étrangers à notre société, l'auteur de la proposition a facilement démontré qu'il était contraire à toutes les règles d'une bonne administration (surtout dans une œuvre de philantropie), de consacrer une somme qui fait plus de la moitié de nos dépenses, et qui dépasse celle accordée en secours, aux frais de recouvrement des souscriptions.

Comme on le conçoit facilement, la proposition de M. Vosseur a été accueillie avec une grande faveur dans le sein de la commission générale. Nous n'avons pas voulu cependant consacrer, séance tenante, une innovation de cette importance; ce n'est que dans la séance suivante, après une convocation expresse de tous les membres de la commission, et à la suite d'une discussion que la suppression de l'indemnité de 600 fr. a été votée : en sorte qu'aujourd'hui, toutes les fonctions sont gratuites et purement philantropiques dans une association dont l'esprit de charité et de confraternité a toujours fait la base.

... Les demandes de secours ont été cette année moins multipliées que de coutume; nous avons aujourd'hui beaucoup moins souvent l'occasion de repousser comme indignes ou comme étrangères à nos attributions, des demandes qui, dans les premiers temps de notre association, se présentaient souvent sans être appuyées d'aucun titre solide. Votre commission a compris de bonne heure que c'est en restreignant le cercle de ses charités qu'elle pourrait mieux placer celles-ci et les rendre plus fructueuses.

Bientôt, s'il arrivait que quelque circonstance malheureuse vînt frapper un de nos souscripteurs, nous serions en mesure de fournir à lui ou à sa famille, des secours dignes de l'esprit qui nous anime et qui a créé notre société. Pour atteindre ce but si louable, il faut nécessairement que nous continuions à montrer quelque sévérité dans l'admission des demandes, et que nous économisions dans le présent, afin de fonder un établissement solide dans l'avenir.

N'oublions pas, d'ailleurs, Messieurs, qu'en instituant cette association, nous n'avons pas eu seulement en vue les besoins matériels de notre profession; mais encore, s'il m'est permis de m'exprimer ainsi, ses besoins moraux.

A cette occasion, je ne manquerai pas d'exprimer ici le vœu (déjà émis dans le sein de la commission), que les familles des membres qui viennent à succom-

le membre, au-dessus de la partie qui reçoit les irrigations, et empêchera le lit d'être mouillé par l'eau qui tombera sur les côtés de la gouttière.

Le coussin, placé immédiatement au-dessous du membre malade, devra être aminci au niveau des saillies osseuses, pour que les tégumens qui les recouvrent ne soient point exposés à une compression trop considérable, qui pourrait en déterminer la gangrène.

Deux coussins courts, mais assez larges, seront placés sur les parties latérales du genou, et des compresses languettes, placées par dessus, serviront à fixer cette partie de chaque côté, a des ouvertures pratiquées vers la partie la plus reculée des bords de la gouttière.

Ce bandage servira de point d'appui, lorsqu'on voudra exercer un certain degré de traction sur le pied.

Ce dernier organe sera enveloppé d'un bandage roulé, et deux chefs de bande qui se détacheront du bandage au niveau des malléoles seront attachés à une traverse transversale, allant d'un bord de la gouttière à l'autre, et permettront de pratiquer sur le pied un léger degré d'extension, qui s'opposera aux déplacemens, suivant la longueur.

La double attache qui fixe l'extrémité inférieure du membre à la traverse l'empêchera de vaciller.

Le bandage roulé qui entoure le pied prévient le gonflement, l'œdème, et, jusqu'à un certain point, le refroidissement de cette partie; la demi-flexion de la jambe sur la cuisse rend très difficiles les mouvemens étendus de cette partie; elle met en outre les muscles qui s'attachent aux fragmens dans un état de relâchement presque complet.

On conçoit que cet appareil doit varier, suivant la partie qui a été lésée.

Arrivons maintenant aux accidens qui sont plus spécialement l'objet de ce paragraphe.

1° *De la douleur*.—Nous insisterons peu sur ce symptôme; car presque constamment l'application des irrigations d'eau froide suffit pour faire disparaître promptement les douleurs souvent très vives dont les membres fracturés sont le siége. Cet effet a surtout été très remarquable chez le malade qui fait le sujet de l'observation septième. C'est une indication importante que de faire cesser cet accident, qui attire les fluides vers la partie malade (*ubi dolor ibi fluxus*), et favorise le développement de l'inflammation; et quand bien même les irrigations n'auraient d'autre effet que de faire cesser ces symptômes, elles seraient déjà un moyen thérapeutique très important.

2° *De la paralysie*.—Nous avons observé dans un seul cas (Obs. VII.) une paralysie partielle. Le malade dont il est question nous a offert une abolition complete de la sensibilité dans les parties de la main, qui reçoivent leurs nerfs du cubital. La paralysie du petit doigt et de la moitié interne de l'indicateur, qui étaient complètes à l'époque de l'accident, s'est transformée plus tard en un engourdissement voisin de la paralysie.

3° L'œdème du pied, de la main et de l'avant-bras s'observent souvent, surtout lorsque la jambe ou le bras sont entourés d'un appareil de scultet. On néglige trop souvent de placer un bandage roulé autour de ces parties, et la tuméfaction qui en est la suite, exige souvent une compression long-temps prolongée; cependant, nous ne pensons pas que l'œdème qui succède souvent aux fractures compliquées, soit, dans tous les cas, uniquement l'effet des causes que nous venons de signaler.

Nous avons vu que, chez Rousseau, les veines de la jambe étaient oblitérées; nous sommes porté à croire que les contusions, les déchirures d'un certain nombre de ces vaisseaux, que le voisinage d'un foyer d'inflammation, deviennent souvent une cause de phlébite adhésive, et, par suite, déterminent l'oblitération des canaux veineux placés dans le voisinage de la fracture.

Cette oblitération, en rendant moins facile le retour du sang veineux vers le cœur, favorise le développement de l'hydropisie du tissu cellulaire du pied et de la main, et quelquefois même l'induration de ce tissu.

La compression long-temps employée est le seul moyen qui ait quelqu'efficacité pour combattre cet état morbide.

4° *De l'inflammation des parties qui environnent la fracture.* — Lorsqu'une partie présente des aponévroses fortes et résistantes qui entourent les organes qui en forment les couches profondes, on recommande, lorsqu'on craint le développement d'une inflammation des tissus placés au-dessous de ces lames fibreuses, de débrider pour empêcher la phlogose de se compliquer d'étranglement. Cette méthode rationnelle est très applicable aux cas qui nous occupent, et nous l'avons vue réussir chez le malade dont M. Fleury fils nous a transmis l'histoire. Mais ce débridement exige certaines précautions. Il faut prendre garde de mettre à nu les os fracturés, et de faire communiquer avec l'air extérieur, le foyer de la fracture, lorsque ce foyer ne communiquait pas au moment de l'accident.

Lorsqu'un foyer se développe autour des os fracturés, on doit se hâter de l'ouvrir, pour éviter que le contact du pus ou l'extension de l'inflammation au périoste ne dénude les os dans une grande étendue. Plusieurs observations de fractures compliquées et d'amputations, que nous avons suivies avec beaucoup de soin, nous ont convaincu que le séjour du pus autour des os est une cause de destruction du périoste et par suite de nécrose.

Presque toujours la formation des abcès est annoncée par des frissons et de la fièvre; cependant l'absence de ces symptômes ne doit pas laisser le chirurgien dans un état complet de sécurité.

Pendant la cicatrisation de ces foyers purulens, on doit veiller à ce que les produits de la suppuration aient une issue facile; sans cela ils s'accumulent vers l'un des angles de la plaie, et donnent lieu à des décollemens qui retardent la guérison (obs. IV[e] et VI[e]).

5° *De la phlébite.* — La phlébite purulente est un accident heureusement très rare, qui a été la cause de la mort du nommé Rousseau. La disposition du caillot dans la veine crurale ne pouvait pas empêcher le pus contenu dans la veine poplite de passer dans le torrent circulatoire. Ce caillot paraissait de date récente; il était en partie formé par du sang noir coagulé, en partie par de la fibrine offrant les caractères que présente celle qu'on trouve dans le cœur. Nous attribuons au passage du pus dans le sang la fièvre purulente, qui chez ce malade a occasioné les abcès métastatiques, la pleurésie et l'arthrite purulentes, qui ont hâté l'époque de la mort de ce malade. Les auteurs ont expliqué le développement des abcès métastatiques en admettant une inflammation des veines capillaires du poumon ou un dépôt du pus en nature dans les aréoles du tissu pulmonaire. Mais ces théories ne sont pas admissibles, car elles ne comprennent point les inflammations, ou mieux, les secrétions de pus qui se forment souvent avec une grande rapidité, et quelquefois sans symptômes locaux précurseurs, dans les synoviales et les cavités sereuses splanchniques.

6° *De la gangrène.* — Nous n'avons observé la gangrène au niveau

---

ber, veuillent bien nous donner occasion de rendre aussi les derniers honneurs à nos co-sociétaires.

Plusieurs membres qui étaient en même temps donateurs sont décédés cette année : parmi eux, je vous citerai les noms bien connus de :

Louyer-Villermay, qui a montré tant de zèle dans les premières réunions qui ont préludé à la formation de cette société;

Denois, dont la renommée populaire est venue prêter appui à notre institution, et qui, dans une circonstance solennelle, s'est empressé de déposer le premier, entre nos mains, une offrande considérable, pour subvenir aux frais d'un procès qui tendait à compromettre les intérêts de notre profession, et qui avait vivement excité le zèle de l'association de prévoyance des médecins de Paris (1);

Alibert, ce professeur célèbre, qui entreprit, le premier, de faire de l'hôpital Saint-Louis, un monument d'instruction et de salut... en récompense de quoi nous sommes menacés aujourd'hui de voir supprimer (malgré les efforts de notre président) une place aussi utile au soin des malades qu'au besoin de l'enseignement;

Desgenettes, dont la réputation était européenne;

Deyeux, qui, à la fin d'une longue carriere, n'a pas négligé de s'associer à nos efforts;

Rullier, médecin de l'hôpital de la Charité..., et parmi les praticiens moins célèbres, mais non moins recommandables, qui forment le soutien le plus solide de notre société, les docteurs Gerfaux, Hedeloffer, Levacher de la Feutrie, Magistel, Voisenet.

Soutenus comme nous le sommes par le puissant appui de notre président, comptant dans nos rangs l'élite des professeurs de cette faculté, nous recrutons surtout parmi ce que la capitale offre de plus honorable dans le corps des médecins de Paris, croyez-vous donc, messieurs, que nous ne pourrions pas au besoin élever notre voix dans les circonstances publiques ou privées qui intéressent l'honneur ou la dignité de notre profession?

Qui de nous ne se souvient, par exemple, des fonctions publiques que l'autorité nous a imposées GRATUITEMENT durant l'epidémie du choléra, et du caractère public qu'on nous dénie, alors qu'il s'agit de subir le service (réellement incompatible avec nos devoirs) de la garde nationale, ou l'impôt humiliant et onéreux de la patente, ou même lorsque nous croyons devoir demander à l'autorité la sanction légale de notre société de prévoyance?

De l'excès du mal naîtra peut-être un jour le remède!

Déjà quelques-uns des vœux exprimés par notre association et publiés par ses soins (1) ont reçu un commencement de satisfaction. Grâce à l'intervention élevée de notre président, plus de rigueur est apportée dans les examens qui mènent au doctorat, plus de garanties sont exigées pour l'instruction, plus d'étendue et d'universalité sont données à l'enseignement; quelques restriction-

(1) Voir le compte-rendu de l'assemblée générale extraordinaire tenue le 25 septembre 1834, à l'occasion de l'affaire Thouret-Noroy, dans les cahiers de septembre et octobre 1834 de la *Revue Medicale*.

(1) Voir le rapport de M. le docteur Jolly, inséré dans le numéro de juin 1834 de la *Revue Medicale*.

des parties soumises à l'action des irrigations que dans deux cas (obs. V et VI), et encore nous devons rappeler que les escarres ne se sont montrées que dans les points qui avaient été fortement contus; aussi partageons-nous complètement l'opinion de M. Berard jeune, qui pense que la mortification des tissus est extrêmement rare et ne s'observe dans les parties, même soumises au courant d'eau froide, qu'autant que celles-ci ont été désorganisées. Les seuls moyens que l'on puisse employer pour prévenir cet accident sont d'éviter de comprimer les parties contuses et de ne pas diriger sur elles le jet d'eau froide.

Quant aux escarres du talon, on les évitera en ayant soin de ne prolonger le coussin principal que jusqu'à l'extrémité inférieure du tendon d'achille, en plaçant un petit coussin très mince au niveau du creux qui existe au-dessous du tendon du triceps de la jambe.

7° *Fistules et nécroses.* — Souvent, à la suite des fractures compliquées, un certain nombre de plaies restent fistuleuses; il faut se garder d'en provoquer trop tôt la cicatrisation, car elles aboutissent fréquemment une partie osseuse nécrosée. Ces nécroses des os, qui gênent et retardent la formation du cal, prolongent souvent beaucoup le traitement des fractures qui nous occupent. Dans l'observation 4e, les équestres se sont détachés au bout de trois mois; mais dans les observations IVe et Ve, ce n'est qu'après cinq ou six mois que l'élimination des os mortifiés a été achevée. Du reste, lorsque ces espèces de corps étrangers sont expulsés, ordinairement la guérison de ces fistules ne se fait pas attendre long-temps.

8° *De l'ankylose.* — Quoique les malades soient condamnés à un repos de plusieurs mois, on observe rarement des ankyloses complètes, parce que l'appareil, ne s'étendant qu'à la partie du membre qui est le siége du mal, n'empêche pas complètement le jeu des articulations placées au-dessus et au-dessous. Mais il arrive souvent que les mouvemens des articulations sont douloureux et peu étendus.

9° *Des déplacemens.* — Nous nous serions abstenu de parler des déplacemens des fragmens osseux, si la méthode adoptée par M. Breschet, méthode qui n'est pas assez généralement suivie, ne nous avait paru offrir de très grands avantages. Quelques chirurgiens, lorsqu'ils pansent des fractures de jambe, par exemple, laissent la jambe étendue sur la cuisse au moment où ils appliquent l'appareil. M. Breschet, au contraire, fait varier la position du membre malade suivant le siége de la fracture et la direction dans laquelle les os ont de la tendance à se déplacer. Il paraît surtout s'attacher à mettre dans le relâchement les muscles qui peuvent agir sur les os fracturés.

Ainsi, dans les fractures de jambe, cette partie du membre pelvien est fléchie sur la cuisse, presque à angle droit, et l'on place ainsi dans le relâchement les muscles jumeaux de la jambe et les muscles fléchisseurs qui viennent se fixer au péroné et au tibia. Cet état de relâchement des muscles facilite beaucoup la réduction de la fracture et dispense le chirurgien d'avoir recours à des moyens d'extension considérables.

La manière dont on place le membre fracturé doit varier avec la tendance au déplacement. Si les fragmens tendent à se porter en avant, de nombreux coussins superposés sont ramenés au-dessous du jarret et forment un plan horizontal, sur lequel doit reposer la face postérieure de la jambe malade. L'attelle antérieure du bandage de scultet agit alors très efficacement pour empêcher les fragmens osseux de se porter en avant. Cette position du membre convient aussi lorsque le déplacement tend à se faire en dehors ou en dedans.

Mais lorsque l'angle qui résulte de la rencontre des extrémités osseuses se dirige en arrière, la jambe, également fléchie, placée sur un coussin, doit reposer sur son côté externe, et l'attelle interne de l'appareil, se trouvant appliquée sur le mollet, empêche les os de se porter en arrière. Ces règles générales, qui doivent varier suivant le membre qui a été fracturé, et qui sont surtout applicables aux fractures simples, doivent aussi servir de guide au chirurgien, lorsqu'il s'agit de traiter des fractures compliquées; mais elles ne doivent être mises en usage que lorsque la consolidation commence, et surtout lorsque l'on a cessé les irrigations et que les accidens inflammatoires ont presque complètement disparu.

C. DESCRIPTION DE L'APPAREIL ET SOINS A DONNER AUX MALADES ATTEINTS DE FRACTURES COMPLIQUÉES.

Le malade est couché dans la supination, sur un lit, entre les matelas duquel on a placé une planche, afin qu'il ne se forme pas de creux au niveau de la partie inférieure du tronc.

Le membre malade est placé sur un coussin, dans une gouttière de fer blanc, qui, pour la cuisse, est supportée par un plan légèrement incliné, formé par des coussins. Pour la jambe et le bras, on peut également soutenir la gouttière, à l'aide de paillassons remplis de balle d'avoine, ou bien avoir recours au procédé que nous avons indiqué plus haut. Lorsqu'il s'agit de la jambe, la gouttière doit être placée assez haut pour que cette partie soit presque fléchie à angle droit sur la cuisse. On a soin de placer au-dessous de ce conduit métallique une toile cirée très mince, qu'on attache autour de la partie supérieure du membre malade; elle sert à recevoir l'eau qui s'échappe sur les côtés de la gouttière; cette toile, qui doit se prolonger jusque au-delà de l'extrémité inférieure du membre, sert à former vers la partie la plus déclive de la gouttière une espèce de canal qui conduit l'eau qui a servi aux irrigations, dans un réservoir.

Le membre fracturé étant ainsi disposé, on procède à la réduction de la fracture, et pendant que des aides maintiennent le pied et le genou, on place autour de la partie malade un appareil de scultet peu serré, dont toutes les pièces ont été préalablement mouillées avec de l'eau froide. On a soin de ne pas placer de coussin sur la partie antérieure du membre, pour que l'eau pénètre plus facilement.

Quelquefois même M. Breschet ne place point immédiatement le bandage; le chirurgien n'en doit pas moins réduire la fracture, et la maintenir à l'aide de l'appareil que nous avons indiqué dans le paragraphe précédent.

L'appareil étant ainsi disposé, on suspend au ciel du lit, ou au plafond, un seau plein d'eau, dans lequel on plonge un syphon métallique à robinet, ou un syphon formé par un simple tube en verre, recourbé. Le diamètre du jet d'eau doit être d'une ligne à une ligne et demie.

On met l'appareil en jeu, en aspirant par l'extrémité externe du syphon, l'air contenu dans son intérieur, de manière à faire le vide, et le courant d'eau s'établit. Il doit être continu; pour obtenir ce résultat, il faut avoir soin de remplir le seau avant que le niveau de l'eau atteigne l'extrémité interne du syphon.

Il faut éviter que le jet d'eau tombe de trop haut, et faire en sorte que ce liquide se répande sur tout le membre malade, le plus promptement

---

sont enfin apportées au scandaleux abus des brevets d'invention, prodigués à une foule de charlatans, et à l'abus non moins déplorable des permis d'exercer délivrés aux étrangers, sans aucun examen préalable.

N'hésitons pas à blâmer hautement ces médecins de salon qui entreprennent des cures mystérieuses et qui réclament des honoraires moufs; remercions notre président d'avoir provoqué une mesure récente, qui, il faut l'espérer, n'est encore qu'un premier pas fait dans une voie où il reste beaucoup à faire.

Déjà, messieurs, il m'est arrivé, il est vrai, d'encourir la responsabilité de paroles de blâme, prononcées dans le sein de vos assemblées... Mais je ne me croirais pas interprète fidèle de vos sentimens, je ne me croirais pas digne des fonctions que vous m'avez confiées, si je ne répétais tout haut, et mû uniquement par la loyauté de ma conscience médicale, ce que j'ai pu recueillir de vos jugemens et de vos opinions dans tout ce qui intéresse la dignité de notre profession, les besoins de notre art et l'avenir de cette association (1).

CHIRURGIE VÉTÉRINAIRE.

— M. Ciolo, vétérinaire distingué à Padoue, vient d'opérer et de guérir une fistule œsophagienne chez un cheval. Voici le fait.

Un jeune cheval portait depuis long-temps une fistule au cou, par suite d'un abcès traumatique sur cette partie. Elle existait au côté gauche, à quatre pouces au-dessus du sommet de la poitrine; son diamètre était égal à celui d'un centime. M. Ciolo, assisté de plusieurs confrères, fait coucher et tenir convenablement l'animal, introduit une sonde cannelée, et pratique une incision longitudinale dans tout le trajet; de la matière alimentaire, qui était retenue dans le fond de la fistule, s'écoule abondamment au-dehors. L'opérateur dissèque les bords de cette incision et arrive par degrés jusqu'à l'œsophage, qu'il met à découvert; ce canal offre une ouverture de plus d'un pouce; la muqueuse du fond de cette ouverture est couverte de végétations, ayant chacune le volume d'une cerise, et plusieurs étant agglomérées et ulcérées; il excise une grande partie de ces végétations et en cautérise fortement la base à l'aide du nitrate d'argent, et rafraichit ensuite les bords de la brèche œsophagienne, à l'aide de ciseaux. Le pansement a consisté dans l'application d'un appareil à attelles (*apare-kio a ste-ke*) dont le but était de comprimer doucement la brèche et de favoriser le cours des matières alimentaires par leur voie naturelle. Les bords externes de la plaie ont été maintenus béans, afin que la réunion commençât du fond.

L'animal n'a pas donné de signes d'une grande douleur pendant l'opération. On pratique le même jour une saignée de quatre livres.

Le lendemain on change l'appareil; injections adoucissantes et topiques émolliens; pour tout aliment des pâtées avec du bouillon d'os de bœuf, de farine d'orge, de seigle, d'avoine et de fèves. Boissons tartarisées et nitrées.

Les jours suivans, le fond de la plaie se resserre; on touche souvent avec le nitrate d'argent. La cicatrisation est progressive de dedans en dehors. Guérison complète après un mois et demi de traitement. La guérison a eu lieu par granulation, comme on le voit, et non par première intention.

(1) Dans cette séance, M. Orfila a été réélu président, M. Fouquier vice-président, et M. Gilbert secrétaire-général.

possible; pour obtenir ces deux résultats, on attache autour de l'extrémité externe ou inférieure du syphon, une mèche de gros fil, dont on étale les brins sur le membre blessé; ces fils, qui servent de conducteurs au filet d'eau, le divisent et le répandent rapidement sur une grande surface; on évite ainsi de refroidir trop fortement une portion circonscrite des tégumens qui recouvrent les os fracturés.

On fait varier le diamètre du filet d'eau à l'aide du robinet dans le syphon métallique, et en plaçant un bouchon dans l'extrémité inférieure du syphon de verre. L'ouverture dont nous venons de parler doit être d'autant plus grande qu'on veut obtenir un refroidissement plus considérable.

La température de l'eau employée doit varier entre 10 et 15 degrés. On conçoit qu'en hiver il faut bien se garder de se servir de l'eau de rivière, dont la température est quelquefois voisine de zéro.

Nous avons déjà fait remarquer le double inconvénient qu'il y a à envelopper le membre fracturé dans un appareil de scultet, on détruit en partie l'action des irrigations, et l'on exerce sur les parties contuses une pression fâcheuse. Aussi, préférons-nous appliquer ce bandage seulement, per de jours avant l'époque présumée de la consolidation. On peut donc, avec avantage, laisser couler l'eau froide directement sur le membre malade, après l'avoir simplement enveloppé dans des compresses, pendant les quinze premiers jours; mais l'on doit toujours avoir soin de maintenir les fragmens réduits, à l'aide d'un appareil convenable; car il arrive quelquefois que la consolidation devance les prévisions du chirurgien.

Lorsque les accidens inflammatoires sont calmés, et surtout lorsqu'on voit arriver l'époque de la consolidation, il convient de placer un appareil de scultet, qui doit présenter le moins d'épaisseur possible; les coussins latéraux devront être très étroits, pour que l'eau puisse pénétrer plus facilement jusqu'aux parties malades. On évitera surtout de comprimer les parties contuses. Les plaies seront pansées avec soin tous les deux jours, et, à chaque pansement, on devra examiner si le pus ne séjourne pas dans le foyer de la fracture, s'il ne se forme pas des abcès; cet examen doit être très minutieux lorsque le malade éprouve des frissons et un redoublement de fièvre. Pendant ces pansemens, le membre est maintenu par des aides dans un état complet d'immobilité. L'on ne doit le soulever que quand il est nécessaire de changer complètement l'appareil.

On peut laisser le même appareil pendant huit à douze jours, suivant l'abondance de la suppuration.

Quant au temps pendant lequel il convient de continuer les irrigations, on ne peut établir aucune limite précise. Chez la femme de la troisième observation de ce mémoire, on a pu les cesser au bout de quinze jours; il en a été de même chez un malade de la salle Sainte-Jeanne, auquel on a appliqué ensuite l'appareil de M. Seutin; dans d'autres cas, ce moyen a été continué pendant 41 jours (Obs. V, VI et VII), et même pendant 75 j. (Obs. IV.) Elles doivent être employées jusqu'à ce que les accidens inflammatoires locaux et généraux aient cessé. Lorsqu'il ne se forme plus d'abcès, que les plaies marchent vers la cicatrisation, que la fièvre a complètement disparu, on diminue peu à peu le diamètre du filet d'eau, et, au bout de quelques jours, on peut se contenter de panser à sec. Du reste, le bandage de scultet doit être continué jusqu'à ce que la consolidation soit complète. Une indication qui nous paraît très importante et sur laquelle nous insistons, c'est de faire couler les irrigations sans aucune interruption, jusqu'à l'époque de leur cessation définitive.

Les détails dans lesquels nous sommes entré paraîtront peut-être minutieux à quelques personnes; mais je suis convaincu qu'ils seront utiles aux praticiens qui voudront avoir recours au moyen thérapeutique qui fait le sujet de ce mémoire.

Nous croyons inutile de faire ici l'éloge des irrigations; les faits que renferme ce mémoire parlent plus haut que tout ce qu'on pourrait dire, et nous nous bornerons à engager les chirurgiens à employer un moyen thérapeutique dont l'efficacité est démontrée, non-seulement par les heureux résultats qu'en a obtenus M. Breschet, mais encore par les succès qu'il a procurés à MM. Josse et Bérard jeune (1).

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

I. ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

Les cahiers d'octobre et de novembre contiennent les articles originaux suivans: 1° *Mémoire sur la résection des ulcères qui succèdent à de petits abcès sous-cutanés*, par M. Bonnet, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon; 2° *Considérations sur le traitement des maladies syphilitiques*, par M. Lesauvage, professeur à l'école de médecine de Caen. Ce travail a pour but de confirmer les nouvelles idées sur la non spécificité de la syphilis et la bonté du traitement entièrement antiphlogistique, conseillé par l'école Broussaissienne; 3° *Observations d'inflammation de la carotide interne, avec ramollissement du cerveau*, suivie de réflexions sur cette affection, par M. Gély, médecin à Nantes, 4°. *Recherches physiologiques sur les sensations en général*, par M. Gerdy. Ce travail n'est pas susceptible d'analyse; 6° *Remarques sur les accouchemens dans les positions occipito-postérieures du sommet de la tête*; par M. Guillemot; 6° *De l'hydrosudopathie*, par M. Fleury.

MÉMOIRE SUR LA RÉSECTION DES ULCÈRES QUI SUCCÈDENT A DE PETITS ABCÈS SOUS-CUTANÉS, par M. BONNET, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Dans le traitement des plaies, solutions de continuité qui reposent sur des parties saines, et secrètent une matière qui tend à s'organiser, l'art se borne à éloigner les causes qui pourraient empêcher cette organisation. Dans celui des ulcères son rôle est plus étendu. Ces derniers reposent sur des parties malades, et ne serrétent qu'imparfaitement la matière organisable. Il ne suffit pas d'en éloigner ce qui pourrait troubler cette matière dans son organisation; il faut avant tout les amener à la produire. Pour atteindre ce but, les modificateurs suffisent d'ordinaire; mais lorsqu'ils sont impuissans, que l'ulcère ne guérit point, ou tend à s'agrandir, comme dans le cas où il repose sur une base squirrheuse, l'art n'hésite point, il enlève toutes les parties malades, et convertit ainsi l'ulcère en plaie. Cette substitution d'une plaie à un ulcère, d'une solution de continuité reposant sur des parties saines, à une solution de continuité reposant sur des parties malades, est un des principes les plus généralement appliqués dans la chirurgie pratique. M. Bonnet vient d'en faire la plus heureuse application au traitement des ulcères qui succèdent à certains petits abcès sous-cutanés. Les abcès auxquels l'auteur fait allusion dans ce travail sont ceux qui se rattachent à des maladies constitutionnelles, telles que la scrofule, la syphilis, les fièvres intermittentes, etc. Ils sont ordinairement de petit volume, comme on sait, existent en grand nombre, et laissent à leur suite un fond ulcéreux avec décollement de la peau, et sont souvent d'une guérison fort difficile, à l'aide des seuls modificateurs conseillés par les auteurs. Les caustiques, la compression et le traitement général qu'on emploie communément ne réussissent pas toujours, et lorsque leur emploi est des plus heureux, la guérison complète se fait toujours très longtemps attendre. M. Bonnet a trouvé qu'après le traitement général ces sortes d'ulcères guérissent radicalement, et avec une rapidité surprenante, si l'on excise toute la surface malade, de manière à convertir en une plaie simple et saignante la solution ulcéreuse de la peau. Il ébarbe la partie malade, comme Dupuytren enlevait la matrice de l'ongle, alors qu'elle était ulcérée. Laissons parler l'auteur.

« Voici comment je procède, dit-il, sur la jambe, par exemple: je commence par explorer avec soin le nombre des ulcères; dans le centre de chacun d'eux j'introduis un stylet; je soulève, avec sa pointe, la peau décollée, et je reconnais l'étendue des décollemens; partout où se manifeste une légère élévation, je cherche si je ne reconnaîtrai point de fluctuation; quand celle-ci est distincte, que la peau est violette, je me propose d'enlever la surface et le fond de l'abcès; si la fluctuation est obscure, si la peau conserve encore sa sensibilité et son épaisseur naturelles, il suffit de faire une simple incision. Le nombre et l'étendue des résections que j'ai à faire étant bien connus par cette exploration, je fais placer la jambe sur un drap plié en plusieurs doubles, car l'effusion du sang est toujours considérable, et je circonscris chaque ulcère par deux incisions semi-elliptiques, tracées dans la partie saine; glissant ensuite mon bistouri à plat, à travers l'une de ces incisions, je le passe au-dessous du fond de l'ulcère, que je détache ainsi que la peau décollée. Dans le commencement, je cherchai à saisir, avec une pince, les parties que j'avais circonscrites; mais, comme elles se déchiraient toujours, tant elles étaient ramollies, j'ai abandonné les pinces, et ne me sers plus que du bistouri. Je répète ces petites opérations autant de fois que l'exige le nombre des ulcères, ce qui peut aller jusqu'à quinze ou vingt résections, et demande plus d'un quart d'heure. Je couvre avec de la charpie sèche toutes les plaies que j'ai faites, et je ne l'enlève que trois ou quatre jours après; je panse ensuite avec des bandelettes de diachylon, ou des compresses de vin aromatique. Dans les ulcères de la face, n'osant aller aussi profondément qu'à la jambe, et laissant ainsi une partie encore infiltrée de pus, j'ai achevé de détruire

(1) Nous avons oublié d'indiquer dans la première partie de ce travail le mémoire de M. Josse, inséré dans la GAZETTE MÉDICALE de 1835, p. 17.

celle-ci, en la recouvrant, quelques jours après l'excision, d'une couche légère de pâte arsénicale. »

Plusieurs faits viennent à l'appui de la pratique qui précède. Nous reproduisons le suivant, qui nous paraît des plus intéressans.

ULCÈRES MULTIPLES A LA JAMBE AVEC OEDÈME, TRAITÉS INUTILEMENT PAR DES MÉDICATIONS DIVERSES; EXCISION; GUÉRISON PROMPTE.

Une jeune personne, âgée de 20 ans, de tempérament sanguin, avait eu, dès l'âge de 15 ans, des fièvres intermittentes plusieurs fois répétées. La cessation de ces fièvres fut marquée par l'apparition à la jambe droite d'un grand nombre de petits abcès sous-cutanés et d'ulcères consécutifs. Le mal envahit successivement la peau de toute cette partie du membre et ne disparut que deux ans après. Les fièvres intermittentes se renouvelèrent alors, c'est-à-dire à l'âge de 17 ans, pour se dissiper de nouveau un an après. A cette époque les règles parurent pour la première fois, et les ulcères, suite de suppuration sous-cutanée, se déclarèrent dans les deux jambes, mais surtout dans la jambe droite, qui, jusque là, n'avait pas été affectée.

Six mois après, la malade entra à l'hôpital de Roanne. La lésion parut si grave et résista si obstinément aux moyens employés, qu'après quelques mois de séjour l'amputation de la jambe fut proposée. La jeune fille effrayée alla à l'hôpital de Lyon; elle avait 19 ans.

La jambe droite était augmentée de volume dans toute son étendue et sur toutes ses faces. Le tissu cellulaire sous-cutané était à cet état lardacé que produisent les inflammations chroniques. Il unissait étroitement les aponévroses et la peau. La surface de cette membrane, recouverte de dix-huit ulcères, offrait tous les degrés ci-devant indiqués. Dans plusieurs points l'on sentait des fluctuations bornées, qui annonçaient la présence d'un peu de suppuration, dont l'issue serait bientôt suivie d'une ulcération nouvelle; dans d'autres, une portion de peau violette et décollée laissait apercevoir une petite perforation à son centre. Ailleurs, l'ulcération s'était étendue et avait détruit des perforations plus ou moins considérables de peau, laissant à nu un fond ramolli, fongueux et infiltré de pus.

M. Bonnet a, pendant six mois, inutilement employé les applications de vin aromatique, généralement en usage à l'hôpital de Lyon dans le traitement des ulcères; les pansemens à la Baynton, à l'aide de bandelettes compressives de diachylon, les douches de vapeur, les frictions sur le membre avec la pommade ophthalmique de Janin, la pommade mercurielle, les fumigations cinabrées, etc. La maladie semblait guérir sur un point et renaître sur plusieurs autres, de sorte qu'au bout de ce temps les choses se trouvaient *in statu quo*. M. Bonnet a alors essayé, pendant trois mois, les caustiques (nitrate d'argent, nitrate de mercure, potasse caustique), à l'aide desquels il produisait des escarres sur les parties malades et détruisait la peau décollée; les ulcérations se cicatrisèrent au bout de quatre mois de ce traitement et la malade sortit de l'hôpital en assez bon état. Deux mois après cependant elle rentra à l'hôpital, la jambe couverte d'ulcérations, tuméfiée et dans un état aussi grave qu'au début du traitement si long qu'on lui avait fait subir.

C'est alors que M. Bonnet s'est décidé à faire l'excision des bords et du fond de tous ces ulcères, avec la précaution de donner à chaque plaie une forme oblongue, afin d'en faciliter la cicatrisation. Chaque ulcère a donc été circonscrit par deux incisions semi-elliptiques, faites dans les parties saines de la peau, et la partie malade ébarbée avec le bistouri. L'opération a été longue et douloureuse; treize ulcères ont été excisés à la jambe droite et quatre à la jambe gauche, dans la même séance. Les bords des portions de la peau enlevés étaient résistans, mais le centre en était ramolli et se déchirait à la plus légère traction; le fond était infiltré de pus.

Aucune hémorragie ne suivit cette opération. Pansement avec de la charpie sèche. Le cinquième jour on ôta l'appareil. L'engorgement de la jambe avait prodigieusement diminué, et toutes les places offraient un aspect vermeil. Pansemens avec des compresses trempées dans du vin aromatique. Guérison complète et solide au bout de cinq semaines. Un an après, la guérison ne s'était point démentie.

L'auteur fait observer, avec raison, dans les autres observations qu'il rapporte, qu'il est toujours plus prudent d'opérer en plusieurs temps, lorsque les ulcères sont en nombre considérable, et qu'on ne doit avoir recours à l'excision qu'autant que les médications ordinaires auraient été employées sans succès.

OBSERVATION D'INFLAMMATION DE LA CAROTIDE INTERNE, AVEC RAMOLLISSEMENT DU CERVEAU, SUIVIE DE RÉFLEXIONS SUR CETTE OBSERVATION; par le docteur GELY.

OBS. — Hébrard, maçon, âgé de 53 ans, reçut, vers le 7 février, sur le sommet de la tête, une contusion qui fut suivie d'éblouissement passager. Quelques semaines après, impossibilité de travailler du bras gauche; affaiblissement de la vue; engourdissement général, qui le forceut à suspendre le travail. Une saignée le soulage assez pour qu'il puisse le reprendre au bout de quelques jours.

Vers le 15 mars, retour des mêmes accidens; faiblesse extrême du bras; trouble très marqué de l'intelligence et de la mémoire; céphalalgie; nausées; évanouissemens; oppression.

Le 21 mars, le malade entre à l'hôpital, et offre l'état suivant: assoupissement profond et habituel; intelligence embarrassée; céphalalgie frontale droite; paralysie à peu près complète du bras et de la jambe gauche, sans contracture; pupille droite resserrée; pouls plein; délire continu tous les soirs.

Une saignée et plusieurs applications de sangsues sont faites pendant les dix ou douze premiers jours. A cette époque, aggravation des symptômes; coma profond; respiration stertoreuse; la paralysie s'étend au côté de la face; et, en même temps, la pupille droite se dilate considérablement. Le malade indique invariablement le côté droit du front comme le siége de la douleur, on revient encore aux émissions sanguines locales, avec une apparence de succès; *à la suite d'une de ces applications, il se manifesta un oedème très considérable de la conjonctive oculaire, qui disparut au bout de trois ou quatre jours*. (Séton à la nuque.)

Quelques jours plus tard, amélioration évidente; retour presque complet de l'intelligence; dilatation normale des deux pupilles; respiration et pouls à l'état naturel; mais la paralysie du côté gauche persiste jusqu'à la mort, qui arrive le 8 mai, sous la double influence d'une escarre au sacrum, et d'un dévoiement opiniâtre.

AUTOPSIE. — Adhérences bornées de l'arachnoïde au niveau de la partie inférieure du cerveau. Il s'écoule plus de 4 onces de sérosité pendant qu'on enlève cet organe. La substance cérébrale de toute la portion externe et supérieure du lobe moyen, et la portion contiguë des lobes antérieur et postérieur étaient complètement ramollies, diffluentes même sur plusieurs points. Le ramollissement a envahi également la substance grise et la substance blanche, et s'étend à toute la portion du cerveau, qui répond aux parois supérieure et externe du ventricule latéral, à la partie externe des couches optiques et des corps striés.

A la partie inférieure de ce lobe moyen, on observe une induration friable, disposée en lignes courbes, le long de plusieurs branches considérables, qu'on reconnaît appartenir à la cérébrale moyenne, branche de la carotide interne. Ces artères présentaient une solidité remarquable, due à la présence de caillots fibrineux, rouges, très moelleux, adhérens à la membrane interne de l'artère, et qui l'obstruaient complètement. Sur quelques points, ces caillots étaient remplacés par une matière sanieuse, couleur de lie de vin ou purulente. Les trois autres branches de la carotide ne présentent rien de semblable; mais le tronc de cette artère elle-même est complètement oblitéré jusqu'à l'éperon qui la sépare de la carotide externe, par un caillot fibrineux, composé de feuillets lamelleux, plus minces que ceux qui se trouvent dans les veines. Les carotides externe et primitive sont saines.

La question la plus importante que soulève cette observation, est de savoir quelle est celle des deux altérations qui joue le rôle de cause; on peut également penser que la même cause leur a donné naissance simultanément, ou bien que l'une d'elles a primitivement produit l'autre. L'auteur admet que le ramollissement a dû précéder de plusieurs semaines le développement de la phlegmasie dans le tronc même de l'artère carotide, et s'appuie sur ce que les accidens graves du côté du cerveau avaient été observés bien long-temps avant l'époque où l'oedème de la conjonctive oculaire apparut, oedème qu'il considère comme produit par l'obstacle qu'a apporté à la circulation du sinus caverneux l'induration du tronc artériel.

Un autre fait à l'appui de cette opinion découle du rapprochement des symptômes; c'est que l'inflammation ayant commencé dans le cerveau ou à son voisinage, a dû marcher le long des parois artérielles, en opposition au cours du sang, jusqu'à l'embouchure, dans la carotide primitive.

Les preuves sur lesquelles l'auteur appuie son opinion sont loin de nous avoir entièrement convaincu; car rien ne démontre qu'il ne se serait pas opéré là, dans le cerveau, à la suite d'une oblitération inflammatoire ou accidentelle de la carotide, ce qu'on voit si souvent arriver dans les membres inférieurs, à la suite de l'oblitération de l'artère fémorale et de ses divisions: la gangrène des parties auxquelles les branches de l'artère oblitérée se distribuaient.

REMARQUES SUR LES ACCOUCHEMENS DANS LES POSITIONS OCCIPITO-POSTÉRIEURES DU SOMMET DE LA TÊTE; par M. P. GUILLEMOT.

On sait que, lorsque le bassin est bien conformé, et que l'enfant présente le sommet de la tête, ou le vertex au détroit supérieur, l'accouchement devient lent et difficile, soit que l'occiput répond au demi-cercle antérieur du bassin, soit qu'il correspond au point opposé. Cette difficulté tient, comme on le conçoit, à la non correspondance des plus grands diamètres de la tête avec les plus grands diamètres du bassin. M. Guillemot compare l'accouchement en question avec celui qui a lieu par les fesses; il y trouve une certaine ressemblance dans la lenteur du travail, attendu la disproportion qui existe, dans les deux cas, entre le volume de la région de l'enfant et la capacité du détroit à franchir.

Une première remarque à faire dans l'accouchement par le sommet de la tête, comme dans celui par les fesses, c'est que les douleurs sont faibles et éloignées, et que la dilatation du col, en place d'être toujours progressive, est parfois rétrograde. Cela dépend, dit avec raison M. Guillemot, de ce que les parties du foetus, ne pouvant, dès le début, s'engager dans le détroit, n'exercent aucune pression sur le col et l'orifice utérin. La dilation de l'orifice ne s'opère, le plus souvent, alors que par l'action de la poche amniotique; de là des alternatives dans l'expansion du col qui font quelquefois croire à une rupture prématurée du sac amniotique. Cela se conçoit en réfléchissant que la poche se développe et se tend à chaque douleur pour s'affaisser immédiatement après. Malheu-

reusement cependant le diagnostic exact de la position du vertex est très difficile, tant que la tête se trouve encore au détroit abdominal. Lamotte avoue s'être souvent trompé sur cette position, et il n'est peut-être pas d'accoucheur qui n'ait, de nos jours, de semblable aveu à faire.

Lorsque l'enfant présente le vertex, et que son occiput répond à la partie antérieure du bassin (position occipito-antérieure), l'accouchement peut s'accomplir avec moins de difficulté que lorsqu'elle se présente dans la position opposée. M. Guillemot explique très bien le pourquoi de ce phénomène. Dans la position occipito-postérieure, quelques accoucheurs ont nié la possibilité de la terminaison spontanée de la parturition. M. Guillemot s'est proposé de prouver dans ce travail, non-seulement le contraire, mais encore le véritable mécanisme que suit la nature dans cette occurrence.

Nous ne suivrons pas l'auteur dans tous les détails qu'il expose, nous nous contenterons de dire d'après lui, que, aussitôt que l'occiput a descendu dans le bas-fond du bassin, la position occipito-postérieure se convertit en antérieure, et que l'accouchement a lieu comme dans le cas précédent. Le devoir de l'accoucheur consiste donc, dans ce cas, à imiter la nature, ou plutôt à changer la position occipito-postérieure en une position plus favorable, si cela se peut. Le mémoire de M. Guillemot se termine par plusieurs faits, dont la plupart sont tirés d'auteurs très connus.

DE L'HYDROSUDOPATHIE, OU SYSTÈME THÉRAPEUTIQUE, BASÉ SUR L'ACTION COMBINÉE DE L'EAU FROIDE, ET DE L'EXCITATION DE LA PERSPIRATION CUTANÉE; par LOUIS FLEURY, chirurgien interne des hôpitaux.

Ce nouveau système, sur lequel nous trouvons des détails intéressans dans le mémoire de M. Fleury, a pris naissance il y a quelques années dans les montagnes de la Silésie autrichienne, dans un petit bourg du nom de Græfemberg, et qui menace aujourd'hui de détrôner Carlsbad, Ems, Baden-Baden. Le fondateur de ce système est M. Priesnitz, qui n'avait fait aucune étude médicale, si nous nous en rapportons à M. Fleury, quand il lui vint en tête de créer un système de médecine. Tels sont les succès qu'il a obtenus, que le nombre des malades traités à Græfemberg, qui ne s'était élevé en 1830 qu'à 54, a été de 469 en 1836, et que plusieurs médecins fondent des établissemens sur le même plan que le sien, pour y employer le même système thérapeutique. Quant aux moyens qu'il met en usage, ils consistent, on peut dire, en un seul : l'eau froide qu'il fait prendre à l'intérieur par 20 ou 30 verres pour 24 heures; il la donne en boisson à la température la plus froide qu'il est possible; et, au milieu de la transpiration la plus abondante, en affusion à une température également très basse; il fait aussi envelopper ses malades dans un drap mouillé qu'on change toutes les cinq minutes. M. Priesnitz ne prétend pas, nous dit son historien, guérir par ce moyen toutes les maladies; mais, d'après la liste que contient cet article, il en est peu dans lesquelles il ne croit que son système ne soit applicable.

II. REVUE MÉDICALE.

Les numéros des mois d'octobre et novembre contiennent les articles suivans : 1° *De la puissance vitale, considérée dans ses lois pathologiques*; par M. Blaud, avec des notes; par M. Cayol; 2° *De la cautérisation comme moyen curatif du croup*; par M. Félix Hatin; 3° *Note sur les eaux thermales de Bagnères de Luchon*; par M. Barreau; 4° *Mémoire sur la métro-péritonite simple et compliquée*; par M. Nonat; 5° *Notice sur les eaux minérales de Bussiares* (département de l'Aisne); par M. Carriol.

MÉMOIRE SUR LA PÉRITONITE PUERPÉRALE SIMPLE ET COMPLIQUÉE; par le docteur NONAT.

Les matériaux de ce mémoire ont été recueillis par l'auteur, en 1831 et 1832, dans les salles des nouvelles accouchées de l'hôtel-Dieu, pendant deux épidémies de péritonite puerpérale qui y firent beaucoup de ravages pendant les mois de janvier, février et mars 1831; sur 134 femmes reçues, 24 furent malades, et 16 succombèrent. Vers la fin du mois de mars, l'épidémie s'arrêta; sur 125 femmes qui furent reçues pendant les mois d'avril, mai et juin, une seule mourut. Au mois d'août l'épidémie renaît et continue pendant les mois de septembre, octobre, novembre et décembre. Au mois de janvier 1832, elle s'arrête de nouveau et n'a pas reparu depuis. On observait en même temps des variations analogues à l'hôpital de la Maternité dans l'épidémie de métro-péritonite puerpérale qui y a déjà régné tant de fois. Le fait le plus important qui ressort de l'histoire de cette épidémie retracée par M. Nonat, c'est l'impossibilité absolue de déterminer une cause à laquelle on puisse l'attribuer. On verra par le passage suivant que nous citerons presque textuellement à combien d'erreurs s'expose l'homme de l'art qui se hâte de conclure prématurément des faits qu'il a observés; nous verrons surtout dans quelle erreur sont tombés les médecins qui, depuis quelques années, faisant jouer à l'encombrement un rôle presque exclusif dans la production des maladies épidémiques, lui avaient attribué surtout les épidémies de péritonite ou fièvre puerpérale.

« Ne sachant à quelle cause attribuer une aussi grande mortalité, je dus chercher à apprécier toutes les circonstances capables d'exercer une influence fâcheuse sur le développement de la maladie. Je consultai les tableaux de météorologie recueillis à l'Observatoire de Paris, et je fus bientôt convaincu qu'il fallait m'adresser à un autre ordre de causes.

» Je pensai que la misère produite par la stagnation du commerce avait pu concourir à développer des accidens graves chez ces femmes qui, pendant leur grossesse, avaient eu à supporter des privations de toute espèce; mais aux mois d'avril, mai et juin, la misère était la même, et la maladie avait complètement disparu.

» L'encombrement nous ayant paru jouer un certain rôle dans la production de l'épidémie, on le fit cesser, et nous vîmes l'épidémie cesser à la même époque. N'était-il pas naturel de regarder ici l'encombrement comme une cause active; mais bientôt nous constatâmes que la cause de la maladie nous était encore inconnue, car elle reprit une nouvelle intensité malgré le soin que nous eûmes de ne laisser qu'un petit nombre de femmes en couche dans la même salle. Les fumigations guytonniennes destinées à détruire un miasme que l'on supposait répandu dans l'atmosphère ne diminuèrent pas les ravages de l'épidémie. »

Sous les autres rapports, l'épidémie dont M. Nonat fait l'historique n'a rien offert de notable. Aucune des médications qui ont été essayées n'a eu de résultat assez remarquable pour la mettre hors de ligne; aussi l'auteur dit-il en terminant qu'il ne possède aucun exemple de guérison dû exclusivement, soit à l'épicacuanha, soit aux purgatifs, soit au calomel, soit aux sels alkalins, soit à l'huile de térébenthine.

NOTICE SUR L'EAU MINÉRALE DE BUSSIARES; par A. P. CORREOT, pharmacien à Paris.

Le village de Bussiares est situé dans le département de l'Aisne, à trois lieues de Château-Thierry. Le clos qui renferme les sources n'était, il y a dix ans, qu'une terre marécageuse, inculte et couverte de mauvaises plantes. Les trois sources ressemblaient à des mares infectes. M. de Villecrose, propriétaire actuel, a transformé ce désert en un charmant séjour. Voici les propriétés physiques et chimiques de ces eaux.

Elles montent aujourd'hui verticalement à l'instar des puits artésiens, de plusieurs pieds au-dessus du sol. Leur température très-basse (8 degrés 3/4 Réaumur) ne varie jamais; leur saveur est légèrement ferrugineuse à la source; elles fournissent un dépôt assez considérable presque entièrement formé d'oxyde de fer carbonaté : un litre d'eau a fourni :

Acide carbonique	0,19	centimètres cubes
Air atmosphérique	0,06	*id.*
Azote	0,14	*id.*

Et pour les matières fixes

Sulfate de chaux	0,068	milligrammes.
Carbonate de chaux	0,032	*id.*
Carbonate de magnésie	0,120	*id.*
Sulfate de soude	0,037	*id.*
Muriate de magnésie	0,064	*id.*
Oxyde de fer	»	

Ces eaux ont déjà été utiles dans quelques cas de maladies chroniques; bien que d'après la petite quantité de substance que l'analyse y ait démontrée, il ne soit pas facile de s'expliquer leur action.

DE LA PUISSANCE VITALE CONSIDÉRÉE DANS SES LOIS PATHOLOGIQUES; par le docteur BLAUD.

L'auteur de ce mémoire cherchant à remonter à la source organique de la puissance vitale arrive à cette conclusion : Qu'elle existe exclusivement dans l'appareil encéphalique. Il nous paraît avoir pris ici pour la vie elle-même l'*innervation* qui n'est qu'une fonction, la plus mystérieuse peut-être, des fonctions organiques, parce que nous ne comprenons ni la manière dont elle opère, ni son point de départ; mais elle ne constitue pas la vie et ne peut être confondue avec elle.

DE LA CAUTÉRISATION, COMME MOYEN CURATIF DU CROUP; par le docteur FÉLIX HATIN.

Hâtons-nous de dire que les cas de croup où l'auteur affirme avoir employé ce traitement n'offraient pas d'autre symptôme du croup que la

voix croupale qui peut facilement entraîner en erreur, et qu'il n'est nullement question de fausses membranes ni des autres symptômes propres au croup. Quoi qu'il en soit la cautérisation du pharynx et des amygdales qui aujourd'hui est faite par les praticiens prudens toutes les fois que des membranes se forment dans ces parties, et à plus forte raison quand la voix offre le caractère qui l'a fait appeler voix croupale, est le premier moyen que l'on doit employer même dans les cas douteux, et qui ne doit pas empêcher d'avoir recours ensuite aux autres moyens; tels que les vomitifs, les rubéfians les plus rapides sur la peau du col, le calomel, etc.

NOTES EXTRAITES D'UN TRAVAIL INÉDIT DU DOCTEUR BARRAU SUR LES EAUX THERMALES DE BAGNÈRE DE LUCHON.

Il y a à Luchon une vingtaine de sources d'eaux sulfureuses minéro-thermales dont quelques-unes ont éprouvé des variations notables dans leur température depuis soixante ou quatre-vingts ans. Les résultats auxquels le docteur Barrau est arrivé dans ses recherches chimiques sur la composition de ces eaux ne diffèrent pas assez notablement de ceux qu'ont offerts les autres eaux de la même contrée pour que nous nous y arrêtions plus long-temps.

II. L'EXPÉRIENCE.

Les numéros du mois de novembre contiennent les articles originaux suivans: 1° *De la compression des artères comme moyen thérapeutique, et particulièrement de la compression de la carotide primitive*; par M. Dézeimeris: nous avons déjà rendu compte de cet article; 2° *Recherches anatomico-pathologiques sur les capsules surrénales* (capsulæ atrabilariæ); par M. Rayer, médecin de la Charité; 3° *Sur un moyen imaginé par M. Sanson, pour distinguer la cataracte commençante de quelques autres affections du globe oculaire*; nous avons fait connaître les observations nouvelles consignées dans cet article; GAZ. MÉD., 1837, page...) 4° *Note sur une nouvelle méthode de traiter les fractures de jambe, en permettant aux malades de marcher*; par M. Velpeau; 5° *Opérations pratiquées pour un cas d'encéphalocèle remarquable*; par M. Thierry; 6° *De l'inflammation comme cause des affections organiques du cœur*; par M. Legroux. (Premier article.)

NOTE SUR UNE NOUVELLE MÉTHODE DE TRAITER LES FRACTURES DE JAMBE, EN PERMETTANT AUX MALADES DE MARCHER; par M. VELPEAU.

Cette note est le résumé des premières expériences de M. Velpeau sur l'emploi du bandage amidonné de M. Seutin, résumé communiqué par son auteur à l'Académie des sciences, et analysé dans les comptes-rendus de la GAZETTE MÉDICALE. Nous y revenons, cependant, parce que l'importance de la matière le demande, et parce que nous attendions cette occasion pour chercher à préciser les différens perfectionnemens qu'on a apportés récemment à la méthode du bandage inamovible, et la part qu'a prise à ces perfectionnemens chacun des médecins qui s'en sont occupés en dernier lieu. Cet examen, ainsi que nous l'avons dit dans un de nos derniers numéros, a pour but de prévenir une polémique plus personnelle que scientifique. Nous avons reçu, en effet, deux lettres fort étendues, en réponse à la réclamation de M. le docteur Cunier (GAZ. MÉD., n. 52; 1837), dans lesquelles les droits de MM. Velpeau et Bérard sont discutés et établis contradictoirement à quelques assertions de notre confrère de la Belgique. Nous ne publierons pas ces lettres pour prévenir d'autres réclamations; mais nous en extrairons les faits et les argumens qui nous paraîtront propres à rétablir les droits de leurs auteurs et la vérité. Avant d'entrer dans l'examen des points en litige, nous croyons devoir dire quelques mots en général des discussions de ce genre, et exposer les principes à l'aide desquels on doit les juger.

Il y a dans les méthodes thérapeutiques, comme dans toutes les idées scientifiques nouvelles, deux choses fort différentes: le point de départ, le fait primitif de ces découvertes, et leurs conséquences ou leurs applications. Ces deux parties fort différentes peuvent être produites simultanément ou successivement par le même individu, comme elles peuvent l'être, ce qui arrive le plus souvent, par des auteurs différens, et venus à de grands intervalles. En un mot, presque jamais l'auteur d'une idée nouvelle ne la développe jusqu'au bout, et ne tire toutes les conséquences dont elle est susceptible. Qu'arrive-t-il? C'est que ceux qui viennent après lui cherchent trop souvent à s'approprier sa pensée, en la confondant avec les développemens qu'ils lui ont donnés. Si le premier inventeur vit encore, il use de représailles: il revendique, non pas seulement son idée, mais toutes les conséquences qu'on en a tirées; et s'il est mort, la critique et la rivalité qui le suppléent, réclament à son profit tout ce qu'on a tiré de son héritage. Cependant, la vérité et l'équité ne sont pas plus du côté des prétentions de l'inventeur que de ses continuateurs: chacun d'eux a sa part de mérite pour la somme de résultats nouveaux qu'il a produits; et, disons-le de suite, les conséquences valent quelquefois mieux que le principe, comme celui-ci est souvent d'un ordre plus élevé que les conséquences. Quoi qu'il en soit, l'invention d'une idée, d'une méthode, son extension, sa généralisation, ses applications diverses, ses modifications dérivent toutes d'un même point de départ, dépendent plus ou moins l'une de l'autre; mais toutes constituent des produits différens de l'intelligence, et doivent être considérées comme des inventions successives, d'un mérite relatif, et appartenant à chacun de ceux qui les ont conçues. L'esprit avide et absolu des inventeurs s'accommode difficilement de cette justice distributive: c'est cependant cette justice qui doit reconnaître et consacrer ce que chacun a imaginé dans une méthode, accidentelle, particulière, imparfaite à son point de départ, et qui arrive, par la succession des temps et des expériences, à être une méthode complète, générale et parfaite de tous points. Si nous ne nous trompons, voilà l'histoire de toutes les méthodes thérapeutiques importantes, et celle du traitement des fractures par les appareils inamovibles.

Quels sont en effet aujourd'hui les élémens de la méthode en question considérée dans ses derniers perfectionnemens? Quelles en sont les applications principales, et à quelles conséquences utiles et nouvelles a-t-elle conduit?

Les ÉLÉMENS DU TRAITEMENT par les appareils inamovibles consistent 1° dans le principe même de l'inamovibilité; 2° dans la matière solidifiante employée pour réaliser ce principe; 3° et dans la composition, la combinaison et l'agencement des différentes parties de l'appareil.

1° Le principe de *l'inamovibilité* est fort ancien. Fodéré rapporte qu'il existait déjà du temps d'Hippocrate une classe de rebouteurs qui guérissaient les fractures à l'aide d'un appareil permanent. Sans remonter aux anciens Grecs, sans parler de ce qui se fait au Brésil ou parmi les naturels des diverses contrées de l'Arabie, l'idée de rendre inamovibles les appareils à fracture se trouve clairement indiquée dans Belloste (*Chirurgien d'hôpital*, 1696). Ce praticien se servait en effet de bandes, de fanons et d'attelles de carton terminées en semelle pour les fractures de jambe, le tout arrosé avec un mélange de blancs d'œufs, d'huile rosat et de vinaigre, et ne renouvelait son appareil que tous les vingt jours. Moscati, vers le milieu du 18e siècle, eut recours à un appareil complètement inamovible pour une fracture du col de l'humérus, et il proposa à ses confrères d'adopter généralement sa méthode. Cependant le conseil de Moscati n'avait pas été suivi jusqu'à M. Larrey: il a fallu les observations et les expériences répétées de ce célèbre chirurgien pour introduire et fixer définitivement dans la science les appareils inamovibles comme méthode de traitement des fractures. Les expériences postérieures de MM. Seutin, Bérard et Velpeau n'ont fait que mieux démontrer l'excellence du principe servi par des moyens perfectionnés, mais le principe en lui-même avait été trouvé, indiqué et consacré avant eux.

2° *Matière solidifiante*. Les chirurgiens qui se sont servis de l'appareil inamovible ont employé des matières diverses pour durcir les pièces du bandage. Les Grecs faisaient une matière avec des coquillages ou de la chaux, du blanc d'œuf, de l'huile et du beurre. Nous avons vu que Belloste battait des blancs d'œufs avec de l'huile rosat et du vinaigre. Moscati crut pouvoir s'en tenir aux blancs d'œufs seuls. M. Dieffenbach avait eu recours au plâtre. M. Larrey a adopté un mélange de blancs d'œufs, d'eau de saturne et d'eau-de-vie camphrée. M. Seutin, après des essais avec la colle de Flandre, la fécule, la farine, la poix, s'est définitivement arrêté à la colle d'amidon. M. Velpeau a substitué à ces diverses matières une simple solution aqueuse et alcoolique de dextrine. Voilà où en est la science sur ce point. Il y a eu certainement un grand perfectionnement dans la substitution de l'amidon au blanc d'œuf et au plâtre coulé. Par ce moyen la confection et l'application de l'appareil sont plus simples, le bandage est plus léger; la grande solubilité de l'amidon le rend facile et prompt à détacher partiellement ou en totalité. Outre ces avantages, ce perfectionnement a encore eu celui d'inspirer une simplification assez importante à M. Velpeau, la substitution de la solution aqueuse de dextrine à la colle d'amidon, plus longue, plus difficile à préparer et à appliquer.

3° *Composition et agencement des pièces de l'appareil*. Jusqu'à M. Larrey inclusivement, les pièces de l'appareil avaient été plus ou moins nombreuses, et leur agencement plus ou moins compliqué. Leur assemblage constituait en outre un appareil pesant, matériel et difficile, sinon impossible, à modifier ou à déplacer. Les pièces du bandage de l'appareil de M. Seutin sont moins lourdes, moins nombreuses et surtout très amovibles. Aux attelles en bois ou en fer, et aux masses d'étoupes, il a substitué les attelles en carton, légères, flexibles, se moulant parfaitement sur toutes les surfaces, et de simples bandelettes en linge suivant tou-

tes les inégalités du membre, et présentant, sous un petit volume, toute la solidité des appareils complètement inamovibles. Ces perfectionnemens remarquables ont reçu un dernier complément de la part de M. Velpeau. A la place des fanons, des semelles, des étriers, des attelles en carton et de différentes couches de bandelettes, composant l'appareil de M. Seutin, M. Velpeau a mis la simple bande roulée et quelques compresses graduées. Avec ces deux moyens, qui se trouvent partout, qu'on n'a pas besoin de préparer, dont l'application n'a pas besoin d'un long apprentissage, avec ces deux élémens de tout pansement et une solution de dextrine, M. Velpeau compose un bandage inamovible, qui nous a paru le dernier terme de simplification possible. Cette dernière modification a surtout cet avantage que l'on peut, avant la solidifiation complète, imprimer au membre fracturé, comme à de la cire, tous les changemens de direction qu'exige un replacement parfait des parties lésées. M. Seutin avait indiqué, mais pour des cas exceptionnels, l'usage du simple bandage roulé; mais outre que M. Velpeau a fait de cette modification une application générale, il l'avait indiquée le premier dès 1830 (*Journal hebdomadaire*, tom. 8).

Les APPLICATIONS principales qu'on a faites du bandage inamovible se sont singulièrement étendues entre les mains de M. Seutin. Jusqu'à M. Larrey inclusivement, on n'avait employé cette espèce d'appareil que dans le traitement des fractures. M. Seutin l'a fait servir avec succès contre les fractures de la clavicule, contre diverses luxations, contre les varices, contre les tumeurs blanches, contre certaines caries, dans la vue d'obtenir l'ankylose. Comme on le voit, c'est une généralisation complète du moyen, et cette généralisation appartient à M. Seutin, et elle est une déduction naturelle des perfectionnemens qu'il avait apportés au principe solidifiant et à la confection de l'appareil.

Les CONSÉQUENCES UTILES et NATURELLES auxquelles ont conduit les simplifications dont nous venons de parler consistent principalement dans la *compression* généralisée du membre fracturé, et dans la *déambulation* des malades pendant presque toute la durée du traitement. De ces deux résultats importans, le premier est dû en grande partie à M. Velpeau et à l'application générale qu'il a faite de la bande roulée. Ce n'est pas le lieu de développer les avantages d'une compression générale modérée, exacte, uniformément répartie sur les membres fracturés : nous ferons remarquer seulement que, sans le concours de cet utile auxiliaire, les parties inférieures comme la jambe étant tenues dans une position déclive pendant la marche seraient susceptibles de s'engorger et de rester engorgées. M. Seutin a si bien compris les avantages de la compression qu'il les a mentionnés postérieurement, et en a tiré un grand parti dans des applications nouvelles; mais par cela même que M. Velpeau a généralisé l'emploi de la bande roulée, il a généralisé en même temps le principe de la compression qui en dépend, et dont il avait d'ailleurs, longtemps auparavant, exposé les avantages. (*Arch. général. de médecine*, 1816. TOM, II, p. 210.)

Le principe de la *déambulation* pendant le traitement est une conséquence capitale de l'appareil inamovible. Plus cette idée est importante, plus les auteurs attachent d'honneur à l'avoir trouvée et appliquée. Or, M. Seutin, qui revendique presque exclusivement pour lui cette invention, se trouve en présence d'un autre chirurgien, M. Bérard jeune, qui la réclame aussi *exclusivement* et *sans partage*. Nous avons examiné de près les titres et les argumens de MM. Bérard et Seutin; nous allons les faire connaître.

« J'ai publié en 1833, nous écrit M. Bérard, dans les ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE, un mémoire sur l'appareil inamovible. Je vais me borner à en citer quelques passages : « OBS. XIVe, salle Saint-François, n° 12. Le nommé Boulney (François), âgé de 24 ans, entra à l'hôpital Saint-Antoine le 22 février 1833; il avait une *fracture de l'extrémité inférieure du péroné*, à deux pouces et demi de l'articulation tibio-tarsienne; fracture qui reconnaissait pour cause une chute dans laquelle la jambe avait été prise sous le siége. Cette fracture était aussi simple que possible; il n'y avait ni gonflement ni douleur. *L'appareil inamovible fut appliqué le 26 février. Trois jours après, je fis lever le malade qui put marcher à l'aide de béquilles en évitant de s'appuyer sur la jambe emprisonnée dans le bandage. Chaque jour, jusqu'au* 16 *mars, Vilmain se livra à l'exercice de la marche en se servant toujours de béquilles et ne s'appuyant que sur la jambe saine. Pendant ce temps, la consolidation se forma, et le* 16 *mars, en levant l'appareil, je trouvai la fracture parfaitement guérie.* » *Arch.*, 2e série. T. 2, p. 235. — Et plus loin, dans la partie théorique de ce mémoire : « Lorsque la fracture *occupe la jambe*, et c'est peut-être ce qui a lieu le plus fréquemment, le malade n'est pas condamné à rester au lit pendant la durée du traitement; *il peut, dès le troisième jour, se lever, se promener à l'aide de béquilles et vaquer ainsi à ses occupations; cette liberté dont jouit le malade est d'un avantage immense, et ne se rencontre qu'avec l'appareil que je décris.* » *Arch.*, 2e série. T. III, p. 389. »

M. Seutin répond à M. Bérard qu'il y a loin de l'essai fait pour une fracture du péroné, et du conseil donné exclusivement pour les fractures de la jambe, aux expériences nombreuses, variées, répétées un grand nombre de fois par lui, M. Seutin, et ses élèves, pour les fractures, de toute l'étendue du membre inférieur, et au principe généralisé de la déambulation pour toutes les fractures. M. Seutin ajoute que ce principe agit conjointement avec l'appareil contentif simple et sans complications mécaniques, et que la légèreté, le perfectionnement de cet appareil, sont précisément ce qui a permis de généraliser la pratique de la déambulation. Ces deux citations suffisent pour faire apprécier les droits des deux auteurs. Or, l'invention que chacun d'eux veut s'approprier exclusivement, peut être considérée successivement dans *son idée première*, ou point de départ, dans ses *applications* et sa *généralisation*. Or, M. Bérard réclame pour lui seul l'idée de la déambulation : nul doute qu'il l'avait formulée avant M. Seutin ; mais avant M. Bérard, M. Velpeau parlait déjà, en 1832, d'un appareil imaginé par M. Léger, et qui aurait permis aux malades affectés de fractures de jambe, de marcher, même sans le secours des béquilles. De plus, un chirurgien de Londres, M. Amesbury, ne dit-il pas (page 48 de son ouvrage publié en 1827) : « qu'avec ses appareils, » à lui, les malades peuvent mouvoir le membre comme bon leur semble, » sortir du lit, se placer sur un sopha, ou mettre la jambe sur une chaise, » *marcher même, avec des béquilles?* » L'idée première de la déambulation n'appartiendrait donc pas exclusivement à M. Bérard, et encore moins à M. Seutin : mais chacun d'eux a concouru à l'établir par ses expériences, et surtout par les perfectionnemens de l'appareil qui l'ont rendu plus praticable : à ce titre, MM. Léger, Amesbury, Bérard, Seutin et Velpeau ont chacun une part dans l'invention, part relative à l'époque où ils ont proposé cette pratique, et aux moyens qu'ils ont donnés de la réaliser. Les droits des mêmes auteurs aux applications et à la généralisation du principe peuvent être appréciés de la même manière. Ici M. Seutin revendique à bon droit la première part. M. Bérard avait publié *une* expérience dans un cas de *fracture du péroné*, et il ajoute *qu'on peut*, lorsque la fracture occupe *la jambe*, permettre aux malades de se promener avec des béquilles pendant toute la durée du traitement. M. Seutin ne s'est pas borné à une expérience et à un conseil; il en a produit un nombre considérable; il en a produit pour toutes sortes de fractures, et il a subordonné avec raison la facilité et l'innocuité de cette pratique à la simplification de son appareil, à sa grande légèreté. En un mot, il a *prouvé* que le *conseil* de M. Bérard pouvait être appliqué, et il l'a rendu facilement *applicable* par son nouvel appareil; or, M. Bérard n'avait employé que l'appareil de M. Larrey, avec ses attelles et ses étouppades chargées de blancs d'œufs.

De la discussion qui précède, et des faits que nous avons exposés avec l'impartialité dont nous sommes capables; nous croyons pouvoir conclure :

1° Que l'idée première de l'inamovibilité des appareils contre les fractures existait dans la science depuis l'antiquité;

2° Que cette idée a été convertie en méthode et réalisée par M. Larrey pour le traitement des fractures;

3° Que M. Seutin a généralisé cette méthode et montré la plupart de ses applications possibles;

4° Que M. Seutin l'a considérablement perfectionnée, en substituant l'amidon, matière soluble, au blanc d'œuf, et les bandes de toile et les attelles de carton, aux étoupades et aux attelles en bois;

5° Qu'à M. Velpeau appartient la dernière simplification de l'appareil: la généralisation de la bande roulée, sans attelles, et la généralisation de la compression;

6° Que l'idée de la déambulation avait été vaguement indiquée avant M. Bérard, et que ce chirurgien, cependant, l'a formulée le premier très explicitement; mais qu'à M. Seutin appartient l'honneur de l'avoir généralisée, et d'avoir rendu sa généralisation possible et facile;

7° Qu'enfin on peut établir deux époques et deux parts principales dans tout ce qui a été produit sur la méthode des appareils inamovibles: la première, partant de M. Larrey et rapportant aux travaux de ce chirurgien tous les perfectionnemens et les applications de la méthode jusqu'à M. Seutin; la seconde, commençant à M. Seutin, et rapportant aux perfectionnemens remarquables de son bandage et à ses nombreuses expériences les perfectionnemens, les simplifications consécutives, introduits dans cette méthode éminemment utile, et surtout la grande généralité d'application, la vulgarité, qu'elle est destinée à acquérir.

RECHERCHES ANATOMICO-PATHOLOGIQUES SUR LES CAPSULES SURRÉNALES; par M. RAYER, médecin de l'hôpital de la Charité.

Les fonctions des capsules surrénales dans l'organisme sont si obscures,

ces petits organes offrent si rarement des altérations appréciables qu'il est peu étonnant qu'on s'en soit à peine occupé jusqu'ici. Il y a cependant une altération dont ils sont assez fréquemment le siége, et dont on ignorait également la cause et les effets sur l'économie : ils sont sujets à une hémorragie intérieure qui, dans quelques cas rares à la vérité, les transforme en des tumeurs plus ou moins considérables et à la suite desquelles on a vu arriver la mort. M. Rayer rapporte dans cet article six observations de cette hémorragie dont plusieurs lui sont propres, et dont les autres ont été empruntées aux éphémérides des curieux de la nature. La lecture attentive de ces observations nous démontre qu'il n'existe jusqu'à ce moment aucun symptôme, à l'aide duquel on puisse reconnaître non seulement l'hémorragie de la capsule surrénale, mais même qui puisse faire soupçonner que cet organe est malade. Le seul signe, dans le cas où cette hémorragie est très abondante, qui puisse mettre sur la voie, est une tumeur plus ou moins volumineuse dans l'un des flancs.

La fréquence des hémorragies dans les capsules surrénales trouve une explication toute naturelle dans la structure de ces organes ; leur tissu intérieur, lâche, mou, rougeâtre, se compose en grande partie de veines qui forment, les unes, un réseau de radicule dilatées, en forme de cellules anastomosées ensemble, tandis que les autres constituent un tronc central, dont la cavité a été quelquefois prise pour une cavité particulière. Les parois de ces veines si nombreuses sont si peu résistantes que lorsqu'on insouffle de l'air dans les vaisseaux, on détermine souvent la formation d'une cavité accidentelle dans la capsule.

Fondé sur ces observations, M. Rayer n'adopte pas avec quelques anatomistes que ces capsules renferment dans leur intérieur et à l'état normal une cavité ; il n'adopte pas non plus avec Meckel que cette cavité, lorsqu'elle existe, soit le résultat de la décomposition spontanée de la substance interne des capsules après la mort ; car toutes les fois qu'il a trouvé cette cavité, elle était remplie par du sang plus ou moins anciennement épanché, ou par un liquide séreux semblable à celui qu'on rencontre dans les anciens foyers apoplectiques du cerveau.

On rencontre quelquefois, mais bien plus rarement, d'autres altérations dans les capsules surrénales. M. Rayer croit qu'elles ont été enflammées dans des cas où elles contenaient du pus ; les matières tuberculeuse et cérébriforme, des dépôts osseux ou de gravelle y ont été aussi observés de même qu'on les a vues hypertrophiées ou atrophiées. M. Rayer combat avec raison l'opinion de Meckel qui, s'appuyant sur la simultanéité du développement considérable des capsules surrénales et des organes de la génération dans plusieurs ordres de la classe des mammifères, et sur trois ou quatre observations d'hypertrophie de ces organes chez des sujets très adonnés aux plaisirs de l'amour, en avait conclu qu'il existait un rapport immédiat entre ces deux espèces d'organes.

Le dernier fait que nous signalerons, et qui résulte pour M. Rayer de l'étude spéciale qu'il a faite depuis plusieurs années des maladies des reins et de leurs vices de conformation, c'est que les capsules surrénales sont complètement indépendantes des reins, puisqu'elles existent lorsque accidentellement les reins n'existent pas, et qu'elles ont leur situation naturelle lorsque celle des reins est anormale.

IV. JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES.

RÉTRÉCISSEMENT PHLOGISTIQUE DE L'ŒSOPHAGE, AVEC FISTULE ŒSOPHAGO-TRACHEALE ; CATHÉTÉRISME ; GUÉRISON ; par M. GENDRON, médecin à Château-du-Loir.

Obs. — Une femme, âgée de 36 ans, habituellement bien portante, avait été prise depuis cinq semaines d'une fluxion odontalgique, et d'une angine tonsillaire. Au bout de quelques jours, elle cracha du sang et des matières blanches qui se détachaient du fond de la gorge ; loin d'éprouver du soulagement, elle sentit plus de difficulté à avaler, et il lui sembla que le mal était descendu le long du cou. La dysphagie fut progressive ; bientôt il survint de la toux et de la suffocation. Après huit ou dix jours de cette double gêne dans la respiration et la déglutition, il survint tout à coup des crachats et des vomissemens ; des mucosités abondantes, mêlées de matières blanches et épaisses comme du blanc d'œuf cuit. La respiration devint plus libre ; mais il n'y eut aucune amélioration du côté de la déglutition.

Appelé auprès de cette malade, M. Gendron a d'abord été frappé de l'altération de la voix ; la parole était mal articulée et nasonnée comme dans les perforations du voile du palais ou de la voûte palatine. Toutefois, ces parties étaient intactes, ainsi que la luette. Le pharynx et les amygdales n'offraient rien d'anormal. Le cou ne présentait ni tumeur ni engorgement glanduleux. Le doigt porté sur l'ouverture supérieure du larynx ne distingua dans son contour aucune altération. L'épiglotte, peu développée, était saine.

Depuis long-temps, les alimens solides et les liquides en masse ne pouvaient passer, et étaient rejetés immédiatement. La femme ne se nourrissait que de substances liquides qu'elle suçait lentement, à l'aide d'un chalumeau ; si elle essayait de boire à pleine gorgée, elle était à l'instant saisie d'une toux convulsive, et rejetait le liquide avec violence, comme s'il fût tombée dans la trachée artère.

« J'introduisis dans le pharynx, dit l'auteur, une baleine garnie d'une éponge, et je poussai le tout dans l'œsophage, jusqu'au niveau du premier anneau trachéal. Là, mon instrument fut arrêté, quoique l'éponge fût peu volumineuse et taillée en cône. Je soutins et soulevai la trachée artère de la main gauche, et, de la droite, je pressai l'instrument sur l'obstacle ; je fis plusieurs efforts en tâtonnant, n'osant forcer brusquement, dans la crainte de rompre l'œsophage. Après plusieurs impulsions graduellement plus fortes, l'obstacle fut enfin franchi tout à coup, et l'éponge poussée plus avant avec une grande facilité. Je la ramenai vite au point rétréci, sur lequel je fis cinq à six mouvemens de va et vient, pour mieux le dilater, et je retirai mon instrument, afin de laisser respirer librement la malade. Cela fait, elle put boire sans le secours du chalumeau ; mais, lorsque la déglutition était trop rapide, la toux d'engouement recommençait. »

Après cette espèce de dilatation forcée, la malade a éprouvé une grande amélioration, et pouvait avaler des bouillies ; mais les alimens tout-à-fait liquides provoquaient toujours une toux convulsive et étaient expulsés avec violence. Dix jours après cependant la malade était revenue dans les mêmes conditions de coarctation. On est revenu au même cathétérisme forcé qu'on a répété pendant quelque temps, en augmentant graduellement le volume de l'éponge et en couvrant ce corps de beurre aluminé ; mais à peine le cathétérisme a-t-il été suspendu que la maladie se reproduit de nouveau. Alors le mari de la malade ayant appris à pratiquer lui-même cette opération, la dilatation a pu être rendue durable ; la femme a repris son embonpoint et ses forces, et elle a fini par guérir radicalement. Dix huit mois après, la guérison ne s'était point démentie.

L'auteur déduit des symptômes précédens qu'indépendamment du rétrécissement évident de l'œsophage, il existait probablement chez cette malade une perforation de la trachée-artère, déterminée par la phlogose suppurative qui avait précédé la coarctation, ainsi qu'on en a déja des exemples.

A côté de ce fait, l'auteur en rapporte un autre non moins intéressant appartenant à M. Bérard aîné. Il s'agit d'une jeune femme qui avait bu par mégarde une certaine quantité d'acide sulfurique. Pendant plusieurs semaines, elle fut tourmentée de vomissement, avec sentiment de brûlure le long de la poitrine et à l'épigastre. Ces symptômes s'amendèrent, mais la dysphagie fit des progrès. M. Bérard constata, à l'aide de sondes en gomme élastique, un double rétrécissement de l'œsophage situé dans la partie embrassée par le médiastin. L'usage des grosses sondes en gomme élastique, laissées en permanence pendant une demi-heure à chaque fois, a fini par guérir radicalement la malade au bout de plusieurs mois de traitement. Plusieurs fois M. Bérard poussa la sonde jusque dans l'estomac, peu de temps après l'injection d'alimens liquides ; il a observé alors leur reflux et leur écoulement en jet par le pavillon de la sonde.

DE LA COMPRESSION DE L'ARTÈRE CAROTIDE DANS LE TRAITEMENT DES CONVULSIONS ; par le docteur TROUSSEAU.

Un seul fait est rapporté à l'appui de l'assertion contenue dans le titre ci-dessus, et bien qu'il ne soit pas très rationnel de baser une indication sur un seul succès, et que l'argument *post hoc ergo propter hoc* n'ait qu'une valeur bien douteuse, quand il repose sur une aussi courte expérimentation ; cependant la gravité de la maladie dont il est question ici, la simultanéité de l'action de la compression et de la cessation des accidens, la facilité de répéter l'expérience, les faits analogues publiés déjà par plusieurs médecins français et anglais, et, nous devons le dire, l'absence de tout moyen de traitement dans l'état actuel de la science à opposer aux convulsions sont autant de motifs pour nous d'analyser l'observation rapportée par M. Trousseau, et quelques-unes des considérations dont il l'a fait suivre.

Obs. — Un enfant, âgé de 8 ans, tourmenté, depuis plusieurs mois, par la seconde dentition, est pris à la fin du mois d'août 1837 d'une scarlatine qui est très bénigne, et ne nécessite que les soins hygiéniques les plus simples. Huit jours après, il commence à sortir sans inconvénient immédiat ; mais le troisième jour de la sortie, la température s'abaisse tout-à-coup, l'enfant prend froid, et le lendemain il avait la face un peu bouffie, surtout dans la région parotidienne. L'œdème envahit promptement tout le corps, bien que peu considérable ; en même temps il y eut une suppression d'urine qui dura 72 heures, et ensuite l'urine s'écoula en petite quantité et prit une couleur brune assez foncée. L'enfant continuait néanmoins de sortir.

Le 10 septembre, l'œdème avait un peu diminué ; le soir l'enfant est pris de céphalalgie ; la nuit est agitée ; il y a quelques vomissemens ; le lendemain matin la céphalalgie est violente et accompagnée d'une loquacité insolite. A trois heures, M. Cerise (médecin ordinaire) le voit et lui trouve un air extraordinaire et un pouls irrégulier, lorsque tout-à-coup l'enfant ressent une très vive douleur de tête et éprouve une violente convulsion épileptiforme qui ne dure que quelques instans et est suivie de stupeur, puis d'un véritable délire.

Les sangsues appliquées au-dessous des oreilles et les sinapismes sur diverses parties du corps n'empêchent pas les convulsions de revenir après trois quarts d'heure ; au bout de trois quarts d'heure, troisième attaque de convulsions qui

continuent dès lors sans interruption, malgré l'application de la glace sur la tête et l'emploi d'une affusion froide.

Cette convulsion durait depuis deux heures; le pouls tumultueux battait 160 fois par minute, la respiration devenait râlante, les pupilles étaient excessivement dilatées; il semblait évident que la vie allait cesser prochainement; quand M. Trousseau commença à comprimer la carotide droite, les convulsions continuèrent; mais M. Trousseau remarquant que les convulsions étaient toutes du côté droit, porta immédiatement la compression sur la carotide gauche, et avant que 15 secondes fussent écoulées, les mouvemens convulsifs cessèrent tout d'un coup, et l'enfant tomba dans la stupeur apoplectique.

La compression fut continuée pendant une heure, et il ne se manifesta pas le moindre mouvement convulsif; la respiration reprit son rhythme; l'enfant recouvra peu à peu la connaissance. La sensibilité était évidente dans tout le côté gauche du corps; fort émoussée à droite, il y avait paralysie complète à droite; les pupilles étaient revenues à l'état normal; la compression fut cessée graduellement, et vers les onze heures du soir, les parties paralysées avaient recouvré leur mouvement.

Le lendemain matin, il y avait encore de la loquacité; cette excitation cérébrale cessa dans la journée, et la convalescence marcha franchement.

L'auteur étudie quels sont les effets de la compression de la carotide d'un côté seulement, puis des deux côtés à la fois, chez une personne bien portante. L'effet immédiat est remarquable : la face pâlit; on éprouve un sentiment de refroidissement, de l'éblouissement, et quelquefois une certaine perturbation dans les idées.

Il est facile de se convaincre, continue M. Trousseau, en expérimentant sur soi-même, que la compression simultanée des deux carotides n'a pas l'inconvénient qu'on pourrait en redouter. Cette expérience doit se faire quand on est couché. La vue s'obscurcit, les idées se troublent un peu; on éprouve un état d'anéantissement indéfinissable. Peu à peu ces phénomènes cessent, sans doute parce que les anostomoses permettent aux artères vertébrales d'envoyer au cerveau assez de sang pour l'entretien de ses fonctions. Il croit donc qu'on ne doit pas être arrêté par la crainte de comprimer simultanément les deux carotides lorsque les convulsions ont lieu des deux côtés.

Quant à l'endroit où cette compression peut être faite le plus facilement, c'est dans l'intervalle qui sépare les muscles plano-mastoïdien du côté du larynx; car, en ce point, l'artère est libre, et il est facile de l'aplatir sur le devant de la colonne vertébrale, avec le pouce ou avec l'index et le medium réunis en ayant soin qu'elle ne se dérobe pas au doigt qui la presse.

L'auteur termine son article en demandant si cette méthode de traitement ne serait pas applicable à l'hydrocéphale aiguë et à l'épilepsie; il paraît ne pas avoir connaissance des faits recueillis par plusieurs médecins nationaux et étrangers, non seulement dans ces maladies, mais même dans plusieurs autres; de nouveaux faits et surtout une expérimentation plus méthodique sont cependant nécessaires pour constater l'exactitude de résultats aussi merveilleux.

V. LA LANCETTE.

LÉSION TRAUMATIQUE REMARQUABLE DE L'ARTICULATION HUMÉRO-CUBITALE. GUÉRISON; par M. PARADIS, chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Gironne.

OBS. Un soldat espagnol reçut au bras droit un violent coup de sabre qui partagea en deux parties l'articulation huméro-cubitale. Les ligamens articulaires, l'apophyse olécrane, l'extrémité supérieure du radius, tous les muscles de la région cubitale postérieure, une grande partie de ceux de la région externe avaient été divisés; l'avant-bras ne tenait plus au reste du membre que par les muscles qui passent au-devant de l'articulation. Les nerfs principaux, ainsi que les artères radiale et cubitale étaient intacts.

On fit sur le champ au blessé un pansement fort simple, dans lequel on se contenta d'amputer la portion de l'olécrane encore adhérente au tendon du muscle triceps brachial, sans songer à mettre en contact les lèvres de la plaie.

Lorsque cet homme arriva à Gironne, trois jours après sa blessure, il avait éprouvé une hémorragie qui s'était arrêtée d'elle-même. L'écartement des lèvres de la plaie était d'environ trois pouces; les chairs paraissaient contuses et comme mâchées; environ six lignes de la tête du radius adhéraient à la lèvre supérieure de la division, qui présentait une étendue de cinq à six pouces; le membre était peu tuméfié, sans doute par suite du dégorgement opéré par l'évacuation hémorragique. L'opinion générale était qu'il fallait achever l'amputation commencée par le fer ennemi. M. Gama, chirurgien en chef de l'armée, pensa toutefois que, malgré la gravité du désordre, le membre pouvait encore être conservé. En conséquence, après avoir extirpé la portion du radius isolée du reste de l'os, on rapprocha le plus possible les lèvres de la plaie, et on la maintint dans cette situation au moyen de bandelettes agglutinatives très rapprochées, et appliquées sur presque toute la circonférence du bras. De la charpie sèche et un bandage roulé enveloppant tout le membre, complétèrent l'appareil. Il survint pendant la nuit une hémorragie qui s'arrêta d'elle-même.

Le sixième jour de la blessure, la plaie était en assez bon état; on n'y observait presque pas de gonflement, des bourgeons celluleux et vasculaires s'étaient développés sur chacune de ses lèvres et rendaient leur écartement moins sensible; le malade souffrait peu.

Le neuvième jour, la réunion était presque complète; la plaie était diminuée de moitié. Il fut possible d'opérer un rapprochement plus exact des bords en resserrant les emplâtres agglutinatifs.

Vingt jours après son entrée, le malade n'avait plus qu'une plaie simple qui se cicatrisa graduellement sans qu'aucun accident troublât la marche de la nature. Il commença alors à remuer les doigts; mais il ne pouvait encore exercer aucun mouvement de flexion.

On voit par cette observation que ni la large ouverture articulaire ni l'ablation de deux portions osseuses de l'articulation n'ont été un obstacle à la réunion immédiate de la blessure.

La pratique de M. Gama dans ce fait est d'autant plus digne d'imitation qu'elle n'empêchait pas la ressource de l'amputation en cas qu'elle devint plus tard indispensable.

Le précepte par conséquent qu'on trouve rigoureusement établi dans certains livres d'avoir recours à l'ablation immédiate du membre, alors qu'une de ses grandes articulations est largement ouverte, ne doit point être admis sans une grande réserve.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

ADDITION A LA SÉANCE DU 16 JANVIER.

ANALYSE DE TROIS LETTRES DE M. LE DOCTEUR THOMAS, MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE, CONCERNANT L'ÉPIDÉMIE DE FIÈVRE JAUNE QUI A RÉGNÉ A LA NOUVELLE-ORLÉANS, EN 1837.

L'épidémie de fièvre jaune dont la Nouvelle-Orléans vient d'être le théâtre, après une trève de quatre ans, pendant lesquels on n'avait observé que quelques cas sporadiques de cette maladie, a commencé vers la fin de juillet dernier. Depuis le 15 ou le 16, il s'était déjà présenté quelques malades de cette classe, qui semblaient être le prélude du fléau qui devait bientôt ravager la population non acclimatée de cette ville, fléau que les médecins qui exercent depuis long-temps dans le pays avaient déjà annoncé, d'après la constitution atmosphérique qui avait précédé.

En effet, à des pluies abondantes ont succédé une grande sécheresse et une température très élevée. (Pendant deux mois le thermomètre de R. n'est jamais descendu au-dessous de 80 degrés, et souvent, dans la journée, il est monté à 98, et quelquefois à 100.) Or, l'on a observé que les épidémies de fièvre jaune se développent ordinairement lorsque des chaleurs intenses viennent à la suite d'une saison pluvieuse, ainsi que notre honorable collègue, M. le docteur Thomas, l'avait déjà fait remarquer dans son *Essai sur la fièvre jaune*, ouvrage publié en 1823.

Cette année (1837), les pluies ayant été presque continuelles depuis le mois de mai jusque vers le commencement de juillet, elles cessèrent alors pour faire place à une sécheresse qui a duré, sans interruption, jusqu'au 22 septembre, époque où il y eut de la pluie, qui continua pendant quelques jours, avec des intervalles de beau temps.

Les premiers cas de fièvre jaune furent observés au centre de la ville, près du port, et précisément au moment où la baisse du fleuve était extraordinaire. Ayant eu lieu presque tout à coup, cette baisse avait laissé à découvert une grande quantité de matières végétales et animales dont la putréfaction, déjà avancée, se joignit, pour vicier l'atmosphère, à celle des eaux pluviales qui croupissaient dans les parties basses des environs.

De ce point, la maladie se répandit avec rapidité dans les divers autres quartiers de la Nouvelle-Orléans, non de proche en proche, comme le veulent les contagionistes; mais, affectant d'abord les endroits situés près du fleuve et des autres foyers d'infection, qui existent toujours en si grand nombre dans cette ville marécageuse, pendant la saison estivale, à la suite des pluies.

Malheureusement, il y avait alors à la Nouvelle-Orléans un très grand nombre d'étrangers, presque tous ouvriers, manœuvres et indigens, qui étaient arrivés depuis peu de diverses parties de l'Europe; mais principalement d'Allemagne, d'Irlande et de France. On en comptait plus de dix mille au commencement de l'épidémie, et près de mille autres sont arrivés pendant le cours de celle-ci.

Portant son action sur cette multitude d'individus non-acclimatés, la fièvre jaune a fait de nombreuses victimes. Il y a eu des jours où le nombre des décès a été de 60 à 80, et, jusqu'au 4 octobre, la totalité des morts a été de plus de 2,000, d'après les relevés qui ont été faits. Cependant, il est démontré que les médecins ont vu guérir plus des trois quarts des malades pour lesquels ils ont été appelés; tandis que dans les épidémies précédentes, il en succombait les deux tiers, les trois quarts et même plus, comme, par exemple, en 1819 et en 1822.

« Vous serez encore plus étonné, ajoute M. Thomas, d'apprendre que quelques-uns de nos praticiens, qui disent avoir traité des malades par centaines, se vantent *de n'en avoir pas perdu un seul*; mais je dois vous avouer que ce ne sont pas ceux-là qui méritent le plus de créance. Quant au premier résultat énoncé ci-dessus il est exact, et lorsque vous verrez plus bas comment se comportait, en général, la maladie, votre surprise diminuera. »

En effet, cette fois-ci elle n'attaquait pas les sujets d'une manière aussi violente que par le passé. Dans l'immense majorité des cas, bien que l'invasion fût

brusque; les symptômes étaient moins formidables qu'à l'ordinaire; ainsi, il était rare qu'il y eût des vomissemens dès le début, et que la fièvre fût intense; assez souvent même, le pouls n'était pas alors fébrile, et dans quelques cas même fort graves, il conservait son état normal pendant tout le cours de la maladie. Parfois aussi, les battemens étaient plus lents que dans l'état de santé, et le danger était alors d'autant plus grave, que l'on comptait moins de pulsations par minute; tandis que lorsque la fièvre était assez forte à l'invasion, et que la langue était humide et saburrale, on avait l'espoir fondé d'une terminaison heureuse.

Les symptômes appartenant à la fièvre jaune, qui se montraient généralement au début, étaient la céphalalgie, les douleurs vives et contusives aux lombes et aux membres inférieurs; la frayeur plus ou moins marquée, la privation absolue de sommeil, la diminution considérable de la sécrétion urinaire... Souvent, comme il a été dit, il n'y avait alors ni nausées ni vomissemens, et la soif était modérée; mais ces symptômes survenaient ordinairement lorsque la maladie venait à s'aggraver.

La plupart des terminaisons funestes n'ont eu lieu que du cinquième au sixième ou au septième jour, et elles ont été précédées assez fréquemment d'hémorragies passives et de la suppression d'urine; plusieurs malades ont eu du délire les derniers jours.

« J'ai visité, dit M. Thomas, plus de cent malades, y compris ceux chez lesquels j'ai été conduit par d'autres médecins; mais je n'en ai traité directement qu'environ une trentaine, parmi lesquels QUATRE seulement ont succombé, et tous au commencement de l'épidémie, époque où la mortalité est toujours plus grande. Ne croyez pas cependant, mon très honoré confrère, que je vous annonce ce résultat si heureux pour en tirer vanité; j'aurais d'autant plus de tort, qu'à peu près tous les praticiens de la ville, même les plus médiocres, ont été aussi heureux que moi, et, si nous en croyons quelques-uns, ils ont encore eu plus de bonheur. »

M. Thomas fait ensuite remarquer que plus de la moitié des victimes de l'épidémie ont été fournies par l'hôpital civil, où les malades n'étaient souvent apportés que lorsqu'ils étaient à l'agonie, et que beaucoup d'autres malheureux ont succombé étant entassés dans des demeures malsaines, où ils manquaient de tout, sans avoir été visités par aucun médecin. « Il m'a été rapporté, ajoute-t-il, que dans une maison, sept individus, sur neuf *qui logeaient dans la même chambre*, étaient morts du jour au lendemain !! »

« Le cas le plus extraordinaire que j'observai, continue notre honorable correspondant, fut celui d'un des malades que j'ai perdu, et dont le pouls fut à l'état normal, presque jusqu'au moment de la mort qui arriva le septième jour. La langue fut constamment belle, et le malade n'accusait de douleurs qu'aux lombes et aux membres inférieurs, se sentant habituellement de l'appétit.

» Il commença à éprouver des nausées le deuxième jour; puis de légers vomissemens glaireux de temps en temps. Les piqûres de vingt sangsues, appliquées à l'épigastre le second jour, occasionnèrent une hémorragie passive le 4 seulement, laquelle se renouvela ensuite deux ou trois fois. Enfin, la veille de sa mort, une douleur atroce se fit sentir au pied et à la partie inférieure de la jambe gauche. Ces parties furent recouvertes de cataplasmes émolliens; mais la douleur n'en fut pas moins toujours en augmentant, jusqu'à ma visite du lendemain, que le malade m'annonça qu'elle avait totalement disparu. Ayant alors examiné la partie, je la trouvai profondément gangrenée, ce dont je me doutais par l'état du pouls qui était alors tombé de beaucoup. La gangrène s'étendit rapidement dans la journée à toute la cuisse correspondante, qui, à minuit, lorsque le malade expira, était totalement envahie. »

Notre collègue regrette bien vivement de n'avoir pu obtenir de faire l'ouverture du cadavre. Le malade était un homme vigoureux, ex-militaire français, déjà d'un certain âge et adonné depuis long-temps aux liqueurs alcooliques. Les seuls antiphlogistiques employés pour son traitement furent les sangsues jointes aux boissons rafraîchissantes légèrement laxatives et à la diète; mais l'affaiblissement général étant survenu le troisième jour, avec langue large et humectée, on fit usage à l'intérieur du sulfate de quinine, secondé par des frictions avec la décoction de quinquina et de valériane, animée d'eau-de-vie camphrée, et l'on eut recours aux rubéfians de divers genres, etc.

« Le traitement qui nous a si bien réussi pendant cette épidémie, ajoute M. le docteur Thomas, a été analogue à celui-ci; c'est-à-dire les antiphlogistiques et les laxatifs au début, puis les toniques, et en particulier le sulfate de quinine, très libéralement administré intérieurement et extérieurement. »

Ce remède a produit, en général, des résultats aussi avantageux par l'anus que par la bouche. M. Thomas en faisait prendre depuis quatre jusqu'à huit grains dans un quart de lavement, répété toutes les deux ou trois heures, suivant l'urgence; lorsque les malades le gardaient une demi-heure au plus il était suivi des meilleurs effets. Quelques médecins en ont porté la dose de cette manière jusqu'à seize, dix-huit grains et plus, et s'en sont, disent-ils, fort bien trouvés; tandis que notre estimable collègue s'est quelquefois aperçu que, même à la dose de quatre à six grains, le sulfate de quinine produisait une excitation extraordinaire lorsqu'il était gardé trop long-temps dans l'intestin, excitation parfois telle que le médecin était obligé de suspendre l'usage de ce remède et de revenir aux antiphlogistiques.

Quoi qu'il en soit, M. le docteur Thomas pense que c'est à ce médicament héroïque qu'ils ont dû la plupart de leurs succès pendant la dernière épidémie. Quelques médecins en faisaient même usage à l'invasion de la maladie, et lorsque les symptômes inflammatoires prédominaient encore, plusieurs le combinaient avec l'opium. Tous ont proclamé de nombreuses guérisons; mais il est à la parfaite connaissance de notre honorable correspondant, que de notables revers ont suivi cet emploi prématuré des toniques. « Je le répète, dit-il, le sulfate de quinine a produit des merveilles cette année; mais ce n'est pas en l'employant dès le début, du moins dans l'immense majorité des cas. Si comme les autres, j'en ai retiré d'aussi bons effets, c'est parce qu'au préalable j'enlevais ou diminuais de beaucoup les symptômes inflammatoires au moyen des saignées locales, et quelquefois générales, et des autres antiphlogistiques. »

Malgré ces succès et ceux obtenus à la Martinique, en 1821, par M. le docteur Lefort, M. Thomas ne conclut pas que le sulfate de quinine soit le meilleur remède à employer pour combattre la fièvre jaune; car, dans d'autres épidémies ils l'ont vu échouer complètement; il n'attribue ses excellens effets dans celle dont il s'agit qu'à la modification particulière qui l'a distinguée, la maladie n'ayant pas revêtu, en général, le caractère inflammatoire qui lui est si ordinaire à son invasion; mais ayant présenté, au contraire, une prédominance de symptômes appartenant à la lésion primitive du système nerveux, lésion dont divers auteurs ont fait mention.

Nonobstant cela, M. Thomas est toujours intimement persuadé qu'une semblable modification est extrêmement rare; il pense ainsi, non seulement parce que c'est la première épidémie dans laquelle il la voit prédominer depuis dix-neuf ans qu'il pratique la médecine à la Nouvelle-Orléans, mais aussi d'après l'opinion de la grande majorité des auteurs qui considèrent avec lui la fièvre jaune comme étant de nature éminemment inflammatoire.

Dans la lettre dont je viens de donner l'analyse, et qui est du 4 octobre, M. le docteur Thomas m'annonçait que par suite des pluies abondantes qui venaient de tomber et de l'abaissement survenu dans la température, il ne doutait pas que l'épidémie ne cessât complètement sous peu de jours, à moins que la sécheresse et les chaleurs ne vinssent à reparaître, « *ce qui*, ajoutait-il, *n'est pas impossible*. » La prévision de notre estimable confrère s'est malheureusement réalisée, ainsi qu'il me l'apprend par deux lettres ultérieures, l'une du 21 octobre et l'autre du 26 novembre.

Dans la nuit du 6 au 7 octobre, il y eut une violente tempête accompagnée pendant deux jours consécutifs d'une pluie abondante, et suivie d'un fort vent de nord qui donna trois ou quatre jours d'un froid assez vif. Pendant ce temps, il ne se montra pas un seul nouveau cas de fièvre jaune dans la ville; mais la température chaude et la sécheresse étant survenues de nouveau, des cas de cette maladie se présentèrent journellement, et ont continué à se montrer d'une manière épidémique jusque dans les premiers jours de novembre, en perdant toutefois graduellement de leur intensité. Plus tard, on a encore observé çà et là quelques cas rares et légers chez les nouveaux arrivés.

Du reste, la recrudescence dont il s'agit a été modérée, malgré l'affluence des non-acclimatés, ainsi qu'il était facile de le prévoir, parce que les journées de chaleur alternaient avec des coups de vent de nord, communs dans cette saison, et qui donnaient un froid assez piquant pendant lequel pas un seul cas nouveau n'avait lieu, le cours de l'épidémie se trouvant alors suspendu comme par enchantement.

M. le docteur Thomas estime que pendant la recrudescence il n'y a guère eu au-delà d'une centaine de malades, y compris ceux qui furent admis à l'hôpital, lesquels ont présenté généralement le même caractère que durant le cours de l'épidémie, mais avec bien moins de gravité encore, comme l'attestent les heureux résultats qu'ont obtenus les médecins.

En effet, notre collègue rapporte l'observation détaillée d'un cas qui a présenté les symptômes les plus graves, tels que vomissemens abondans de matières noires et sanguinolentes, selles de même nature et très fétides, suppression d'urine, hoquet continuel et des plus violens, etc., et ce cas s'est néanmoins terminé heureusement à la grande satisfaction de MM. les docteurs Dubourg et Thomas qui donnaient des soins au malade, et qui, vu l'appareil formidable de symptômes qu'il présentaient, avaient perdu tout espoir de le sauver. Je regrette que les bornes de la communication que j'ai l'honneur de faire à l'Académie ne me permettent pas de rapporter ici cette observation en entier; elle est, sans contredit, l'une des plus remarquables que présente l'histoire de la fièvre jaune.

Enfin, le précis que M. le docteur Thomas a bien voulu m'adresser de l'épidémie de fièvre jaune qui vient de ravager la population non-acclimatée de la Nouvelle-Orléans, pourrait donner lieu à des remarques d'un très haut intérêt, mais je suis obligé de m'en abstenir pour ne pas abuser des momens de l'Académie.

CHERVIN, docteur-médecin.

NOTA. M. le docteur Gutierrez a eu la bonté de nous transmettre quelques documens sur la fièvre jaune qui a régné à la Havane pendant l'année 1837. Nous regrettons que ces documens ne soient pas assez détaillés et assez circonstanciés pour être publiés. Il en ressort cependant une circonstance qui acquiert une double importance par son rapprochement des résultats communiqués par M. le docteur Thomas. D'après les renseignemens parvenus à M. le docteur Gutierrez, la mortalité observée pendant le règne de la fièvre jaune à la Havane n'aurait été que de 2 1/2 p. 100 au lieu de 9 2/3 p. 100 qu'elle est habituellement sous l'influence de la même maladie. Cette grande diminution dans la mortalité est d'autant plus remarquable qu'elle ne paraît pas due à l'influence d'aucune médication particulière, mais à un traitement simplement antiphlogistique. Ce résultat rapproché de celui obtenu à la Nouvelle-Orléans, pendant le cours de la même année, ne tend-il pas à faire croire que la fièvre jaune a été moins intense en 1837 que les années précédentes; et que les succès rapportés au sulfate de quinine à la Nouvelle-Orléans ne seraient que le produit d'une moindre intensité de la maladie ?

SÉANCE DU 23 JANVIER 1838. — PRÉSIDENCE DE M. MOREAU.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Un rapport sur une rougeole qui a régné dans l'arrondissement de Commercy.
2° Un rapport sur des fièvres typhoïdes.
3° La recette et l'échantillon d'un vinaigre anti-cholérique.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

1° Lettre de M. le docteur Sedillot, avec envoi d'un bandage inamovible, tel que le pratiquent les Arabes dans le traitement des fractures.

2e Lettre de M. Lafargue sur une composition propre à former un appareil inamovible pour le traitement des fractures.

L'Académie reprend la suite des nominations commencées dans les deux dernières séances. Il ne reste qu'un candidat à nommer; les suffrages se portent sur M. Boutron-Charlard.

Les dix noms sont ensuite mis dans une urne, et M. le président en tire cinq.

Juges : MM. Boutron.
Caventou.
Mérat.
Robiquet.
Suppléants: M. Delens.

INTRODUCTION DE L'AIR DANS LES VEINES.

M. Barthélemy reprend la parole : Messieurs, quoiqu'il y ait déjà trois semaines que j'ai commencé de parler dans cette grave discussion, quoique ce que j'ai dit soit peut-être effacé en grande partie de votre esprit, je ne rappellerai que mes dernières paroles. Je traitais des moyens les plus propres à prévenir les conséquences de l'introduction de l'air dans les veines, et je disais qu'il n'y avait rien à conclure des expériences de M. Amussat; pourquoi ? parce que, d'une part, elles sont trop peu nombreuses; et, de l'autre, parce que l'entrée de l'air dans le système vasculaire n'étant pas essentiellement mortelle, il est impossible de décider si l'animal doit la vie aux moyens employés pour la lui conserver.

Deux insufflations d'air suffisent pour tuer un cheval; mais l'air de ces insufflations sortant des poumons est altéré par la respiration, et il est permis de croire, il est même certain que cet air produit des effets infiniment plus dangereux que l'air pur de l'atmosphère. Or, ce n'est pas le cas où se trouve l'homme qu'on opère; de même encore, il est impossible de savoir positivement la quantité d'air introduite à chaque insufflation.

J'ai procédé avec plus de méthode. J'ai injecté de l'air dans la veine jugulaire. J'en ai d'abord injecté un litre sur trois chevaux, après avoir tiré au premier huit livres de sang, pour voir si, comme on l'a dit, l'accident était plus redoutable aux animaux affaiblis qu'aux animaux non affaiblis. Bientôt les symptômes qui lui sont propres se sont manifestés; mais ils ont été de peu de durée, et les animaux se sont rétablis tous les trois à peu près avec une égale facilité, et une égale promptitude. A peine ont-ils été sortis de la convalescence que j'ai répété l'expérience; seulement, au lieu d'un litre d'air, j'en ai injecté cette fois deux litres, toujours avec l'attention de tirer au premier huit livres de sang. Les symptômes ont sans doute été plus graves dans ce cas que dans l'autre; mais au bout d'une heure et demie ou deux heures, il n'y paraissait plus; c'est-à-dire qu'un homme qui aurait vu ces animaux pour la première fois ne se serait pas douté qu'ils avaient été malades.

J'ai augmenté la quantité d'air; j'en ai injecté trois litres sur quatre chevaux, dont deux m'avaient servi dans les premières expériences. Oh! pour le coup, les accidens ont été des plus intenses. La respiration surtout s'est précipitée de 14 ou 15 à 60, 70, et jusqu'à 90. Au contraire, la circulation continuait à se faire presque naturelle; elle était à peine altérée. Ces chevaux sont tombés, les uns au bout de 20, les autres au bout de 50 minutes. Ils sont restés étendus sur la litière, dans un état demi-paralytique. On pouvait croire qu'ils allaient périr; mais peu à peu ils sont revenus de cette espèce d'évanouissement; ils se sont relevés, et après quelques heures, ils mangeaient au ratelier.

J'ai injecté quatre litres d'air sur sept chevaux; six sont tombés sur le coup et sont morts entre 3 et 7 minutes. Le septième a résisté : c'était un cheval fort, robuste, à large poitrine. Il a fallu six litres d'air pour le tuer.

Ici, M. Barthélemy se livre à des conjectures sur la quantité d'air nécessaire pour tuer un animal, suivant son volume et sa force. Je dis des conjectures, et, en cela, je crois bien rendre sa pensée; car il dit et il répète qu'il n'oserait garantir l'exactitude de ses assertions.

Toutefois, il arrive à cette conclusion que si ses conjectures étaient vraies, un homme du poids de 136 kil. ne périrait pas, à moins d'une injection de deux tiers de litre d'air. Or, ajoute-t-il, quand on réfléchit à la rapidité avec laquelle s'enfuit le sifflement, qu'on regarde comme le signal de l'entrée de l'air dans les veines, il est impossible d'admettre que ce qui entre d'air dans ce court espace de temps suffit pour donner la mort. Et s'il ne suffit pas, à quoi bon les moyens thérapeutiques présentés par M. Amussat et par les autres?

Cependant on peut exercer sur la poitrine des compressions rapides et brusques. Si ce moyen n'est pas utile, je le crois du moins innocent, et c'est beaucoup. Comme il provoque la sortie d'une certaine quantité de sang, il désemplit les vaisseaux, et cette déplétion ne peut qu'être avantageuse, puisqu'elle laisse plus de place à l'air. Qu'on ne croie pas cependant, comme on l'a dit dans cette enceinte, qu'il ne reflue que le sang contenu dans le cœur. Ce sang se divise dans les veines caves et dans leurs embranchemens.

Quant à la sonde de M. Magendie, je ne me sens disposé à lui faire aucune concession. Je la condamne hautement comme inutile et comme dangereuse : elle est inutile en ce qu'elle arriverait trop tard : se procurer cet instrument, chercher la veine ouverte, l'engager dans le vaisseau, respirer l'air, tout cela demande un certain temps, et quoique la mort ne soit pas aussi prompte que le croient les chirurgiens, cependant le dernier arriverait trop tard ; elle est dangereuse, cette sonde, en ce qu'elle expose à substituer un danger très réel à un danger hypothétique.

Comment arrive la mort après l'entrée de l'air dans les veines ? On a dit que l'air se dilatait, se raréfiait, distendait outre mesure les cavités droites du cœur; et mettait cet organe hors d'état de continuer ses fonctions. Eh bien! cette théorie est fausse de tout point. Premièrement, quand on pratique l'insufflation, l'air restant à peu près à la même température, il n'y a pas moyen de s'en prendre à la dilatation ; en second lieu, on injecte quelquefois de l'air chaud, et même au-dessus de celle des corps organisés. Ainsi M. Leroy a injecté de l'air à 35 degrés. On conviendra que dans ce cas, ce fluide a dû se condenser plutôt que se dilater. Enfin à part ces exceptions, en prenant l'air atmosphérique à sa température naturelle, on peut estimer que s'il éprouve dans l'intérieur des vaisseaux une dilatation d'un quatorzième, c'est tout.

Qui ne voit que si c'était la raréfaction de l'air qui tue, la mort serait beaucoup plus prompte?

Mais veut-on une preuve sans réplique que l'air ne tue pas par la raréfaction, c'est que, si au lieu d'air, on injecte de l'eau, le résultat est le même. J'ai injecté quatre litres d'eau dans la veine jugulaire d'un cheval, et il est mort presque sur le champ.

Enfin, Messieurs, vous m'accorderez peut-être quelque habitude des expériences sur les animaux. Eh bien! j'ai ouvert, j'ai examiné attentivement le cœur des chevaux que je faisais périr du genre de mort dont je parle, et je puis vous assurer que loin de trouver cet organe dilaté, distendu, je l'ai trouvé souvent souple, flasque, affaissé, tel je l'ai vu notamment sur ce cheval dont je vous ai parlé, et qui ne périt qu'à la troisième expérience.

On croit que le cœur s'arrête ! c'est encore une erreur ; le cœur ne s'arrête pas. Souvenez-vous des expériences de M. Amussat lui-même ; il en est quelques-unes où l'on a ouvert les chiens avant qu'ils eussent rendu le dernier soupir, et l'on a vu le cœur se contracter, fort irrégulièrement sans doute; mais les autres fonctions se faisaient encore plus mal.

J'affirme que sur les chevaux on sent le pouls jusqu'à la cessation de la respiration.

Si on explore les veines jugulaires, on les trouve pleines, distendues, résonnant à la percussion comme un tambour d'enfant. Si l'animal tombe, elles se vident, elles se dégagent, elles s'affaissent.

L'air d'ailleurs ne se concentre pas tout entier, comme on l'a dit, dans les cavités droites du cœur; mais il passe, il s'infiltre, il se dissémine dans tout le système vasculaire et notamment dans la veine porte et dans les veines mésentériques.

Enfin, je crois avoir résolu la question par une expérience. J'ai fait la section de la queue à un cheval, et j'ai injecté de l'air dans l'une des veines jugulaires. A la vérité, j'ai vu dans quelques cas le jet du sang s'arrêter; mais l'animal tombait, et à peine était-il à terre, que l'hémorragie recommençait de plus belle. Dans quelques cas le sang n'a cessé de couler qu'après l'extinction de la respiration.

Cette expérience, dis-je, me paraît décisive.

Avouez d'ailleurs que l'explication qu'on donne de la mort est par trop mécanique. L'air, Messieurs, n'est pas le fluide qui naturellement circule dans le cœur et dans les vaisseaux. Par cela seul, il doit les irriter, les altérer, en troubler la vitalité; le sang lui-même n'en souffre pas impunément le contact et le mélange sans s'altérer, sans se décomposer, et delà les accidens et la mort.

M. Barthélemy finit par quelques conclusions qui ressortent naturellement de son discours et remercie l'Académie de l'attention qu'elle lui a donnée.

M. Dubois d'Amiens. Après avoir fait remarquer ce qu'il y a d'étrange à voir les membres mêmes de la commission attaquer un rapport auquel ils ont concouru, et dont ils ont entendu la lecture avant qu'il fut porté devant l'Académie, M. Dubois arrive au rapport lui-même. Il est divisé en deux parties, une partie historique et une partie expérimentale.

M. Bouillaud dit, en terminant sa première partie, qu'il ne doit pas passer à la seconde sans citer un passage de Nysten, qui contient les rudimens de l'auscultation. Nysten pensait que certains asthmes essentiels pouvaient provenir de la présence de gaz accidentellement développés dans le cœur; après quoi il ajoute : « Je ne suis pas autorisé, sans doute, à conclure des faits dans lesquels un gaz abondant a été rencontré dans le cœur des asthmatiques, que tous les asthmes essentiels sont dus à un dégagement de gaz dans le système sanguin; *mais je suis persuadé qu'en approchant l'oreille de la région du cœur, on distinguerait facilement, par un bruit particulier, ceux qui sont dus à cette cause.* »

M. Dubois trouve les rudimens de l'auscultation bien avant Nysten, non-seulement dans Corvisart, mais dans Harvey, l'auteur de la découverte de la circulation qui fleurissait au commencement du dix-septième siècle. *Tangentibus pulsum, auscultantibus sonitum exhibet*, a-t-il dit.

Ici, M. Dubois rappelle les attaques qu'Harvey eut à soutenir pour faire triompher son opinion sur les bruits du cœur, d'où il arrive à la seconde partie du rapport. Pourquoi, dit-il, fut instituée la commission ? Pour vérifier une assertion de M. Amussat. Cette assertion est que *toutes les fois* qu'on ouvre la veine jugulaire d'un animal dans la région du pouls veineux, on est sûr d'entendre un bruit tout particulier, qui trahit l'entrée de l'air dans les vaisseaux ouverts.

Ce bruit est constamment suivi de la mort, et cette mort a lieu au bout d'une ou deux minutes.

De ces diverses propositions, la première est vraie; la seconde et la troisième le sont souvent, mais il paraît que la mort n'est pas aussi prompte que l'a prétendu notre collègue.

M. Dubois finit par rappeler aux membres de la commission de se renfermer dans le mandat qu'ils ont reçu de l'Académie, sous peine de discuter indéfiniment et en pure perte.

M. Castel commence une lecture qu'il interrompt bientôt pour la reprendre à la séance prochaine.

CONCOURS

POUR LA CHAIRE D'HYGIÈNE, VACANTE A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE PARIS.

THÈSES ET ARGUMENTATION.

M. MENIÈRE. — DES VÊTEMENS ET DES COSMÉTIQUES. — In-4°, 96 pag.

La thèse de M. Menière est divisée, ainsi que le porte le titre, en deux parties entièrement distinctes, et même entre lesquelles l'auteur n'a point cherché, et avec raison, à établir des rapprochemens, qui n'auraient été qu'apparens, et lui auraient fait perdre du temps, sans aucun avantage. La premiere partie comprend cinq chapitres que nous allons indiquer sommairement.

Dans la premiere, où l'auteur parle de la nature des diverses substances qui forment les vêtemens, nous nous attendions à trouver un tableau brillant des arts industriels dans leurs rapports avec les étoffes employées pour vêtemens chez les anciens et les modernes, une appréciation exacte de l'espèce de révolution sociale qu'a produite l'introduction du coton dans l'habillement de toutes les classes, depuis surtout que l'emploi de la vapeur, comme force motrice, a permis de donner les étoffes fabriquées avec ce produit à des prix qui les rendent accessibles aux moins aisées; mais nous avons été trompés. Peut-être eussions-nous désiré également de trouver au moins une mention des recherches faites, dans ces derniers temps, sur la nature des étoffes qui, chez les Egyptiens, servaient à envelopper les momies et probablement aussi à l'habillement des vivans. Quelques mots aussi sur les lois des douanes, sur les droits que paient les matières premières à leur entrée en France, nous semblaient encore indiqués dans ce chapitre, qui devait être le plus important de la thèse, car nous ne concevons pas l'hygiène, surtout dans la bouche d'un professeur, sans des connaissances très avancées en économie politique et commerciale.

Considéré sous les autres points de vue, le premier chapitre nous paraît assez complet, ainsi que le second, dans lequel l'auteur s'occupe de la texture et de la couleur des matieres qui composent les vêtemens, et le troisième, dans lequel il examine les circonstances d'âge et de sexe qui doivent les modifier.

En cherchant à déterminer, dans le quatrième chapitre, quels sont les rapports de forme qui doivent exister entre les vêtemens et les diverses parties du corps, M. Menière fait un tableau exact de la manière actuelle de se vêtir des classes riches, ou de ceux qui cherchent à les imiter, signalant à propos les défauts et les avantages des modes actuelles, et entrant dans une foule de détails sur la moindre partie du vêtement, sur les différentes espèces de cravates, sur l'emploi des bretelles, sur l'abandon du pantalon *à pont*, sur la préférence que méritent les redingotes comparées à l'habit, qui font honneur à ses connaissances physiologiques et à son bon goût. Peut-être pourrait-on lui reprocher de s'être borné à parler des vêtemens du *gentleman*, et d'avoir trop oublié la classe inférieure, de n'avoir même pas parlé de la modeste *blouse*, qui pourtant aujourd'hui n'est plus portée seulement par les charretiers, mais a reçu le droit de bourgeoisie.

Le corset tel que le font aujourd'hui nos habiles ouvrières ne mérite, aux yeux de M. Menière, aucun des reproches qu'on lui a faits, et l'usage du pantalon chez la femme lui paraît devoir donner les résultats les plus heureux.

Les vêtemens, considérés suivant les climats, les saisons et les professions (chap. V) fournissent à l'auteur l'occasion d'entrer dans des détails importans sur diverses améliorations à apporter dans l'habillement de quelques professions.

Le mode d'action des tissus de laine, de toile, de coton, sur la peau, et conséquemment sur l'économie, est étudié avec soin par M. Menière. Chez les anciens, où tout le monde était enveloppé de laine, les bains étaient un objet de première nécessité pour tous afin de calmer l'irritation produite par le contact de la laine; aujourd'hui que cette dernière a été remplacée par des tissus de fil ou de coton, la coutume des bains fréquens a dû tomber en discrédit.

La partie de la thèse consacrée à l'étude des cosmétiques nous offre un bon tableau de ces préparations, classées d'après leur mode d'emploi et le lieu de leur application. C'est un cadre qui contient les formules les plus remarquables et qui nous paraît propre à recevoir toutes celles dont l'usage aurait démontré l'utilité.

ARGUMENTATEURS : MM. REQUIN, PIORRY, SANSON, TROUSSEAU.

M. Requin, après le compliment d'usage sur le mérite du travail du candidat, lui reproche d'avoir dissimulé l'érudition sans laquelle il n'aurait pu faire une thèse aussi développée; il lui demande si c'est avec intention qu'il n'a fait connaître presqu'aucune des sources où il a puisé les matériaux qu'il a mis en œuvre. S'il est de bonne guerre de cacher les sources où l'on a puisé, on s'expose aussi à faire supposer qu'on n'a pas toujours remonté aux originaux et qu'on s'en est rapporté aux compilations, où les faits sont si souvent altérés. Quant à lui-même, il a suivi une marche tout à fait différente, et chaque page de sa thèse porte les nombreuses indications bibliographiques des auteurs qui lui ont fourni des matériaux.

Il s'attendait à trouver indiquée au moins la place que devraient occuper les vêtemens et les cosmétiques dans un cours d'hygiène, et rappelle à cette occasion que, dans le programme d'un cours d'hygiène faisant partie du plan des épreuves présenté par le jury, et qu'il croit avoir été, à tort, modifié par le conseil royal de l'instruction publique. Il n'a pas manqué lui-même, bien que ce ne fût pas d'obligation, de donner dans sa thèse le plan qu'il avait adopté et d'indiquer la place que devait y occuper le sujet qui lui était tombé en partage.

M. Requin reproche encore au candidat d'avoir manqué, dans la disposition de sa thèse, de vues générales, et de n'avoir pas tiré du rapprochement et de la comparaison des faits tout le parti désirable. Il blâme aussi la définition des vêtemens donnée par M. Menière, tout en convenant qu'il serait peut-être impossible d'en donner une meilleure, et pense que l'ordre purement chimique dans lequel les cosmétiques ont été traités n'est point une classification hygiénique, et qu'il aurait été plus rationnel de les grouper d'après les usages auxquels ils sont destinés.

M. Piorry, après avoir dit quelques mots sur l'insuffisance de la définition des vêtemens, attaque avec mesure M. Menière sur les accusations graves qu'il a portées contre les philosophes et spécialement contre Rousseau, auquel on a prêté bien des opinions qui ne sont pas dans ses ouvrages. M. Menière, dans sa réponse, renchérit sur ce qu'il avait dit dans sa thèse contre le philosophe genevois; non seulement il lui refuse le titre d'homme de génie, mais ne lui accorde qu'une intelligence vulgaire.

M. Piorry pense qu'on a exagéré l'influence des coiffures qui compriment la tête sur le développement de l'idiotie, de l'épilepsie, de la démence, etc.; il croit aussi que l'habitude chez les femmes d'avoir le cou découvert, ne les met pas, comme l'a avancé M. Menière, à l'abri des attaques de l'angine, car il a constaté que cette maladie est plus fréquente chez elles que chez l'homme.

M. Sanson fait remarquer quelques omissions importantes. Le candidat a bien parlé des expériences de Stark sur l'absorption du calorique par les tissus différemment colorés; mais il a négligé celles de M. Nobili sur la conductibilité du calorique par les différens tissus, et n'a pas assez insisté sur la facilité avec laquelle quelques tissus absorbent et conservent les miasmes et les émanations.

M. Trousseau soutient que la myotilité est aussi vive chez les petites filles que chez les petits garçons, et que les premières mangent autant que les derniers; M. Menière soutient le contraire de ces deux propositions, appuyant son assertion, comme l'avait fait M. Trousseau, sur des observations personnelles et faites dans sa famille.

Une lutte vive s'engage entre les deux candidats à l'occasion de la plus grande vitalité des petites filles ou des petits garçons. M. Trousseau ayant démontré, à l'aide de relevés statistiques, que les petites filles sont plus vivaces que les petits garçons, et s'étant appuyé surtout sur ce qu'au moment de la naissance le nombre des garçons est presque partout plus considérable que celui des filles, cependant, au bout de quelques années, le nombre des enfans est à peu près le même pour les deux sexes, M. Menière s'élève de nouveau contre la statistique avec une vivacité extraordinaire, lui refusant non seulement l'autorité qu'on lui accorde assez généralement, mais affirmant qu'elle doit presque nécessairement induire en erreur ceux qui la prennent pour base de leurs jugemens.

M. GUÉRARD. — DES INHUMATIONS ET DES EXHUMATIONS SOUS LE RAPPORT DE L'HYGIÈNE. — 104 pag. in-4°.

Il y a, dans les documens scientifiques, une foule de matériaux propres à éclairer les questions que soulève le sujet donné à M. Guérard; mais ces matériaux sont de nature bien différente : les uns reposent sur des expériences faites dans le but d'éclairer la science sur des points spéciaux, et ceux-là ont été surtout fournis par la médecine légale, qui a fait tant de progrès depuis quelques années; les autres sont le résultat d'observations faites accidentellement, et par des auteurs différens. Quelques-unes de ces dernières ont, il est vrai, toute la valeur des expérimentations directes, mais le plus grand nombre pourraient être interprétées d'une manière différente. Il ressort de ce fait que la science laisse encore beaucoup à désirer sur le sujet que M. Guérard avait à traiter et qu'il a dû soulever bien des questions dont la solution n'était pas possible. Voici l'ordre qu'il a suivi dans le développement de sa question :

Avant d'arriver aux moyens propres à combatre les émanations putrides, soit dans l'inhumation, soit dans l'exhumation, il a dû s'occuper de leur influence sur la santé. Il étudie donc les produits de la putréfaction et les causes qui influent sur sa marche, pour l'accélérer, la retarder, ou même l'empêcher presque complétement. « L'histoire des produits de la décomposition putride est encore à faire, a dit M. Raspail, dont M. Guérard semble adopter ici l'opinion, malgré les travaux isolés dont ils ont été l'objet, et nous ignorons complétement ce que sont ces combinaisons fétides, quelle est leur composition, etc. » Celui de ces produits qui paraît le plus à redouter est la vapeur qui s'élance dans l'air au moment de l'explosion septique du bas-ventre, et qui, si les faits ont été bien observés, paraît avoir quelquefois occasioné la mort subite des fossoyeurs qui se trouvaient immédiatement en contact avec cette vapeur. Cette vapeur contient, d'après Fourcroy, un poison subtil qu'il supposait ne se développer que dans une des premières périodes de la décomposition.

M. Guérard adopte avec Boissieu quatre époques distinctes dans la putréfaction; la première où il y a tendance à la décomposition; la deuxième où elle est commençante; la troisième celle de la putréfaction avancée, et enfin la quatrième, celle où elle est achevée, et où il ne reste plus que le *terreau animal*. Nous aurions désiré plus de développemens sur l'influence qu'exerce la maladie qui a déterminé la mort sur la décomposition. Du reste, toutes les autres influences, la nature du milieu où le corps est déposé, la température, etc., sont étudiées dans de justes limites, et la méthode de M. Ganal pour la conservation des corps est justement appréciée.

La partie historique de l'inhumation est traitée avec beaucoup d'extension et aurait même pu en recevoir encore davantage, mais sans utilité pour la science; les documens de M. Pariset sur le mode de sépulture dans l'Egypte antique et moderne; ceux de M. Brayer sur les cimetières de Constantinople, sont cités avec toute l'importance qu'ils méritent. Quant aux maisons mortuaires qui existent dans quelques villes d'Allemagne, M. Guérard ne pense pas qu'elles puissent avoir une utilité assez réelle pour qu'on réclame leur introduction en France.

Le chapitre des exhumations nous a laissé peu à désirer ; si l'auteur n'est pas entré dans de grands développemens à l'occasion des moyens désinfecteurs, c'est probablement pour ne pas se copier lui-même, puisqu'il avait déjà traité cette question avec beaucoup d'extension dans l'une de ses questions orales.

ARGUMENTATEURS : MM. ROCHOUX, FOISSAC, ROYER-COLLARD et MOTARD.

M. Rochoux attaque la première phrase de la thèse que voici : « L'universalité d'un usage peut être offerte comme une preuve de son utilité » qu'il traduit, par un changement de quelques mots, en celle-ci : « le témoignage général des hommes est une preuve de la vérité d'une opinion » ; puis reveillant la vieille discussion scholastique sur l'infaillibilité du témoignage des hommes, il trace le tableau des funestes résultats que déterminerait l'admission de cette proposition. M. Guerard répond en vain qu'il n'a pas parlé d'une opinion mais d'un usage, et que M. Rochoux a mis le mot « général » à la place du mot « universel » qui se trouve dans sa phrase, et qui a ici une toute autre valeur ; ce dernier n'en continue pas moins à exposer toutes les absurdités dans lesquelles on serait entraîné si on admettait le témoignage général des hommes comme une preuve infaillible de la vérité. Dans cette argumentation pendant laquelle nous aurions pu nous croire transportés dans les salles de l'ancienne Sorbonne, M. Rochoux n'a pas manqué de citer comme preuve de l'infidelité du témoignage des hommes les divers jugemens portés depuis quelques années sur le cholera, la fievre typhoïde, etc., par l'Académie de médecine, qui, malgré ses longues discussions, n'a pas éclairé un seul point de la science, et qu'il dit être entièrement incompétente en fait de matière d'hygiène.

M. Foissac aurait désiré que le candidat eût exprimé d'une manière plus positive celui des trois modes de sépulture, la momification, l'incinération et l'exhumation qui lui semble préférable d'après le climat et les habitudes de chaque peuple ; il lui reproche d'avoir blâmé l'établissement des maisons mortuaires, et lui rappelle que si les garanties prescrites par la loi sont insuffisantes (ce qu'il n'accorde pas) à Paris et dans quelques grandes villes pour empêcher l'inhumation de personnes mortes en apparence, il en est tout autrement dans les petites villes et les campagnes où il n'y a pas de médecin des morts, et où les ordonnances relatives aux inhumations sont violées tous les jours. Il pense que les raisons qui ont été avancées contre l'établissement des cimetières dans l'intérieur des villes n'ont pas toute la valeur qu'on leur avait donnée, et cite à cette occasion la ville de Sparte où, dit-il, la présence d'un cimetière dans l'intérieur même de la ville n'avait pas d'influence défavorable sur la santé publique.

M. Royer-Collard, tout en faisant l'éloge du travail du candidat, dit cependant qu'il n'a pas répondu à ce qu'il attendait des études spéciales (physico-chimiques) auxquelles il se livre, et pour preuve il lui reproche de n'avoir pas été heureux dans le choix de la classification qu'il a adoptée pour les différentes époques de la putréfaction (celle de Boissieu) ; puis, précisant davantage son objection, il ne peut admettre la première période adoptée par Boissieu et par M. Guérard, celle de *tendance* ; et devenant plus pressant, s'il n'y a que tendance, dit-il, dans le sens qu'on attache grammaticalement à ce mot, si il n'y a que disposition marquée à la putréfaction, on ne peut en faire une période de la décomposition ; si au contraire la putréfaction est déjà commencée, on ne peut plus employer le mot *tendance*, et cette période ne peut être admise ; donc la classification ne vaut rien. Il préfèrerait lui, M. Royer-Collard, celle admise par M. Devergie qui divise la putréfaction en deux temps ; celui où se développent des produits acides et celui où se forment des produits alkalins. Cette classification, fondée sur des résultats chimiques, lui paraît préférable à celle de Boissieu parce qu'elle est plus précise et plus scientifique.

M. Guerard répond qu'il a préféré la classification de Boissieu parce qu'elle est vague, et que dans l'état peu avancé où en est la science sur ce point, il lui semblait important de ne pas trancher une question encore aussi obscure. Quant à la théorie de M. Devergie, il la connaissait parfaitement puisqu'il l'a signalée dans sa thèse, p. 46. Déjà même elle avait été indiquée par Fourcroy ; mais M. Devergie l'avance avec beaucoup moins d'assurance que ne paraît le croire M. Royer-Collard et ne la présente que d'une manière dubitative.

M. Royer-Collard ne trouve pas aussi probante que paraît le croire le candidat, l'expérience de Güntz, qui, ayant recouvert des portions de cadavre en putréfaction d'une cloche de verre, et ayant condensé la vapeur au moyen de la glace, obtint un liquide excessivement fétide ; rien ne démontre que ces vapeurs eussent entraîné des substances animales, et encore moins que celles-ci eussent pu exercer une influence fâcheuse sur l'économie. M. Guerard répond que l'expérience de Güntz est complétée par une foule d'autres expériences, et des faits qui ne laissent aucun doute sur l'action funeste qu'exercent, dans quelques cas, sur l'économie, les gazes dégagés des matières en putréfaction. Il insiste spécialement sur l'expérience de *Vicq-d'Azyr*, qui, ayant été envoyé dans une province où régnait une epizootie sur les bêtes à cornes, recueillit dans des vessies les gaz qui remplissaient l'estomac et les intestins ; en faisant crever ces vessies sous les naseaux des bœufs bien portans, il vit se développer chez eux, au bout de quelques jours, tous les phénomènes de l'épizootie régnante.

M. Motard présente quelques considérations intéressantes, quelques vues ingénieuses, plutôt que des objections, sur le mode de développement de la putréfaction. Il aurait désiré que M. Guerard eût spécifié le rôle que joue chacune des trois conditions qu'il dit être indispensables pour que la putréfaction s'opère ; savoir la chaleur, l'humidité et l'oxigène. Pour lui, il ne balance pas à donner le principal rôle à l'oxigène, et l'eau n'est indispensable que comme conducteur de cet agent ; car il ne pense pas qu'elle soit décomposée pendant la putréfaction. Il croit aussi que l'électricité joue dans ce phénomène un rôle plus considérable que celui qui lui a été attribué par le candidat, auquel il reproche de n'avoir point indiqué comme moyen de conservation des cadavres, la soustraction à l'influence de l'air ; moyen qui est d'une si grande utilité, appliqué à l'économie domestique, pour la conservation des substances alimentaires les plus putrescibles.

M. Guérard répond que les explications de M. Motard sont ingénieuses ; mais qu'elles ne sont qu'hypothétiques, et qu'il n'a pu donner place dans sa thèse à toutes les hypothèses qui pouraient se rattacher à son sujet. Quant au procédé employé pour conserver les substances alimentaires, s'il n'en a pas parlé, c'est qu'il ne pense pas qu'il soit applicable à la conservation des cadavres.

M. REQUIN. — HYGIÈNE DE L'ÉTUDIANT EN MÉDECINE ET DU MÉDECIN ; 68 pages in-4°.

Le sujet qu'a eu à traiter M. Requin est à la fois un sujet neuf et presque trivial ; neuf, puisqu'on peut dire que jusqu'à ce moment, il n'avait fait l'objet d'aucun travail spécial ; trivial, puisqu'il peut sembler presque inutile de tracer aux médecins des règles de conduite qui ressortent de toutes leurs études, et des applications qu'ils en font continuellement. M. Requin a bien compris que ce n'était point un cours d'hygiène générale que lui demandait le jury ; mais l'indication des moyens convenables, seulement pour les circonstances tout à fait spéciales dans lesquelles le médecin se trouve placé ; il n'examine donc que quelques points spéciaux de l'hygiène de l'étudiant en médecine et du médecin. Si son travail n'offre pas toute la profondeur qu'on aurait eu le droit d'en attendre dans d'autres circonstances, s'il laisse quelques omissions à regretter, il présente cependant un cadre assez complet où sont placées convenablement toutes les questions importantes qui s'y rattachent ; et, en outre, il est écrit avec cette verve, cette originalité, et aussi cette lucidité de style que nous avons déjà eu l'occasion de trouver dans d'autres écrits du candidat, qui manque rarement de citer en première ligne les observations qu'il a faites sur sa propre personne. Il traite, en deux parties distinctes de l'hygiène de l'étudiant en médecine et de celle du médecin. La première comprend les cinq articles suivans : 1° acclimatement ; 2° dissection ; 3° hôpitaux ; 4° règle du travail ; 5° usage du tabac. Nous ne le suivrons pas dans ces différentes questions, nous nous contenterons d'en signaler quelques-unes seulement. L'article dissection a reçu toute l'extension que méritait le sujet ; on peut, il est vrai, y trouver quelques faits dont la valeur a été exagérée ; ainsi, nous n'admettons pas comme démontré que Bichat ait succombé victime des émanations cadavériques ; mais nous ne voulons pas être rangés au nombre de ceux qui contestent à la légère les périls du dur apprentissage de la profession de médecin. L'article *hôpitaux* fournit à l'auteur l'occasion de présenter l'état actuel de la science sur les maladies contagieuses, et de poser les principes généraux de l'hygiène, relativement aux divers modes dont elles se communiquent.

Toutes les recherches statistiques sont d'accord sur la brièveté de la vie des médecins, comparée à celle des hommes qui se livrent à d'autres professions libérales. Les causes de cette différence, M. Requin les trouve, non-seulement dans les fatigues de la profession ; mais surtout dans les souffrances morales auxquelles le médecin exposé, et qui, bien que dépendant de causes différentes au début de sa carrière, et à une époque plus éloignée, n'en ont pas moins pour résultat d'abréger ses jours.

ARGUMENTEURS : MM. PIORRY, SAMSON, TROUSSEAU, C. BROUSSAIS.

M. Piorry pense que M. Requin aurait dû ne pas séparer l'hygiène du médecin de celle de l'étudiant en médecine. Les règles qu'il donne au dernier sur l'étude de l'anatomie conviendraient également aux médecins, qui ne doivent jamais cesser d'étudier l'anatomie, et lui-même, depuis qu'il a quitté les bancs de l'école, huit fois déjà il a étudié l'anatomie entière. M. Piorry voudrait que le médecin-praticien continuât à fréquenter les amphithéâtres comme l'étudiant, et qu'il pratiquât les autopsies autant que les circonstances peuvent lui permettre de le faire. — M. Requin ne peut qu'approuver les principes émis par M. Piorry ; mais regrette qu'ils ne soient pas applicables dans le plus grand nombre des cas. — M. Piorry croit, comme le candidat, que la visite des malades dans les hôpitaux peut avoir quelque influence sur les maladies imaginaires auxquelles les étudians en médecine sont si sujets dans les premières années de leurs études ; mais il fait remarquer que c'est encore bien plus la lecture des livres de médecine qui donne naissance à ces maladies, ce que n'a pas dit M. Requin. Il lui reproche aussi de ne pas avoir donné assez d'attention à l'influence du moral chez l'étudiant, tandis qu'il est entré dans de longs et presque inutiles détails sur les insectes parasites que l'étudiant peut gagner dans les hôpitaux et sur le tabac, sujets qu'il a traités à part dans un article spécial. Il ne pense pas, avec son compétiteur, que les excès d'études soient plus nuisibles aux intelligences médiocres qu'à celles qui paraissent plus brillantes et plus étendues. Il a vu des hommes, doués de ce qu'on appelle communément une intelligence médiocre, arriver à force de travail, et par de véritables excès d'étude, à des résultats surprenans, et sans inconvénient pour leurs facultés intellectuelles.

M. Sanson rappelle au candidat que, dans une de ses argumentations antérieures, il avait annoncé une thèse d'érudition, et dit qu'il a été surpris, en ne trouvant dans sa thèse, au lieu d'érudition, qu'un grand nombre de citations bibliographiques, qui occupent une partie considérable de chaque page ; il aurait pu, s'il se fût donné la peine, ou plutôt s'il eût eu le temps de consulter les anciennes collections, s'assurer que son sujet n'était pas aussi neuf qu'il le pensait, et lui cite deux dissertations, dont l'une a pour titre *de Medico bene valente*, et l'autre *de Morbis medicorum*, qu'il aurait pu, lui dit-il, consulter, mais dont M. Sanson lui-même paraît ne connaître que le titre.

L'objection la plus grave que fait M. Sanson est relative aux plaies faites en disséquant, qu'il reproche au candidat d'avoir toutes réunies en un seul groupe, en conseillant d'avoir recours à la cautérisation dans tous les cas. Il aurait été nécessaire de distinguer, avec Shaw, ces sortes de plaies suivant l'état des cadavres en dissection : 1° cadavres frais ; 2° cadavres putréfiés ; 3° cadavres qui sont dans des circonstances spéciales par la nature de la ma-

ladie qui a déterminé la mort. La cautérisation qui est indiquée dans les deux dernières classes est indispensable dans la dernière et inutile dans la première, ce qu'il était important de faire connaître; car, en ordonnant la cautérisation dans tous les cas, on est presque certain qu'elle ne sera faite dans aucun.

L'argumentation de M. Trousseau a rapport au beurre d'antimoine, qu'il reproche au candidat d'avoir indiqué comme préférable aux autres moyens de cautérisation. Pour lui ce moyen est le plus mauvais qu'on pût indiquer. Le beurre d'antimoine produit des effets si désastreux, même à la plus petite dose, qu'il est abandonné par tous les les thérapeutistes. M. Trousseau cite deux faits où une goutte seulement de beurre d'antimoine, appliquée comme caustique, détermina des accidens presque mortels.

Il pense que M. Requin n'a pas montré une critique assez sévère dans le choix des faits qu'il cite pour prouver l'influence fâcheuse des miasmes putrides sur les personnes en bonne santé. Pour lui, il admet l'opinion de Parent-du-Châtelet sur le peu de nocuité de ces émanations dans les circonstances ordinaires, et que M. Requin avait cherché à combattre par ces faits.

M. Broussais, après quelques observations sur l'ensemble de la thèse, pense que l'auteur a omis une partie importante de son sujet, en n'indiquant pas suffisamment les conditions physiques et morales que doit offrir celui qui se destine à la carrière médicale. Ce sujet, qui intéresse à la fois et ceux qui se proposent de suivre cette carrière et l'honneur du corps médical, méritait de plus amples développemens que ceux que lui a accordés M. Requin. Il a aussi presque complétement passé sous silence l'hygiène du médecin dans les temps d'épidémie, celle du médecin militaire et du médecin de marine, qui se trouvent dans des circonstances si différentes de leurs confrères des villes et même des campagnes. M. Broussais trouve que l'auteur a de beaucoup exagéré les inconvéniens du procédé Ganal pour la conservation des cadavres destinés aux dissections. Il s'est livré lui-même à la dissection de ces cadavres et n'a point constaté qu'ils altérassent les scalpels, la peau et même les ongles, ainsi que le dit M. Requin. — Celui-ci répond que n'ayant pas d'expérience personnelle sur ce point, il avait cru devoir s'en rapporter au jugement de plusieurs aides d'anatomie, ses amis, qu'il regarde comme compétens dans cette question.

M. Piorry. — sur les habitations privées. — 157 pag. in-4°.

Si l'étendue d'un ouvrage était une condition de succès, certes la thèse de M. Piorry lui assurerait une supériorité incontestable sur ses compétiteurs, au moins si nous en jugeons d'après celles qui nous sont arrivées jusqu'à ce moment. Nous savons bien qu'il n'en est point ainsi, et que la longueur est une circonstance plutôt défavorable; mais il en est autrement quand cette longueur tient à des développemens qui tous se rattachent au sujet, quand elle dépend de ce que l'auteur a considéré la question sous tous les points de vue, comme l'ont reconnu les argumentateurs de M. Piorry, qui, dans les éloges qu'ils lui ont accordés, ont tous reconnu qu'il avait dû réunir, depuis longtemps, d'immenses matériaux pour produire une œuvre aussi volumineuse en aussi peu de temps. Ce n'est pas cependant que nous, pour qui la critique est aussi d'obligation, nous approuvions tous les détails dans lesquels il est entré; nous pensons qu'il aurait pu se dispenser de reprendre constamment la science *ab ovo*, d'insister aussi fréquemment qu'il le fait sur les habitations des sauvages et des peuples à civilisation très arriérée, qui s'occupent bien peu de l'hygiène et chez lesquels l'hygiéniste a peu à gagner : mais ce n'est pas là un défaut, c'est un excès de richesse dont on ne peut se plaindre sérieusement quand le reste n'en a pas souffert; ce travail est même si complet, qu'avec quelque soin que nous ayions cherché les omissions, nous n'en avons pu trouver que de peu importantes, et encore ne sommes-nous pas assurés que celles que nous avons cru remarquer ne se trouvent pas dans quelque coin de ce gros volume, comme il est arrivé plusieurs fois à celles que les compétiteurs ont signalées dans les argumentations.

Nous n'entreprendrons pas de donner une analyse, même sommaire, de la thèse de M. Piorry, dont la table seule ne remplit pas moins de trois grandes pages; il nous suffira d'indiquer les principales divisions qu'elle offre. Dans la première partie l'auteur traite de l'habitation proprement dite, puis, dans des sections à part, il s'occupe du choix des lieux, de la construction de l'habitation, des dispositions de l'habitation elle-même et des objets qu'elle contient. Dans la deuxième partie il étudie successivement les diverses parties annexes à l'habitation. Pour donner une idée du développement que prennent, sous la plume de M. Piorry, les sujets de quelque importance, nous citerons l'article *Dimensions de l'habitation*, où ce qui a rapport à l'encombrement et aux discussions qui s'y rattachent sur la fièvre typhoïde, le choléra, etc., n'occupe pas moins de 34 pages. La moindre de ces discussions et l'indication des points les plus remarquables de la thèse nous forcerait à dépasser les limites qui nous sont imposées; nous signalerons donc immédiatement quelques points bien peu importans sur lesquels nous aurions désiré plus de développemens, et qui nous paraissent avoir échappé à l'attention des compétiteurs. Nous croyons que M. Piorry n'a pas tenu assez de compte de ce qui forme le *confortable*, lequel, grâce aux progrès constamment croissans de l'industrie et de la fortune publique, n'est plus réservé aujourd'hui à l'opulence, et commence à être à la portée des classes dans la plus simple aisance. Nous aurions désiré quelques mots sur les rapports qui doivent exister entre les différentes pièces d'un appartement; sur l'usage de ces tapis moelleux qu'on trouve dans toutes les maisons des grandes villes de l'Angleterre, et qu'on commence à voir dans nos appartemens, où ils seraient cependant si utiles sur nos parquets et nos escaliers cirés avec un luxe souvent funeste. Le choix d'une cheminée parmi celles si nombreuses que l'industrie offre à nos regards méritait aussi, nous pensons, plus de détails; mais ces remarques sont si peu importantes, à nos yeux, que nous n'insisterons pas davantage.

Argumenteurs : MM. Samson, Trousseau, Broussais, Menière.

M. Samson pense que l'auteur aurait dû préciser davantage les dimensions qui doivent être données à chaque pièce, suivant la quantité d'air dont chaque homme a besoin; il lui reproche aussi de n'avoir pas indiqué parmi les moyens d'entretenir la propreté, celui qui est préférable, du lavage ou du frottage; il cite à cette occasion un fait que Dupuytren rappelait souvent dans ses leçons: c'est qu'avant que ses salles à l'Hôtel-Dieu fussent cirées, à l'époque où elles étaient lavées régulièrement deux fois par mois; le lendemain du jour où elles avaient été lavées, il y avait une mortalité plus forte sur les opérés; il termine par quelques considérations d'hygiène publique sur l'étroitesse des rues dans les villes des climats chauds, et sur l'élargissement qu'on donne aux rues de nos grandes villes, aux dépens des cours et des jardins.

M. Trousseau compare la thèse du candidat à une pièce de marqueterie; c'est une réunion de matériaux peu liés entre eux; les opinions contradictoires sont rapprochées, mais sans que l'auteur fasse connaître la sienne, et sur des questions délicates. M. Piorry répond qu'il n'est pas obligé d'avoir une opinion sur toutes les questions dont il parle dans sa thèse, et renvoie du reste, M. Trousseau, qui semble lui reprocher la difficulté qu'il éprouve à l'argumenter, aux conclusions générales qu'il a placées à la fin de chaque chapitre, et où ses opinions sont formulées d'une manière positive. Alors, M. Trousseau veut entraîner le candidat sur le terrain de la pathologie. La goutte, la fièvre jaune, le choléra, lui fournissent successivement des argumens, qu'évite avec habileté M. Piorry, et que nous regrettons de ne pouvoir reproduire, avec plusieurs faits importans qu'a cités M. Trousseau sur quelques circonstances dans lesquelles s'est développée la fièvre jaune; mais cette discussion s'éloigne trop du sujet de la thèse, et n'a point eu de résultats assez positifs pour que nous la reproduisions ici.

M. Broussais n'admet pas toute l'influence qu'attribue M. Piorry à l'encombrement, sur la production de la fièvre typhoïde; il lui reproche de n'avoir tenu compte que de deux causes de cette maladie, l'encombrement et l'acclimatement, et d'en avoir négligé une qu'il regarde comme bien plus importante; les écarts de régime. Il est presque impossible, dit-il, que sur les 122 cas de fièvre typhoïde, signalés par M. Piorry, il n'y en ait eu que cinq ou six où les causes aient agi sur le tube digestif. — M. Piorry répond que ces faits sont consignés dans sa clinique médicale, dans les ouvrages de MM. Louis et Andral; et dans les leçons de M. Chomel sur la fièvre typhoïde, recueillies par M. Genest, où ce qui concerne l'étiologie a été relevé avec un soin tout particulier. — M. Broussais reproche au candidat de n'avoir pas parlé des différens combustibles propres à chauffer les appartemens. Il lui demande comment il explique qu'en montant un escalier, on se fatigue moins en se tournant à chaque marche, tantôt d'un côté et tantôt d'un autre; ou, après avoir pris son élan, en le gravissant sans s'arrêter. — M. Piorry répond que l'explication de la première méthode pour monter un escalier appartient à un auteur allemand, et repose sur la théorie des plans inclinés; quant à la seconde, M. Broussais ne paraît pas disposé à en faire l'essai, ainsi que l'y engage M. Piorry, qui semble l'avoir adoptée de préférence.

M. Menière se plaint que ses compétiteurs ne lui aient laissé que des objections de détails, et peu importantes. Il ne pourra pas nous savoir mauvais gré, ainsi que le lecteur, de ne pas les reproduire ici. Cependant, nous reconnaîtrons que ces objections ont été présentées avec beaucoup d'art et de précision, et qu'elles n'ont pas laissé que d'embarrasser le candidat.

Nota. Nous regrettons de ne pouvoir rendre compte ici des thèses de MM. Rochoux, Sanson et Foissac que nous n'avons point encore reçues.

VARIÉTÉS.

— Les cours de l'école auxiliaire de médecine continuent avec régularité et activité. Les directeurs de cet utile établissement ont eu le bon esprit de permettre aux professeurs de distribuer un certain nombre de cartes aux élèves qui en feraient la demande. C'était le moyen de populariser en peu de temps les avantages de leur enseignement.

— Il y a eu, samedi dernier, une séance extraordinaire de l'Académie de médecine. Cette séance, consacrée d'abord à la lecture de plusieurs rapports sur des remèdes sans importance, a été subitement interrompue par une attaque apoplectiforme, qui a frappé l'un des membres, M. Dupuy. Cet accident, qu'on croyait grave d'abord, n'a eu aucune suite fâcheuse. Nous sommes heureux de pouvoir annoncer que M. Dupuy est entièrement rétabli.

— Nous avons reçu de notre célèbre confrère M. Valentine Mott une lettre relative à l'extirpation de la clavicule. Nous la publierons dans notre prochain numéro.

ERRATUM. — Nous avons indiqué, dans notre dernier numéro, comme élu par l'Académie pour le concours de pharmacie *M. de Serres*, c'est *M. Delens* qui a été élu.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

IMPRIMERIE DE FÉLIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 5 (TOME VI. — 1838.) SAMEDI 3 FÉVRIER 1838.

Gazette Médicale

DE PARIS.

LA GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4° 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°.—Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Poissonnière*, n° 5, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE INTERNE.

DE L'INFLUENCE DES CLIMATS SUR LA PRODUCTION ET LE TRAITEMENT DES AFFECTIONS TUBERCULEUSES; par CH. DUJAT, D. M. P.

La proposition faite par M. Costallat de fonder dans l'ex-régence d'Alger un établissement pour traiter les phthisiques fut soumise par le ministre du commerce à l'Académie de médecine, et donna lieu à discuter l'influence des climats sur le développement et la marche de la phthisie; mais comme cette question a été jusqu'ici peu étudiée, l'Académie répondit que la science manquait des élémens nécessaires pour lui permettre de se prononcer, et afin de fixer son opinion sur cette influence des climats, elle pensa qu'elle devait demander des renseignemens aux médecins de tous les pays (voir la GAZ. MÉDIC. d'octobre 1836 et janvier 1837).

Ce n'est qu'en étudiant l'action d'un climat tout-à-fait différent qu'on pourra arriver à déterminer son influence réelle sur la phthisie. James Clark dans son ouvrage : *On the influence of climate in the preservation and cure of diseases of the chest and digestive organs*, s'est surtout occupé du climat du sud de l'Angleterre et de la France, et de celui de l'Italie où il a résidé quelque temps; mais comme il l'a reconnu lui-même, à part plus d'exposition à l'air et le changement dans la manière de vivre qu'entraînent ces déplacemens, l'habitation à quelques degrés du lieu où la maladie a été contractée ne peut agir assez pour changer cet état de l'économie qui donne lieu aux dépôts de matière tuberculeuse. L'auteur traite aussi de l'action du climat intertropical; mais n'y étant pas allé, il a été entraîné à des conclusions quelquefois peu exactes par des tableaux de statistique, comme nous le verrons plus loin.

Les auteurs qui ont écrit sur les maladies des pays chands se sont peu occupés de la phthisie; aussi pendant long-temps on l'a cru propre aux pays froids et tempérés, et très rare entre les tropiques. Cependant nous essaierons de démontrer à l'aide de ces mêmes auteurs et d'observations personnelles que la phthisie est très commune chez les indigènes dans les pays chauds, que l'émigration dans ces climats a une heureuse influence sur ceux qui ont contracté cette maladie dans les régions tempérées, que le séjour prolongé sous de basses latitudes peut la déterminer chez les Européens; enfin que les nègres n'y sont pas plus prédisposés que les créoles. Nous dirons aussi quelque chose des voyages sur terre et sur mer dont l'influence dans le traitement de la phthisie est encore peu connue.

Feuilleton.

RAPPORT SUR LA QUATRIÈME SESSION DU CONGRÈS SCIENTIQUE DE FRANCE, TENUE A BLOIS EN SEPTEMBRE 1836 (1).

PAR M. HAIME, MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE, PRÉSIDENT DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE TOURS.

Messieurs,

Chargé par vous, dans une de vos dernières séances, de vous faire un rapport sur la quatrième session du congrès scientifique de France, c'est à la fois comme rapporteur et comme l'un des commissaires (1) que vous aviez investi de l'honorable mission de vous représenter à ce congrès, que je vais m'acquitter de cette tâche; je m'efforcerai d'être succinct, et ne m'étendrai que sur les travaux de la troisième section, qui ont le plus de connexité avec ceux qui vous occupent spécialement.

Et d'abord, j'éprouve le besoin de reporter sur la Société de médecine tout entière et sur la haute estime dont elle jouit dans le monde médical la flatteuse

(1) Nous reproduisons avec plaisir le rapport de M. le docteur Haime. Il est à regretter que l'auteur ne l'ait pas présenté plus tôt à la société médicale dont il était le délégué au congrès scientifique de Blois. La publicité donnée aux séances et aux résultats de ces réunions solennelles accroît leur importance et remplit mieux le but qu'elles se proposent. La sympathie que la GAZETTE MÉDICALE n'a jamais manqué d'exprimer pour cette nouvelle et si utile institution, lui eût fait accueillir avec empressement tous les documens relatifs aux congrès scientifiques, du moins en ce qui concerne la médecine. Les meilleures choses et les meilleures idées, sans le concours de la presse, demeurent longtemps stériles. Cette vérité et l'empressement que nous mettons à propager tout ce qui peut concourir aux progrès de la science et à rehausser l'éclat de la profession nous font espérer que nos confrères des départemens voudront bien mettre notre zèle et nos efforts à profit, et nous permettre de les seconder dans leur utile et louable entreprise. Nous sommes loin de penser que toutes les questions qui s'agitent dans ces grandes réunions soient également importantes; nous ne jugeons jusqu'ici l'institution des congrès scientifiques qu'en principe et relativement aux résultats qu'ils peuvent produire; à ce titre nous les servirons toujours de nos faibles moyens.

(1) M. le docteur Archambault était l'autre commissaire.

En nous occupant de l'influence des climats, nous avons été conduit à étudier cet état *spécial* de l'économie qui prédispose à la tuberculisation des poumons, et que J. Clark le premier a décrit sous le nom de *cachexie tuberculeuse*. Cette modification organique doit être regardée, non comme une prédisposition à la maladie, mais comme sa première période. En la considérant ainsi, on fait disparaître le vague qui existe encore aujourd'hui dans l'appréciation des causes de la phthisie, et on assure le succès du traitement; car, par des moyens convenables, on peut arriver à changer ce mauvais état de l'économie; mais quand le mal a fait assez de progrès pour laisser constater la présence des tubercules, on ne peut le plus souvent que prolonger la vie des malades, car l'altération des poumons qui n'était que secondaire devient bientôt l'affection principale, la cause de tous les symptômes, du dépérissement et de la mort.

La cachexie tuberculeuse n'a pas encore été chez nous l'objet d'aucun travail; nous devons dire cependant que M. Andral, dans son cours de l'hiver dernier, l'a comprise dans les maladies générales, et y a consacré plusieurs leçons, auxquelles nous regrettons de n'avoir pu assister; cette cachexie et la phthisie pulmonaire n'était qu'une même affection; la première caractérisée par le mauvais état de toute l'économie, la production de l'élément du tubercule; la seconde par le dépôt de matière tuberculeuse; nous serons obligé de les confondre dans l'étude que nous allons en faire.

» Dans toutes les régions tempérées de l'Europe et de l'Amérique, l'affection tuberculeuse entre probablement pour la cinquième partie dans la mortalité générale; dans quelques localités et même dans des pays entiers, la proportion est bien plus grande. » (J. Clark, *On pulmonary consomption.*)

Depuis quelques années seulement, les auteurs qui ont écrit sur les maladies des pays chauds font mention de la phthisie. Cependant Bontius, *de médicina Indorum*, après avoir parlé des affections catarrhales, traite de la phthisie ou ulcère des poumons. Lind (*Essay on diseases of Europeans in hot climates*) donne des conseils aux personnes d'une habitude consumptive qui retournent en Angleterre. Comme ces auteurs ont eu en vue de faire connaître seulement les maladies particulières à ces contrées, ils ne se sont attachés à décrire que celles qui y sont endémiques, et la phthisie étant répandue sur tout le globe, ils ne s'y sont pas arrêtés. Nous n'en savons pas davantage sur la fréquence dans les pays chauds des affections qu'on rencontre sous toutes les latitudes. D'ailleurs, si, selon Lind, les dix-neuf vingtièmes parties des Européens qui tombent victimes des climats chauds, sont emportés par les fièvres, les dyssenteries; ceux qui sont atteints de phthisie doivent y succomber à une de ces affections intercurrentes.

Je suis d'autant plus disposé à avancer cette opinion que, d'après un tableau publié par J. Clark sur la mortalité relative parmi les troupes anglaises dans différentes stations, les décès par phthisie comparés à ceux produits par d'autres maladies diminuent en raison directe de l'insalubrité du climat; ainsi, tandis qu'à Gibraltar, au cap de Bonne-Espérance, à l'île-de-France, on compte 1 phthisique sur 7 décès, on en compte 1 sur 33 aux Indes-Orientales; 1 sur 85 seulement à la côte occidentale d'Afrique (Sénégal). Les données ne peuvent donc pas servir, comme l'a pensé J. Clark, à démontrer l'action du climat comme cause de phthisie. D'après un tableau du docteur Marshall, dans sa topographie de l'île de Ceylan, sur 1000 hommes de troupes européennes, il y a, année moyenne, 142 décès, dont 6 seulement sont dus à la phthisie. Il résulte d'un tableau publié par J. Remesley, dans son bel ouvrage : *On the most prevalent diseases in India*, que sur un effectif de 2,793 hommes de troupes anglaises à Bombay, pendant une année, du 27 décembre 1825 à même date 1826, il y a eu 315 décès, parmi lesquels on n'en voit que 6 par affection des poumons non spécifiée; cependant les maladies des organes respiratoires n'ont pas manqué, puisque 220 militaires ont été traités pour ces affections.

La phthisie est commune entre les tropiques; sur 2,275 décès survenus dans les troupes anglaises européennes aux Indes-Occidentales, de 1822 à 1829, il y a eu 177 cas de phthisie; 1 sur 13 environ, et parmi les régimens de noirs, 2 sur 7. M. Levacher, qui a exercé à Sainte-Lucie, dit que la phthisie y est assez commune parmi les blancs, les mulâtres et surtout les noirs (*Guide medical des Antilles*). Pendant mon séjour à Rio-de-Janeiro, j'ai pu voir que les hôpitaux renfermaient un aussi grand nombre de phthisiques que les nôtres. Le professeur Cruz-Johins pense que la six ou septième partie des décès dans la classe pauvre de Rio est due à la phthisie pulmonaire (*Dicurso sobre as molestias que mais affligem a classe probre do Rio de Janeiro*). « C'est une erreur généralement reçue que les maladies des poumons soient rares dans l'Inde et s'y guérissent facilement (Conwell, *Observations chiefly on pulmonary disease in India*). Nous devons regretter de ne trouver dans cet ouvrage aucune considération sur les causes, les symptômes et la marche de la phthisie dans ces pays; cependant on peut voir, d'après les observations incomplètes qui le composent exclusivement, que chez presque tous les sujets, elle est venue à la suite de dyssenterie, de fièvre intermittente ou de scorbut, affections qui débilitent et qui altèrent la nutrition.

L'île de Madère a été considérée comme le lieu le plus salutaire aux phthisiques de nos climats; cependant le docteur W. Gourlay dit : « Bien que le climat de cette île soit très avantageux aux phthisiques des autres pays, on ne doit pas cacher qu'aucune maladie n'est plus fréquente que la phthisie chez les indigènes. » (*Observations on the natural history climate and diseases of Madeira.*) En Italie, où les médecins du Nord envoient leurs malades, un grand nombre d'indigenes succombent à cette affection.

Puisque cette maladie est de tous les climats, de toutes les latitudes, c'est donc moins la somme de phthisiques fournie par nos pays qui doit guider le médecin dans le changement de lieu conseillé à son malade, que la modification qu'il peut éprouver des nouvelles conditions hygiéniques où il se trouvera placé. Un membre de l'Académie avait bien determiné le point important de la discussion agitée dernièrement dans cette compagnie, lorsqu'il proposa de demander seulement ce que deviennent les phthisiques transportés d'un climat dans un autre.

Les causes qui amènent la cachexie tuberculeuse agissent en débilitant la constitution, en produisant une mauvaise nutrition : ce sont l'habitation dans des lieux froids, humides, obscurs, peu aérés; dans des appartemens étroits fort chauffés; le manque d'exercice; les occupations sédentaires; celles qui entraînent avec elles de mauvaises conditions hygiéniques; un régime malsain; un travail fatigant, surtout pour ceux qui ne peuvent se procurer une nourriture réparatoire; un vêtement insuffisant; tous les excès, les peines de l'esprit et du cœur; une maladie fonctionnelle de la plupart des organes, mais plus spécialement des organes digestifs. L'humidité paraît avoir la plus grande influence sur la produc-

---

distinction dont nous avons été les objets, M. Archambault et moi, de la part de la troisième section, ainsi que les témoignages de bienveillance qu'elle nous a donnés, en nous choisissant, lui pour vice-président, et moi pour secrétaire. Nous n'avons pu méconnaître, dans cette circonstance, la puissante influence qu'exerçait la Société médicale sur l'esprit de la plupart des membres de cette section.

« L'institution des congrès scientifiques, encore nouvelle parmi nous, dit M. de la Saussaye, secrétaire-général de la quatrième section, a produit déjà des résultats heureux, qui ne sauraient être contestés. En transportant sur divers points de la France des centres mobiles d'action scientifique, elle a excité une puissante émulation dans les contrées qui l'ont accueillie, et elle l'a communiquée à celles qui avaient envoyé des députés à ces réunions. Les relations établies entre des personnes livrées aux mêmes études, et qui ne se fussent peut-être jamais rencontrées, les ont encouragées à fonder des institutions scientifiques nouvelles, et leur ont permis d'entreprendre des publications littéraires indépendantes de la capitale. Celle-ci elle-même a été représentée au congrès par des hommes généreux, venus pour applaudir à nos efforts, et travailler, avec désintéressement à l'accomplissement de notre œuvre. La province s'est animée d'une vie littéraire, inconnue jusqu'alors, et les bases de son émancipation intellectuelle ont été posées.

» Les mots *émancipation* et *décentralisation*, prononcés par le congrès, ont semblé à quelques esprits le cri d'armes d'une sorte de croisade provinciale contre la suzeraineté scientifique et littéraire de Paris. Tel n'a pas été le but des fondateurs de l'institution. La province ne peut prétendre à renverser cette suzeraineté, qui fait la gloire de la France tout entière, et elle lui paie chaque jour son tribut en lui envoyant l'élite de ses hommes; mais cette suprématie reconnue a excité son émulation; elle l'a portée, non à tenter une lutte impuissante, mais à rechercher si elle ne pouvait se créer une activité qui lui fût propre et qui fournît à ses travaux des avantages de position particulière, etc. »

Vous savez, messieurs, que les congrès scientifiques prirent naissance chez une nation voisine. Cette institution, bientôt développée, importée et fécondée chez nous par un savant modeste, M. de Caumont, y a été bien comprise, y a grandi rapidement, et est peut-être appelée à changer complètement de face la position intellectuelle des départemens de la France.

En effet, les congrès non seulement fournissent un public éclairé aux hommes de lettres des départemens, des encouragemens à leurs productions; mais, en outre, ils font goûter les avantages de la science à une multitude de personnes que leur éducation ou des études préliminaires mettent en état de la comprendre, mais qui ne s'en fussent peut-être jamais occupées sérieusement, si l'intérêt des discussions scientifiques, l'émulation qu'elles excitent en elles ne leur eût révélé une aptitude et un mérite qu'elles ne se reconnaissaient pas elles-mêmes. Beaucoup de savans modestes peuvent ainsi être connus, appréciés, qui fussent restés ignorés à toujours sans l'institution dont nous parlons.

Un des bienfaits les plus grands de cette institution, et qui lui donne une action véritablement civilisatrice, c'est qu'elle réunit par les liens d'une bienveillante confraternité des hommes d'opinions opposées, qu'elle leur apprend à se connaître, à s'estimer, à s'éclairer mutuellement dans des discussions toutes pacifiques, et qu'elle les amène à s'entendre sur un terrain neutre, à se tendre la main à l'ombre d'une bannière commune, celle de la science.

Je glisserai rapidement sur la physionomie générale de la quatrième session

tion des affections tuberculeuses. Si dans des pays très froids on rencontre moins de phthisiques que dans les pays tempérés, il faut l'attribuer à l'absence de l'humidité. Une très basse température est incompatible avec elle. Le froid vif et sec n'affaiblit pas l'action vitale comme le froid humide de nos hivers.

Les causes agissent d'autant plus puissamment que la constitution est déjà débile et le tempérament lymphatique, que le sujet est plus jeune ; celles qui portent une action directe sur l'appareil respiratoire, comme son exercice forcé par le chant, par la lecture à haute voix, par le jeu des instrumens à vent, l'inspiration d'un air chargé de certains gaz, de poussières irritantes, ne peuvent donner lieu à la phthisie, que si l'organisme a déjà éprouvé la modification nécessaire pour la production de la matière tuberculeuse. Il en est de même des fièvres éruptives, de la pneumonie, de la bronchite, etc. ; et les auteurs qui font jouer à l'inflammation le rôle principal dans la production des tubercules admettent positivement une *prédisposition*, « *une constitution spéciale, soit héréditaire, soit acquise.* » (Bouillaud.) Cette prédisposition, cet état spécial ne peuvent être que la cachexie tuberculeuse. Lorsque l'économie est, pour ainsi dire, saturée de principes tuberculeux, la cause occasionnelle la plus légère suffit pour donner lieu à la phthisie pulmonaire, qui marche alors avec rapidité, et si, dans nos climats, nous voyons un grand nombre d'habitans des pays chauds succomber à cette maladie, c'est qu'ils arrivent après avoir éprouvé la modification propre à son développement, ou qu'ils portent déjà des dépôts de matière tuberculeuse dans les poumons. La cachexie peut cependant faire de tels progrès que le dépôt tuberculeux se fasse absolument de lui-même.

L'analogie entre la phthisie et les scrofules est reconnue depuis longtemps; ces deux affections sont produites par une mauvaise nutrition et présentent le même produit morbide, le tubercule. *Phthisis est pulmonum scrofula* (Sydenham). Le froid humide paraît être une des premières conditions pour produire cette habitude du corps à laquelle on a donné le nom d'*état scrofuleux*, puisqu'on voit, dans les pays froids seulement l'affection tuberculeuse se généraliser. Les scrofules sont rares dans les pays chauds et s'y guérissent rapidement. J'ai vu au Brésil un jeune Français qui avait été vainement traité à Paris pour une carie scrofuleuse du premier métacarpien, et qui avait, en outre, l'habitude scrofuleuse très prononcée, guérir avec rapidité dès son arrivée dans le pays ; il a constamment joui depuis de la meilleure santé.

Pour la production de la phthisie dans les régions intertropicales, nous avons encore l'action des mêmes causes, moins le froid et un air non renouvelé; mais on y rencontre de plus un air malsain, humide, une chaleur incessante, une nourriture peu réparatrice, puisque la classe pauvre n'y vit que de végétaux et de viandes salées. Les digestions sont laborieuses, les organes respiratoires combinent moins d'oxigène, le sang s'appauvrit, le système veineux prédomine sur le système artériel, les chairs deviennent flasques, les tissus sont pâles, ils ont perdu leur ton. L'habitant des pays chauds jouit d'une moins grande somme d'existence. Comme l'a remarqué M. de Humboldt, c'est la durée de la chaleur plutôt que son intensité qui caractérise le climat entre les tropiques ; la chaleur de nos étés est souvent aussi forte, mais dure peu. Cette différence dans les causes en produit une dans les symptômes et dans les lésions anatomiques. Selon M. Cruz-Jobins, la diarrhée colliquative, qui, chez nous, termine ordinairement la phthisie, se remarque peu à Rio ; mais les sueurs y sont plus abondantes, et on rencontre rarement des tubercules ailleurs que dans les poumons.

Les effets pernicieux attribués aux variations subtiles de la température, et à la différence entre celle du jour et de la nuit dans les pays chauds, pour la production de la phthisie, ont été bien exagérés. Ces transactions, même pendant les orages, ne sont pas aussi brusques qu'on le croit. Le passage de la chaleur accablante du jour à la fraîcheur de la nuit est graduel et facile; la température baisse bien rarement assez pendant la saison des chaleurs pour faire éprouver la sensation du froid. Pendant un séjour de près de trois mois entre les tropiques, lorsque le soleil était sur nos têtes, je n'ai vu personne qui ait accusé un sentiment de froid, bien qu'on passât la nuit dans des chambres ouvertes, le corps couvert d'un simple drap et que nous ayons souvent couché en plein air. Johnson, qui a vécu longtemps aux Indes orientales, conseille de coucher en plein air dans ce pays, pendant la saison des chaleurs. Il dit que non seulement on peut le faire avec sûreté, mais qu'on retire des avantages de cette pratique, considérée autrefois comme dangereuse, quand d'ailleurs la pluie, une rosée abondante, l'exhalation malsaine des marais ou des bois ne le rendent pas impossible ; que cette pratique est approuvée par des hommes les plus recommandables qui ont passé une grande partie de leur vie entre les tropiques. Quelles que soient les variations atmosphériques, nous ne perdrons jamais ni aussi brusquement, ni autant de calorique que dans un bain pris à la mer ou dans une rivière.

La constitution de la race noire est plus appropriée aux pays chauds. Je crois que toutes circonstances égales, d'ailleurs, entre les tropiques, les nègres sont moins disposés à devenir phthisiques que les blancs. Les tableaux publiés prouvent bien que, dans un certain nombre de décès, la somme des tubercules est plus grande pour les premiers; mais sur un nombre égal de sujets des deux races, la phthisie ne fait pas souvent périr, dans une année, un plus grand nombre de nègres, ou d'indigènes, que de blancs (*voyez* le tableau publié par M. le docteur Marshall, dans sa topographie sur l'île de Ceylan, et rapporté dans les notes de M. Andral, sur l'Auscultation de Laennec), comme nous l'avons déjà dit; l'affection tuberculeuse étant de longue durée, les Européens sont souvent enlevés dans ces pays par une maladie endémique, qui ne leur donne pas le temps d'arriver à la dernière période, tandis que les noirs résistent beaucoup mieux au climat.

D'après un résumé que j'ai fait des tableaux publiés par J. Annesley sur la *mortalité relative dans les troupes anglaises, composées d'Européens et de nègres, aux stations des Antilles : Sainte-Lucie, Tabago, Déméra'ra, la Trinité, île Barbade, pendant les années* 1823, 1824, 1825, il résulte que, sur une moyenne de 2,313 Européens et de 1,665 noirs, il est mort, pendant ces trois années, d'affections de poitrine non spécifiées 67 des premiers, ou, en d'autres termes, 1 sur 34, 52, et des derniers 88, on 1 sur 19, et d'autres maladies il est mort 241 Européens, ou 1 sur 9, 5, et 49 noirs, on 1 sur 34.

Ces résultats et la considération que le climat intertropical produit de bons effets sur les individus prédisposés à la phthisie par le froid humide de l'Angleterre, et de plus les calculs publiés n'ayant été faits que sur des troupes européennes arrivées depuis peu d'années, nous donnent lieu de regarder comme peu fondée cette assertion que la race noire est plus prédisposée à la phthisie que la race blanche. Mais ce qui est certain, c'est que, par l'influence des climats chauds, il existe chez les noirs et chez les

---

qui, à beaucoup d'égards, a été extrêmement remarquable. En empruntant le langage chevaleresque d'un de ses membres les plus distingués, je considérerai cette savante réunion comme l'un des tournois les plus brillans de l'époque, dont l'intelligence a fourni et la carrière et le champ-clos; où toutes les convictions se sont présentées, mais où l'on n'a admis que les armes courtoises du raisonnement et de la logique, qu'ornaient les flammes et les fanons de l'éloquence et de l'érudition; cette joûte, disons-nous, où les adversaires se félicitaient réciproquement de la loyauté qui n'a cessé de présider aux argumentations de la controverse, mettait au grand jour l'amour du bien public dont tous les champions étaient animés, et cet honorable concours de volontés tendantes à l'obtenir.

Représentez-vous en effet, messieurs, une réunion de plus de deux cents personnes plus ou moins graves, venues des différens points de la France, et même des régions étrangères, que rassemblait l'amour de la science et de l'humanité, ainsi que des progrès sociaux; mais surtout le désir bien évident de s'éclairer mutuellement, en échangeant des marques d'estime réciproque, et vous aurez l'explication de l'anomalie seulement apparente d'une variété nombreuse d'individus marchant au même but, bien qu'animés souvent de convictions contraires.

Un des caractères distinctifs des assemblées du congrès, c'est la liberté et la facilité avec lesquelles ont pu se produire des opinions qui n'étaient pas toutes des plus raisonnables, et dont quelques-unes même sentaient l'esprit aventureux et réformateur de nos jours, le saint-simonisme. Si vous aviez entendu retentir autour de vous, et à tout propos, les mots *d'unité, d'esprit d'association, de fraternité, de progrès, de bonheur social, d'amélioration, de réformation, de réédification, d'émancipation générales*, et même *d'homœopathie et d'harmonie universelles*, vous vous seriez crus dans une sphère inconnue. Toutefois, j'ai hâte de dire que les zélateurs de ces doctrines nouvelles, pour les avoir soutenues avec éloquence et talent, ne m'ont pas semblé commander la conviction du plus grand nombre, ni entraîner beaucoup de prosélytes; j'ajouterai aussi que ces rêves d'une imagination déréglée ont dû céder la place aux théories sages, substantielles et empreintes d'une philosophie vraie et d'une philantropie praticables.

Je ne terminerai pas ce qui a rapport à l'ensemble de cette confédération scientifique, sans dire avec quel intérêt on y a remarqué une dame américaine, miss Anna Knight, de la secte philosophique des Quakers, que le désir de voir améliorer le sort des hommes de couleur y avait conduite pour plaider leur cause, et une autre dame, madame Cauvin, du Mans, qui cultive la botanique avec succès et distinction.

Enfin, le motif le plus louable d'une philantropie éclairée, non moins qu'une profonde conviction, y avait attiré le respectable et savant abbé Latouche, qui, dans une improvisation pleine de verve, et dans des conférences subséquentes très substantielles, a présenté sur l'origine des langues et sur leurs corrélations réciproques, les bases et les développemens d'un système linguistique fort ingénieux, et offrant des vues essentielles d'amélioration pour l'éducation de la jeunesse. Indépendamment de vos commissaires, messieurs, notre département a été représenté dans le congrès, à divers titres, par MM. le comte de Montrevault, le vicomte de Courteilles de Bretignère, Delatramblais, Cartier-Gaillard et Massé, MM. les docteurs Gendron, de Châteaurenault, Fanean de la Cour et Charlot de Saint Aignan, membres de la Société médicale, en faisant aussi partie

créoles une manière d'être de l'économie favorable à la production de la cachexie tuberculeuse; le tempérament lymphatique prédomine chez eux.

Il faut un certain nombre d'années aux Européens du nord pour éprouver cette modification, qui prépare cette cachexie, et même ceux qui l'ont contractée sous l'influence d'un climat froid se trouvent très bien du séjour des pays chauds. Parmi les phthisiques des hôpitaux de Rio, j'ai remarqué proportionnément très peu d'Européens arrivés depuis peu d'années. Des Brésiliens et des habitans des Antilles m'ont confirmé dans cette opinion, que chez eux la phthisie fait de nombreuses victimes parmi les créoles et bien peu parmi les Européens. Le passage suivant de l'ouvrage de M. Levacher est d'autant plus concluant qu'il est écrit indépendamment de toute idée préconçue. Il dit: « Si d'un côté je voyais la phthisie exercer ses ravages sur les créoles, je me convainquis d'autre part que ses progrès se ralentissaient sur les Européens qui venaient habiter parmi nous. Ceux-ci reprenaient une nouvelle existence; ils vivaient plusieurs années sans ressentir aucun symptôme de leur maladie; plusieurs pouvaient partir et présenter tous les caractères d'une guérison apparente: ils pouvaient même guérir. » « Les personnes, dit J. Coopland, très disposées à la phthisie, ou qui sont déjà arrivées à la première période de l'affection, trouveront dans le séjour des Indes occidentales une des mesures prophylactiques, sur laquelle ils peuvent le mieux compter. »

Le tableau comparatif des maladies traitées à *l'hôpital militaire général de Chatam*, vient encore démontrer que le séjour prolongé dans les pays chauds et les maladies de ces contrées donnent naissance à la cachexie tuberculeuse. Cet hôpital ne reçoit que des sujets affectés de maladies chroniques (long continued diseases), renvoyés en Angleterre des Indes orientales et occidentales, de la côte ouest d'Afrique et d'autres possessions anglaises; presque toutes dans des pays chauds. En l'espace de dix ans, du 1er janvier 1826 à même date 1836, il y est mort 899 militaires, sur lesquels 390 ont succombé aux affections pulmonaires, qui bien que non spécifiées nous donnent lieu de croire que la plupart étaient phthisiques; proportion énorme, surtout quand on la compare au petit nombre de ceux qui succombent à ces maladies dans ces mêmes pays d'où ils sont revenus, tant il est vrai que les maladies endémiques y enlèvent le plus souvent les sujets avant la dernière période de la phthisie.

« La plus sérieuse conséquence d'un retour en Europe, dit Johnson, après un long séjour entre les tropiques, est l'aggravation ou même la production des maladies de poitrine. » Cette susceptibilité remarquable des Créoles, des Noirs et des Européens, après un séjour prolongé dans les pays chauds, à contracter des affections des poumons lorsqu'ils viennent habiter nos climats, est due dans la majorité des cas, selon Annesley, à l'extension à la plèvre et au poumon d'un désordre préexistant, soit fonctionnel, soit anatomique du foie, et provoquée par l'exposition imprudente à une basse température, après avoir eu très chaud, par le froid humide des extrémités, ou l'inspiration d'un air chaud et renfermé en sortant d'un lieu froid et sec. Mais comme la phthisie n'est pas une maladie locale, mais qu'elle se montre à la suite d'un mauvais état de l'économie, on ne peut admettre cette détermination de la maladie par contiguïté ou par sympathie que lorsque cet état existe déjà. Il est vrai que les climats chauds et les affections du foie impriment à l'organisme une manière d'être qui rend le corps plus impressionnable au froid; mais s'il n'y a pas encore cachexie tuberculeuse, la phthisie ne se manifeste pas; ce n'est que plus tard que le sujet ne pouvant réagir contre le climat, ou l'affection du foie continuant, ce mauvais état spécial se produit et donne lieu à des dépôts de matière tuberculeuse.

Si, d'après le plus grand nombre d'auteurs, le séjour entre les tropiques est salutaire dans les cas de phthisie commençante, contractée dans les régions tempérées, il devient nuisible à ceux qui y arrivent dans un état phthisique déjà avancé.

La modification organique qui constitue la cachexie ne porte pas plus sur les liquides que sur les solides; c'est un mauvais état de toute l'économie; on ne pourrait concevoir les solides ou les liquides seuls modifiés pendant un temps aussi long; cet état est plus facile à distinguer qu'à décrire, car il se reconnaît par l'ensemble de l'habitude du corps, et n'est quelquefois bien évident que lorsque la tuberculisation a déjà lieu. C'est de la langueur physique et morale du malade, de sa pâleur, de l'état de la peau qui, quelquefois, est sèche et rugueuse, d'autres fois visqueuse, humide, et, dans quelques cas, d'un jaune sale, du dérangement des fonctions digestives que J. Clark tire les signes diagnostiques de la cachexie tuberculeuse.

Dans cet état, on ne peut espérer d'opérer une modification, une rénovation que par un ensemble de moyens continués avec persévérance, avec opiniâtreté même, pendant un temps assez long. Il n'y a pas de médicament spécifique pour les affections tuberculeuses; toute la thérapeutique consiste à favoriser l'assimilation des principes réparateurs de l'air et des alimens, à combattre cet état d'apathie, de débilité dans lequel est tombée le plus souvent l'économie, à la stimuler par des moyens généraux, et porter ainsi dans les organes l'activité nécessaire à l'exercice des fonctions. Les moyens dirigés en vue du traitement local des poumons auraient-ils quelque efficacité, ne deviendraient curatifs qu'à la condition expresse que par un traitement général, on aurait profondément modifié l'économie; c'est ainsi que peut être envisagée la guérison de la phthisie.

Une température élevée et moyennement sèche exerce une heureuse influence sur les sujets de nos climats prédisposés à la phthisie; continuée pendant plusieurs années, elle affaiblirait l'énergie vitale: cet effet est surtout sensible chez les enfans. J. Clark a observé que les enfans des familles anglaises, d'une disposition strumeuse, se trouvaient fort bien de passer quelque temps en Italie; mais que leur résidence dans ce pays pendant plusieurs années les faisait grandir trop vite; qu'ils devenaient minces, faibles, sans couleur. Un air même tempéré, long-temps continué, finit par débiliter. Notre sensibilité, tout notre organisme, ont un besoin constant d'être stimulés, de réagir, d'être soumis à des températures opposées. Entre les tropiques, où le thermomètre ne descend jamais au-dessous de la température moyenne de nos climats, les habitans sont pâles, comme étiolés. Le séjour de Madère, si avantageux aux phthisiques du Nord, devient pernicieux aux indigènes par son état trop constant.

La nourriture est un des points importans du traitement. Les substances animales sont celles qui s'assimilent le mieux à notre économie et demandent le moins de travail aux organes digestifs; le régime végétal fournit peu de principes réparateurs, et, si on est obligé d'y avoir recours lorsqu'il y a trop d'excitation, on doit revenir aussitôt que possible aux alimens qui fournissent les meilleurs élémens de nutrition. Dans la cachexie tuberculeuse, quelle que soit la susceptibilité des organes diges-

---

Les principales questions qui, soit dans les différentes sections, soit aux assemblées générales, ont donné lieu à des discussions approfondies et à de savantes improvisations, sont: celles sur les terrains communaux, sur la statistique agricole de la France, sur les avantages de l'introduction du régime pénitentiaire en France, sur la liberté et les méthodes d'enseignement, sur la réorganisation du corps médical, sur les doctrines phrénologique et homœopatique; sur la distinction entre l'art et le génie; sur les enfans trouvés, la suppression des tours d'exposition et la création de sociétés de prévoyance et de charité maternelles; sur la peine de mort, etc.

. . . .

Me voilà arrivé aux travaux qui ont le plus spécialement occupés les membres de cette troisième section, la section des sciences médicales, dont mon collègue et moi faisions partie; travaux que vous avez le plus d'intérêt à connaître.

Dès la première séance, M. le docteur Hunault de la Peltrie (d'Angers) a proposé à la section d'expérimenter sur des sujets non vaccinés du cow-pox, recueilli récemment à Amiens par M. Autier, et d'un autre recueilli par lui-même à Angers. Comme vous le pensez bien, cette proposition a été acceptée avec empressement; mais les expériences, sur des sujets placés dans les conditions les plus favorables, et auxquelles j'ai participé moi-même, n'ont point amené de résultat, nous n'avons pu obtenir aucun bouton de vaccin.

Dans la seconde séance, l'ordre du jour appelant la révision des questions renvoyées par la dernière session, et de celles contenues au programme de la présente, les première, quatrième, cinquième, sixième et septième du programme concernant les sciences physiques qui avaient été distraites de la section, n'y furent pas maintenues, non plus que le premier paragraphe de la neuvième paraissant se rapporter plutôt aux travaux de la première section.

Alors la discussion s'est ouverte sur la quatrième des questions renvoyées par la session de Douai, ainsi conçue:

« Quelles sont les modifications apportées par les saisons et les constitutions atmosphériques dans l'action des agens thérapeutiques, et notamment dans le traitement des maladies épidémiques? »

Personne ne s'étant préparé à résoudre une question aussi vaste et aussi complexe, votre rapporteur, messieurs, a été invité à lire des *réflexions générales sur les constitutions médicales*, qu'il avait rédigées précipitamment et dans le seul désir d'apporter une faible quote-part à la masse des travaux du congrès. La lecture de ce court mémoire ayant été écoutée avec bienveillance par la section, qui en a voté l'impression, je me suis décidé à le faire réimprimer, et chacun de vous en ayant reçu un exemplaire, je n'ai point à en parler davantage.

Dans la séance suivante, la discussion ayant été ouverte sur la onzième proposition du programme de la section, relative à la réorganisation médicale, M. Archambault a lu sur cette question des considérations dans lesquelles il s'est surtout attaché à établir qu'il est indispensable de conserver deux ordres de médecins; il voudrait seulement qu'on changeât le titre d'officier de santé en celui de licencié en médecine. Les facultés recevraient les docteurs, et les écoles secondaires conféreraient le grade de licencié. Notre collègue demande la création de conseils médicaux, dont les membres seraient nommés par leurs pairs. Enfin, il voudrait qu'on attachât à chaque canton un service de santé gratuit, composé d'un médecin, d'un chirurgien et d'un pharmacien.

tifs, les malades peuvent être amenés au régime animal, si on les y prépare par un exercice bien dirigé.

Les toniques, les légers stimulans pris à l'intérieur, produisent de très bons effets dans le plus grand nombre de cas, non en relevant les forces, comme on le dit communément, mais en favorisant la digestion et l'assimilation. Chez ces malades, « l'assimilation languit faute d'excitation. » (Broussais). Mais on ne doit arriver au traitement stimulant que par tâtonnemens; car, porté trop loin, il pourrait provoquer ou augmenter le mouvement fébrile, et hâter la marche de la tuberculisation.

Dans la cachexie tuberculeuse, il y a souvent dyspepsie. Chez les enfans, les femmes, les sujets lymphatiques, scrofuleux, elle peut être attribuée à l'état de langueur dans lequel est tombé l'organisme. Ces personnes se trouvent bien d'un régime stimulant. Leurs organes digestifs présentent bien quelquefois des symptômes d'irritation, mais c'est plutôt une irritation passive, et qui disparaît dès que, par l'exercice ou un régime stimulant, on a répandu l'excitation dans l'économie : « Je continue à observer, dit M. Broussais, que la faiblesse réelle rend la rupture de l'équilibre plus facile et les phlegmasies plus aisées à produire. Il n'est pas de praticien qui n'ait vu de ces belles indolentes, à qui le lait, le régime végétal, les tisanes adoucissantes occasionaient des maux d'estomac, des vomissemens même, se trouver très bien du passage subit à un régime de bon vin, de viandes rôties auquel on les avait forcées. Chez les sujets d'un âge mûr, d'un tempérament bilieux, chez ceux qui ont perdu leur santé à la suite d'excès de table, de travail de cabinet, chez les habitans des pays chauds, la dyspepsie est souvent primitive; elle peut avoir produit la cachexie. Le régime stimulant leur convient peu, ils sont trop irritables; ils doivent avoir recours à l'excitation portée dans toute l'économie par les stimulans extérieurs, l'exercice, l'équitation, les voyages, etc.

Pour que les corps puissent s'assimiler les élémens de réparation, il faut qu'ils jouissent d'une certaine somme de vie; et, dans la cachexie tuberculeuse, il n'y a que l'exercice qui puisse répandre plus uniformément dans les organes l'excitation nécessaire pour que les fonctions s'accomplissent. « Ni la diète, ni la saignée qui débilitent et exténuent, dit Salvadori, mais bien l'exercice du corps est le meilleur préservatif, comme le meilleur curatif des tubercules et de la pituite. » L'exercice doit être pris en plein air, et, dans les exercices actifs, on choisira ceux qui mettent en action un plus grand nombre de muscles, surtout ceux des parties supérieures du tronc : le jardinage, l'escrime, la gymnastique, la promenade. On devra toujours les mettre en rapport avec la faiblesse du malade, les augmenter graduellement, et n'avoir en vue que de produire une excitation générale.

Les personnes délicates, faibles ou maladives se fatiguent facilement; l'exercice passif leur convient mieux; elles se trouvent très bien de promenades continuées tous les jours pendant quelques mois dans une voiture un peu rude et alternées avec la marche à pied. Sydenham avait une telle confiance dans l'équitation qu'il en faisait la base du traitement de la consomption. « Ceux qui choisissent ce moyen de guérir, dit-il, n'ont pas besoin de s'assujétir à un régime particulier, ils peuvent boire et manger ce qui leur plaît, parce que cet exercice leur tient lieu de tout. » Il comparait les effets de l'équitation dans cette maladie à ceux du quinquina dans les fièvres intermittentes, pourvu que le malade entreprît ainsi de longs voyages. Il proscrivait ce moyen lorsque l'organe respiratoire était très malade, ou lorsqu'il y avait disposition à l'hémoptysie.

De tout temps on a reconnu que, dans les maladies longues, le changement de lieu était avantageux : il est d'observation journalière que, dans certaines localités, dans les lieux bas et humides, on rencontre un grand nombre de phthisiques : l'habitation dans un lieu plus sec, plus aéré, mieux exposé, celle même d'une autre partie de la ville, l'étage supérieur d'une maison produiront de bons effets. Les lieux où les vents se meuvent librement sont les plus favorables; l'air des montagnes ne produit de mauvais effets que chez ceux où il y a déjà désordre dans les poumons. Le changement dans la manière de vivre, dans les occupations, dans la disposition d'esprit, plus d'exercice, une plus longue exposition à l'air, sont pour beaucoup dans les bons effets qu'on retire des déplacemens.

On se trouve très bien des voyages dans le traitement de la cachexie tuberculeuse, surtout lorsqu'ils sont continués deux à trois mois, qu'ils sont faits en plein air, et non dans des voitures fermées, que l'on s'arrête tous les deux jours, non pour se reposer, mais pour alterner l'exercice actif de la marche avec l'exercice passif de la voiture.

Johnson (*on influence of tropical climates*), cite plusieurs faits pour démontrer qu'en voyage, on devient très peu sensible aux variations atmosphériques les plus variées et les plus brusques, qu'on peut même demeurer tout un jour mouillé impunément, toutes circonstances qui seraient capables de mettre au lit la moitié des invalides efféminés de Londres, et d'effrayer à mort la plupart de ceux qui ne peuvent s'exposer au froid ou à l'humidité dans leur pays, sans contracter des rhumes, ou voir reparaître des douleurs rhumatismales. Il considère les voyages où les exercices de la marche et de la voiture sont combinés, et pendant lesquels on s'étudie à éloigner cette sensibilité aux impressions atmosphériques, comme guérissant la prédisposition à la phthisie, et même cette maladie lorsqu'elle a fait peu de progrès.

Dans les voyages, la circulation s'anime et porte dans toutes les fonctions cette activité qui détruit l'état d'indolence, d'apathie où elles étaient tombées, et qui donnait tant de prise aux maladies; la digestion, l'assimilation se font mieux; le malaise habituel a disparu; la sensibilité a diminué, on éprouve un sentiment de bien-être. « Les voyages, dit Johnson, ne sont que le remède des gens riches; mais que peut être une dépense de temps et d'argent, comparée à l'avantage inappréciable d'une bonne santé? Combien de personnes passent l'été et l'automne aux eaux, et l'hiver dans le Midi, avec peu ou point d'amélioration dans leur constitution, lorsqu'un voyage continué deux à trois mois, par le changement d'air et l'exercice constant qu'il procure les guérirait de leur maladie? Le fait existe; on connaît peu la puissance de ce moyen, et la manière dont on l'applique à beaucoup de maladies, n'est pas calculée pour en démontrer l'efficacité. »

Les longues navigations qui, en quelques semaines, font passer par des latitudes si différentes, sont très salutaires aux personnes maladives : l'air à la mer est plus pur, plus agité; on y reste exposé tout le jour; il agit peut-être plus de cette manière qu'en vertu de principes particuliers qu'il contiendrait. Le mouvement du navire produit une légère excitation de tout le système; le mal de mer des premiers jours du voyage donne lieu à une perturbation qui devient très favorable à la digestion. Il est d'observation qu'excepté le petit nombre de personnes qui ne peuvent s'habituer au mouvement du navire, les autres se trouvent très bien du séjour à la mer, bien que la nourriture ne soit pas toujours succulente, et qu'elle

---

M. le docteur Léon Simon désirerait une réforme plus complète, et pense qu'elle doit porter à la fois sur le corps savant, sur le corps enseignant et sur le corps exerçant. Les ordonnances constitutives des académies en font, selon lui, des resistances aux progres, tandis qu'elles devraient être à la tête du mouvement, l'aider, le diriger; elles devraient perfectionner la science et non l'entraver.

L'orateur n'admet pas deux ordres de praticiens, parce qu'il n'y a pas deux ordres de malades, et que le nombre des médecins est assez grand aujourd'hui pour qu'on ne puisse pas craindre de voir quelque contrée en manquer. Toutefois, il désirerait aussi qu'on pût organiser un service de santé rural, gratuit pour les indigens, et ne voit pas pourquoi on n'obligerait pas les communes à s'imposer pour avoir un médecin, comme elles s'imposent pour avoir un instituteur. Ce qui manque aux médecins, dit-il, c'est l'union, l'esprit de corps. Les conseils médicaux seraient un centre de ralliement fort utile. Ils pourraient encore rendre de grands services en s'occupant de la topographie médicale de leurs localités et de la salubrité publique.

M. Archambault a insisté sur les considérations qu'il avait présentées. Il voudrait non-seulement des docteurs et des licenciés, mais aussi des médecins et des chirurgiens; c'est en divisant la science, dit-il, qu'on fera des spécialités, et les spécialités seules peuvent faire avancer une science trop vaste pour être embrassée dans toutes ses parties par un seul homme.

M. le docteur Marin Desbrosses n'admet pas cette division de la science; il ne voit pas entre la médecine et la chirurgie de bornes assez distinctes pour qu'on puisse posséder bien l'une, sans connaître l'autre. Elles s'éclairent réciproquement; et dans une foule de circonstances elles sont inséparables. Ce que demande M. Archambault serait, selon M. Desbrosses, un pas rétrograde. L'orateur n'est pas pour cela ennemi des spécialités, mais les hommes spéciaux ont besoin d'embrasser d'abord la science dans son ensemble, pour pouvoir ensuite cultiver plus particulièrement une de ses branches.

La réponse à la première partie de la question ne paraît pas douteuse à l'orateur; la réorganisation médicale est un besoin urgent. D'après M. Desbrosses, la réforme doit porter sur le corps enseignant et sur le corps exerçant, mais non, comme le veut M. Simon, sur le corps savant.

Les académies, dit-il, sont les régulateurs du mouvement; quelquefois aussi, j'en conviens, elles sont des résistances aux progres; mais je n'accorde pas pour cela qu'il faille changer leur organisation : le progres a ses puissances : la presse, le journalisme surtout; il faut aussi un pouvoir organisateur, modérateur; autrement nous ne sortirions pas du cahos des innovations. Je dis plus, ce qu'on demande est impossible. une académie est un but proposé aux nobles ambitions; c'est un repos accordé à de pénibles travaux, une récompense honorable décernée à des succès confirmés; une académie, enfin, est une réunion d'hommes du passé et non de l'avenir. Changer son organisation serait la détruire.

L'orateur ne veut qu'un ordre de médecins, et ne voit pas quel avantage il y aurait à changer le nom d'officier de santé en celui de licencié. Il veut qu'il y ait égalité pour tous les médecins, et que les mêmes garanties de savoir soient offertes aux pauvres comme aux riches.

Loin de craindre que les médecins ne manquent aux malades, dit M. Desbrosses, j'entrevois, dans la progression toujours croissante du nombre des étudians, une exubérance prochaine de médecins, au sein de la société. Cet

soit même très mauvaise pour les matelots, tant il est vrai que l'exercice et le bon air peuvent y suppléer.

Les rhumes sont très rares dans les hautes mers; c'est un fait reconnu par tous les marins; Gilchrist l'avait déjà constaté : mais lorsqu'on arrive sur la Sonde, ils commencent à se manifester. Non seulement les voyages de mer sont avantageux dans la cachexie tuberculeuse, mais aussi ils suspendent les progrès de la phthisie confirmée. Mon ami le docteur Pichorel a fait un voyage au Bengale avec un officier de navire marchand, qui, malgré son état phthisique assez avancé, a été embarqué sur l'assurance donnée par le docteur Huet, chirurgien de la marine au Havre, que le voyage loin d'aggraver les symptômes arrêterait la marche de la phthisie. En effet, à son arrivée à Calcutta, après quatre mois de mer, cet homme se trouva beaucoup mieux. Pendant son séjour aux Indes, la maladie a repris sa marche progressive, et pendant le trajet de retour, son état est resté stationnaire; il est revenu mourir chez lui. Nous avons ramené de Rio-de-Janeiro un matelot phthisique que plusieurs médecins avaient jugé ne pouvoir vivre jusqu'à la fin du voyage. Il avait des signes évidens de caverne au sommet du poumon gauche; les sueurs étaient abondantes, la faiblesse très grande. Cet homme s'est mieux trouvé dès le moment de son embarquement; il a repris un peu de force; son appétit est devenu vif; il mangeait plus que je ne lui accordais; plusieurs fois les symptômes de la phthisie ont reparu plus graves à la suite d'indigestion avec vomissemens et diarrhée; cependant, malgré ces circonstances fâcheuses, à notre arrivée au Havre il était mieux qu'au départ.

Les longs voyages sur mer peuvent convenir aux personnes que les voyages par terre pourraient fatiguer, à celles qui ont des hémoptysies, de la fièvre, etc. Les voyages par terre produisant plus d'excitation, devront être préférés toutes les fois que le malade les supportera bien; cependant quelques jours, quelques semaines de navigation dans l'intervalle, seront très salutaires par le changement d'atmosphère et la perturbation à laquelle donnent lieu les nausées provoquées par le mouvement du navire.

Une forte constitution fournit les moyens de résister avec avantage aux causes qui peuvent amener la cachexie tuberculeuse. Si les dispositions primitives, celles qu'on hérite des parens, sont pour beaucoup dans le développement du corps; l'état de santé de la mère pendant la grossesse, de l'enfant dans les premières années de la vie, ne le sont pas moins; comme l'a fait remarquer M. Edwards chez beaucoup d'enfans, même dans la classe aisée, l'altération de la constitution est due à ce qu'ils ne sont pas assez vêtus; d'autres sont victimes de précautions exagérées qu'on prend pour les soustraire à l'action des modificateurs extérieurs. Si, entre les tropiques, les enfans des Européens se développent très bien jusqu'à l'âge de quatre ans et déclinent ensuite, c'est que la chaleur, une température douce est favorable à la première enfance; mais que plus tard, ils ont besoin d'être stimulés par un air frais, de réagir contre le froid, autrement ils tombent dans un état de langueur. Tous les médecins qui ont exercé dans ces pays conseillent de les envoyer en Europe jusqu'à ce qu'ils soient formés.

Chez les adolescens l'éducation physique est souvent sacrifiée à l'éducation intellectuelle. Dans les institutions les élèves sont tous uniformément soumis à des conditions hygiéniques qui peuvent être très convenables pour ceux dont la constitution est normalement développée, mais insuffisantes pour les autres. Il ne peut en être autrement dans ces établissemens dont le but principal et presque unique est l'instruction. Le seul moyen de remédier à un mal aussi grand serait de n'admettre dans les colléges et les institutions les élèves qu'après les avoir fait passer devant un jury médical qui constaterait s'ils peuvent être soumis au régime ordinaire de ces établissemens, de former des institutions d'un autre ordre pour ceux dont l'état de santé demanderait moins d'application à l'étude, un autre régime, d'autres soins; l'éducation physique en serait le principal objet; on ferait ainsi des hommes de jeunes gens condamnés à traîner une chétive existence ou à succomber tôt ou tard à la phthisie.

Quelque éclairés que nous devenions jamais sur les causes et le traitement des affections tuberculeuses, elles ne cesseront de faire un grand nombre de victimes, parce que peu de personnes peuvent changer les mauvaises conditions hygiéniques où elles se trouvent placées, très peu ont la facilité de mettre en usage les moyens de guérison, et celles qui sont dans des conditions favorables de fortune ont rarement assez d'énergie morale pour vouloir les employer largement, tandis que la maladie peut encore être guérie.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS TRIMESTRIELS,

I. THE EDIMBOURG MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL.

Le dernier cahier de l'année 1837 contient les articles originaux suivans : 1° *Relation statistique des malades traités à l'infirmerie d'Edimbourg, pendant les années* 1833, 34, 35, 36, *et la moitié de* 1837; par M. John Home 2° *Compte-rendu des cas chirurgicaux traités à l'infirmerie royale de Glascow, pendant les années* 1836, 37; par M. William Davidson; 3° *Plusieurs cas graves d'hystérie anormale*; par M. Laycock; 4° *Recherches expérimentales sur les fonctions des nerfs de la huitième paire*; par John Reid; 5° *Considérations sur la nature de l'inflammation*; par M. G. Hume Weatherhead; rien de neuf; 6° *Remarques sur l'empoisonnement par les champignons*; par M. Alexandre Peddie; 7° *Cas de présentation de la face, suivie de la gangrène de la paroi antérieure du vagin et de péritonite mortelle*; par M. John Renton; 8° *Suicide causé par plusieurs blessures au cou, et suivi d'introduction de l'air dans les veines*; par M. Handyside; rien de bien remarquable, 9° *Observations sur l'usage de la poudre à canon contre certaines maladies de la membrane muqueuse de l'estomac et des intestins*; par M. Robert Dick; 10° *De l'usage de l'arsenic dans la pléthore*; par M. Law.

RAPPORT STATISTIQUE ET PATHOLOGIQUE DE L'INFIRMERIE ROYALE D'ÉDIMBOURG POUR 1833, 1834, 1835, 1836 ET LA MOITIÉ DE 1837; par le docteur HOME.

L'auteur de cet article nous apprend que, vers la fin de 1832, les directeurs de l'infirmerie royale d'Edimbourg le chargèrent de tenir un registre de toutes les autopsies avec l'histoire de la maladie. Le nombre de ces observations étant déjà de 600, il croit qu'il est possible de tirer de leur examen et de leur comparaison des inductions de quelque importance sur plusieurs sujets.

état doit amener une concurrence fâcheuse pour les médecins et pour les malades, car c'est surtout dans cette progression que, trop souvent, le charlatanisme et le savoir-faire écrasent le mérite. Je voudrais qu'il y eût un examen d'admission aux écoles et un nombre limité d'admissions, comme pour l'école Polytechnique. Ce serait le seul moyen d'éloigner les incapacités et de rehausser la profession dans l'opinion publique.

La création de conseils médicaux qui, tout en laissant intacte la liberté individuelle, veillerait à la considération et aux intérêts du corps, lui paraît être une des plus grandes améliorations qu'on puisse apporter à la pratique de la médecine.

Le charlatanisme est une plaie sociale à laquelle il lui semble devoir être remédié par de nouvelles dispositions législatives, puisque les anciennes, par quelque motif que ce soit, sont évidemment inefficaces.

Enfin, M. Desbrosses demande l'abolition de la patente des médecins, qui fait sortir leur science de la classe des professions libérales. Il veut au moins qu'il n'y ait pas, à cet égard, entre les avocats et les médecins, une distinction tout à fait injurieuse pour ces derniers.

Cette grave discussion sur laquelle, en raison de son importance, vous me pardonnerez, messieurs, de m'être tant étendu, a donné lieu, après de nouvelles observations de MM. Desparanches, Simon, Hunault et de votre rapporteur, à la résolution adoptée par la section, puis en assemblée générale, dans les termes suivans :

« L'organisation du corps médical en France est susceptible de réforme, et cette réforme est d'un besoin urgent.

» La réorganisation doit porter :

» 1° Sur l'enseignement;

» 2° Sur l'exercice de la profession.

» Elle doit avoir pour bases principales :

» 1° L'augmentation du nombre des facultés;

» 2° La création, près de toutes les facultés de médecine, d'académies chargées de travailler au perfectionnement de la science;

» 3° L'égalité scientifique et légale de tous les médecins; c'est-à-dire l'unité de titre et de prérogatives;

» 4° Un examen d'admission aux facultés;

» 5° La création, dans les facultés, de jurys d'examen dont les membres seront pris à nombre égal parmi les professeurs et parmi les praticiens qui auront plus de dix ans d'exercice;

» 6° Des dispositions légales, efficaces pour la répression du charlatanisme;

» 7° La création de conseils médicaux dont les membres, nommés à l'élection, seront chargés de veiller à l'exécution des lois protectrices de la profession et à la conservation de sa dignité;

» 8° L'institution de médecins ruraux;

» 9° L'abolition de la patente. »

La discussion s'est ouverte, dans la séance suivante, sur une proposition de M. le docteur Léon Simon, conçue en ces termes :

« Le congrès exprime le vœu que la doctrine médicale homœopatique, introduite en France depuis plusieurs années, soit soumise dans l'un des grands hôpitaux du royaume, à un examen clinique, méthodique et régulier, afin qu'il soit possible d'asseoir une opinion sur la valeur de cette doctrine. »

PHTHISIE PULMONAIRE.

Nous ne citerons, parmi ces résultats statistiques, que ceux qui nous sembleront d'une importance réelle, et qui différeront de ceux obtenus sur le même sujet par les pathologistes français, ou décideront des questions laissées par eux indécises. Le nombre des phthisiques sur lesquels le docteur Home a fait ses recherches a été de 100.

Influence du sexe sur la disposition à la phthisie. Sur les 100 phthisiques morts à l'infirmerie royale d'Edimbourg, il y avait 61 hommes et 39 femmes, et on trouve à peu près la même proportion dans le nombre de tous ceux qui ont été admis, mais n'ont pas succombé, c'est-à-dire 185 hommes pour 112 femmes; il faut noter en même temps que le nombre des femmes admises dans l'infirmerie, pour toute espèce de maladie, pendant le même espace de temps a été notablement plus considérable que celui des hommes. Ce résultat est différent de celui obtenu dans les hôpitaux de Paris, où le nombre des femmes phthisiques est généralement plus considérable que celui des hommes.

L'influence du sexe sur la durée de la maladie ne paraît pas moins manifeste, car la moitié des hommes avaient succombé pendant les huit premiers mois, et du côté des femmes les deux tiers. M. Hnme avait aussi remarqué que la première année la mortalité était beancoup plus considérable que chez les hommes.

L'âge n'a pas paru exercer sur la rapidité de la maladie l'influence que lui a attribuée M. Louis, qui a trouvé que la phthisie aiguë était plus fréquente chez les jeunes gens; au contraire, ceux chez lesquels elle s'est promptement terminée d'une manière funeste étaient généralement très avancés en âge.

Influence des saisons sur la mortalité. On croit généralement, et le docteur Clarke a écrit, que c'est en hiver que la phthisie se termine le plus fréquemment par la mort. Les résultats du docteur Home sont tout-à-fait contraires à cette opininn, car le mois de juillet est celui où la mnrtalité a été la plus fnrte; ce résultat l'a engagé à réunir les documens publiés sur cette questinn en France, à Edimbourg et à Glascow, et à dresser le tableau suivant :

	Paris.	Edimbourg.	Glascow.
En hiver	58	40	318
Au printemps	54	33	333
En été	68	48	361
En automne	64	32	904

L'auteur cherche à expliquer cette mnrtalité plus considérahle en été; en supposant que le plus grand nombre des phthisies commençât en hiver, c'est en été qu'elles dnivent se terminer; assertion qui aurait besoin elle-même d'être prouvée; et puis encore, et avec plus de raison peut-être, que les fortes chaleurs de l'été peuvent accroître les symptômes hectiques, et ainsi accélérer le terme fatal.

Le nombre des phthisiques reçus à l'infirmerie royale a été, relativement à celui de tous les autres malades, dans le rapport de 1 à 31, et la mortalité dans celui de 1 à 7,4. Ce résultat diffère complètement de celui obtenu par M. Louis, d'après lequel la moitié des malades de l'hôpital de la Charité auraient succombé à la phthisie.

L'auteur donne, sur l'origine et le mode de développement des tnbercules, d'assez longs détails, mais sans utilité bien évidente pour la science; nous nnus contenterons d'extraire le passage suivant, qui a rapport à ce qui a été désigné sous le titre de phthisie mélanique ou phthisie des charbonniers, et qui nous paraît offrir un intérêt réel. L'auteur parlant des tubercules qui contenaient dans leur centre des particules dures semblables à des grains de sable, et qui doivent avoir pénétré de l'extérieur à l'intérieur, rapporte qu'un cas de ce genre très remarquable fut présenté il y a quelque temps à la société anatomique par le docteur Simpson. Il avait été observé chez un maçon dont les deux poumons étaient farcis de tubercules miliaires d'un gris foncéet durs. L'examen de ces petits corps durs fit connaître qu'ils étaient tous composés de silice et de carbonate de chaux. Ces particules avaient probablement pénétré par l'inspiration, s'étaient logées dans les cellules aériennes et avaient déterminé l'inflammation chronique de la membrane muqueuse qui les tapisse, et qui avait graduellement enveloppé les corps étrangers de lymphe épanchée et coagulée tout autour. Depuis cette époque, le docteur Mackintosh a présenté à la section médicale de l'association britannique réunie à Liverpool une portion de ces poumons, et a dit que la composition des particules minérales qu'ils contenaient était absolument la même que celle des matières semblables trouvées par le docteur Grégory chez le charbonnier de la houillère de Craglectz. (*Voyez l'histoire de ce cas*, GAZ. MÉD., 1835, p. 337.)

RELATION CHIRURGICALE DES MALADES TRAITÉS A L'INFIRMERIE ROYALE DE GLASCOW, pendant les années 1836 et 37; par M. WILLIAM DAVIDSON.

Cette relation contient une trentaine d'observations; nous allons reproduire celles qui nous paraissent offrir le plus d'intérêt.

FRACTURE DES OS INNOMINÉS.—GUÉRISON.

OBS.—Patrick Twiney, âgé de 23 ans, robuste, charbonnier, en descendant dans une fosse de charbon de terre, se trouvait dans le plus bas de trois baquets, dont chacun contenait trois hommes, lorsque la machine qui soutenait leur poids a manqué, et le baquet dans leqnel il était, a précipité, avec une terrible violence, d'une hauteur de 200 pieds environ.

Le lendemain, 27 septembre 1836, il a été transporté à l'infirmerie. A l'examen, on tronve : les deux jambes d'égale longueur, légèrement tournées en dehors, mais pouvant être aisément ramenées à leur direction normale. Le malade peut élever avec une grande facilité l'extrémité inférieure gauche; mais il éprouve une douleur aiguë dans la hanche droite, lorsqu'il essaie de fléchir la coisse droite sur le pelvis.

En posant la main sur la crête iliaque, et en rotant le membre, on entend distinctement une crépitation sur chaque côté. Sur le côté droit, les fragmens de la fracture sont plus mobiles, et leur crépitation plns étendue que sur le côté opposé. La rotation, ou même un léger mouvement des extrémités inférieures produit une douleur très intense. L'abdomen est tympanisé; pouls plein, 96 pulsations; ventre constipé; l'urine passe librement.

On pratique sur le champ une saignée de 30 onces. Purgatif de calomel et jalap; bandage de corps.

Le lendemain et le surlendemain, les symptômes persistent dans le même état; le pouls est plein et fort. Saignée de 30 onces; deux lavemens de térébenthine ont dissipé la tympanite et le gonflement de l'abdomen. Le malade a été promptement soulagé; mais on avait encore à craindre la propagation de l'inflammation dans toute la cavité abdominale. On a, en conséquence, prescrit du calomel et de l'opinm toutes les six heures, et vingt sangsues autour du bassin.

La réaction a été modérée et le malade est allé de mieux en mieux; il est sorti guéri le 14 novembre.

Les fractures dn bassin offrent comme on sait la plus grande gravité, moins par la lésion osseuse que par celles de viscères qui y sont com-

Cette proposition a donné lieu à de longs débats, dans lesquels elle a rencontré beaucoup plus de contradicteurs que d'adhérens, malgré le talent avec lequel elle a été développée et soutenue par son auteur. M. Simon s'est plaint de la résolution de l'académie royale de médecine, qui, après l'avoir soumise à un examen sérieux, a repoussé la nouvelle doctrine comme dangereuse ou inutile, résolution que M. Simon trouve trop sévère, et qu'il est loin de regarder comme un arrêt sans appel.

La proposition, appuyée par MM. Desbrosses et Duclo (de Marseille) et combattue par MM. les docteurs Blau, Archambault, Aubry, Hunault, Baschet et votre rapporteur, est néanmoins mise aux voix et adoptée, la section ayant été envahie par un certain nombre de membres, qui s'étaient fait inscrire extemporanément, et dans le but évident d'enlever la décision. La même cause a fait que, les membres ayant quitté la salle, il a été impossible de voter sur un amendement présenté par MM. Archambault, Hunault et Baschet, tendant à ce que le gouvernement ne permette les expériences demandées qu'en fixant les conditions d'ordre et de garantie morale, convenables dans une semblable expérimentation. Ce n'est qu'en assemblée générale que cet amendement, reproduit et développé par M. Archambault, a été adopté en ces termes :

« Sous la condition que les expériences seront faites en présence des médecins directeurs des hôpitaux. »

A la séance du 16, M. le docteur Hunault a présenté à la section des instrumens qu'il a modifiés. Le premier est un litothriteur urétral, destiné à extraire les calculs engagés dans l'urètre; l'autre sert à faire rentrer les branches du lithotriteur dans son étui avec facilité, et sans faire éprouver au malade ni secousse ni douleur.

Ensuite la discussion s'est ouverte sur la question d'hygiène relative aux irrigations des prairies. MM. Aubry, Archambault, Beaussan, Desbrosses, de Saint-Vincent et Hunault ont pris part à cette discussion, qui s'est terminée par l'adoption de la proposition suivante :

« Les irrigations des prairies n'ont pas d'inconvéniens pour la salubrité, pourvu qu'on prenne des mesures efficaces pour prévenir une trop longue stagnation des eaux. »

Quant à la question concernant les établissemens insalubres, après de courtes réflexions de M. Desbrosses, et quelques explications de plusieurs autres membres, la section adopte cette résolution :

« La section n'ayant pas à sa disposition les documens nécessaires pour répondre complétement à la question relative aux établissemens insalubres, la renvoie à la prochaine session, et invite les médecins et les physiciens à la recueillir et à fournir à cette session tous les documens convenables pour la résoudre. »

Dans une séance extraordinaire du soir, M. le docteur Lepage a lu un mémoire sur les inhumations précipitées, considérée dans leur rapport avec la médecine légale et la morale publique. Ce travail, trop étendu pour pouvoir être analysé, est imprimé en entier à la fin du volume.

M. le docteur Beaussier a communiqué aussi un travail sur le même sujet. Comme M. Lepage, il cite plusieurs faits de personnes enterrées vivantes. Il rappelle les précautions prises chez certains peuples de l'antiquité pour prévenir ces horribles scènes, autant que pour honorer les morts, et se plaint de la négligence avec laquelle on constate les décès la plupart du temps.

En se résumant, M. Beaussier réclame, au nom de l'humanité, à peu près

pris. L'issue de la maladie est en conséquence variable, selon l'espèce de complication qui l'accompagne; ordinairement c'est la vessie qui éprouve l'atteinte la plus fâcheuse. Dans d'autres occasions, ce sont le rectum, le colon, le tissu cellulaire intra-pelvien, le péritoine, etc., qui essuient des contusions graves ou des déchirures; aussi a-t-on toujours à craindre l'orage le plus redoutable après les fractures du bassin, et l'on n'en compte qu'un petit nombre dont la terminaison ait été heureuse. Sous ce dernier point de vue le fait précédent offre un véritable intérêt. Il est bon de faire remarquer en attendant que dans ce cas les membres offraient la même longueur, bien qu'ils se présentassent dans l'extrà-version; la crépitation était d'ailleurs très distincte; circonstances qu'on ne rencontre pas toujours dans les fractures du pelvis. Rien n'est plus variable que la symptomatologie de ces sortes de lésions, et l'on peut même dire que la science manque jusqu'à ce jour d'un tableau bien fait qui embrasse toutes les variétés des fractures du bassin, tant sous le rapport phénoménalogique que sous celui de leurs diverses terminaisons.

A côté de l'observation précédente, l'auteur en rapporte une autre qui n'est pas moins digne de remarque. Il s'agit d'un couvreur qui est tombé d'un troisième étage dans la rue. Une heure après, ayant été transporté à l'infirmerie, il était sans pouls et dans un état de collapsus complet. Revenu à la connaissance, il se plaignait de douleur aiguë aux lombes et aux hanches; il pouvait cependant élever les jambes et même fléchir les cuisses, mais ces mouvemens lui causaient des douleurs considérables. Un examen attentif a fait connaître que le membre abdominal droit était d'un demi-pouce plus court que le gauche, que l'os innominé du côté droit était fracturé à un pouce et demi derrière l'épine antérieure supérieure, et que le pubis gauche était également fracturé près de son épine. La crépitation des deux fractures était très manifeste. Traité à peu près comme le précédent, ce malade a très bien guéri; il avait aussi une fracture grave à l'olécrane et au radius dont il a été traité et guéri en même temps.

HYDROCÈLE TESTICULAIRE TRAITÉE A L'AIDE DE L'ACUPUNTURE.

La GAZETTE MÉDICALE a dernièrement fait connaître (1837) une nouvelle manière fort ingénieuse et fort simple de traiter l'hydrocèle de la tunique vaginale; les deux faits suivans servent à démontrer l'efficacité de cette méthode.

James Sneddon, charbonnier, âgé de 44 ans, a été reçu le 14 février 1837. La tunique vaginale droite est considérablement distendue, diaphane, élastique et offre de la fluctuation. Le malade se plaint de malaise aux lombes, causé par le poids de la tumeur lorsqu'il est debout. La tumeur s'est déclarée depuis dix-huit mois, et elle était complétement disparue spontanément six mois après au dire du malade. La réaccumulation du fluide n'avait donc commencé que depuis un an, et le volume de la tumeur avait toujours été progressif depuis. Une aiguille à coudre ordinaire dont le chât a été entouré d'un peu de cire et converti en une sorte de tête, est plongée par le chirurgien dans la tunique vaginale, puis retirée; une gouttelette de fluide incolore se montre à l'endroit de la piqûre. Il met un morceau d'emplâtre sur la piqûre, et couvre les bourses de compresses trempées dans un liquide résolutif.

Le lendemain 15, le volume de la tumeur est diminué de moitié, et le testicule paraît hypertrophié et induré. Les tégumens sont flasques, empâtés et œdémateux au toucher, par suite de l'infiltration du fluide dans le tissu cellulaire. Le malade ne se plaint d'aucune douleur dans la partie, et l'on ne voit pas la moindre trace d'inflammation autour de la piqûre.

Le surlendemain, 16 février, on répète l'acupunture attendu la nouvelle accumulation de fluide, bien que la peau soit encore flasque.

Le 21, la tumeur a beaucoup diminué de volume; il n'existe plus aucun fluide dans la partie inférieure du sac, mais on voit encore de la transparence en haut vers le cordon. On répète la ponction; le lendemain le scrotum est complètement flasque, et l'on ne découvre de transparence sur aucun de ses points.

Le 1er mars, la tumeur s'est reproduite; on pratique une nouvelle ponction; résultat pareil au précédent.

Le 6 mars, reproduction du liquide, ponction à la hauteur du cordon où la transparence et la fluctuation sont le plus manifestes. Dans cette occasion comme dans les ponctions suivantes l'aiguille a été dirigée en différens sens contre la face interne de la tunique vaginale.

Le 12 mars, le gonflement diminue moins rapidement que les fois précédentes, et l'on y sent encore de la fluctuation. On répète la ponction. Le malade est mis maintenant à l'usage du calomel et de l'opium, qui lui affecte la bouche vers le huitième jour. On répète les ponctions tous les quatre ou cinq jours, jusqu'au 8 avril, époque où le malade a quitté l'hôpital. L'état de la tumeur était peu changé; elle est actuellement très manifeste dans les environs du cordon, où elle est toujours diaphane; mais le volume du testicule a considérablement diminué après l'emploi du calomel et de l'opium.

Dans un autre cas, l'hydrocèle testiculaire, que l'auteur a traité de la même manière existait chez un jeune homme de 21 ans; le succès qu'il a obtenu n'a pas été plus encourageant. La tunique vaginale était très distendue et élastique; la tumeur était diaphane, mais le testicule était plus gros que dans l'état naturel, surtout à sa partie supérieure et postérieure. La tumeur avait commencé depuis trois ans et avait été deux fois ponctionnée avec le trois-quarts, depuis six mois. La santé générale était bonne. On l'a enfin soumis à la méthode de l'acupunture. Quatre ou cinq fois l'aiguille a été plongée dans le sac, à deux ou trois jours d'intervalle pour chaque ponction; le volume de la grosseur a diminué à chaque fois, mais il est toujours resté dans le sac une certaine quantité de fluide. Après quinze jours de séjour à l'hôpital, le malade en est sorti. L'auteur ne doute point que, dans quelques mois, la tumeur aura repris son volume primitif, et qu'on l'aurait pu guérir radicalement à l'aide de la méthode ordinaire, la ponction et l'injection vineuse?

« Cette manière, dit l'auteur, de tenter la guérison radicale de l'hydrocèle a, dans ces derniers temps, appelé l'attention de plusieurs chirurgiens, à cause de sa nouveauté et de sa simplicité. Si elle était en réalité suivie de succès, ce serait en vérité l'opération la plus simple et la plus extraordinaire qu'on eût jamais conçue en chirurgie. En ne la regardant que comme une méthode purement palliative, et destinée à remplacer la ponction par le trois-quarts, elle est digne d'être toujours adoptée, car une aiguille à coudre ne produit presque pas de douleur, et les hommes les plus timides n'hésiteront point à s'y soumettre. »

« Des résultats obtenus dans les deux cas précédens on ne peut rien conclure pour l'efficacité de la méthode, mais ils autorisent à avancer qu'à la suite de l'acupunture aucun changement n'a lieu dans l'intérieur de la tunique vaginale, et que l'eau se réaccumule comme après la ponction avec le trois-quarts.

» Dans l'un comme dans l'autre cas, l'aiguille a été introduite perpendiculairement à la surface de la tumeur, et, toujours après son retrait de la poche, une gouttelette d'eau claire s'est montrée sur le lieu de la piqûre, ce qui est regardé comme une garantie de l'exécution exacte de l'acupuncture. Dans le premier cas, ce n'a été qu'après avoir simplement acuponturé la tumeur un certain nombre de fois, sans pouvoir arrêter le retour de la maladie, que je me suis permis d'irriter avec l'aiguille la face interne de la tunique vaginale, dans le but de provoquer une inflammation adhésive; cette tentative cependant n'a pas mieux réussi que le moyen précédent.

» Il ne faut pas oublier néanmoins de faire remarquer que ces deux cas n'étaient pas bien conditionnés, pour la réussite de l'acupunture, car le

---

les mêmes précautions que M. Lepage pour prévenir les dangers des inhumations précipitées. Il insiste surtout pour que l'ensevelissement qu'on fait généralement aussitôt la mort ne soit permis que 26 heures après la constatation du décès par l'homme de l'art, et pour que cette constation soit faite par le médecin deux fois pour le même corps, etc.

Plusieurs membres font observer que le gouvernement semble avoir senti la gravité de cette question et l'importance des mesures proposées, puisqu'il a fait faire officiellement des recherches à ce sujet.

Toutefois, la section adopte la résolution suivante, qui a été sanctionnée par le congrès.

« Le congrès émet le vœu que dans toutes les communes de France un homme de l'art soit chargé spécialement de constater les décès, que des salles mortuaires soient établies dans le plus grand nombre de localités possible, pour y déposer les corps, à visage découvert, dans tous les cas où il existerait des doutes sur la réalité de la mort.

» Le congrès rappelle le vœu qu'il a déjà émis à ce sujet l'année dernière. »

La discussion est ouverte ensuite sur une proposition de M. Archambault, conçue en ces termes :

« Le congrès exprime le vœu qu'il soit créé dans chaque département une maison spéciale pour le traitement des aliénés. »

Après quelques courtes explications, cette proposition est adoptée sans discussion.

L'ordre du jour de la séance du 17 septembre était le développement d'une proposition de M. Duclo (de Marseille, ainsi conçue :

« Le congrès émet le vœu que les doctrines médicales qui se présentent à titre de progrès, de découverte, et spécialement la doctrine homœopathique, soient admises à être examinées au moyen de traitemens comparatifs, sous des conditions de garantie, d'ordre et d'impartialité. »

M. Duclo commence par déclarer que, parlant au nom des malades devant des médecins, il croit devoir soumettre avant tout à la section une question préjudicielle d'incompétence. « En parlant, dit-il, au nom des exploités, à des hommes qui exploitent la profession, je me trouve dans la position de Louis XVI devant ses bourreaux... »

L'assemblée témoigne ouvertement l'indignation que lui inspire un semblable début, et demande l'ordre du jour sur la proposition, en signalant au mépris de tous une espèce de pamphlet non moins injurieux pour les médecins, signé Duclo, au nom d'un soi-disant *cercle scientifique de Marseille*, société reconnue supposée.

La section, sans vouloir entendre d'autres explications, vote pour un ordre du jour motivé, et adopte la rédaction suivante :

« La section passe à l'ordre du jour sur la proposition de M. Duclo, sans entrer dans l'examen du fond, par cela seul que la forme sous laquelle elle est présentée est inconvenante. »

Je vous ai déjà dit, messieurs, que M. Duclo n'avait pas été mieux accueilli lorsqu'il avait voulu reproduire sa proposition en assemblée générale, où elle a été écartée également par un ordre du jour, après une courte réfutation de M. le docteur Léon Simon.

La discussion est ouverte ensuite sur la question qui suit :

« Attendu que la phrénologie n'est pas encore établie sur des bases suffisantes, inviter les médecins et tous ceux qui s'occupent d'études physiologiques

testicule était malade chez tous les deux. C'est là une objection qui peut, jusqu'à un certain point, s'appliquer à toutes les méthodes curatives de l'hydrocèle. Je ne pense pas, du reste, que la méthode en question de l'acupuncture pourra jamais avoir un succès aussi général que celle de l'injection pour remplacer cette dernière ; mais comme moyen palliatif, elle doit être préférée au trois-quarts ; elle doit l'être d'autant mieux qu'après que l'acupuncture a été répétée un certain nombre de fois, le fluide se reproduit bien moins rapidement qu'après la première ou seconde ponction. »

DE L'ISCHURIE HYSTÉRIQUE; par le docteur LAYCOCK, médecin de l'hôpital du comté d'York.

L'hystérie se présente sous des formes si variées qu'il est presque impossible de déterminer exactement tous les symptômes qu'elle peut offrir. Il faut aussi que le médecin soit bien prévenu sur les dispositions qu'ont une foule de malades à simuler des accidens qu'ils n'éprouvent pas réellement. C'est ce qui ressort de plus évident de la lecture de la communication du docteur Laycock qui a réuni tous les cas d'ischurie hystérique qu'il a pu trouver dans les auteurs et les a rapportés, distribués par série, mais sans en tirer des inductions de quelque valeur sur la nature, le traitement ou les autres points de vue sous lesquels on peut considérer cette rare affection.

L'auteur fait précéder cette longue énumération qui ne contient pas moins de 27 cas de l'historique de deux cas observés par lui-même dans l'hôpital du comté d'York, et dont le premier ne nous offre qu'une longue lutte entre le médecin et la malade, d'un côté pour savoir si les symptômes étaient simulés ou réels, et de l'autre pour cacher la vérité. Nous analysons rapidement le second dont les détails nous offrent plus d'authenticité.

OBS. — A. C., âgée de 13 ans, employée dans une école de charité, fut admise le 2 mai 1837, se plaignant d'une perte de sang fréquente par le vagin, de faiblesse et de douleurs dans l'abdomen. Ce dernier est volumineux, tendu et résonne à la percussion. Elle est d'une petite taille, a les yeux noirs, offre une teinte noire autour du nombril et des mamelons qui sont en outre environnés de nombreuses papiles et très saillantes.

La mère de la malade rapporte qu'au mois de mars 1835, le ventre de sa fille avait commencé à se tuméfier et a devenir douloureux ; en même temps, elle éprouva beaucoup de peine à rendre son urine qui était en très petite quantité, très rouge et comme mêlée de sang. Au mois d'août suivant, elle eut ses règles pour la première fois, et cracha un peu de sang; l'urine paraissait toujours rouge et peu abondante, et l'émission en était douloureuse; quelquefois elle en rendait à peine deux ou trois cuillerées dans la journée ; elle rendait aussi par la bouche un liquide salé et rouge ; ensuite elle eut des pertes très fréquentes deux ou trois fois par semaine; elle avait peu d'appétit, et éprouvait divers autres accidens anormaux. Elle fut soulagée par des purgatifs actifs et des sangsues, et quelques autres moyens, et quitta l'hôpital.

Au bout de peu de temps cependant son ventre était aussi gros qui si elle était sur le point d'accoucher, et elle entra de nouveau le 27 avril dans le même etat que la première fois. L'usage de l'*assa fœtida* dimiuua la tension de l'abdomen ; mais au bout de peu de jours, elle se plaignit de douleurs abdominales et d'impossibilité d'uriner ; ce qui dura trente heures, et ne cessa que par l'introduction du cathéter qui procura l'issue de six onces d'urine; et pendant les quarante-huit heures suivantes, elle n'en rendit que quelques cuillerées.

Le 4 mai on lui prescrit six gros d'essence de térébenthine en potion ; il en résulte des vomissemens, une garde-robe et la diminution du ventre ; mais les urines restent toujours aussi rares. A cette époque, elle recommença de nouveau à vomir un liquide salé et rouge qui, chauffé dans une cuiller de fer, donnait une forte odeur d'urée et se coagulait. Dès ce moment, sa santé s'améliora rapidement sous l'influence de la décoction d'aloès et de l'usage de l'*assa fœtida*.

Le liquide qu'elle avait vomi fournit des cristaux semblables à ceux du nitrate d'urée.

L'auteur dit que ce liquide, qui cependant n'a pas été analysé d'une manière régulière, lui a semblé être de l'urine mélangée, ou quelque autre fluide, et affirme que la jeune fille qui est le sujet de cette observation avait donné, par sa conduite, toute espèce de garantie contre la supposition d'une déception.

Il divise en trois classes les cas d'ischurie hystérique qu'il a trouvés dans les auteurs : 1° ceux où l'urine était rendue par une voie anormale; 2° ceux où il y avait des pertes de sang; 3° ceux où la maladie se compliquait d'un trouble remarquable du système nerveux. Il ne rapporte ici que les faits qui appartiennent à la première classe,

La suppression totale de l'urine est une maladie presque nécessairement mortelle; et, dans les cas où cette suppression a duré long-temps, on doit croire que l'observateur a été l'objet de quelque supercherie, ou qu'il y a eu un écoulement anormal qui a échappé à son attention. Si nous examinons les 27 faits qui sont rapportés ici par l'auteur, et si nous les admettons comme vrais, nous trouverons que les vomissemens sont la voie par laquelle l'écoulement supplémentaire à l'urine se serait opéré. C'est surtout chez les femmes qu'on a observé cette évacuation supplémentaire, bien qu'on l'ait vue encore quelquefois chez des hommes. Les autres voies sont les selles, l'ombilic, la mamelle, les oreilles, le nez même, qui ont fourni dans des cas de suppression complète ou presque complète de l'urine, l'écoulement d'un fluide qui offrait un plus ou moins grand nombre des caractères de l'urine. Dans l'un des faits cités par l'auteur, et qui a été consigné par le docteur Arnold, dans le journal américain des sciences médicales (an 1828), la femme qui en est le sujet eut successivement un écoulement par la plupart de ces voies, et qui paraissait remplacer l'urine qui, souvent, était supprimée pendant plusieurs jours. L'auteur de cette observation, qui dit avoir pris toutes les précautions convenables pour s'assurer qu'il n'était point trompé par cette femme, rapporte que ces divers fluides contenaient tous de l urée en quantité notable. Dans un cas rapporté par un journal anglais, et où la malade ne rendait de l'urine que chaque second jour, elle vomissait un fluide qui offrait tous les caractères de l'urine, avec excès d'acide urique, tous les jours où elle ne rendait pas d'urine par la vessie.

Nous n'insisterons pas davantage sur ces faits qui, dans l'état actuel de la science, ne peuvent être, ni admis comme entièrement vrais, ni repoussés comme faux; car, s'il est absurde de dire qu'un individu a vomi un fluide ayant toutes les propriétés physiques de l'urine, on peut supposer que dans les cas de suppression de l'urine où le sang contient une quantité notable de la même substance, les fluides sécrétés en contiennent aussi une certaine quantité; et, s'il était démontré que, dans quelques cas, cette matière se porterait de préférence vers un organe de sécrétion, on ne voit pas pourquoi le fluide sécrété par cet organe n'offrirait pas plusieur des caractères de l'urine.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LES FONCTIONS DE LA HUITIÈME PAIRE; OU SUR LE GLOSSO-PHARYNGIEN, LE PNEUMOGASTRIQUE ET LE NERF ACCESSOIR; par le docteur REIN.

Ne pouvant faire connaître, même par l'analyse la plus succincte, les

---

à rechercher et à signaler les avantages que l'on pourra retirer de la phrénologie pour le perfectionnement de l'éducation. »

M. Léon Simon commence par déclarer que la question lui semble mal posée. Il pense que la phrénologie est établie sur la seule base qu'elle puisse jamais avoir, c'est-à-dire sur l'expérience. Les rédacteurs de la question lui semblent donc être allés trop loin en niant à cette science une base expérimentale; et il soutient qu'elle repose sur des bases suffisantes; seulement il convient que, semblable à toutes les sciences au berceau, elle a des prétentions qu'elle ne saurait complètement réaliser. La phrénologie, dit-il, a eu le tort de vouloir s'élever en haine de la métaphysique qu'elle s'est crue appelée à détruire. De là les mille objections qui lui ont été adressées, etc.

L'orateur pense que l'éducation pourra tirer avantage de la phrénologie, en ce sens que la phrénologie peut faire connaître les facultés prédominantes de chaque enfant, et indiquer aux instituteurs celles qu'il convient de développer et celles qu'il importe de corriger, de manière à établir une parfaite harmonie entre toutes les facultés des élèves.

M. Simon ajoute qu'il n'entend pas dire par là qu'il faille que toutes les facultés s'équilibrent dans un individu, mais qu'il convient de mettre en rapport les facultés de second ordre avec celles qui sont dominantes, et qui par cela même donnent à chacun son individualité.

M. le docteur Aubry prétend que M. Simon n'a pas démontré que la phrénologie repose sur de solides fondemens.

Les phrénologistes, dit-il, partent de cette thèse, que la conformation physique d'un muscle donnant nécessairement l'état de la force musculaire, la conformation physique du cerveau doit donner l'état des facultés intellectuelles. Or, continue M. Aubry, on ne peut asseoir une science sur une simple analogie, analogie que nous pouvons hardiment dire fausse et gratuite; on doit aller des faits aux principes, et non partir de principes, primitivement posés, pour expliquer les faits. Telle est la seule méthode pour l'étude de toutes les sciences.

M. Simon répond qu'il est permis dans les sciences de se servir de l'analogie et de l'hypothèse pour arriver à la démonstration des idées, et que c'est d'après cela qu'il a pu dire que la phrénologie est l'anatomie de l'esprit humain, comme la psychologie ou la métaphysique en est la physiologie.

Après quelques courtes observations de plusieurs membres, la section déclare que :

« Les documens sur cette matière ne sont pas encore assez nombreux pour qu'on puisse répondre à la question, qui doit être renvoyée à la prochaine session. »

La séance du 18 septembre a été remplie par une discussion approfondie de l'importante proposition ainsi conçue :

« Inviter les médecins à réunir de nouveaux documens, à l'aide desquels on pourra déterminer les conditions de temps, de lieux, d'individus, et les autres circonstances d'où résulte l'inefficacité de la vaccine. »

MM. les docteurs Desparanches, Archambault, Cellier, de Clinchamps, Baschet, Lepage et Desbrosses ont pris part tour à tour et à diverses reprises à cette discussion, de laquelle il est résulté, en principe, que le virus-vaccin n'est nullement dégénéré; que le temps n'affaiblit pas la vertu prophylactique de ce virus, et que par conséquent les revaccinations sont sans but; qu'il existe une notable différence entre la variole et la varioloïde, et que le vaccin préserve de la première mais non de la seconde. Toutefois les symptômes de ces deux ma-

expériences rapportées par l'auteur de ce travail, nous devons nous contenter de donner les principales conclusions qu'il tire de ces expériences, relatives aux trois branches de la huitième paire.

NERF GLOSSO-PHARYNGIEN.

1° L'expression évidente de douleur qu'offre l'animal au moment où l'on pince, tiraille ou incise ce nerf, démontre qu'il appartient à la sensibilité générale.

2° L'irritation mécanique ou chimique de ce nerf, avant qu'il ait fourni les rameaux pharyngiens, ou au-dessus de chacune de ces branches individuellement, est suivie de mouvemens musculaire très prononcés dans la gorge et à la partie inférieure de la face.

3° Les mouvemens musculaires ainsi produits dépendent, non d'une influence suivant de haut en bas la distribution des branches qui s'en détachent, aux muscles mis en mouvement, mais d'une *action réfléchie* et transmise par l'appareil central du système nerveux.

4° C'est au rameau pharyngien qui fournit ce nerf qu'il faut rapporter la sensibilité particulière dont est douée la membrane muqueuse à laquelle il se distribue.

5° Cependant, ce n'est pas à ce nerf seulement qu'on doit rapporter toutes les sensations qu'éprouvent ces parties, puisqu'en l'incisant complètement des deux côtés, on n'empêche point l'acte parfait de la *déglutition.*

6° L'irritation chimique ou mécanique opérée sur ce nerf, aussitôt après que l'animal a été tué, n'est suivie d'aucun mouvement musculaire, pourvu qu'on ait pris la précaution de l'isoler complètement du *rameau pharyngien de la paire vague*. Il est très important de faire remarquer ici la différence qui existe entre le mouvement produit par l'irritation du glosso-pharyngien, et celle des nerfs moteurs proprement dits; car, tandis que les mouvemens produits par l'irritation du glosso-pharyngien cessent aussitôt que l'appareil central du système nerveux a cessé de fonctionner, ceux excités par l'irritation d'un nerf moteur, tel que le rameau pharyngien de la paire vague, continuent pendant quelque temps ensuite, et lors même qu'on a interrompu toute communication entre eux et la moelle allongée.

7° Après la section complète du nerf des deux côtés, le sens du goût est encore assez conservé pour que l'animal reconnaisse facilement les substances amères. Ce nerf n'est donc pas chargé spécialement de goût, bien qu'il y participe probablement avec d'autres.

8° Ce n'est pas à lui, également, qu'on doit rapporter entièrement la sensation de la soif, qui se fait sentir dans la gorge et le pharynx.

NERF PNEUMOGASTRIQUE.

10° Les nerfs laryngés supérieurs ne fournissent des filets moteurs qu'à un seul muscle, le *crico-thyroïdien*.

11° Les mêmes nerfs fournissent la sensibilité à toutes les parties du larynx et aussi à une partie de la muqueuse pharyngienne.

12° Le nerf laryngé inférieur ou récurrant fournit des filamens sensitifs à la partie supérieure de la trachée, quelques-uns à la muqueuse du pharynx et en moindre nombre encore à celle du larynx.

13° Quand on irrite la muqueuse laryngienne à l'état sain, on ne détermine pas la contraction des muscles qui mettent en mouvement les cartilages, en agissant directement sur un point de la muqueuse; mais par une action réfléchie, dans laquelle le nerf laryngé supérieur est le nerf sensitif, et l'inférieur le nerf moteur.

14° La section de la paire vague des deux côtés n'arrête ni la transmission des impressions que reçoit la surface muqueuse des poumons, et qui excitent les mouvemens respiratoires, ni la sensation d'anxiété que produit le besoin d'un nouvel air dans les poumons.

15° La section de ces nerfs ne détermine donc pas la mort, en faisant cesser l'innervation nécessaire pour l'hématose du sang veineux, comme Dupuytren le supposait, ni en coagulant le sang dans les artères pulmonaires ainsi que le pense Mayer. L'auteur n'a pas encore ses idées arrêtées sur la cause à laquelle on doit attribuer la disposition à la congestion pulmonaire que détermine la section de ces nerfs; il paraît cependant porté à attribuer ces accidens à la paralysie des muscles des bronches qui reçoivent leurs rameaux nerveux du même tronc que le larynx. Les conclusions qu'il a tirées de ses expériences sur le nerf spécial accessoir ne nous paraissent pas assez fondées pour que nous devions les rapporter ici.

II. THE MEDICO-CHIRURGICAL REVIEW.

Le dernier cahier de l'année 1837 ne contient en articles originaux qu'une longue revue clinique des hôpitaux de l'Angleterre; nous choisirons dans cette revue les faits qui nous paraissent les plus importans.

GANGRENE SÈCHE A LA MAIN.

Obs. — Samuel Harlow, âgé de 18 ans, de faible constitution, maladif, avait eu pendant l'hiver dernier une toux avec crachement de sang; il avait pour usage de bien manger et boire. Il y a trois semaines, il se frappa violemment le bout du doigt annulaire du côté droit avec un morceau de bois qu'il était en train de raboter, contre un morceau de plomb placé au bout du bois pour l'arrêter. Le coup lui a produit de la douleur à la racine de l'ongle, s'irradiant jusqu'au bras : peu de temps après, cependant, la douleur s'est apaisée et ne l'a pas empêché de continuer sa besogne.

Le lendemain, la racine de l'ongle et la peau voisine paraissaient comme broyées, froides, engourdies et légèrement douloureuses; du reste, pas de gonflement, ni de douleur, ni de sensibilité dans le bras et dans l'aisselle. Le malade a continué à travailler et à se porter comme d'habitude; il n'a rien appliqué sur son doigt; l'engourdissement et l'ecchymose, et les autres symptômes locaux n'ont pas paru s'étendre.

Le troisième jour, cependant, la face palmaire de l'indicateur et du doigt du milieu est devenu graduellement engourdie, froide, ridée, et plus blanche que celle des doigts sains; elle est aussi très sensible et douloureuse; mais la douleur ne se fait sentir qu'au bout des doigts. Le doigt annulaire, siége primitif de la contusion, parait plus malade; l'apparence de meurtrissure s'est étendue jusqu'à la seconde articulation, et les tissus paraissent enflammés.

Dans l'espace d'une semaine, ces symptômes locaux se sont étendus à tous les doigts jusqu'à leur seconde articulation, sans déranger cependant la santé générale. En immergeant les doigts dans de l'eau chaude, ils perdent leur pâleur; ils deviennent bleus et plus douloureux : ils reprennent aussitôt leur apparence de mort, aussitôt qu'ils sont ôtés de la chaleur artificielle.

Le malade a été reçu à l'hôpital de Guy, le 7 octobre, dans le service de M. Brandy Cooper; quatre jours avant son entrée, le pouce a paru affecté comme les autres doigts, et le jour suivant, le petit doigt l'a été à son tour. A l'examen, le malade parait presque exsangue et abattu; tout son corps est froid; langue chargée; pouls au poignet gauche, 92 et petit; douleur au bras droit au-dessous du coude et à la main. Les doigts et le pouce offrent une teinte livide, s'étendant à la paume de la main; cet aspect livide n'est pas aussi intense aux extrémités des premier, deuxième et troisième doigts qu'ailleurs. La peau a une ap-

ladies sont tellement semblables que souvent on ne peut les différencier que par la durée de leurs périodes. Les phases de la variole étant plus lentes que celles de la varioloïde, il en résulte que des observateurs peu attentifs ont pu se tromper et voir la variole sur des sujets vaccinés, qui n'avaient réellement que la varioloïde.

M. Desparanches dit avoir inoculé avec succès le virus-vaccin à quelques vaches, et plusieurs membres expriment le désir que de semblables expériences soient renouvelées.

M. Archambault annonce avoir fait des expériences sur l'inoculation de la vaccine à des personnes déjà vaccinées. Souvent il a obtenu un beau vaccin; mais dans aucun cas, ce virus, repris et inoculé de nouveau, n'a réussi à la seconde génération. Il a observé une épidémie de varioloïde qui attaquait des personnes vaccinées. Il pense que la maladie est plus intense chez des sujets vaccinés; toutefois les accidens, graves au début, se passent promptement.

D'après des observations et des expériences qui lui sont propres, M. Desbrosses croit pouvoir poser en fait les propositions suivantes : Généralement, une personne variolée ou vaccinée ne peut plus contracter ni la variole ni la vaccine. — Cependant on voit quelquefois la variole ou la vaccine se développer sur des vaccinés ou des variolés. — Toujours alors la seconde éruption parait moins franche qu'une première. — En un mot, les virus vaccinal et variolique se comportent dans tous les cas de la même manière, etc.

Il croit à l'utilité des revaccinations, bien que celles qu'il a tentées n'aient réussi que chez des personnes vaccinées depuis long-temps, comme aussi la variole ne se montre une seconde fois que chez des sujets variolés depuis longues années, d'où il conclut que le principe variolique détruit, soit par l'éruption variolique, soit par l'éruption vaccinale, peut se reproduire, et qu'il semble rationnel et prudent de conseiller les revaccinations, etc.

La majorité de l'assemblée convient qu'on ne peut plus nier que la variole n'affecte quelquefois des personnes vaccinées; mais ce sont des cas exceptionnels qui ne détruisent pas la règle générale, et qui ne doivent pas diminuer la confiance que les gens éclairés ont eue jusqu'ici dans la vertu préservative de la vaccine.

M. Archambault ne pense pas que les virus vaccinal et variolique soient de même nature, parce que l'un produit une éruption locale, et l'autre une éruption générale.

M. Cellier partage cette opinion. Il ajoute avoir remarqué que les personnes atteintes de variole pendant le développement de l'éruption vaccinale, n'ont pas de boutons varioliques autour du vaccin; ce qui prouve l'action locale de ce virus. M. Lepage a fait la même remarque.

M. Desbrosses pense que l'infection du vaccin est générale, aussi bien que celle de la variole; ce qui le prouve, c'est que, dans quelques cas, il y a éruption générale, et que (au moins c'est une opinion appuyée sur des faits) la vaccine est préservative, même quand il n'y a pas éruption, pourvu qu'il y ait eu production des symptômes généraux regardés comme indice de l'infection.

La section adopte enfin la résolution suivante :

« Les circonstances de temps, de lieux, d'individus sont sans influence sur l'efficacité de la vaccine.

« Le temps n'a pas fait perdre au virus-vaccin de son efficacité. »

J'ai cru devoir, messieurs, reproduire avec étendue la discussion de cette

parence très bigarrée; les doigts sont froids et gonflés jusqu'à la hauteur des premières phalanges; mais le bout du doigt qui avait été blessé est ridé et noir, et offre toutes les conditions d'une gangrène sèche. Le malade ne sent plus la face dorsale de la main jusqu'aux premières articulations phalangiennes : le sentiment, cependant, existe encore assez bien sur les parties qui reçoivent la branche cutanée du nerf médian; mais pas aussi bien que dans l'état normal.

Au-dessous de la paume, le sentiment est perdu, à l'exception des doigts auriculaire et annulaire qui sont encore sensibles à la pression.

L'artère brachiale, à sa partie supérieure, est semblable à une corde au toucher; cela est dû probablement à l'épaisissement de ses membranes; en la suivant de haut en bas, cet état est de plus en plus manifeste; ses pulsations diminuent par degrés et cessent complètement au coude, à deux pouces environ au-dessus de sa division en radiale et cubitale; là elle paraît solide et sans pulsations. Cet état de solidité peut être suivi pour l'étendue de deux pouces dans la radiale; il disparaît pour se montrer de nouveau à trois pouces au-dessus du poignet, et dans toutes les ramifications inférieures de l'artère. Aucune pulsation n'est sentie dans l'artère cubitale; elle paraît également solidifiée depuis le poignet jusqu'à trois pouces au-dessus; immédiatement et au-dessus de l'endroit où la solidité se termine, la pression détermine une douleur intense.

L'artère sous-clavière droite présente, à un pouce en dehors des scalènes, un rude bruit de scie; au-dessous du vaisseau, on sent une petite grosseur qu'on juge être un petit ganglion.

Traitement. Alimentation nourrissante ; chaleur localement; remèdes apéritifs et narcotifs.

La gangrène s'étend lentement, et la cessation des pulsations de l'artère brachiale marche de bas en haut. La main est très douloureuse.

Le 10 octobre, l'épiderme est devenu verdâtre au-dessus des deux premières articulations métarcapo-phalangiennes.

Le 22, une ligne de séparation commence.

Le 27, une ligne pareille se remarque dans la paume de la main.

Le 2 septembre, des granulations viennent du fond.

Le 11, M. B. Cooper ampute la main dans l'articulation radio-carpienne; aucune artère n'a dû être liée; la radiale et la cubitale étaient remplies de caillots; les branches anastomotiques, cependant, ont saigné assez abondamment pour faire espérer que la plaie se cicatriserait.

Le moignon a suppuré; mais, enfin, il a pris un bon aspect.

Le 6 décembre, un examen attentif a fait reconnaître que l'artère profonde était très élargie, et qu'elle battait très distinctement ; la radiale a repris ses fonctions, bien que ses pulsations n'étaient pas aussi distinctes qu'au poignet gauche.

Le 6 janvier 1837, le malade sortit de l'hôpital presque complètement guéri.

L'auteur de cette intéressante observation explique l'événement dont elle est l'objet, en supposant que l'action traumatique sur le doigt a déterminé une inflammation qui s'est terminée par la gangrène, attendu la mauvaise constitution du sujet. Il ajoute que la glande sous-clavière qu'on a sentie sous l'artère a pu à la rigueur prendre quelque part dans la production des phénomènes, mais qu'il serait difficile de déterminer jusqu'à quel point cette influence a été réelle.

M. B. Cooper admet, lui, une propagation de l'inflammation traumatique du doigt au bras, à l'aisselle et à la clavicule; il fait dépendre la gangrène d'une artérite consécutive à la contusion; mais l'artérite n'a pas marché de bas en haut sans quoi, dit-il, tout le membre aurait été frappé de sphacèle; selon lui, la phlogose a marché par les lymphatiques de la main à l'épaule; là, ce ganglion s'étant développé a pressé l'artère, a enflammé sa tunique interne, et occasionné l'oblitération de ce tronc et de ses divisions; de là la gangrène dans l'extrémité la plus excentrique du membre.

Ce fait du reste peut être rangé au nombre des cas rares, et rapproché d'un autre analogue que nous avons rapporté il y a quelque temps. (Gaz. Med. 1837.)

ACÉTATE DE MORPHINE APPLIQUÉ PAR LA MÉTHODE ENDERMIQUE SUR LA RÉGION PRÉCORDIALE DANS LE TRAITEMENT DES PALPITATIONS; **par le docteur J.-M. Divitt, médecin de l'hôpital de Kent et Cantorbéry.**

Ce petit article est extrait d'une longue revue clinique des cas observés par l'auteur dans son hôpital, et dans laquelle il traite assez longuement de la chlorose qu'il désigne mal à propos, nous pensons, sous le nom de *fièvre chlorotique*. Sept à huit observations sont rapportées à l'appui des opinions de l'auteur, qui n'offrent rien d'assez important pour que nous nous y arrêtions. Le seul fait intéressant est le suivant, que nous traduisons ainsi que quelques-unes des réflexions qu'il a suggérées à l'auteur, et qui ont rapport au titre ci-dessus.

Obs. — M. T., veuve, âgée de 44 ans, fut admise le 21 mars 1837, avec prostration très considérable, la peau sèche et rugueuse, la face pâle, les lèvres exsangues, de la douleur dans la région épigastrique et précordiale, des paroxismes accablans de palpitations, accompagnés quelquefois d'un sentiment d'anéantissement; des frissons fréquens, suivis de chaleurs partielles; léger œdème aux chevilles; constipation; langue nette; pouls 110, faible; les règles sont normales, mais très peu abondantes.

La maladie durait depuis onze semaines, et avait commencé par un frisson suivi de mal de tête, pour lequel elle avait été saignée au bras. A cette époque, elle était dans un état de faiblesse très prononcée, qui avait été causée par une attaque d'influenza; on lui prescrit les martiaux et les purgatifs.

Le 28 mars, elle souffre beaucoup de ses palpitations, on enlève, à l'aide d'un vésicatoire, l'épiderme sur une portion de la région précordiale, et on applique un demi-grain de sulfate de morphine.

L'effet de ce moyen ne fut pas seulement de diminuer momentanément les palpitations; car il les fit disparaître pour tout-à-fait. Elles ne revinrent plus pendant que la malade resta à l'hôpital.

Mais, quelque temps après l'application de la morphine, la malade sentit une sorte de confusion dans la tête, qui devint douloureuse, ce qui continua jusqu'au 1er avril. A cette époque, un vésicatoire appliqué à la nuque enleva cette douleur. La malade reprit des forces journellement; et on la laissa sortir le 18 avril, bien qu'elle ne fût pas complètement guérie ; mais parce qu'elle voulait retourner chez elle.

La cessation complète de pulsations aussi fortes et dans un aussi court espace de temps est une circonstance bien digne d'attention. J'ai employé le même moyen dans un grand nombre d'autres cas, et toujours avec le même succès. La dose n'a jamais été de plus d'un grain, et rarement j'ai dépassé celle d'un demi-grain. Le sulfate de morphine, administré à l'intérieur, n'agit jamais avec la même énergie, à quelque dose qu'on le donne. Comment pourrait-on expliquer cette différence? On comprend facilement, quand il s'agit d'une douleur externe, que l'action du narcotique soit plus forte quand il est transmis par les vaisseaux ou appliqué sur les nerfs mêmes de la partie ; mais il est plus difficile d'expliquer comment, quand il s'agit d'un organe interne, ce dernier peut être plutôt influencé par l'application du médicament sur un point correspondant et dénudé (bien qu'il n'y ait entre eux aucune communication vasculaire ou nerveuse) que s'il était administré par la voie ordinaire. On peut, il est vrai, attribuer cette différence à la sympathie de contiguité ; mais c'est là une de ces explications qui n'expliquent rien. Cependant il est bien certain que l'application de la morphine sur un point éloigné (par exemple aux tempes) n'exerce que peu d'effet sur les palpitations, bien que les nausées et

---

intéressante question, parce qu'elle ne peut manquer de vous rappeler celles qui ont eu lieu, sur le même sujet, dans plusieurs de vos séances.

Dans la dernière séance, celle du 19 septembre, la section s'est occupée d'une proposition de M. Lepage, renvoyée par la commission centrale et conçue en ces termes :

« Le congrès émet le vœu qu'une loi vienne régler d'une manière générale et uniforme l'organisation des hôpitaux dans toute la France. Cette loi, dans ses diverses dispositions, aurait pour but :

» 1° De fixer d'une manière positive et invariable la portion d'autorité que doivent avoir les médecins et chirurgiens des hôpitaux, en ce qui concerne surtout les moyens d'instruction à présenter aux élèves, et de mettre un terme aux conflits qui s'élèvent si souvent entre les médecins et les commissions administratives ou les sœurs chargées du service des hospices.

» 2° D'établir dans chaque hôpital ou hospice un élève interne, suffisamment instruit, qui serait chargé de présider après les visites, à l'administration des médicamens, et d'exercer sur les malades une surveillance continuelle, si indispensable après les grandes opérations.

» 3° De laisser aux élèves un libre accès, non seulement dans les hôpitaux ordinaires, comme cela a toujours lieu, mais encore dans les établissemens de maternité, toutefois avec les restrictions nécessaires, et pendant le temps seulement que dure la visite des médecins, afin que ces mêmes élèves, interrogés sur les accouchemens par les jurys médicaux, lorsqu'ils veulent prendre le grade d'officier de santé, ne puissent plus dire : l'autorité ne nous laisse aucune espèce de moyen d'instruction à cet égard.

» 4° De placer dans chaque établissement destiné à recevoir des malades un pharmacien spécialement chargé de la préparation des médicamens, afin que ce ne soit plus à des femmes, bien respectables sans doute, mais qui ne doivent et ne peuvent avoir les connaissances nécessaires, que se trouve confiée en définitive l'existence des malades. »

Plusieurs membres demandent le renvoi de cette proposition à la prochaine session; l'auteur et M. Hunault insistent pour qu'elle soit immédiatement discutée.

MM. Desparanches et Archambault font observer que presque tout ce que demande M. Lepage existe dans la plupart des hôpitaux. L'auteur répond que cette observation même prouve l'utilité d'introduire ces dispositions dans les hôpitaux où elles n'existent pas.

Après quelques autres observations, la section adopte la rédaction suivante :

« Le congrès émet le vœu que le service médical de tous les hôpitaux de France soit soumis à une loi commune, en prenant pour modèle les hôpitaux les mieux organisés. »

La section renvoie à la prochaine session du congrès une proposition sur le traitement des maladies syphilitiques, faite par M. Spencer Smith (de Londres) et par M. Hunault, au nom de M. le docteur Lepresire (de Caen). Elle renvoie également à la même session les neuvième et dixième questions du programme, que la temps ne lui permet pas de traiter.

Je ne terminerai pas ce rapport sans dire que M. Archambault a présenté dans la première session une proposition que je me suis empressé d'appuyer, et qui a été adoptée par cette section dans les termes suivans :

« Dans l'intérêt des sciences naturelles, le congrès émet le vœu de voir le gouvernement favoriser en France l'établissement d'écoles d'horticulture et de

les démangeaisons qu'éprouvent les malades démontrent qu'elle a eu son effet constitutionnel. Ceci m'amène à signaler une autre observation bien importante, relative au même sujet : c'est que la morphine, appliquée sur ce point, agit sur l'estomac d'une manière bien plus assurée que quand on l'applique sur la région épigastrique.

TABLEAU STATISTIQUE RELATIF A L'HISTOIRE DES RHUMATISMES; par le docteur MACLEOD, médecin de l'hôpital St-Georges.

Les chiffres de ces tableaux reposent sur 150 cas de rhumatismes aigus chroniques et capsulaires, qui ont été observés à l'hôpital St-Georges. Comme on s'est beaucoup occupé, depuis quelques années, parmi nous, des rhumatismes, et qu'on a avancé sur cette matière plus d'une assertion qui n'était pas démontrée, bien qu'appuyée sur des chiffres, nous avons pensé qu'il serait utile de reproduire ici, aussi sommairement que possible, le tableau du docteur Macleod. Sur 85 cas de rhumatisme aigu 55 ont été observés chez des hommes et 30 chez des femmes. Voici la distribution de ces 85 cas aux divers âges de la vie :

De 10 à 15 ans	1
15 à 20 »	19
20 à 25 »	13
25 à 30 »	22
30 à 35 »	11
35 à 40 »	8
40 à 45 »	5
45 à 50 »	1
50 à 55 »	2
55 à 60 »	3

C'est donc de 15 à 30 ans que le rhumatisme est le plus fréquent, puisqu'il y a eu, pour cette période, 54 cas sur 85.

La durée de la maladie est un point plus important encore, surtout quand on sait que le docteur Macleod partage, en partie au moins, les opinions de M. Bouillaud sur la nature, les complications et le mode de traitement du rhumatisme. Voici le tableau de la durée de la maladie, dans 82 cas de rhumatisme chronique :

En 10 jours et moins	11
12 »	4
2 semaines	7
3 »	22
4 »	14
5 »	3
6 »	9
8 »	6
10 »	1
16 »	2

Sur 85 cas de rhumatisme aigu, le cœur a été affecté dans 18 cas, c'est à dire un peu plus d'un cinquième. Il y a pourtant ici une différence entre les sujets des deux sexes. Sur le nombre 18 il n'y avait que sept hommes, tandis qu'on comptait onze femmes, ce qui porte à un cas d'affection du cœur sur huit pour les hommes et un sur trois pour les femmes. Ce fait, que nous signalons ici avec intention, ne serait-il pas de nature à mettre sur la nature de la maladie du cœur dans ces cas? Personne n'ignore combien les femmes sont plus disposées aux altérations fonctionnelles ou aux troubles nerveux que les hommes. Dans 17 de ces cas, la maladie du cœur n'apparut qu'après le rhumatisme; dans un seul cas, la péricardite se développa avant le rhumatisme, mais seulement de 24 heures.

Nous laissons de côté ce que dit l'auteur des rhumatismes chronique et capsulaire, les chiffres sur lesquels il opère étant très faibles, et les résultats auxquels il arrive nous paraissant peu importans.

EXCROISSANCE MÉLANIQUE DE LA MEMBRANE SÉMILUNAIRE DE L'ŒIL; par M. MIDDLEMORE.

OBS. I. — Une pauvre femme vit, depuis plusieurs années, une tumeur de couleur noire se former à l'angle interne de son œil, et s'étendre petit à petit sur cet organe sans gêner autrement que par sa présence. Cette tumeur paraît résulter d'une hypertrophie du replis semilunaire de la conjonctive; elle offre le volume d'un gros pois, est fort noire et ressemblée à une procidence irienne à travers la cornée. On l'a excisée à l'aide de ciseaux courbes et d'une érigue. L'opération a fait voir que la masse mélanique était simplement déposée dans le tissu cellulaire sous-conjonctival, n'adhérant point avec la muqueuse ni avec la sclérotique. La tumeur elle-même n'offrait pas d'organisation appréciable à l'œil nu; elle était très noire, mais sa couleur s'est dissipée par immersion de trois à quatre jours dans l'esprit de vin.

A la suite de cette observation, l'auteur émet des considérations dans lesquelles il se montre tout émerveillé de la nature de la tumeur, et avoue n'avoir jamais rien vu de pareil. Pour peu que M. Middlemore eût quitté le cercle étroit des oculistes exclusifs, il n'aurait pas eu autant de peine pour caractériser une petite tumeur melanique; il aurait trouvé dans la *Lancette anglaise* une observation absolument pareille à la sienne, publiée par Wardrop, et plusieurs autres analogues, consignées dans une foule de dissertations spéciales; il aurait trouvé, en outre, des chapitres complets sur la melanose dans différens traités d'anatomie pathologique, entre autres dans celui de Lobstein. Les tumeurs mélaniques de la surface de l'œil ne sont pas des maladies extrêmement rares; nous en avons rencontré nous-mêmes deux ou trois exemples. Le fond de ces tumeurs est souvent de nature cancéreuse, aussi faut-il se hâter, en général, de les enlever complètement.

OSSICATION DE LA CORNÉE; OPÉRATION; par le même.

OBS. II. — Job Woodcock, âgé de 69 ans, souffrait, depuis plusieurs mois, d'une douleur excessive à l'œil gauche, et d'une irritation fort incommode à l'œil droit. Il était d'ailleurs affecté de rhumatisme chronique.

L'œil droit ne paraît souffrir que sympathiquement par l'irradiation qu'il éprouve de l'œil opposé. En examinant attentivement l'œil gauche, on s'est assuré que la cornée était le siége de plusieurs points d'ossication, et que la souffrance dépendait des frottemens des paupières contre ces points, surtout contre une lamelle osseuse, qui paraissait déposée dans les mailles mêmes de la membrane. A l'aide d'un bistouri à cataracte on a incisé la cornée inférieurement, comme pour l'extraction du cristallin, passant sur les limites de l'ossification; on a tiré par là le corps étranger et la guérison a eu lieu.

Cette observation est curieuse; on en trouve une pareille dans l'ouvrage de M. Wardrop sur l'anatomie pathologique de l'œil, avec cette différence que, dans cette dernière, l'ossification avait pour siége la membrane de l'humeur aqueuse qui recouvre la face postérieure de la cornée.

---

jardins de naturalisation des plantes utiles au commerce, à l'agriculture et aux arts. »

Enfin, je ne dois pas vous laisser ignorer que tous nos compatriotes qui représentaient au congrès les départemens d'Indre et Loire ont joint leurs efforts aux nôtres dans le but de faire admettre par cette assemblée les prétentions de la ville de Tours, à être le siége de la cinquième session. Mais la commission permanente ayant jugé que notre ville était trop rapprochée de celle où venait de se tenir la quatrième session, a arrêté et fait adopter que la demande de l'académie royale de Metz, d'ailleurs antérieure à toutes les autres, aurait la priorité, et que la cinquième session s'ouvrirait dans cette dernière ville le 5 septembre 1837. J'ignore ce que sera devenu, au sein de ladite session, le vœu collectivement exprimé à cet égard par les deux Sociétés de Tours, et que, dans l'interêt de notre beau pays, nous devons souhaiter de voir renouveler avec insistance.

ÉCOLE AUXILIAIRE ET PROGRESSIVE DE MÉDECINE.

M. Piorry terminera, samedi 3 février, ses considérations sur le diagnostic. Mardi 6, à quatre heures, M. Gabriel Pelletan commencera un cours de matière médicale, envisagée sous le point de vue de l'action physiologique des médicamens. Les échantillons seront étudiés avec soin et soumis à l'inspection des élèves.

Le professeur et le directeur de l'établissement accorderont des cartes *gratis* aux élèves qui leur en demanderont pour suivre ce cours.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 22 JANVIER 1838.

L'Académie procède par voie de scrutin à la nomination d'un membre correspondant pour la section d'astronomie.

M. Littrow, présenté le premier par la section, est élu à l'unanimité.

La section d'économie rurale propose, par l'organe de son président, M. Huzard, de déclarer qu'il y a lieu à élire pour la place devenue vacante dans son sein par le décès de M. Tessier.

L'Académie va au scrutin sur cette proposion qui est adoptée à une majorité de trente-deux voix contre une.

La présentation se fera dans la prochaine séance; l'élection aura lieu à quinzaine.

MÉMOIRE SUR LA PESTE; par M. BULARD.

M. Bulard, médecin, envoyé du gouvernement français avec une mission spéciale en Egypte, à Smyrne et à Constantinople, adresse, de la capitale de l'empire ottoman où il se trouve actuellement, un travail manuscrit sur la peste, avec quatre numéros d'un journal qu'il publie, intitulé *la Peste*, pour être admis au concours des prix Montyon. M. Bulard demande en même temps à l'Académie, par l'organe de M. le ministre du commerce et des travaux publics, des instructions sur les expériences auxquelles il se livre au milieu des pestiférés dans le but de trouver des moyens propres à éteindre cette terrible maladie.

Le manuscrit de M. Bulard est une véritable monographie sur la peste: nous en extrayons le passage suivant, qui donne une idée de la manière dont l'auteur envisage cette maladie.

« En considérant la peste comme spécifique et comme contagieuse, nous ne voulons pas dire qu'il suffise de toucher un pestiféré pour en être atteint, pas plus que nous n'affirmerions qu'on peut la contracter en touchant le pan d'un habit, un ruban ou un morceau de papier, parce que dans l'état de la science, si cela est, nous n'avons pas de moyen de le démontrer rigoureusement; mais nous sommes plus que jamais convaincu que la maladie se reproduit directement par les pestiférés; que son moyen de transmission est autant le toucher immédiat que la sphère d'activité des malades qui n'est elle-même qu'une forme de la contagion; que la contagion par les effets, si elle est vraie, comme paraissent le démontrer les expériences que nous avons faites, est possible dans des circonstances analogues à celles où nous avons expérimenté, mais qu'en dehors du développement de la peste, des latitudes où le développement a ordinairement lieu, et après un certain temps écoulé, cette sorte de contagion doit perdre beaucoup de son activité et finir par disparaître. »

Du reste, l'auteur admet deux causes dans la production de la peste, l'une spéciale, de nature inconnue et exclusivement transmissible par voie individuelle; l'autre formée par une constitution climatérique et de saison particulière, qui permet le développement morbide de la précédente; mais quels sont le point de départ et la nature de la première de ces causes sans laquelle il ne peut y avoir de peste? C'est là une question que l'auteur espère pouvoir résoudre par la suite de ses recherches expérimentales dans les différentes localités où la maladie se manifeste.

Quant au traitement, la partie la plus intéressante dans le manuscrit de l'auteur est relative à la prophylaxie qu'il expose avec de grands détails; la partie curative proprement dite ne comprend que l'indication des résultats des expériences faites avec l'iode, le mercure, les frictions huileuses et quelques autres médicamens; c'est sur ce sujet important que portent principalement les recherches auxquelles M. Bulard se livre avec tant de courage, de zèle et de dévouement.

M. Larrey lit une note en réponse à celle de M. Serres sur l'ostéogénie normale et pathologique.

ORIGINE DE L'AZOTE DANS LES PLANTES.

M. Boussingault présente un mémoire sur des recherches chimiques entreprises à ce sujet.

L'azote paraît être un élément constant des végétaux, et l'on est assez généralement porté à croire que les substances alimentaires tirées du règne végétal doivent une grande partie de leur faculté nutritive aux principes azotés qui s'y rencontrent. M. Gay-Lussac a déjà constaté la présence de l'azote dans un très grand nombre de semences, et les analyses que M. Boussingault a faites pour doser cette matière dans plusieurs graines employées comme fourrage, ont établi qu'elle y entre souvent pour une proportion assez forte. La vesce, les lentilles, les féverolles ont fourni 4 à 5 pour 100 d'azote; la graine de trèfle, comme on le verra bientôt, en contient 7 pour 100.

La présence de l'azote, dans les différens organes des végétaux, est due à certaines substances azotées qui s'y trouvent répandues, et qui offrent une grande analogie de composition avec les matières d'origine animale.

Dans l'état actuel de nos connaissances sur les phénomènes chimiques de la végétation, nous savons qu'immédiatement après la germination, lorsque la plante est née de la graine, ses organes, en réagissant sur le gaz acide carbonique qui fait partie de l'atmosphère, peuvent, sous certaines conditions de chaleur et de lumière, s'en assimiler le carbone; de plus, il est reconnu que ces mêmes organes fixent en même temps les élémens de l'eau.

Ainsi, une graine soumise à l'action de l'air, de l'eau, de la lumière et d'une certaine température, germera, développera une plante qui, au moyen de ces seules ressources, pourra, sinon obtenir un développement complet, du moins s'en approcher beaucoup, fleurir par exemple, et donner des indices de fructification. Durant le cours de cette végétation, la graine produira une plante qui pèsera beaucoup plus que ne pesait la graine (le tout étant supposé au même état de dessiccation). C'est une expérience qui a été faite pour la première fois, par M. Saussure, en faisant germer et végéter des fèves dans du sable siliceux arrosé avec de l'eau distillée. En soumettant au même régime des semences de trèfle, M. Boussingault a obtenu un résultat semblable; 0,10 de graine ont produit une récolte qui a pesé 0,26.

Par l'action bien connue que les feuilles exercent sur l'acide carbonique, on comprend comment une plante peut, à l'aide de l'humidité et des seuls élémens contenus dans l'atmosphère, s'accroître et augmenter de poids. En effet, les expériences qui ont démontré cette action font voir que la force vitale s'exerce d'abord sur l'oxigène pendant la germination, ensuite sur le gaz acide carbonique pendant la végétation proprement dite, mais rien dans les recherches de ce genre n'a prouvé d'une manière positive que l'azote de l'air fût sensiblement absorbé.

Il est vrai qu'à une époque déjà ancienne, Priestley, et, après lui, Ingenhousse, crurent reconnaître une absorption manifeste d'azote pendant la végétation, mais ces expériences, répétées depuis par M. de Saussure, avec des procédés eudiométriques plus précis, ont établi que cette fixation d'azote n'a point lieu. Cet habile observateur crut même apercevoir une légère exhalation de ce gaz; mais Digby, dont les expériences confirment les premiers résultats des expériences de M. de Saussure, a prouvé que les plantes n'exhalent point d'azote.

Cependant la présence de l'azote dans les végétaux étant à l'abri de toute objection, et l'assimilation de ce principe pendant la végétation étant prouvée par le fait même de la multiplication des semences, on doit nécessairement admettre que, dans les expériences ci-dessus rapportées, et dans lesquelles on a fait végéter des graines germées aux dépens seuls de l'eau et de l'atmosphère, la végétation s'opérait sans le secours de l'azote. Cette opinion était fortifiée par la difficulté, par l'impossibilité, on peut le dire, de faire grainer une plante ayant pour aliment unique l'eau et l'air.

On voyait effectivement que dans ces conditions défavorables de culture, la graine, qui est la partie la plus azotée d'un végétal, n'était pas reproduite. L'on fut, dès-lors, conduit à supposer que l'azote originairement renfermé dans la semence se trouvait réparti dans l'ensemble de la plante chétive et incomplète qui en était issue.

Dans la nature, l'accroissement d'une plante n'a pas lieu aux dépens de l'eau et de l'atmosphère seulement. Les racines qui fixent un végétal dans le sol, y puisent aussi une portion notable de sa nourriture; dans les conditions ordinaires, le développement d'une plante se fait par le concours simultané des alimens que les racines vont chercher dans la terre, et par celui des élémens gazeux que les feuilles enlèvent à l'air. Comme il est d'ailleurs reconnu que la nourriture fournie par le sol est azotée, on a, pour cette dernière raison, considéré les engrais comme la source principale, unique même de l'azote qui se rencontre dans les végétaux. Les observations de Hermbstœdt, en montrant que les céréales cultivées sous l'influence des engrais les plus azotés sont celles qui contiennent le plus de gluten, donnent une certaine force à cette manière de voir.

Néanmoins, dit M. Boussingault, il est des faits agricoles qui tendent à faire penser que dans plusieurs circonstances les végétaux trouvent dans l'atmosphère une partie de l'azote qui concourt à leur organisation.

En général, ainsi que l'a reconnu Thaer, les plantes les plus nourrissantes, celles qui, sous un poids donné, peuvent nourrir le plus grand nombre d'animaux, sont celles dont la culture épuise davantage le sol: mais si les cultures épuisent généralement le sol, il en est aussi qui le rendent plus fécond; celle du trèfle, par exemple, est dans ce cas. Il paraît qu'en laissant ses racines dans le terreau, et en y enfouissant, comme cela se pratique ordinairement, la dernière pousse, on rend au sol une quantité de matière organique plus forte que celle à la formation de laquelle il a contribué, et que l'on enlève comme fourrage; ainsi, tout compte fait, le sol a reçu de l'atmosphère plus qu'il n'a fourni à la plante récoltée.

Il y a donc lieu de croire que les cultures améliorantes, l'enfouissage en vert, les jachères, etc., ne se bornent pas à faire entrer dans le sol du carbone, de l'hydrogène, mais aussi (quoique les expériences des physiologistes semblent indiquer le contraire) qu'elles y introduisent de l'azote.

Voyons, en effet, ce qui se passe dans une exploitation agricole, trop loin des grandes villes pour pouvoir en obtenir les immondices, mais réduite à fabriquer ses engrais à l'aide de ses propres ressources. Nous admettons même qu'il n'y existe pas de prairies naturelles irrigables, car, par les inondations, les prairies reçoivent de la matière organique étrangère. Nous prenons pour exemple une ferme consacrée à la culture des céréales, possédant par conséquent un nombre assez limité de bestiaux. Chaque année on exporte du froment, du fromage, quelques pièces de bétail; ainsi il y aura exportation constante de produits azotés, sans qu'il y ait une importance appréciable de la même matière. Cependant la fertilité du sol ne s'affaiblira pas. On voit que, dans de semblables conditions, la matière organique, continuellement exportée, sera remplacée par la culture des plantes améliorantes ou par les jachères, et l'art de l'agriculteur consiste à adopter l'assolement qui favorise le mieux et le plus promptement possible la transition des élémens de l'atmosphère dans le sol.

Les déductions qu'on tire de ce fait semblent contradictoires à celles qui résultent des expériences des physiologistes, on devait considérer la question comme indécise, et c'est dans l'espoir de la résoudre que M. Boussingault a entrepris les expériences qui font le sujet de son mémoire.

La méthode manométrique, employée jusqu'à ce jour dans les recherches de ce genre a sur l'analyse le grand avantage de constater directement les produits gazeux qui peuvent se développer pendant la végétation; mais c'est là la

limite de son pouvoir ; les substances qui s'échappent sous un autre état que l'état aériforme ne sont plus perceptibles par cette méthode.

De son côté, l'analyse dernière est impuissante pour nous révéler la nature particulière des produits qui prennent naissance pendant la vie végétale ; mais elle nous fait connaître avec précision les élémens bruts qui sont acquis ou éliminés, quel que soit d'ailleurs l'état sous lequel ils abandonnent la plante ou viennent s'y fixer.

Dans la première période de la végétation, par exemple, la méthode manométrique prouve qu'il se forme toujours, aux dépens de l'air, du gaz acide carbonique, quelquefois elle indique aussi une absorption d'oxigène ; on en a conclu que, dans cette circonstance, la graine perd du carbone. C'est ce que confirme l'analyse ; mais de plus elle accuse une perte en oxigène et elle montre que cet oxigène ne se dissipe pas entièrement à l'état d'eau. Il devient alors très probable que c'est uni au carbone, et en formant avec les élémens de l'eau un composé non gazeux, qu'une partie de cet oxigène se sépare de la graine.

M. Becquerel, dit l'auteur du mémoire, admet qu'il y a toujours formation d'acide acétique lors de la germination. J'ai constaté ce fait en faisant germer des semences sur une feuille de tournesol. En reconnaissant, avec le savant physicien, que l'acidité est due à l'acide acétique, il est évident qu'alors une graine peut perdre en germant une partie de son carbone, autrement qu'en formant de l'acide carbonique l'oxigène de l'air ; et dans cette occurrence il est probable que de l oxigène appartenant à de la semence entre pour quelque chose dans la composition organique formée. Les élémens de la graine qui concourent à la production de cet acide ne sauraient être appréciés par les moyens eudiométriques, et l'on en peut dire autant de tous les produits qui, comme l'acide acétique, ne sont pas gazeux, mais sont volatiles et peuvent se dissiper à l'état de vapeur pendant la dessiccation de la graine germée.

Nous ne suivrons pas l'auteur dans le détail des diverses analyses qu'il a entreprises, et nous nous contenterons de faire connaître les résultats auxquels elles l'ont conduit. Ces résultats sont les suivans :

1° En germant, le trèfle et le froment ne gagnent ni ne perdent d'azote ;

2° Pendant la germination, ces graines perdent du carbone, de l'hydrogène et de l'oxigène ; la quantité de chacun de ces élémens, ainsi que le rapport, suivant lequel les pertes ont eu lieu, varient aux différentes phases de la germination ;

3° Durant la culture du trèfle, dans un sol absolument privé d'engrais et sous la seule influence de l'eau et de l'air, une plante prend du carbone, de l'hydrogène, de l'oxigène et une quantité d'azote, appréciable par l'analyse ;

4° Le froment, cultivé exactement dans les mêmes conditions, emprunte également à l'eau et à l'air du carbone, de l'hydrogène et de l'oxigène ; mais après une culture de trois mois, l'analyse n'a pu constater un gain ou une perte en azote.

RECHERCHES SUR LA MALADIE DES VERS A SOIE, CONNUE SOUS LE NOM DE MUSCARDINE.

M. Dutrochet fait, en son nom et celui de MM. Duméril, Silvestre, Dumas, Adolphe Brongniart et Bory de Saint-Vincent, un rapport sur divers mémoires imprimés ou manuscrits, relatifs à la cause, à la nature, etc., de cette maladie.

ANATOMIE.—STRUCTURE DES MEMBRANES DE L'ŒUF DES MAMMIFÈRES.

M. Breschet présente, en son nom et celui de M. Gluge, de Bruxelles, des recherches sur ce sujet.

Dans le *chorion* les deux auteurs n'ont pu apercevoir aucune trace de fibres. La masse organique est constituée par de petites molécules juxtaposées, entre lesquelles sont dispersés de loin en loin des globules blanchâtres plus grands que ceux du sang humain, et dont quelques-uns contiennent à leur intérieur une masse de petits grains. On aperçoit aussi des filamens ramifiés de moins d'un centième de millimètre de diamètre et qui pourraient bien être des vaisseaux.

La matière gélatineuse contenue dans la masse du cordon ombilical, est pourvue d'un tissu cellulaire, dont les fibres primitives ont un plus grand diamètre que celles du tissu ordinaire et des contours moins tranchés.

L'*amnios* offre exactement la même structure que celle qui vient d'être indiquée pour le chorion. On ne saurait l'en distinguer au microscope.

M. Breschet, dans un travail fait en commun avec M. Raspail, s'était déjà occupé de l'examen des villosités du chorion de l'œuf humain. Le résultat de ses nouvelles recherches avec M. Gluge confirment, en général, l'exactitude de ce premier travail. On ne sauraient, disent-ils, donner une plus juste idée des villosités du chorion de l'œuf humain, qu'en les comparant à des villosités intestinales qui, au lieu d'être simples, seraient rameuses.

Dans l'utérus de la vache, MM. Breschet et Gluge ont trouvé un tissu recouvrant la couche musculaire, et qui n'a pas encore été décrit comme appartenant à cet organe; c'est un tissu élastique qui présente des fibres cylindriques ramifiées, dont l'arrangement produit un réseau. Par cette disposition unique jusqu'ici parmi les tissus organiques, ces fibres constituent un organe comparable au ligament jaune des vertèbres, aux légumens cervicaux des grands ruminans et au tissu jaune des bronches. La découverte de ce tissu, disent les auteurs, nous paraît être de quelque importance pour expliquer la force, la résistance, la contractilité si manifeste de l'utérus, bien que les parois de cet organe chez la vache n'aient pas une épaisseur comparable à celle qu'elles présentent chez la femme. La présence de ces fibres élastiques n'exclut pas d'ailleurs chez la vache l'existence des fibres dites musculaires, fibres dont la présence a été également constatée par MM. Breschet et Gluge.

NOTA. L'abondance de matière nous oblige à renvoyer au prochain numéro le compte-rendu des dernières séances des Académies des sciences et de médecine.

CONCOURS

POUR LA CHAIRE D'HYGIÈNE, VACANTE A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE PARIS.

THÈSES ET ARGUMENTATION. (Suite.)

M. FOISSAC.—COMPARER LA GYMNASTIQUE DES ANCIENS AVEC CELLE DES MODERNES, SOUS LE RAPPORT DE L'HYGIÈNE.

Le but de la question qui est échue à M. Foissac ressort évidemment de la manière dont elle est posée; c'est une comparaison plutôt qu'une histoire ou une exposition plus ou moins complète des divers moyens gymnastiques employés chez les anciens et les modernes. Jetons donc un coup-d'œil sur la marche qu'a suivie M. Foissac dans le développement de son sujet. La gymnastique n'a été employée que chez les peuples les plus civilisés, et dans les climats tempérés. Cependant, les seules nations de l'antiquité, chez lesquelles nous trouvons que la gymnastique ait été pratiquée avec méthode et dans un but, sont les Grecs et les Romains; ce but, ainsi que le démontre parfaitement l'auteur, était l'intérêt de la société, le bien public; il fallait chez les anciens des hommes forts, robustes et agiles, toujours prêts à lutter corps à corps avec l'ennemi dans les combats; chez les modernes, ces qualités ne sont plus nécessaires; aussi la gymnastique n'est plus d'une utilité indispensable, et le législateur ne s'en est point occupé. Sous le point de vue que nous venons de signaler, la comparaison établie par M. Foissac nous paraît exacte, et repose sur la connaissance des différences intimes qui existent entre les sociétés anciennes et les sociétés modernes; mais pourquoi n'a-t-il pas étendu sa comparaison sur une plus vaste échelle? C'était la gymnastique mise en pratique qui devait être comparée. M. Foissac nous demande, il est vrai, où sont les gymnases chez les peuples modernes, et il indique très sommairement quelques-uns des principaux établissemens qui parurent à l'époque où la gymnastique commença à être en honneur parmi nous; mais il paraît oublier que dans un grand nombre de colléges et de pensions, et même de pensions de demoiselles, il existe ce que l'on appelle un gymnase, où l'on fait pratiquer aux jeunes enfans toutes sortes d'exercices que nous ne pouvons juger ici. C'est là qu'il devait pénétrer pour établir la comparaison demandée par le jury. Une partie importante de la gymnastique chez les modernes, sur laquelle nous aurions aimé à trouver des documens étendus, c'est ce qu'il appelle la *gymnastique médicale*, et dont il ne s'occupe pas parce qu'il la regarde comme purement thérapeutique. Mais n'est-elle pas destinée également à prévenir les difformités, et, conséquemment, n'appartient-elle pas sous ce point de vue à l'hygiène, en même temps que dirigée par des mains habiles, et sur des principes scientifiques, c'est peut-être à elle seule qu'on peut donner le nom de gymnastiques chez les modernes? C'était encore là un point de comparaison important entre la gymnastique des anciens et celle des modernes, et que nous aurions aimé à voir examiner avec tout le savoir, toute la force de pénétration et la sûreté de jugement que M. Foissac a montrés dans son travail, dont un des moindres mérites est d'être écrit avec une élégance qu'on trouve rarement dans les ouvrages scientifiques.

ARGUMENTATEURS : MM. ROYER-COLLARD, MOTARD, BRIQUET ET GUÉRARD.

M. Royer-Collard donne quelques considérations sur l'hygiène athlétique qui, digne de mépris pour le moraliste, ne doit pas être complètement négligée de l'hygiéniste; il peut y trouver, dans l'étude des moyens qu'elle emploie d'utiles emprunts, des applications importantes; cette hygiène comparée chez les anciens et les modernes offre des différences qui paraissent à M. Royer-Collard en faveur des derniers. Il entre dans quelques détails intéressans sur l'hygiène athlétique en Angleterre (le seul pays où elle se conserve). A l'aide de la gymnastique et des moyens dont l'art sait l'aider, on arrive à faire, d'un homme chétif, un robuste athlète, à développer au degré que l'on désire telle ou telle partie du corps, etc. Chez les anciens les athlètes mouraient très jeunes; chez les Anglais ils meurent dans une vieillesse avancée. — M. Royer-Collard ne pense pas que l'équitation soit favorable à la digestion, et regrette que le candidat n'ait pas parlé des voyages de long cours en voiture ou sur mer.

M. Motard rappelle que l'une des différences les plus importantes entre les anciens et les modernes, c'est que la force dominait chez les premiers, tandis que chez les modernes, c'est l'intelligence qui obtient la prépondérance. Il aurait désiré quelque développemens sur la gymnastique médicale préventive, sur celle qui est employée dans les colléges.

M. Briquet présente quelques objections auxquelles il ne paraît pas attacher beaucoup d'importance lui-même. Une discussion s'engage entre les deux candidats sur ce qu'on doit entendre par climats chauds; M. Briquet soutenant que l'Egypte est sous un climat très chaud, tandis qu'elle est sous un climat tempéré pour M. Foissac, qui borne les pays chauds aux régions intertropicales.

M. Guérard a cherché en vain dans la thèse la comparaison de l'hygiène des anciens et des modernes, il rappelle que Galien a écrit un traité sur le jeu de la balle, et reproche à l'auteur d'avoir souvent confondu la gymnastique avec l'exercice; de n'avoir pas parlé du *thread mill*, espèce de machine employée dans les prisons anglaises et américaines, qui consiste en une roue que font tourner les détenus en marchant, et qui a produit les résultats les plus avantageux sur leur santé. — Il aurait désiré trouver quelques recherches sur les accidens que détermine un exercice trop violent ou trop prolongé, et sur les effets de l'exercice en général sur les sécrétions.

M. ROYER-COLLARD. — DE L'USAGE ET DE L'ABUS DES BOISSONS FERMENTÉES ET DES BOISSONS FERMENTÉES ET DISTILLÉES. 58 pag. in-4°.

M. Royer-Collard entre immédiatement dans la question, et, après avoir rap

pelé que l'hygiène, ou *l'hygiologie*, comprend deux parties distinctes, *l'hygionomie* et *l'hygiotechnie*, qu'on retrouve dans toutes les questions spéciales qui se rapportent à cette science il annonce qu'il adopte la même division pour son sujet: 1re partie, qui comprendra: 1° les caractères des boissons et des boissons fermentées et distillées; 2° les effets physiologiques et pathologiques de ces boissons; 2e partie, qui se divise elle-même en hygiotechnie privée et en hygiotechnie publique ou sociale.

La première partie contient un tableau, qu'on peut regarder comme complet, des différentes boissons fermentées, l'indication de divers principes que la chimie moderne y a signalés, et de très grands développemens sur l'action physiologique qu'exercent ces boissons, et sur les maladies qu'elles déterminent. Peut-être cependant aurait-on pu attendre que l'auteur eût mis plus de précision et peut-être de critique dans l'énumération de ces divers états morbides. Nous aurions désiré qu'il eût distingué ceux qui dépendent évidemment et de l'accord de tous les pathologistes (si cet accord a jamais pu exister) de l'excès des boissons, de ceux qui pourraient bien dépendre d'un autre ordre de causes. Ainsi nous n'admettons pas, avec l'auteur, que l'excès des boissons détermine chez ceux qui s'y livrent depuis longtemps des affections squirrheuses et cancéreuses, comme le dit M. Royer-Collard. Beaucoup de médecins pensent sans doute encore comme lui sur ce point; mais dans l'état actuel de la science, cette assertion nous parait au moins hasardée. Ce n'est pas que M. Royer-Collard exagère l'influence des boissons alcooliques; au contraire, il fait justement la part des circonstances locales ou individuelles, de même qu'il tient compte des effets différens des boissons alcooliques, suivant leur composition. Il a eu raison de dire que dans ces questions, et après des effets si variés, il est impossible de conclure d'une manière positive et de donner autre chose que des règles vagues et générales.

A l'occasion de l'hygiotechnie publique, M. Royer-Collard nous fournit des documens statistiques intéresssans sur les quantités de boissons alcooliques qui ont été consommées dans quelques contrées, en Angleterre, aux Etats-Unis, et entre dans quelques développemens sur les mesures d'ordre public propres à prévenir l'intempérance des boissons, sur les divers moyens proposés dans ce but, sur l'action des sociétés de tempérance. Nous partageons entièrement son opinion lorsqu'il dit que tous ces remèdes ne suffisent pas seuls pour faire disparaître ces excès, et que, parmi nos populations, ils resteront presque stériles aussi longtemps que la misère et les souffrances seront le partage des classes inférieures de la société.

On n'adressera pas à M. Royer-Collard le reproche qui a été fait à d'autres candidats d'avoir mis tous leurs soins à éviter de donner des conclusions positives, des solutions précises aux questions qui étaient comprises dans leur sujet, et sur lesquelles ils auraient pu être attaqués; non-seulement le candidat n'a point cherché à cacher son opinion derrière de nombreuses et longues citations; mais, tout en tenant compte de l'état encore peu avancé de la science sur une foule de points, il a cherché à soulever le voile qui les couvre, et a présenté pour l'explication de phénomènes jusqu'ici inexpliqués, des hypothèses ingénieuses qui, si elles n'ont pas plus de valeur qu'il ne nous a paru leur en attribuer lui-même, ont au moins l'avantage d'ouvrir la voie à de nouvelles recherches, et prouvent de la part du candidat une intelligence active, et une certaine confiance en ses propres forces. Nous citerons pour exemples la mort subite observée à la suite des excès alcooliques, qu'il attribue, en s'appuyant sur quelques faits d'anatomie pathologique peu connus, et sur des expériences nouvelles à la coagulation du sang dans les vaisseaux, et la formation des incrustations dentaires qu'il suppose dépendre de l'action de l'alcool sur la salive, à laquelle elle enlève une partie de son eau, etc., etc.

ARGUMENTATEURS : MM. MOTARD, BRIQUET, GUÉRARD ET ROCHOUX.

M. Motard présente d'abord quelques considérations générales sur l'ensemble de la thèse et sur la marche adoptée par l'auteur; elle l'a empêché d'isoler l'usage, de l'abus des boissons fermentées, qui se trouvent confondus dans les différens chapitres; ensuite, il passe à quelques objections particulières, et fait observer que l'opinion de M. Gay-Lussac, qui pense que la quantité d'alcool et d'acide carbonique obtenue pendant la fermentation alcoolique, représente la quantité du sucre employé est beaucoup moins positive que ne semble le croire le candidat. Plusieurs chimistes ont obtenu des résultats différens, et ce point est une des questions les plus litigieuses de la chimie.—M. Motard dit qu'à la suite d'une foule de maladies différentes, on a trouvé le sang coagulé dans les vaisseaux, ce qui diminue de beaucoup la valeur des observations qu'il a citées.—Il n'est pas possible d'établir un rapport entre la présence de l'albumine et les causes pathologiques, parce que, dit M. Motard, on trouve de l'albumine dans l'urine des trois quarts des malades, quelle que soit leur affection. Nous aurions désiré que M. Motard eût apporté quelque preuve à l'appui de cette assertion, qui est trop opposée à tout ce qui a été écrit jusqu'ici sur la maladie de Bright, et sur la présence de l'albumine dans l'urine, pour qu'on l'adopte ainsi dénuée de preuves.

M. Briquet présente une légère critique sur le mot hygiologie, qu'il ne trouve pas formé suivant les règles de la grammaire.—Une longue discussion s'engage entre les deux candidats sur la combustion humaine spontanée, mais qui jette peu de jour sur cette question mystérieuse; ils paraissent croire tous les deux que cet accident n'a été observé que chez des sujets adonnés aux boissons alcooliques; ce qui n'est peut-être pas exact. M. Briquet reproche à M. Royer-Collard d'avoir pris tous les faits de combustion humaine spontanée qu'il cite parmi les moins authentiques, et d'avoir négligé les sources où il en aurait trouvé qui sont entourés de toutes les garanties désirables.—Il est étonné de n'avoir pas trouvé dans la thèse, au moins la mention de la théorie de Dupuytren pour l'explication de la combustion humaine spontanée, savoir : l'imprégnation de tous les tissus d'alcool. Il parait lui-même disposé à adopter cette opinion.

M. Guérard critique aussi le mot hygiologie; c'est hygiénologie que l'on devrait dire. Au reste, ce dernier mot avait déjà été employé par Galien.—Parmi les conditions qui modifient l'action de l'alcool sur l'économie, l'orateur aurait dû parler du froid qui exerce une action si fâcheuse sur les hommes qui ont fait des excès alcooliques. Il rappelle avec quelle facilité nos soldats en Russie périssaient victimes du froid, lorsqu'ils avaient pris des liqueurs alcooliques.—Il voudrait que l'importante question de la nécessité des liqueurs alcooliques eût été traitée plus complètement. Quelques auteurs ont soutenu qu'elles étaient non-seulement inutiles, mais même nuisibles. Cette discussion entraînerait dans l'examen d'une foule de faits, parmi lesquels celui rapporté par le capitaine Ross ne doit point être oublié. Ce célèbre navigateur a en effet observé que les hommes soumis pendant plusieurs jours à l'usage des boissons alcooliques étaient capables de déployer une plus grande force que ceux qui ne buvaient que de l'eau.

M. Rochoux présente quelques considérations sur la définition de l'hygiène. Il a fait lui-même l'autopsie de deux individus morts subitement à la suite d'excès alcooliques, et a trouvé le sang fluide comme dans les fièvres graves; bien qu'il ait été lui-même humoriste à une époque où l'humorisme n'était pas en honneur, il ne croit pas cependant que la médecine fasse de grands progrès en suivant cette voie.—Il nie surtout qu'on puisse jamais trouver dans le sang l'explication des phénomènes morbides antérieurs. — Comment en effet pourrait-on, au milieu de 34 corps élémentaires que contient le fluide sanguin, et des innombrables combinaisons qu'ils peuvent former entre eux, distinguer les transformations morbides qui pourraient s'y opérer?

M. MOTARD. — DES EAUX STAGNANTES, ET EN PARTICULIER DES MARAIS ET DU DESSÉCHEMENT; 68 pages in-4°.

L'influence fâcheuse des eaux stagnantes sur la santé de l'homme est si certaine elle s'exerce sur un si grand nombre de points à la fois, qu'il était difficile de trouver un sujet qui offrit un intérêt plus général, et permit au candidat de faire preuve de plus de connaissances dans cette partie de la science, où l'hygiène se trouve intimement liée à la pathologie. Le travail de M. Motard sur ce sujet important pourrait être divisé en trois parties principales, consacrées à la description générale des eaux stagnantes, à l'exposition de leurs effets sur l'économie et le moral de l'homme, et à l'indication des moyens propres à combattre ces effets. Le mode de développement des marais par des causes toutes physiques; l'énumération des eaux stagnantes qui existent dans les différentes parties du monde ont reçu dans ce travail un grand développement.

L'étude des effets spéciaux des eaux stagnantes sur l'économie devait contenir l'histoire des fièvres intermittentes presque tout entière, et, ici, M. Motard a encore bien répondu au programme. Cependant, nous pensons qu'il a peut-être adopté avec trop de confiance l'opinion généralement admise qui attribue les fièvres d'accès aux émanations marécageuses. Il y a une foule de pays où les fièvres intermittentes règnent fréquemment, et où il y a une sécheresse continuelle. Ainsi, la ville de Rome, qui est à deux journées des marais Pontins, et ses environs qui sont si montueux et si arides, où l'on marche pendant des journées entières sans rencontrer une goutte d'eau, un seul arbre, ou même un buisson, sont très fréquemment visités par les fièvres intermittentes. Nous pourrions citer beaucoup de localités qui se trouvent dans la même circonstance; ce n'est pas seulement à l'action des effluves marécageux qu'on doit rapporter les fièvres intermittentes; et encore moins faut-il admettre avec l'auteur que les fièvres cessent de régner quand l'extrême sécheresse a converti la vase des étangs en poussière inerte. Une partie des marais Pontins que Pie VI, aux travaux duquel M. Motard donne de si justes éloges, avait fait dessécher complètement, et où il avait fondé une colonie, n'en fut pas pour cela plus salubre. Les habitans ne tardèrent pas à succomber, et, bien qu'aujourd'hui encore la terre s'y couvre de riches moissons, l'insalubrité de l'endroit ne permet pas au propriétaire d'y séjourner. Nous pensons que l'auteur aurait pu tenir compte de l'état d'engorgement de la rate que présentent la plupart des sujets qui ont eu plusieurs attaques de fièvre intermittente parmi les effets éloignés des effluves marécageux; nous aurions aussi désiré trouver quelques mots sur les différentes hypothèses proposées pour expliquer la périodicité de la fièvre, celle de Baillie; celle plus brillante de M. Roche nous semblaient ne devoir point être entièrement passées sous silence. Du reste, le travail de M. Motard est plein de recherches ingénieuses, et se trouve complètement au courant de ce que la science a de plus positif sur la nature des effluves marécageux, et sur les moyens de les combattre.

ARGUMENTATEURS : MM. BRIQUET, GUÉRARD, ROCHOUX ET FOISSAC.

M. Briquet signale quelques omissions dans l'énumération des pays où il y a le plus d'eaux stagnantes, cite quelques points où l'auteur aurait pu faire preuve d'une critique plus éclairée, et surtout le fait rapporté par M. Motard, de soldats qui ne pouvaient regarder par-dessus un garde-fou, au-dessous duquel se trouvait un marais, sans être pris de vertige.—Il affirme, mais sans le prouver, que les effluves marécageux donnent souvent lieu à des fièvres continues. M. Motard aurait pu repousser complètement cette assertion, qui est en opposition avec l'opinion de la plupart des pyrétologistes modernes. — M. Briquet reproche à l'auteur de n'avoir pas parlé, parmi les effets éloignés des effluves marécageux, de la difficulté avec laquelle se fait la dentition chez les enfans, de l'altération remarquable qu'éprouvent les mêmes organes chez les adultes, des affections catarrhales, des gastro-entérites, des affections scrofuleuses et rhumatismales, auxquelles les habitans des pays où il y a beaucoup d'eax stagnantes sont très sujets, et même de leur faiblesse, qui est telle, dit-il, qu'ils meurent quelquefois subitement en travaillant; enfin, il lui demande s'il regarde, comme on pourrait le croire d'après ses expressions, la fièvre jaune comme appartenant aux pyrexies périodiques.—Une certaine analogie qui existe entre ces deux affections a porté M. Motard à penser que ces émanations marécageuses, coïncidant avec une certaine température, et quelques autres circonstances locales, pouvaient donner naissance à la fièvre jaune.

M. Guérard a été étonné de n'avoir pas trouvé au moins la mention de l'effet que produit un tissu fin sur les émanations qu'il parait arrêter, et rappelle le fait cité par M. Brocchi, de vingt personnes qui passèrent la nuit dans une maison exposée aux émanations marécageuses : celles qui avaient eu le soin

de se couvrir la figure, pendant la nuit, avec un voile fin furent préservées de la fièvre; toutes les autres en furent atteintes. M. Boussingault a fait aussi la même observation dans les régions équatoriales.—M. Motard connaissait parfaitement ce fait, que son compétiteur avait lui-même cité dans deux des épreuves précédentes, mais il ne l'avait pas trouvé assez appuyé pour devoir en faire mention.—M. Guérard aurait désiré que le candidat eût discuté les faits rapportés dans le mémoire de Parent-du-Chatelet, sur l'influence des routoirs sur la santé; il rappelle la communication faite à l'Académie d'une lettre de l'abbé Voisin sur les moyens qu'emploient les cultivateurs chinois pour se mettre à l'abri des effluves qui s'élèvent des rizières, et qui consistent en boissons légèrement stimulantes, et en lotions faites plusieurs fois par jour avec de l'eau tiède. —M. Guérard pense que le candidat aurait dû signaler la différence qui existe entre les races dans la facilité à contracter les fièvres intermittentes et cite, à cette occasion un fait emprunté à M. Boussingault, et qui parait peu probant.—Il revient sur la question de l'identité de cause des fièvres périodiques et continues soulevée par M. Briquet, et rappelle que, dans certaines circonstances, les fièvres intermittentes se changent en continues. Ce fait ne démontre nullement l'identité des causes des deux maladies, car on sait que, dans ces cas, la continuité n'est qu'apparente, et combien il est important de ne pas confondre ces maladies, si essentiellement différentes, bien que cela ne soit pas toujours facile.

M. Rochoux dit que les mousquetos sont anciennement connus à Barcelone, où, en 1822, on les conseilla pour se mettre à l'abri de la fièvre jaune, qui n'en fit pas moins des victimes parmi ceux qui portaient ce préservatif.—Il reproche au candidat de l'avoir mis au nombre de ceux qui regardent la fièvre jaune comme une affection périodique, tandis qu'il a toujours combattu et combattra encore cette opinion; car, pour lui, la fièvre jaune est une véritable gastro entérite; il termine son argumentation par une critique d'un ouvrage moderne sur les fièvres intermittentes, et de tous ceux qui ont écrit sur le même sujet, sans lire Torti, dans le traité duquel on trouve tout ce qui a été écrit depuis sur ces fièvres, et même plus encore.

M. Foissac signale quelques omissions et quelques erreurs géographiques peu importantes; il n'admet pas le fait emprunté par le candidat à des auteurs anglais dignes de foi, et qui a été consigné dans plusieurs documens officiels, savoir, qu'un certain nombre de soldats et des ouvriers, qui avaient échappé à la désastreuse expédition de l'île de Walcheren, furent pris de fièvres intermittentes plusieurs mois après leur retour en Angleterre; il s'appuie, pour nier le fait, sur ce qu'il suffit souvent, pour guérir une fièvre intermittente, de s'éloigner, pendant quelques jours, de l'endroit où elle avait été contractée.—M. Foissac émet, à l'occasion des fièvres intermittentes, un principe qui est souvent vrai, mais qu'il ne faut pas appliquer avec trop de rigueur, c'est que la dépopulation d'un pays est moins le résultat des maladies auxquelles les habitans sont sujets que l'effet de la misère et du défaut d'une alimentation suffisante.

M. C. Broussais. — DES DIFFÉRENS MOYENS DE CONSERVATION DES SUBSTANCES ALIMENTAIRES; COMPARER CES DIVERS MOYENS SOUS LE POINT DE VUE HYGIÉNIQUE. 51 p. in-4°, à Paris, chez J.-B. Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

Ce sujet qui offre le double avantage d'ouvrir un vaste champ aux spéculations scientifiques, et de renfermer un nombre considérable de questions toutes éminemment pratiques demandait pour être traité avec tous les développemens nécessaires que l'auteur fût au courant des progrès journaliers de la science sur un sujet aussi intimement lié aux plus grands intérêts et a l'une des industries les plus profitables. Aussi ne pouvons-nous que louer la modeste bonne foi avec laquelle M. C. Broussais nous fait connaître dans un court avant-propos les services qu'il a reçu de quelques-uns des hommes dont le nom a le plus d'autorité dans ces sortes de questions; mais dont nous pensons que la connaissance lui a fait exagérer l'importance. C'est à la fois un acte de reconnaissance, et plus encore de justice envers ses compétiteurs; peut-être aussi une leçon pour ceux qui, ayant reçu des secours analogues, auraient gardé le silence sur ce point important.

La thèse de M. C. Broussais est divisée en trois parties différentes, que nous allons indiquer sommairement. Dans la première, qui est consacrée à l'examen des principes généraux auxquels est soumise la conservation des substances alimentaires, trois questions principales ont fixé l'auteur, savoir : 1° les phénomènes qui se passent dans l'altération spontanée des substances alimentaires; 2° les conditions qui favorisent cette altération; 3° les moyens de la retarder, de l'arrêter, de la prévenir. Nous trouvons donc dans cette partie la connaissance de tous les faits scientifiques qui ont rapport à la putréfaction des substances alimentaires, et de ceux qui se rattachent à leur conservation; parmi les premiers, nous voyons successivement l'action de l'air atmosphérique et surtout de l'oxigène, de l'électricité, la mollesse des tissus, la composition chimique, la présence d'un principe fermentiscible, etc.; et parmi les seconds, la soustraction à l'air, l'action de l'hydrate de proto-sulfure de fer, celle du gaz bi-oxide d'azote, de l'acide sulfureux, du sucre, du sel marin, des aromatiques, des anti-putrides, du gaz azote, du gaz hydrogène, de l'ammoniaque, de la créosote, de l'alcool.

C'est l'application de ces divers faits scientifiques qui a donné naissance aux divers procédés de conservation connus aujourd'hui, et qui sont décrits avec tous les développemens que l'on peut désirer pour un travail de ce genre dans la deuxième partie. Elle est divisée en quatre articles, d'après la nature des objets à conserver : 1° viande et poissons; 2° lait; 3° alimens féculens; 4° alimens mucoso-sucrés et acides; 5° boissons.

C'est dans cette deuxième partie que sont décrits la méthode Appert, le procédé de M. Turck, qui consiste à sécher la viande à l'étuve, pour lui rendre ensuite son humidité; celui de M. Wishn, d'après lequel on la plonge dans l'eau bouillante pendant quelques minutes; le boucanage, la salaison, etc., etc.

Nous regrettons que les renseignemens qu'on avait promis à M. C. Broussais sur la conservation des viandes, des animaux entiers, par injection du gaz acide carbonique, ne lui soient pas parvenus à temps; car il nous apprend qu'on s'occupe activement de ce moyen de conservation. La troisième partie contient la comparaison des divers moyens employés pour la conservation des substances alimentaires; c'est la moins importante, puisque, ainsi que le dit l'auteur, cette comparaison ressort virtuellement des deux parties précédentes. Une seule chose, ici, a été oubliée, et qui était comprise dans la question; c'est la comparaison de ces moyens sous le *point de vue hygiénique*. Mais laissons développer cette objection aux compétiteurs eux-mêmes.

ARGUMENTATEURS : MM. MÉNIÈRE, REQUIN, PIORRY ET SANSON.

M. Ménière signale quelques erreurs que le candidat a laissé passer dans sa dissertation qui, du reste, lui paraît mériter les plus grands éloges; ainsi, lorsqu'il parle de la fermentation en général, il a eu tort de dire qu'il y avait, dans cet acte, absorption d'oxigène et production d'une quantité proportionnellement égale d'acide carbonique. Cette proposition, qui est vraie, de la fermentation putride, ne l'est pas de la fermentation acide, où la quantité d'oxigène observée est plus considérable que celle de l'acide carbonique produit. — Il lui rappelle, à l'occasion de la méthode de Chaussier pour la conservation des matières animales par le sublimé, qu'il a été démontré par les expériences de M. Lassaigne, que c'est du deuto-chlorure et non du proto-chlorure, comme il le dit et comme on le croyait avant ces expériences, qui se combine à la matière animale —Ce n'est pas de l'acétate de caséum qui se forme lorsque le lait tourne, comme le dit le candidat, et comme on le croyait généralement; des travaux récens ont prouvé que c'est du lactate de caséum.—Il a de la peine à croire, avec M. Barruel, que la lumière retarde la putréfaction, et, avec M. Lenoir, que le charbon l'accélère, ce qui est diamétralement opposé à l'opinion généralement reçue des savans.

M. Requin relève quelques expressions qu'il dit n'être pas scientifiques, et être peu en rapport avec le caractère de la thèse.—Il s'établit ensuite entre les deux candidats une assez longue discussion sur la manière dont la créosote agit dans la conservation des matières animales, et qui nous parait jeter peu de lumière sur le mode d'action de cette substance.—M. Requin aurait voulu que dans les endroits de sa thèse où le candidat repousse l'opinion de Parent-du-Châtelet, sur l'innocuité des matières en putréfaction, et celle de M. Huzard, sur l'absence de propriétés malfaisantes dans les viandes de charcuterie avariées, il eût fourni les motifs qu'il a pour repousser ces opinions. Parent-du-Châtelet et M. Huzard sont des autorités qu'on ne doit point combattre par de simples assertions.

M. Piorry trouve que la partie de la thèse qui a rapport aux expériences chimiques laisse peu à désirer, et se joint, sous ce rapport, aux éloges qu'ont déjà donnés ses deux compétiteurs au candidat; mais il lui est pénible de dire que la partie hygiénique a été presque entièrement oubliée. Le but de la question proposée n'était pas seulement l'indication et la description des moyens de conservation des substances alimentaires; mais encore et surtout la comparaison de ces divers moyens par leur influence sur la santé. M. Broussais répond qu'il n'a pas négligé cette partie de son sujet, puisqu'il a même combattu l'opinion assez généralement admise, qui attribue le scorbut à l'action des salaisons.—Le candidat aurait dû parler de l'action sur la santé des charcuteries avariées, chercher la cause de l'empoisonnement qu'elles déterminent, et indiquer le moyen de le prévenir.—M. Piorry demande encore s'il est bien démontré pour l'auteur que la chair des animaux sains se putréfie moins vite que celle des animaux morts de maladie.

M. Sanson continue la dernière objection proposée par M. Piorry, et rappelle au candidat combien on préfère pour les dissections certains cadavres, bien que morts de maladies de longue durée, comme la phthisie, à ceux des sujets morts accidentellement, qui se putréfient souvent avec bien plus de rapidité.—M. Sanson reproche surtout au candidat d'avoir entièrement laissé de côté toute la partie hygiénique de sa question. Au lieu d'entrer avec Parent-du-Châtelet dans de longs détails sur la construction des abattoirs, qui n'ont aucun rapport avec la conservation des substances alimentaires, et n'ont été élevés que dans un but d'assainissement, et sur le procédé Gannal, qui ne peut être appliqué aux alimens, il aurait dû indiquer les effets sur la santé des alimens bien ou mal conservés, comparer sous ce point de vue les divers procédés qu'il a indiqués. Il lui dit que sous le rapport économique, il a fait un bon travail; mais qu'il a entièrement manqué son but sous le point de vue hygiénique.—S'il eût traité ce point important de sa question, il aurait indiqué les effets vénéneux que produisent quelquefois certains fromages, et même le lait mal conservé.

VARIÉTÉS.

Monsieur et très honoré confrère,

Dans le compte-rendu de notre association de prévoyance, je suis compris au nombre des médecins décédés; j'ai été fort malade, mais ma santé s'est rétablie grâce aux soins de MM. Andral père et A. C. Baudeloque. Malgré la bienveillance avec laquelle notre secrétaire-général a traité ma mémoire, j'aime mieux être vivant que mort, et je vous prie de vouloir bien rectifier cette erreur qui pourrait m'être préjudiciable.

Agréez, etc. MAGISTEL.

Ce 30 janvier 1838.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE DE FÉLIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 6. (TOME VI. — 1838.) SAMEDI 10 FÉVRIER 1838.

Gazette Médicale DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4° 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Poissonnière*, n° 5, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

REVUE GÉNÉRALE

SUR L'ÉPIDÉMIE RÉGNANT ACTUELLEMENT A LONDRES.

Une ooavelle épidémie paraît régner, en ce momeot, à Londres.

Dans l'une des dernières séances de la société médicale de Westminster, le docteur Addisson a fait sur cette épidémie une communication, à laquelle d'autres membres ont ajooté le résultat de leurs propres observations. Nous allons tracer brièvement ce qoe ces différentes communications nous paraissent offrir de plus iotéressant.

Chez la plupart des sujets qui sont affectés de cette maladie épidémique, on observe au début les mêmes symptômes qu'au commencemeot d'une fièvre continue : il y a un malaise général, beaucoup de faiblesse, de vives douleurs dans les membres et à la tête, une chaleur peu intense à la peau. La langue est géoéralement rouge ; mais chez les jeunes gens le pouls indiqoe une grande débilité ; il est mou, faible et compressible ; les facultés intellectuelles sont également dérangées ; quelquefois il y a imbécilité complète, avec surdité ; la face se congestionne fortement peodant la nuit ; il y a de l'agitatioo et même do délire. Ces symptômes dureut deux ou trois semaines et se terminent par une convalescence lente et peu satisfaisante, qui est précédée d'une accélération considérable de la respiratioo. L'un des caractères les plus saillans de la maladie, et qui paraît avoir induit en erreur plus d'un praticieo, c'est une éruption considérable de pétéchies semblables à celles que l'oo observe quelquefois dans les fièvres continues. Cette éruption offre de grandes variétés dans l'époque de soo apparition, qui a quelquefois lieu dans les trois premiers jours, mais communément pendant la seconde ou la troisième semaine. Dans un certain nombre de cas, ces pétéchies ressemblaient à l'éruption de la rougeole lorsqu'elle est sur le point de disparaître. Dans qoelques autres cas elles formaient de larges plaques d'érythème, et quelquefois couvraient la peau et les membranes muqueuses si complètement, qu'on eût cru à l'existence d'une scarlatine.

La maladie attaque tous les âges indifféremment, et même les petits enfans ; elle est presque toujours fatale chez les vieillards ; chez l'adulte qui est doué d'une bonne constitution, elle se termine toujours favorablement. Quant au traitement, la débilité que présentaient les malades ne permettait pas d'avoir recours aux évacuations actives, si ce n'est dans les cas de complication, et qui sont assez rares ; en général, le traitement le plus simple, est celui qui réussit le mieux, celui qui est adopté à l'hôpital Guy consiste en quelques laxatifs doux et un peu de sesqui-carbonate d'ammoniaque, dans un julep camphré trois fois par jour ; pour régime, quelques farineux, puis du thé de bœuf, et, aussitôt que le cerveau peut le supporter, un peu de vin. Quand les intestins paraissent altérés, qoelques doses de mercure avec la chaux, ou de calomel avec l'opium, suffiseot pour arrêter l'affection locale.

Feuilleton.

LETTRE MÉDICALE SUR PARIS.

J'ai à vous signaler, mon cher confrère, une amélioration notable dans la police médicale. Depuis quelque temps, les journaux quotidiens n'annoncent plus les robs, les opiats, les essences concentrées, toutes ces merveilleuses productions mystifico-pharmaceutiques, qui guérissent à coup sûr les maladies connues ou à connaître. Vous-même, vous avez remarqué que les journaux des départemens se taisaient sur ces admirables inventions de l'alchimie moderne. J'ai d'abord cru comme vous que ce temps d'arrêt tenait à l'inopportunité et à l'inclémence de la saison ; car les annonces varient avec les phases de l'année, les vicissitudes atmosphériques, le froid, le chaud, la pluie et le beau temps ; à tel point qu'on pourrait refaire la météorologie du pays, et presque la constitution médicale d'une époque, par les annonces, par la résurrection ou la disparition de tel ou tel ordre de pâtes, d'opiats, de sirops, de sucres, de pastilles, ou autres produits, que la sollicitude de nos industriels philantropes sait si bien approprier aux besoins de la population malade. Mais le silence de ces grands entrepreneurs de la santé et de la crédulité publiques est un silence obligé. Par je ne sais quelle soudaine inspiration, tous les procureurs de la France ont fait main-basse sur les anti-syphilitiques, les dépuratifs, les antidartreux, les mixtures brésiliennes et les bols d'Arménie, qui avaient jusque-là poursuivi paisiblement le cours de leurs succès d'un point du royaume à l'autre. A l'heure qu'il est, l'annonce, si prodigue, si caressante, si dévouée, si courtisane, vient de fermer impitoyablement sa porte à MM. A. B. C. D. E. F. G. H. Les dépôts de leurs précieuses découvertes (précieuses, s'il en fut, puisqu'elles coûtent cher, et enrichissent leurs auteurs), sont brutalement interdits, sans commisération aucune pour cette classe si estimable de la population, à qui on a enlevé tout d'un coup la loterie, les maisons de jeu et cent remèdes à ses maux. A Dieppe, à Rouen, à Evreux, à Brest, à Paris, des jugemens en bonne forme ont prouvé que la loi n'était ni aussi caduque, ni aussi impotente qu'on le disait. Il a suffi de vouloir l'appeler en aide pour qu'elle prêtât main-forte. Oui, mon cher confrère, on a trouvé dans les lois et décrets qui régient l'exercice de la médecine et de la pharmacie des dispositions claires, positives, efficaces, capables, en un mot, d'arrêter le débordement du cynisme charlatanique qui menaçait de transformer toutes les pharmacies du royaume en ateliers et en bazars de ses produits, et nos journaux en moniteurs de ses officines. C'est là un véritable coup d'état dont nous ignorons le point de départ, mais qui pourrait bien avoir été inspiré par la pensée à laquelle nous devons la réorganisation des corps enseignans. Toutefois, ce n'est là qu'un premier

Le nombre des morts ayant été peu considérable dans les hôpitaux, on n'a encore fait que peu d'autopsies, bien que la mortalité ait été très forte dans quelques districts. Le médecin d'un dispensaire a dit au docteur Addisson que dans les cas qui s'y étaient présentés il y a eu un mort sur trois. Les poumons et le cerveau sont les organes qui oot offert les principales altérations : les premiers sont généralement œdémateux, et les ventricules cérébraux contiennent ordinairement une grande quantité de sérosité; le sang est très fluide.

Le docteur Addisson a cherché en outre à rattacher à la même constitution quelques autres maladies, telles que différentes affections cutanées qui se sont offertes avec un état de débilité très prononcée dont il u'avait pas eu d'exemple dans des cas analogues; il a cité surtout plusieurs cas *d'erythema nodosum, d'herpesiris, d'herythema hemorragium* qui se sont compliqués de cet état de débilitation extrême et d'abcès sur différentes parties du corps.

— Un membre de la société, le docteur Chowne, regarde comme l'un des traits les plus caractéristiques de la maladie, l'extrême irrégularité qu'elle offre dans toutes ses périodes; il a observé la dispnée fréquemment; et, dans presque tous les cas, la surdité. Dans beaucoup de cas, les muscles de la poitrine ont une vive sensibilité. La gangrène se développe avec une rapidité extraordinaire; il a vu un malade périr de cet accident après que l'affection principale avait entièrement cessé.

ANATOMIE GÉNÉRALE.

OBSERVATIONS MICROSCOPIQUES SUR L'ORGANISATION DU CERVEAU ET DES NERFS; par le professeur EHRENBERG (1).

Nous pensons qu'il serait plus facile de comprendre les développemens dans lesquels entre le professeur Ehrenberg sur l'organisatioo du cerveau quand on connaîtra les principales formes organiques qu'il admet dans le cerveau, la moelle épinière et les nerfs. Aussi nous croyons devoir exposer leurs principaux caractères en peu de mots.

Il admet donc : 1° des tubes présentant à des intervalles limités des dilatations sphéroïdes ou globuleuses; ce qui les fait ressembler aux grains d'un collier qui oe se touchent pas, mais qui communiquent l'un à l'aotre par un canal. Il a nommé ces tubes *variqueux*, à cause de la ressemblance qu'ils offrent avec les varices d'une veine, ou *articulés* parce qu'ils pourraient être comparés à une série d'articulations. Il démontre que ces tubes qui, au microscope, offrent l'apparence de fibres parallèles, ont une cavité interne et contiennent une matière spéciale, à laquelle il donoe le nom de fluide *nerveux*. Ils sont presque exclusivement bornés à la substance blanche.

2° Des tubes droits et uniformes, sans dilatation sphéroïdale, creux aussi, et auxquels il donne le nom de *tubes cylindriques* simples. C'est surtout dans les troncs nerveux qu'on les trouve. Ils sont généralement plus gros que les tubes articulés, et sont la continuation de ces derniers qui perdent graduellement leurs dilatations sphéroïdales. Ils contiennent dans leur intérieur une matière peu transparente, blanche, visqueuse, qu'il désigne sous le nom de substance *médullaire*.

3° Une substance formée en partie de grains extrêmement fins et d'autres beaucoup plus gros. Elle ne se trouve que dans la substance grise ou corticale, dans les expansions nerveuses de l'extrémité des nerfs et dans les ganglions.

§ Ier. LE CERVEAU.

A. *Substance corticale*. Cette partie de la substance cérébrale consiste en un tissu vasculaire très délicat qui transporte souvent, comme Ruysch l'a le premier fait observer, de nombreux globules sanguins et est recouvert d'un tissu vasculaire plus grossier et de fibres qui vont en serpentant.—Oo voit en outre dans la partie la plus superficielle une substance molle à grains extrêmemeot fins dans laquelle sont déposés des grains plus gros, à peu près comme dans la capsule do Thymus. Les grains les plus gros sont détachés et paraissent formés de petites granulations qui sont disposées en rang et unies au moyen de fils extrêmement fins aux globules de la substance. Oo observe cette dispositiou toutes les fois que le petit volume de ces globules, leur mollesse et leur transparence permettent de les distinguer; en se rapprochant de la substance blanche, ou voit se dessiner plus distinctement le caractère fibreux de la matière corticale, et les vaisseaux sanguins paraissent plus gros et moins uombreux. Je me suis douné beaucoup de peine dernièrement pour suivre ces vaisseaux jusqu'à leur extrémité, et constamment je les ai vus se perdre au milieu d'un réseau vasculaire très épais. Je n'ai jamais pu découvrir d'anostomoses entre les fibres, bien que j'aie employé les moyens les plus puissans que uous possédions de nos jours. Il est facile de prendre les anostomoses vasculaires pour des anostomoses fibreuses.

B. *Substance blanche ou médullaire*. Dans cette substance la disposition des fibres est encore plus distincte. Oo les voit se continuer, en offrant plus de largeur, avec les fibres plus délicates de la substance corticale, venant surtout des éminences qui se trouveot à la surface du cerveau, et se dirigeant vers la base sous forme radiée. Ces fibres oe sont pas cylindriques; elles ressemblent plutôt, d'après de uombreuses observations qui me sont particulières, à des rangées de perles creuses qui oe soot pas en contact, mais soot unies par un canal très court. Elles ressemblent exactemeot à des tuyaux qui seraient de temps eo temps dilatés eo petites vessies. Ces petites vessies ou *ampullulæ* avaient été vues par Leuwenboek; il les prenait pour des globules de graisse doot il croyait le cerveau presque entièrement composé. Ces tubes ainsi dilatés suivent ordinairemeot ooe directioo parallèle et se croisent qoelquefois. J'ai vu quatre fois sur un oombre presque incalculable d'expériences ces canaux présenter des ramificatioos, mais je o'ai jamais vu de véritable anostomose. On trouve souvent près de la base du cerveau et aux environs des ventricules, ao milieo de ces faisceaux de tubes ooueux, quelques tubes isolés plus gros que les autres; il est souveot possible de reconnaître distinctemeot dans ces derniers, eotre les limites externes de leurs parois, deux limites internes qui permettent de distinguer l'étendue du diamètre de la cavité interne du canal. Oo ne peut dooc plus appeler

(1) Cet article est extrait de l'un des derniers numéros du *Journal Médico-chirurgical* d'Edimbourg, où le docteur Craigie, qui l'a accompagné de longs commentaires, dit avoir répété les observations du professeur allemand et être arrivé aux mêmes résultats.

---

pas dans une longue carrière, un point dans l'espace. Il y a bien plus à faire pour régénérer la police médicale, qu'il n'y avait pour rendre la vie à nos écoles. Briser l'arme de la publicité entre les mains des vendeurs de remèdes, ce serait briser le levier de leur gigantesque puissance : mais on est loin d'y être arrivé. L'annonce et l'affiche ont mille formes insaisissables, dont nous ne connaissons que les ébauches : la persécution les centuplera. Déjà même on a trouvé le moyen d'échapper à la loi, en changeant l'étiquette des produits. Il n'y avait pas moyen de transiger avec elle pour les remèdes véritables, les drogues du premier ordre qui guérissent les maladies sans le secours du médecin : on a abandonné cette branche de découvertes, on s'est rejeté sur celles d'un ordre inférieur, auquel jusqu'ici le procureur n'a mot à dire. Telles sont les pâtes pectorales, les baumes, les sirops de nafé, les sirops de mou de veau et de lait d'ânesse, le racahout des Arabes, la graine de moutarde blanche, et autres grains de la même famille. Tout cela forme une classe d'inventions à part, entre le bonbon et la drogue, entre le comestible et le médicament; inventions des simples, contre lesquelles la police médicale est sans armes. C'est déjà quelque chose que cette réduction de puissance. Les remèdes du premier ordre, que j'appellerai *majora*, avaient l'inconvénient de ruiner les malades et d'aggraver la maladie; les seconds, que j'appellerai *minora*, n'ont plus que la moitié de ces inconvéniens; car, rassurez-vous, mon cher confrère, vous pourriez craindre que le sirop de mou de veau ou de lait d'ânesse ne produisissent, par la fermentation ou la réaction de leurs élémens, quelques produits nuisibles à la santé : les inventeurs se sont mis en garde contre un pareil inconvénient : ils n'ont fait usage de mou de veau et de lait d'ânesse qu'à l'extérieur de leurs bouteilles. Je vous annonce donc, en raison de la suppression de la première de ces branches d'industrie, un grand et nouveau développement de la seconde, d'autant plus que, malgré les représentations de l'Académie, les brevets d'invention continuent et continueront à se délivrer à tout ce qui ne s'invente pas.

Le goût de l'anatomie pathologique est dangereux en province. Voici, mon cher confrère, un fait qui le prouve d'une manière incontestable. M. le docteur Ferron, médecin à Theuville-aux-Maillots, n'ayant pu faire l'autopsie d'un sujet chez lequel il voulait voir une ancienne hernie oblitérée par la méthode de M. Belmas, s'avisa d'aller enlever la pièce au cimetière. Le tribunal d'Yvetot, qui ne parait pas avoir une grande sympathie pour la science de Morgagni, malgré la pureté des intentions du médecin, et peut-être même à cause de ses intentions, l'a condamné à la prison. Etonné de tant de rigueur, notre confrère a eu recours à d'autres juges. Hélas! même tiédeur pour l'anatomie pathologique de la part des représentans de la justice. La cour royale de Rouen a maintenu le bien jugé du tribunal d'Yvetot. Jusque-là, il n'y aurait rien eu de bien extraordinaire : car les tribunaux d'Yvetot, voire même la cour de Rouen, ne sont pas tenus d'apprécier ce qu'il peut y avoir de curieux et d'intéressant pour la science et l'humanité dans une simple pièce d'anatomie pathologique. Mais ce qu'il y a eu de surprenant et d'inattendu dans l'affaire, c'est l'argumentation de M. l'avocat-général. « La religion des tombeaux, a dit ce magistrat aussi savant que philantrope, doit l'emporter sur le *fanatisme* de la science; l'organisation des quadrupèdes et l'organisation de l'homme *se ressemblent assez* pour qu'il soit INUTILE de faire des ouvertures de cadavres dès qu'on peut expérimenter sur des animaux. » Les connaissances très avancées de M. l'avocat-général de Rouen en anatomie et en pathologie comparées ne tendaient à rien

aujourd'hui fibres ou fils, ces parties linéaires et noueuses du cerveau, puisque ce sont des tubes variqueux articulés, c'est-à-dire offrant une série de dilatations.

De la structure des tubes articulés, de leur contenu et de leur forme rayonnante. L'intérieur de ces tubes étant partout entièrement diaphane, on en doit conclure qu'ils ne contiennent que de la vapeur, de l'eau ou une gelée transparente. La couleur blanche du lait qu'ils offrent à l'œil semble donc favorable à l'opinion que ces canaux contiennent quelque chose; mais au microscope ces canaux présentent en outre un aspect troublé que l'on ne retrouve plus si on observe les mêmes canaux dans la substance corticale. Je n'ai pu cependant avec un pouvoir grossissant trois mille fois distinguer la cause qui produit cette couleur un peu foncée; mais comme on n'observe pas cette coloration dans les canaux de la substance corticale, et que cependant ce sont les mêmes parois qui forment les canaux de la substance blanche, il semble naturel d'en induire que la couleur blanche est inhérente, non aux parois de ces canaux, mais aux matières qu'ils contiennent. Si l'on déchire les tubes cérébraux, leurs extrémités libres se retirent par l'effet d'une contraction élastique qui leur donne la forme d'un intestin. Bien qu'on n'en voie sortir aucun fluide, il n'en résulte cependant pas qu'il n'en existe pas dans leur intérieur; car, si l'on coupe en deux une sangsue et surtout une jeune, les deux surface incisées se contractent avec tant de force qu'il n'en sort pas une goutte de liquide. Il est certain aussi que ces tubes ne contiennent pas d'air puisqu'on n'en voit pas sortir de bulles d'air de leurs extrémités lorsqu'on les presse sous l'eau. La matière médullaire qu'il est si facile de distinguer dans les tubes cylindriques des nerfs musculaires ne se retrouve pas dans les tubes articulés du cerveau, et même ce n'est que rarement qu'on peut en observer quelques traces dans les plus gros tubes articulés de la moëlle épinière, au moment où ils passent dans les nerfs moteurs. Le fluide transparent qui remplit les tubes articulés du cerveau est aussi différent de la matière médullaire qui remplit les tubes cylindriques que le chyle l'est du sang. Je propose donc de lui laisser le nom de *liquor nerveus* (fluide nerveux) que les anciens médecins avaient donné au fluide qu'ils supposaient parcourir tout le système nerveux.

Les plus gros tubes cérébraux convergent vers la base du cerveau d'où partent les nerfs périphériques. Quelques-uns d'entre eux paraissent se terminer dans les cavités cérébrales, dans les parois desquelles j'en ai trouvé de très développés; un grand nombre passent dans la moëlle épinière, et de là immédiatement dans les nerfs spinaux. Je me propose de publier plus tard les autres observations que j'ai faites sur ce sujet, lorsque je les aurai confirmées par de nouvelles expériences.

Organisation de la moëlle épinière. La moëlle épinière offre la même disposition que l'encéphale, à l'exception que la substance blanche est en dehors, tandis que dans le cerveau elle est en dedans, et que la substance grise au contraire se trouve en dedans; ce qui a fait comparer la moëlle à un cerveau renversé. Du reste les deux substances ont absolument les mêmes caractères que celle du cerveau. Les nerfs spinaux procèdent immédiatement de la substance blanche qui est formée par de gros tubes articulés; et il est très facile de s'assurer que ces derniers, lorsqu'ils quittent l'enveloppe que leur fournit la dure-mère, passent immédiatement à l'état de tubes cylindriques; car ils deviennent plus gros en même temps que leurs renflemens vont en diminuant. Ces transitions sont surtout faciles à constater à la partie postérieure de la moëlle épinière. Déjà aussi on commence à y trouver des traces de la matière médullaire. De tous les animaux que j'ai examinés, c'est chez les poissons que la moëlle épinière m'a paru offrir le plus de dispositions au développement des tubes cylindriques aux dépens des tubes articulés.

De la structure des tubes purement cylindriques et de la matière qu'ils contiennent. Le nerf optique, celui de la deuxième paire et celui de la septième, qui tous trois sont des nerfs des sens, sont les seuls qui offrent, dans toute leur longeur, la continuation des tubes articulés du cerveau, et sans aucun changement; tous les autres nerfs, à l'exception encore du grand sympathique au milieu de son trajet, en diffèrent considérablement. Ils sont tous composés de tubes cylindriques, suivant une direction parallèle, ne s'anostomosant jamais, et ayant environ 1/120[e] de ligne d'épaisseur. Ces tubes sont réunis par faisceaux, qui eux-mêmes se réunissent à d'autres, formant des faisceaux plus gros, et enfin les troncs nerveux. Chaque tronc nerveux et chaque faisceau séparé, mais un chaque tube cylindrique en particulier, sont entourés d'une enveloppe vasculaire (pia mater, névrilème). On voit fréquemment des faisceaux nerveux s'échanger des tubes, mais sans que pour cela les tubes s'accolent à ceux des faisceaux où ils pénètrent; ce sont là les plexus, qu'il ne faut pas confondre avec les ganglions, et qui ressemblent beaucoup, sous ce rapport, aux racines des nerfs. En examinant ces dernières, lorsqu'elles se séparent du cerveau ou de la moëlle épinière, j'ai le plus souvent trouvé des fibres articulées remplies également de matière médullaire entre les fibres cylindriques, et aussi fortes qu'elles. Il resterait à déterminer si les uns de ces tubes seraient destinés au sentiment, tandis que les autres le seraient au mouvement seulement. Cette question, que les recherches microscopiques décideront probablement, est l'une des plus intéressantes dont les micographes futurs puissent s'occuper. Quant à moi, il m'a été impossible de retrouver les tubes articulés mêlés avec les tubes cylindriques à quelque distance de l'origine des nerfs. Mais le tronc des sympathiques seul m'a offert des tubes articulés très fins, sans matière médullaire, au milieu de gros tubes cylindriques.

La différence essentielle qui existe entre les tubes cérébraux articulés et les tubes nerveux cylindriques, c'est que la cavité interne de ces derniers est plus grande et que'lle contient une matière médullaire distincte, mais transparente, et qui paraît avoir été déjà observée plusieurs fois. Chez les animaux qu'on vient de tuer, sur la grenouille, par exemple, cette matière ressemble à une substance presque coagulée, comme réticulée, formée de petites particules arrondies, mais peu régulières, qu'on voit facilement sortir des tubes, quand on les comprime légèrement. La simple section du nerf suffit même pour la faire sortir par la contraction qu'exerce sur les tubes le névrilème qui les enveloppe. C'est à elle qu'est dû l'épaississement que présente dans ce cas l'extrémité du nerf.

Le point le plus important de ces recherches, celui dont je me suis assuré par les expériences les plus nombreuses, c'est le passage sans interruption du tube articulé au tube cylindrique simple; car il en résulte que la substance que nous avons appelée matière médullaire nerveuse, et qui n'existe que dans les tubes cylindriques, n'apparaît que quand ces tubes sont déjà hors du cerveau ou de la moëlle vertébrale. Il en résulte encore que cette matière n'est pas la substance cérébrale enveloppée d'un névrilème dont parle Tréviranus; mais une espèce de gelée particulière qui est, ou entièrement différente du cerveau, ou qui ne s'y trouve qu'à un état beaucoup plus transparent même que la vapeur.

---

moins qu'à nous renvoyer au temps d'Hippocrate et de Galien. C'est pour cela, sans doute, qu'il a demandé la confirmation du jugement du tribunal d'Yvetot. M. Ferron s'en consolera en pensant que nos pères ont souvent fait comme lui, sans avoir encouru la même disgrâce. Les Boyer, les Dupuytren, les Dubois, et bon nombre de nos grands chirurgiens, ont souvent eu recours à la sépulture des morts pour améliorer la santé des vivans. A cette époque, heureusement, les procureurs-généraux étaient moins forts en anatomie comparée que M. le procureur-général de la Seine-Inférieure. Aujourd'hui, que cette science court les rues et les tribunaux, nous conseillons à M. Ferron et à tous nos confrères des départemens de respecter la religion des tombeaux, sous peine d'expier,

« .... par la prison
L'inexcusable tort d'avoir trop tôt raison. »

Je ne vous ai rien dit dans le temps, mon cher confrère, du nouvel arrêté du conseil des hôpitaux et de l'ordonnance de police qui avait mis cet arrêté en vigueur, concernant l'admission des nouveau-nés dans les hospices d'enfans trouvés. Cet arrêté, inspiré par des vues philantropiques, avait eu pour but de diminuer le nombre des enfans trouvés, et, par conséquent, de forcer un plus grand nombre de mères à garder et à élever leurs enfans. Il devait en résulter un autre avantage. La diminution dans le nombre des admissions devait accroître le bien-être des admis: tout était pour le mieux jusque-là. Mais on ne pense pas à tout. Voici qu'au lieu de garder leurs enfans, bon nombre de filles-mères, placées, comme le dit le journal le *Droit*, dans la cruelle alternative, ou de faire à jamais disparaître les traces de leur faute par un crime, ou d'aller proclamer leur honte, en la laissant constater dans un acte authentique, n'ont pas eu assez d'énergie pour choisir ce dernier parti. Le fait est, mon cher confrère, qu'on a signalé depuis quelque temps beaucoup d'infanticides. Faut-il attribuer ces résultats fâcheux aux difficultés suscitées par l'arrêté du conseil des hôpitaux? Cela paraît assez probable. Il y a là de quoi faire réfléchir l'administration, et l'engager, sinon à rapporter complètement, au moins à modifier ses dernières mesures.

L'affaire qui a le plus occupé le monde médical depuis ma dernière lettre est le concours d'hygiène. Vous connaissez déjà l'issue de ce concours, l'un des plus brillans qui ait eu lieu à la Faculté de médecine de Paris : M. Hippolyte Royer-Collard a été nommé professeur. Nous aurions peut-être plus de droit que personne de dire notre avis sur cette nomination. La GAZETTE MÉDICALE, ainsi que je vous l'avais annoncé, s'est fait un devoir de rapporter les épreuves de chacun sans partialité, et avec l'unique désir de voir triompher le plus digne et le plus capable. Elle avait de nombreuses sympathies parmi les concurrens; mais par cela même que ses sympathies étaient multiples, elle n'en a exprimé aucune. C'est peut-être d'ailleurs ce que devraient toujours faire les organes de la presse: les concours sont comme des affaires pendantes devant les tribunaux : la presse aurait mauvaise grâce à se mettre d'avance à la place des juges. La décision de l'un et de l'autre jury doit ressortir tout entière des débats. Dans le système de l'élection, c'est une autre affaire. Que le concours vienne à être supprimé, nous ferons comme autrefois, nous discuterons les titres de chacun; nous exprimerons l'opinion que nous croirons celle de la vérité, parce que l'élection est une appréciation de toute la carrière scientifique d'un homme, et parce qu'il n'y a pas d'autre moyen actuel que la presse de mettre

D'après ces résultats, j'ai dû chercher à déterminer si la substance qui, après la mort, paraît coagulée, et est accumulée sur certains points, tandis qu'elle manque sur d'autres, ne formerait pas, pendant la vie, un fluide granuleux continu et soumis comme le sang à une espèce de circulation. Mes expériences sur les nerfs des animaux vivans n'ont prouvé qu'il n'existe pas de circulation dans les tubes nerveux; mais cette question a besoin d'être soumise à d'autres expériences; car, dans des discussions de ce genre, on doit surtout éviter la précipitation. La doctrine des atmosphères nerveuses de Reil, admise par de Humboldt et Meckel ne suppose ni ne repousse nécessairement la circulation cérébrale, et elle ne fera pas faire un pas de plus à l'explication des phénomènes intellectuels.

Parmi les trois nerfs des sens (à tubes articulés), celui de l'audition mérite une mention spéciale. Presque tous les tubes qui le composent sont considérablement plus gros que ceux des autres, et les dilatations sphéroïdales, bien que très distinctes partout, sont moins saillantes et un peu plus aplaties. Sous les autres rapports, il ne diffère pas des deux autres.

Des nerfs à leur terminaison. Depuis long-temps, on sait que la rétine est composée de gros globules semblables à ceux que j'ai observés dans la substance corticale, et d'un réseau vasculaire très épais. Je me suis assuré qu'il existe des globules semblables à l'épanouissement du nerf olfactif. L'anatomie comparée m'a appris que dans les salamandres, les grenouilles et les crapauds, les globules qui se trouvent aux extrémités périphériques soit du cerveau, soit des nerfs, sont beaucoup plus gros que chez les animaux vertébrés et chez l'homme; mais comme, en même temps, chez ces mêmes animaux, les globules du sang sont beaucoup plus volumineux que dans les autres classes, je ne puis m'empêcher d'observer le rapport qui existe entre le volume des globules de la rétine et celui des globules du sang. J'ai remarqué en outre que les globules sanguins qui, chez les grenouilles, se trouvent dans les vaisseaux sanguins du cerveau et de la rétine, fréquemment sur une seule rangée, paraissent beaucoup plus petits et plus pâles que ceux du reste du système vasculaire, et qu'ils ont perdu une partie de leur enveloppe colorante. Je pense donc que les globules de la rétine et des autres parties semblables peuvent être transmis immédiatement par le système vasculaire, comme des grains qui s'échapperaient de l'intérieur des globules sanguins, avec lesquels ils ont des rapports de volume si remarquables.

La surface des expansions nerveuses est probablement le seul point de tout l'organisme où on puisse suivre avec quelque exactitude le dépôt des globules du sang. Il est difficile de dire quel rôle jouent ces globules dans les fonctions cérébrales; mais le fait seul est déjà très important par lui-même, surtout quand on considère qu'il existe un réseau vasculaire très abondant sur tous les points où il y a un épanouissement nerveux.

J'ai remarqué, en outre, dans les épanouissemens nerveux et à l'extrémité, des tubes nerveux, des corps de forme allongée (staff-like), dont je n'ai pu comprendre la destination dans la substance nerveuse.

Structure des ganglions et du grand sympathique. Les ganglions varient dans leur structure. Ce qu'ils présentent en commun, c'est d'être formés d'un grand nombre de tubes cérébraux articulés, qui sont, on seuls comme à l'entrecroisement des nerfs optiques, ou accompagnés de tubes cylindriques, avec un réseau vasculaire entre les mailles duquel on retrouve les granulations qui couvrent la rétine et les autres expansions de la substance cérébrale. Ces faits sont favorables à l'opinion qui considère les ganglions comme de petits cerveaux; mais on ne peut admettre complètement avec quelques-uns qu'ils n'aient de rapport qu'avec la substance corticale du cerveau, puisque, bien que la couleur soit la même, ils sont formés par un mélange de tubes articulés très petits, à peine visibles, avec de la substance corticale, et une quantité considérable de gros tubes cylindriques qui renferment de la matière médullaire.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENS.

Compte rendu des accouchemens faits a l'école et hospice de la Maternité de Marseille, pendant l'année scolaire de 1836 à 1837; par le professeur Villeneuve, chirurgien en chef de cet établissement.

Du 1er octobre 1836 au 1er octobre 1837, nous comptons soixante-quinze accouchemens, qui ont produit quatre-vingts parturitions. Il y a eu deux accouchemens multipares: l'un a fourni deux enfans et l'autre trois. Ces deux accouchemens ont donné ensemble cinq filles. Les deux premières du premier accouchement sont nées vivantes à huit mois de développement, et les trois filles du second accouchement sont nées, à la fin du sixième mois, vivantes; mais sont mortes, la première, vingt-quatre heures, et, la seconde un quart d'heure, et la troisième douze heures après la naissance.

Sur ces quatre-vingts parturitions, le vertex s'est présenté soixante-treize fois: quarante-sept fois en première position, vingt-quatre fois en seconde, et deux fois la position n'a pas été déterminée. Sur les quarante-sept terminées en première position, quatre étaient placées en seconde au détroit supérieur; une s'est convertie de quatrième, c'est-à-dire de fronto-cotyloïdienne droite en première. La présence d'un os wormien à la fontanelle postérieure nous a fait prendre, dans un cas, cette dernière pour la fontanelle antérieure, et nous a fait constater une troisième position qui n'était qu'une première. Cette erreur, peu importante, a été utile aux élèves, qui ont appris par là la circonspection qu'il faut porter dans l'appréciation des positions du vertex.

Les vingt-quatre secondes positions en ont offert dix constatées troisièmes fronto-cotyloïdiennes gauches, l'une première au détroit supérieur et deux transversales dans l'excavation.

Ici se présente une réflexion toute naturelle: c'est le plus grand nombre des troisièmes positions constatées au début du travail et converties en seconde, que nous avons observées cette année, comparativement au nombre que nous avons constaté l'année dernière; un sur trente-quatre en 1836 et dix sur vingt-quatre en 1837. C'est qu'à mesure qu'un fait annoncé fixe davantage l'attention, les moyens d'investigation devenant plus minutieux, servent à constater de plus en plus, d'une manière plus générale, et partant plus irrévocable un fait établi sur la vérité. Nul doute qu'une infinité de circonstances doivent s'opposer à constater une troisième position primitive toutes les fois que le vertex est expulsé en seconde. Ainsi la tension des membranes par les eaux de l'amnios, l'époque tardive du travail à laquelle on exerce le toucher, sunt certainement deux causes qui doivent dérober le diagnostic d'une position fronto-coty-

son mérite en évidence. Dans les concours, il en est autrement: aussi la Gazette Médicale, en tant qu'organe de publicité, n'exprimera-t-elle jamais ses préférences avant le prononcé du jury. Cela ne nous empêchera pas de conserver nos sympathies et nos préférences personnelles, et de chercher au besoin à les favoriser. Cela revient un peu, comme vous voyez, mon cher confrere, au systeme de la quadruple alliance: nous faisons des vœux et rien que des vœux pour nos alliés. Mais en y regardant de près il y a un peu de ce système dans toutes les affaires de ce monde, et le traité de la quadruple alliance est peut-être l'œuvre la plus caractéristique de notre époque. J'en reviens au concours d'hygiène. Voici, nous dit-on, comment cette lutte intéressante s'est terminée. Sur quatorze juges présens à l'ouverture du concours, onze seulement ont assisté à la fin: ce sont MM. Orfila, Fouquier, Adelon, Bérard, Marjolin, Chomel, Richard, Londe, Gasc, Renaudin et Delens. Il y a eu trois scrutins. Au premier tour, M. Royer-Collard a obtenu 3 voix, M. Requin 3, M. Guérard 2, M. Piorry 2, et M. Broussais 1. Au second tour, M. Royer-Collard a eu 4 voix, M. Guérard 3, M. Requin 3, et M. Piorry 1. Après un ballottage entre MM. Guérard et Requin, le scrutin définitif a donné 5 voix à M. Guérard et 6 à M. Royer-Collard. Les scrutins ont assez bien représenté le concours. La lutte n'avait réellement existé qu'entre les candidats dont les noms précèdent. Après chaque épreuve, il n'était question que de MM. Royer-Collard, Guérard, Requin et Piorry: les autres n'avaient aucune chance, bien qu'ils eussent pu en avoir par le mérite de leurs épreuves: mais pour parler le langage des concours, ils n'étaient pas en ligne. J'en excepte M. Trousseau, dont la candidature eût été une des plus formidables sous tous les rapports, si l'école n'avait eu à lui offrir prochainement un dédommagement plus approprié à ses précédens et à la nature de ses travaux. La lutte définitivement circonscrite entre MM. Royer-Collard, Guérard, Requin et Piorry, devait se terminer avec quelques difficultés; l'un était connu par une science forte, solide, étendue, lentement acquise et spécialement propre à la chaire disputée; l'autre avait la réputation bien méritée d'homme d'esprit et de talent, de logicien habile, d'orateur plein de finesse et d'originalité; un troisième se présentait avec une grande habitude du professorat, une connaissance approfondie de toutes les questions composant le domaine de l'hygiène et de la médecine en général: personne n'avait montré plus de zèle pour la science et de dévouement pour les élèves. Le quatrième s'était annoncé dès long-temps comme une des plus belles organisations intellectuelles de la jeunesse médicale, et malgré une apostasie de plusieurs années passées loin de la science et de l'enseignement, on n'avait pas oublié ses remarquables débuts comme physiologiste, comme écrivain et comme professeur. Ajoutez à ces avantages le nom d'une famille dans laquelle la supériorité de l'esprit et l'élévation du caractère semblent être des qualités héréditaires, et vous aurez la somme à peu près exacte de titres et d'influence que chacun a apportées dans la lutte. Puis sont venues les épreuves qui n'ont rien changé aux précédens de chacun, ou plutôt qui les ont confirmés de tous points. Que faire en présence de ces titres diversement remarquables et diversement supérieurs? C'est à vous, mon cher confrère, à prononcer. Pour vous mettre plus à l'aise dans cette tâche difficile, voici les noms des juges qui se sont partagés entre MM. Royer-Collard et Guérard.

Pour M. Royer-Collard: MM. Adelon, Marjolin, Gasc, Renauldin, Chomel et Orfila. Pour M. Guérard: MM. Londe, Delens, Richard, Bérard et Fouquier.

loïdienne gauche au détroit supérieur. parce que cette conversion s'exécute toute seule, sans que le doigt explorateur puisse sentir le moindre changement dans la première circonstance, et que, dans la seconde, l'accoucheur est arrivé trop tard. Dans cette supposition, on pourrait élever au nombre de douze ces conversions de position occipito-postérieure en occipito-antérieure droite, si, comme il est permis de le croire, les deux positions transversales étaient, un moment avant, diagonales, l'occiput étant en arrière. Cependant, nous n'avons pas cru devoir les ranger dans cette classification, nous faisant une règle de ne rien avancer d'hypothétique.

C'est toutefois un hommage à rendre à la vérité que d'établir aujourd'hui que, sur un nombre de positions occipito-cotyloïdiennes droites de beaucoup inférieur à celui de l'an dernier, il en a été constaté dix occipito-postérieures cette année, tandis que nous n'en avons signalé qu'une en 1836. Certes, si nous avons traité d'exagérée la prétention de M. Nægelé en l'accusant d'avoir pris pour règle générale ce que nous avions cru n'être qu'une exception, des faits pratiques changeant aujourd'hui notre conviction, il était de notre devoir de rendre une plus grande justice au professeur de Heidelberg. Nous devons de plus ajouter que, parmi les femmes sur lesquelles le toucher a constaté d'une manière distincte une seconde position, un grand nombre d'entre elles ne s'étaient soumises à ce mode d'exploration que longtemps après que les douleurs s'étaient déjà déclarées, et que, chez d'autres, le diagnostic était si obscur qu'on ne s'est permis de l'affirmer qu'après un progrès plus ou moins avancé du travail obstétrique.

Ces recherches attentives sur le diagnostic des transformations de positions du vertex nous ont conduits à une découverte inattendue et dont M. Nægelé lui-même n'a pas parlé. C'est la conversion d'une quatrième position fronto-cotyloïdienne droite en première. Ce fait, qui est le second, d'après ce que je crois, dans les annales de la science, a été constaté le 29 janvier 1837. Le premier a été signalé en 1817 par Mad. Lachapelle (tome I[er], pag. 169).

ACCOUCHEMENT, CONVERSION D'UNE QUATRIÈME POSITION COTYLOÏDIENNE DROITE EN PREMIÈRE.

Obs. I. — La nommée Cécile, épouse Gr..., âgée de 29 ans, enceinte pour la septième fois, avait eu quatre avortemens, et arrivait pour la troisième fois à terme. Entrée le 15 janvier dans l'hospice de la Maternité, les douleurs de l'accouchement se déclarèrent le 29, à 2 heures du matin, et se met à 4 heures sur le lit de douleurs. On pratique le toucher; l'orifice avait à peine 5 à 6 lignes de diamètre; on ne pouvait apprécier la position de la tête, parce que celle-ci était encore haute et mobile au dessus du détroit supérieur. A 6 heures, dilaté de 8 à 9 lignes, dirigé à gauche et en arrière, est épais et souple. La tête est toujours haute; on croit sentir la fontanelle antérieure à droite et en avant. On apprécie distinctement la direction oblique d'avant en arrière, et de droite à gauche de la suture sagittale. A 9 heures, les membranes bombent considérablement; l'orifice, dilaté de 14 à 15 lignes, est plus mince et plus souple, dirigé au centre du bassin. Dans l'intervalle de la douleur, on sent la fontanelle antérieure qui s'est portée en arrière au devant de la symphyse sacro-iliaque droite; la position était un peu bregmatique. Les douleurs deviennent fortes et rapprochées. Cet état continue jusqu'à une heure après-midi, moment auquel l'orifice est arrivé à sa complète dilatation. La tête le franchit à l'instant; cinq minutes après, les membranes se rompent. La rotation de la tête s'exécute aussitôt, et à une heure et demie, l'extrémité céphalique franchit la vulve en première du vertex, ainsi que les épaules et le reste du tronc. Fille faible, pesant quatre livres et quart. Un quart-d'heure après, délivrance facile, abdomen souple, tranchées assez fortes le soir. Lavement avec une tête de pavot. Les suites de couches sont heureuses, elle sort de la maison le douzième jour.

Ce fait ne laisse pas que d'être important: 1° parce que, authentiquement établi par les détails qu'il présente, il prouve, d'une manière évidente, que les secondes positions du vertex (occipito-cotyloïdiennes droites) ne sont pas les seules qui soient occipito-postérieures au détroit supérieur, et 2°, parce que, quoique très rare, il peut être rencontré par d'autres observateurs. On peut dire, avec juste raison, que M. Nægelé a rendu un grand service à la science en fixant l'attention des accoucheurs sur un point qui, en apparence, semble plus curieux qu'utile. Cependant, par la réflexion, il découle de sa découverte: 1° qu'un grand nombre de positions occipito-postérieures ne doivent inspirer aucune inquiétude à l'accoucheur instruit de cette découverte, puisque les fronto-cotyloïdiennes gauches deviennent bien souvent (999 fois sur 1000, d'après Nægelé, et au moins la moitié, d'après notre calcul) occipito-antérieures droites, positions bien plus favorables que les premières; 2° que l'accoucheur qui distinguera une troisième position au début du travail n'aura pas à pronostiquer la nécessité de l'application du forceps, comme le veut M. Capuron. Je puis même avancer que c'est en cherchant à constater la vérité du fait avancé par le professeur de Heidelberg que je suis arrivé moi-même à la découverte de deux faits nouveaux: le premier, la conversion d'une première en seconde et *vice versâ*; point de doctrine fondée sur un assez grand nombre d'observations, et dont les développemens ont été donnés dans notre compte rendu de l'année dernière. Quant au second fait, qui semble être une conséquence immédiate du nouveau système de Nægelé, et qui consiste dans la conversion des quatrièmes positions en première du vertex, c'est à peine si j'ose appeler sur lui l'attention des praticiens et surtout des médecins des maisons d'accouchement, parce que, appuyé seulement sur deux observations, il ne peut se présenter avec cette force et cette vigueur qui n'appartiennent qu'à un point de doctrine garanti par de nombreuses observations. Tout avare que je doive être d'inductions hypothétiques, le fait que je présente, et celui de Mad. Lachapelle, semblent suffisamment m'autoriser, par leur authenticité, à avancer qu'il n'est pas plus déraisonnable d'établir la conversion des quatrièmes positions en première que celle des troisièmes en seconde.

Ce qu'il y a de particulier, cette année, c'est ce que nous avons rencontré contradictoirement aux faits déjà observés et signalés l'année dernière dans notre compte-rendu un plus grand nombre proportionnel de secondes positions terminées en première. En effet, dans les observations recueillies les années précédentes, nous avons trouvé quatorze positions du vertex terminées en seconde, constatées premières au détroit supérieur, et cinq terminées en première, constatées secondes au début du travail. Cette année nous n'en trouvons qu'une terminée en seconde, ayant été première au détroit supérieur, tandis qu'il y en a eu quatre terminées en première, et qui avaient été constatées secondes lors des premières douleurs; ce qui nous prouve que nous avons très bien fait de ne point établir notre théorie sur les résultats d'une seule année; mais bien sur un total de dix ans d'observation. Aussi, malgré cette augmentation de conversions des positions occipito-antérieures en sens opposé à celui des années précédentes, la proportion absolue que nous avions annoncée n'a pas changé, quoique les proportions relatives aient varié. C'est ainsi que l'on voit par l'addition totale quinze premières positions terminées en seconde, et neuf secondes terminées en première.

L'extrémité pelvienne s'est présentée cinq fois; trois fois par les fesses et deux fois par les pieds. Les fesses sont sorties deux fois en seconde position, et une fois en première, laquelle avait été constatée troisième. Les pieds sont sortis une fois en première position, et une fois en troisième; celle-ci s'est ensuite convertie en seconde.

Si la conversion des positions du vertex est plus rare et plus difficile à constater, il n'en est pas ainsi des positions du pelvis et surtout quand les pieds précèdent; car alors les choses se passent à l'œil nu. On comprend d'autant mieux ce peu de fixité dans les positions des pieds que, d'une part, les mouvemens d'adduction et d'abduction donnent à ces extrémités une mobilité extrême, et que d'autre part, surtout, ces positions ne sont fixées que lorsque les fesses se trouvent engagées dans la filière du bassin; considération qui me paraît suffisante pour faire regarder la présentation des pieds comme une procidence des extrémités inférieures dans les présentations des fesses; et l'on agirait sagement, ce me semble, de n'établir de position que lorsque les fesses se seraient engagées dans le détroit supérieur; en d'autres termes, de n'avoir aucun égard aux diverses positions des pieds, et d'attendre assez pour n'avoir à constater qu'une position des fesses, avec procidence d'un ou deux pieds. La descente préalable des pieds ne servirait qu'à donner un certain degré de probabilité sur la position future des fesses. Les cinq enfans nés par le pelvis sont tous nés vivans; deux étaient de sept mois, un de huit et les deux autres étaient jumeaux.

Nous trouvons deux femmes qui ont offert une présentation d'épaule; l'une en seconde position de l'épaule droite pour laquelle la version a été pratiquée en ville, et l'autre, qui a présenté le phénomène rare et extraordinaire, quoique non sans exemple, d'une présentation successive du vertex, de la face, et ensuite de l'épaule gauche en première position. Les deux enfans sont nés morts. Voici l'observation de cette dernière:

ACCOUCHEMENT, PRÉSENTATION SUCCESSIVE DU VERTEX, DE LA FACE ET ENSUITE DE L'ÉPAULE GAUCHE.

Obs. II. — La nommée Rose Félix, épouse Roman, âgée de 27 ans, a eu la grippe au septième mois de sa grossesse qui est la seconde. Arrivée à terme, le 2 mai 1837, elle éprouve des douleurs utérines à six heures du matin. L'orifice est dilaté de sept à huit lignes; il est souple et épais, dirigé au centre du bassin. Les membranes bombaient très peu, et à huit heures j'ai reconnu la première position du vertex. A deux heures du soir, les douleurs sont devenues plus vigoureuses, les membranes s'engageaient dans l'orifice. On sentait toujours le sommet, mais il était très mobile, et on a de plus senti alors une extrémité, au côté droit du bassin, qui avait glissé sous la tête. Nous avons cru à la procidence d'un bras, parce que nous avons senti une saillie semblable à celle du coude; mais bientôt après il a été impossible de la trouver et de la sentir de nouveau. Les douleurs deviennent moins vives, plus éloignées. Cet état dure jusqu'à huit heures du soir; moment auquel l'orifice est dilaté d'un

pouce. Alors tous les signes diagnostiques de la présentation du sommet s'évanouissent pour faire place aux signes d'une présentation de la face que l'on constate en première position, après avoir apprécié la situation du front au-dessous de la fosse iliaque gauche et du nez dont l'ouverture des narines regardait le côté droit du bassin. Le travail n'avance pas, et le lendemain 3 mai, à sept heures du matin, la présentation de la face a disparu. On a senti le sommet avec un pied dont on a distingué le talon et les orteils. Ce pied était situé à droite et un peu en arrière. Une heure après, il n'a plus été possible d'atteindre cette extrémité. A quatre heures du soir, l'orifice utérin présentait toujours la même dilatation; on appréciait toujours le vertex ou plutôt un corps convexe, mais très mobile et très élevé. De loin en loin on sentait le pied qui fuyait facilement. A sept heures les douleurs se raniment. Cet état continue jusqu'au lendemain quatre à sept heures du matin. L'orifice, sans être plus dilaté, était plus dilatable et plus mince; les contractions se ralentissent de nouveau. A quatre heures du soir, elles sont un peu plus vigoureuses; l'orifice offre alors quatorze à quinze lignes de diamètre; la partie que l'enfant présente est toujours haute et mobile, et semble de plus en plus devenir inaccessible. La nuit se passe dans cette situation, et le 5 à cinq heures du matin, la dilatation de l'orifice est de vingt à vingt-deux lignes d'étendue. Enfin, à neuf heures et demie du matin, on se détermine à rompre les membranes; une assez grande quantité d'eau s'écoule; les douleurs, au lieu de devenir plus vives, sont plus faibles. Je touche et je sens un corps convexe et un membre. Ce corps convexe me donne la perception du cuir chevelu et de sutures subjacentes.

A deux heures du soir, on constate la présentation de l'épaule gauche en seconde position d'après la nomenclature de M. Dugès que nous adoptons, parce quil nous parait plus rationnel de considérer comme secondes positions des épaules, celles dont la face sternale du fœtus correspond au pubis de la mère. Nous avons attendu jusqu'à sept heures du soir une dilatation plus grande de l'orifice. Je me décide cependant à procéder à la version, quoique cette dilatation ne soit pas complète. L'introduction difficile de la main me fait apprécier une très forte constriction de l'orifice interne, et je me détermine alors à administrer le seigle ergoté à la dose d'un demi-gros, six grains tous les quarts d'heure. A neuf heures du soir, l'action du médicament ayant été nulle, je me déterminai à pratiquer la version podalique. Je commençai par déployer le bras voisin de l'orifice, c'était le bras gauche; la face palmaire regardait le pubis, et le pouce correspondait à gauche de la mère. J'introduisis la main gauche pour saisir les pieds que je croyais à droite. Ce fut en vain, je sentis seulement la tête qui était haute sur la ligne médiane et penchée en avant. Je me servis alors de la main droite, et je trouvai les pieds en avant, derrière le pubis gauche et au-dessus de lui. J'amenai le pied gauche le premier et ensuite le pied droit. Les tractions ont entrainé sans difficulté le tronc en première des pieds. Après avoir dégagé le bras droit, j'ai senti les pulsations du cordon qui faisait deux tours autour du cou. Le degagement de la tête a été des plus difficiles, malgré les soins que je pris de mettre les plus petits diamètres de la tête en rapport avec les plus grands du bassin, en abaissant le menton et relevant l'occiput. C'était le resserrement de l'orifice interne. Les tractions étaient assez fortes pour faire voir à l'œil nu l'orifice externe de l'utérus abaissé. J'eus alors l'idée d'appliquer le forceps; mais la tête était trop haute, et après l'application de la première cuiller, je reconnus l'impossibilité de pouvoir introduire la seconde. Enfin, après quelques instans de repos, je dégageai la tête en élevant fortement le dos de l'enfant sur le ventre de la mère. Le cœur de l'enfant battait encore; mais l'asphyxie était si profonde que tous les soins qui lui ont été prodigués pour le rappeler à la vie ont été inutiles.

Un examen attentif du cadavre nous a présenté une tumeur sanguine à la partie postérieure du moignon de l'épaule gauche, résultat de la compression après la rupture des membranes, tuméfaction du bras gauche, les membres inférieurs s'appliquant sur la partie antérieure du tronc, de manière que les pieds étaient placés sur le côté gauche de la tête. La mère est sortie bien portante le douzième jour après l'accouchement.

Cette observation est intéressante sous plusieurs rapports : 1° La présentation successive des diverses parties de l'ovoïde fœtal s'était déjà offerte à nous chez une femme menacée d'avorter et qui accoucha à terme naturellement. Chez elle, nous avions constaté à des époques différentes de sa grossesse, tantôt un corps convexe avec des sutures, le vertex; tantôt des extrémités, les bras ou le pelvis. Cependant comme c'était le premier fait qui se présentait à nous, et que nous ne crûmes pas prudent de le faire apprécier par les élèves, nous ne crûmes pas devoir en parler d'une manière aussi détaillée que nous le faisons aujourd'hui. Mais ce dernier fait ayant pu être vérifié par toutes les élèves de la division sans aucun danger ni pour la mère ni pour l'enfant, nous avons cru de notre devoir de signaler minutieusement tous ces changemens dans l'intérêt de la science.

2° Les rapports du fœtus dans la matrice n'ont pas été tels qu'ils le sont ordinairement dans ces sortes de positions des épaules. En effet, nous aurions dû trouver les pieds à droite de la mère dans cette observation, et ils se trouvaient au contraire en avant et un peu à gauche et sur le côté de la tête de l'enfant. Aussi a-t-il fallu que le procédé opératoire suivît l'irrégularité du mode de présentation pour parvenir à l'extraction du fœtus. Saisir les pieds partout où ils sont, telle est l'indication; c'est suivre la règle dans l'écart de la règle. Cette irrégularité des rapports du fœtus avec l'utérus tient-elle à la facilité avec laquelle les parties du fœtus se sont successivement présentées à l'orifice utérin, ou bien est-elle due à la nature de la position de l'épaule? Tout en penchant pour cette dernière raison, je ne me permettrai pas encore de décider affirmativement.

3° La constriction exercée sur le cou de l'enfant par le resserrement de l'orifice interne est un phénomène bien plus commun dans les accouchemens prématurés que dans les accouchemens à terme. Dans le cas qui nous occupe un enfant du poids de six livres, d'une longueur de dix-huit pouces, semble suffisamment ajouter à la certitude que nous avions déjà d'un travail déclaré au dernier terme. A quoi pouvons-nous donc attribuer cette contraction permanente de l'orifice interne, si ce n'est à l'inertie du corps de l'utérus? En effet, le travail qui s'est déclaré le 2 mai, à six heures du matin, n'avait pas terminé ses périodes le 5 à neuf heures du soir, puisque nous avons entrepris la version avant la dilatation complète de l'orifice externe. En vain nous avons attendu soixante-quinze heures cette dilatation. Après ce laps de temps, nous avons pensé que la rupture des membranes activerait le travail. Nous savions que l'enfant était vivant, et nous espérions que sa vie ne serait pas compromise par ce procédé, attendu que nous avions à faire à une seconde grossesse. Mais les contractions loin de se réveiller s'affaiblissent, et l'orifice externe ne se dilate pas davantage. Douze heures s'étaient écoulées depuis la rupture des membranes. et il était à craindre que l'enfant ne mourût dans le sein de sa mère. D'ailleurs le seigle ergoté n'avait produit aucun effet. J'ai cru devoir agir, et je ne doute pas que l'enfant eût été extrait plein de vie sans la constriction de l'orifice interne.

Sur les quatre-vingts parturitions, quatre enfans sont morts en ville; un garçon par suite de la version, et trois filles trijumelles qui sont mortes quelques heures après leur naissance. Six enfans sont nés morts dans l'établissement, une fille et cinq garçons, et de plus une autre fille est morte une heure après la naissance par suite d'asphyxie. Parmi les enfans nés morts, deux étaient putréfiés; l'un d'eux a été expulsé spontanément par une femme amenée au dernier degré du choléra asiatique; deux après avoir subi la version, dont l'un pour présentation successive de diverses parties de l'ovoïde fœtal, et l'autre, c'est une fille, pour une chute du cordon, la mère ayant un bassin de trois pouces et demi. Un n'était parvenu qu'à son septieme mois, et un autre né exangue par suite d'implantation du placenta au pourtour de l'orifice.

Sur soixante-quinze femmes reçues deux sont mortes, l'une du choléra le 28 août, et l'autre le 26 mars, douze jours après une fièvre typhoïde, précédée d'une diarrhée opiniâtre qui datait du commencement de la grossesse. Chez celle-ci le placenta était inséré sur un point de la circonférence de l'orifice; il pesait deux livres; il est sorti en deux portions, lesquelles étant réunies ont présenté onze pouces de grand diamètre et sept de petit diamètre. L'examen nécroscopique de cette femme nous a présenté l'S iliaque du colon énormément distendu par des gaz, et passant directement et transversalement du colon descendant au-dessus du pubis pour aller se placer au côté interne du cœcum et donner naissance au rectum au niveau du psoas droit et de la symphyse sacro-iliaque droite. Cette femme avait eu une première position du sommet. C'est le second exemple que nous constatons par l'autopsie cadavérique, et qui nous prouve que la situation du rectum à gauche n'est nullement la cause provocatrice des premières positions.

Quatre femmes sont sorties guéries à la suite d'accidens ou de maladies qui auraient pu leur être funestes. L'une, atteinte de fièvre typhoïde après son accouchement, est sortie en bonne santé le 9 janvier, deux mois après l'invasion. La maladie s'est terminée par des abcès nombreux et volumineux qui ont envahi alternativement les deux seins. La seconde, accouchée le 16 mars, de trois enfans, a présenté le phénomène curieux et rare d'une absorption du placenta. Nous avons parlé avec assez d'étendue de ce fait dans un mémoire publié dans la Gazette Médicale, pour nous dispenser de tous les détails auxquels il a donné lieu. Nous nous contenterons de rappeler ici ; 1° que l'absorption du placenta, toute rare qu'elle est, ne laisse pas que d'être une vérité constatée, quoi qu'en dise madame Boivin; 2° que le placenta peut être absorbé en entier, comme dans l'observation que je présente; ou en partie, comme dans les observations de MM. Nægelé, Salomon, Paul Dubois, etc.; 3° que l'absorption ne peut avoir lieu qu'autant que le placenta sera intimement adhérent en totalité ou en partie; 4° qu'il faut faire une très grande différence entre un placenta non décollé et un placenta adhérent. Un placenta non décollé et à terme, abandonné dans l'utérus, donnera presque toujours lieu à une hémorragie et souvent à la mort de la mère, si on n'en fait pas l'extraction, tandis qu'un placenta vraiment adhérent séjournera dans l'utérus sans danger, si l'adhérence est totale; et les cas d'adhérences partielles présenteront des chances de guérison qui seront en raison directe de l'extraction plus ou moins complète des portions placentaires non adhérentes décollées ou non décollées; 5° enfin, qu'on n'a pas à redouter d'hémorragie toutes les fois que le placenta adhère dans la totalité de sa surface utérine, même dans le cas de grossesse multiple. Il suffit alors que le placenta (grossesse bipare), ou les placentas (grossesse tripare, etc.)

non adhérens, aient été expulsés, et que l'utérus ne renferme que le placenta adhérent. Les lochies seront nulles si le placenta adhérent est unique et moins abondantes que de coutume, dans le cas où un seul placenta sera resté adhérent dans l'utérus d'une femme bipare ou tripare.

La troisième femme a offert une hernie crurale gauche (entéro-épiplocèle), qui s'est étranglée onze jours après l'accouchement. Réduite péniblement par le taxis, elle a été maintenue par un bandage compressif qui a déterminé un gonflement assez considérable pour que sept jours après on fût obligé de l'enlever et de le remplacer par des cataplasmes. Cette tumeur s'est terminée spontanément une semaine après, par un abcès purulent qui paraissait être le résultat de la fonte d'une portion épiploïque. Cette femme est sortie guérie un mois environ après son accouchement.

La quatrième est une femme qui, ayant été vaccinée, a été atteinte le lendemain de son accouchement, 19 avril, d'une petite vérole confluente qui s'est terminée heureusement, et a permis à la femme de sortir le trente-deuxième jour après son invasion.

Deux versions seulement ont été pratiquées cette année; l'une pour une procidence du cordon, la mère ayant un bassin de 3 pouces et demi, et l'autre pour une présentation de l'épaule, précédée peu d'instans auparavant de présentations successives du vertex et de la face. Ces deux opérations, qui sont les seules que nous ayons pratiquées cette année, n'ont pas été heureuses, comme on l'a vu, pour les enfans qui sont morts tous les deux, quoique l'un d'entre eux ait donné quelques signes de vie, et que sa mort n'ait été due qu'à la constriction de l'orifice interne utérin, et non à la version; car on se rappelle que nous avons constaté les pulsations du cordon entourant le cou de l'enfant, le tronc étant extrait.

Ici serait le lieu de discuter la valeur d'un nouveau procédé de la version proposé par M. Bonhoure; ce dont nous nous serions dispensés de nous occuper si un journal grave et instructif, et qui se trouve entre les mains de tous les médecins ne nous y avait en quelque sorte obligé.

La Gazette Médicale du 7 janvier 1837, dans un article de bibliographie, rédigé à la vérité avec une très grande réserve, se termine par ces mots : « La pratique dont nous venons de rendre compte n'ayant été jusqu'à présent suivie que par l'auteur, on ne peut encore rien dire pour ou contre elle, si ce n'est qu'elle paraît reposer sur une théorie assez *rationnelle*, quoi qu'en ait pensé M. Capuron dans son rapport à l'Académie. C'est à l'expérience à décider de sa valeur. »

L'expérience a décidé depuis long-temps, et les accoucheurs qui possèdent le mieux l'intelligence de leur art ont déjà décidé dans le sens de M. Capuron. Examinons rapidement les raisonnemens de M. Bonhoure.

D'après un relevé statistique qu'il a fait sur les registre de la commune qu'il habite et qui comprend l'espace de 1815 à 1831 inclusivement, il a trouvé : 1° que sur chaque centaine d'individus de population trois naissances ont lieu annuellement; 2° que sur chaque centaine de naissances, six décès de fœtus ont lieu pendant le travail de l'enfantement; 3° que quatre au moins de ces six décès auraient été évités par la version podalique antérieure. (Ma conviction à cet égard, dit-il, résulte des informations que j'ai prises auprès des personnes chez lesquelles ces malheurs sont arrivés.) Il ajoute : la population du royaume étant d'environ 33,000,000 d'habitans, le chiffre des naissances doit y être d'environ 990,000, et celui des décès par la cause que je signale de 39,000. (Voy. p. 3 du Mémoire.) Enfin, à la page 4, M. Bonhoure, poussant plus loin sa statistique d'imagination, trouve qu'un fœtus doit périr chaque onze minutes par la faute de ce qu'il appelle la postéro-version. Après cet exposé, M. Bonhoure n'a-t-il pas le droit de *s'étonner si, dans certaines circonstances, le sens intellectuel de l'homme se trouve perverti ?* » (Voy. p. 2.) N'a-t-il pas le droit de s'attribuer « *un très grand honneur d'être le distributeur d'un nouveau bienfait de la Providence, et surtout de n'être pas surpris que l'Académie de médecine, et que des hommes, même distingués, aient traité sa découverte comme le fut celle de la ligature des artères, par Ambroise Paré.* » Il manque en vérité à M. Bonhoure la gloire d'être traité comme Galilée.

Mais hâtons-nous de répondre à son opuscule. Avoir exposé la manière dont l'auteur a procédé à sa statistique, me semble plus que suffisant pour en démontrer tout ce qu'il y a d'hypothétique. Pour ce qui est de sa théorie vraiment extraordinaire, n'est-elle pas combattue victorieusement tous les jours? M. Bonhoure prétend qu'on sauvera tous les enfans par la version, si l'on pratique cette opération de manière à faire correspondre derrière le pubis la face antérieure du fœtus, et par conséquent l'abdomen, la poitrine et la face. Tous les accoucheurs ont pratiqué et pratiquent encore avec *succès* le contraire. Est-il bien vrai que cette mortalité effrayante d'enfans que l'auteur signale soit exacte, et que si elle existe, ce qui est au moins fort douteux, elle soit due *exclusivement* à la manœuvre qu'il condamne? Qu'est-ce donc une opération obstétrique, et, en particulier, la version, si ce n'est une imitation plus ou moins servile des faits heureux que nous offre la nature? Étudions donc la nature et sachons la comprendre. La version est-elle autre chose qu'un accouchement par les pieds? Or, sera-t-il nécessaire de faire ici une statistique pour prouver que la presque totalité des accouchemens naturels par l'extrémité pelvienne s'exécute de manière à ce que la face postérieure de l'enfant (dos, occiput) corresponde derrière le pubis? Ne sont-ce pas même les positions que j'appellerais plus volontiers *postéro-pubiennes* (1), qui présentent le plus grand nombre d'enfans vivans dans les présentations de l'extrémité inférieure de l'ovoïde fœtal? M. Bonhoure lui-même n'a-t-il jamais vu, dans ces sortes de présentations, les positions *antéro-pubiennes* du fœtus se convertir toutes seules en positions *postéro-pubiennes*, et naître de plus en très bonne santé? S'il ne l'a pas vu, ce n'est pas en présentant huit observations sur lesquelles il donne à peine quelques détails, qu'il peut établir sur des fondemens inébranlables sa nouvelle doctrine, et qu'il parviendra à renverser ce que l'antiquité la plus éclairée, et les accoucheurs modernes les plus instruits ont consacré et consacrent encore par les succès de leur pratique. Les huit observations de M. Bonhoure ne sauraient jamais contester ces succès si fréquens et si nombreux, malgré la singulière précaution de son bizarre relevé statistique.

Tout en déplorant avec M. Bonhoure le « *peu de perspicacité de l'intelligence humaine dans certains cas* » (Voy. p. 10 et 11), nous nous condamnons volontiers à ce malheur, jusqu'à ce que, par des lumières plus vives, il daigne dissiper nos ténèbres épaisses.

Je n'ai pas cru devoir combattre pied à pied cette nouvelle théorie, qui le sera suffisamment par tout lecteur attentif. Nous nous disposons, d'ailleurs, à le faire, si les circonstances nous y invitent; car nous ne nous sommes déterminé à parler de ce travail, que pour éviter aux jeunes praticiens des désappointemens qu'ils rencontreraient inévitablement s'ils suivaient le conseil donné par l'auteur. Du reste, nous n'avons analysé cette brochure que d'une manière incomplète; elle nous paraît suffisamment combattue, non pas tant par ce que nous venons d'exposer que par ce que MM. Capuron, et surtout Velpeau, en ont dit dans la séance de l'Académie de médecine du 18 octobre 1835.

Nous terminerons notre compte-rendu par les réflexions suivantes :

Il serait bien difficile de ne point profiter de cette occasion sans manifester ici la satisfaction que nous éprouvons des nouvelles ordonnances ministérielles relatives à l'enseignement médical en France, et plus particulièrement à l'enseignement obstétrique. Les vœux que nous avions exprimés les années précédentes ont enfin été exaucés. On ne verra plus des docteurs en médecine ignorant complètement la pratique des accouchemens, et ayant à rougir de leur ignorance devant des sages-femmes, à qui il était, jusque aujourd'hui, exclusivement réservé de puiser des connaissances pratiques dans les hospices de la Maternité. La sagesse du gouvernement associe maintenant les deux sexes à l'étude des accouchemens, comprenant très bien que, puisque toujours une partie de la population trouvera plus économique ou plus décent de se faire accoucher par des femmes, il faut nécessairement donner à des femmes les connaissances suffisantes sur l'art obstétrique.

Le ministre de l'instruction publique a fait plus. Pour obvier aux inconvéniens qui pourraient résulter de l'admission des élèves des deux sexes, il invite les administrations des hospices à exiger que l'admission des jeunes gens n'ait lieu qu'en présence du professeur, et il a décidé en outre que ceux qui manqueraient à leurs devoirs de convenance seraient exclus à jamais de tous les hôpitaux de la ville.

Cette sévérité si raisonnable n'étonnera personne. Elle rassurera les parens des jeunes femmes qui se destinent à l'art des accouchemens, fera comprendre aux jeunes gens que le culte de la science doit s'allier au culte des bonnes mœurs, et fera sentir aux administrations des hôpitaux combien il est important de n'admettre pour élèves sages-femmes que des personnes qui présentent une garantie morale suffisante.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 29 JANVIER 1838.

SUR L'ŒUF DU KANGOUROU.

On lit une lettre de M. Richard Owen, relative à une communication de M. Coste sur l'œuf du kangourou.

« M. Coste s'est mal exprimé, dit-il, en donnant à entendre que je lui avais

(1) Le dos de l'enfant, l'occiput, toute sa face postérieure, enfin, correspondant au pubis de la mère.

remis un œuf complet de kangourou. Ce que je lui ai remis, c'était un œuf disséqué par moi, et dans lequel il restait le fœtus avec le sac vitellin de l'allantoïde développés, mais conservant encore leurs connexions au fœtus. Quant au chorion, je l'avais complètement enlevé dans la dissection de l'œuf, que j'avais faite quelques semaines auparavant.

» Si M. Coste a pris la pièce que je lui ai mise sous les yeux pour un œuf complet, je ne m'étonne plus qu'il ait cru que le chorion était confondu avec la vésicule ombilicale.

» Les modifications que j'ai trouvées dans l'œuf en question, poursuit M. Owen, lorsque je l'ai comparé à celui que j'avais précédemment disséqué et décrit, m'ont donné de nouveaux faits d'une importance spéciale pour l'histoire des développemens des marsupiaux. Ces faits je ne les communiquai pas à M. Coste... Quant à l'allantoïde, comme sa présence m'a conduit à une confirmation de mes prévisions fondées sur des dissections, dont les résultats avaient été publiés dans les *Transactions philosophiques* de 1834, je n'hésitai nullement à donner à M. Coste tous les moyens possibles d'arriver à une démonstration oculaire de mes résultats; et ce qui m'induisit à placer devant M. Coste le fœtus du kangourou avec les vésicules annexées, c'est que j'avais trouvé dans son ouvrage sur l'embryogénie (pag. 18) qu'il refusait l'allantoïde aux didelphes. Cette idée est d'accord, à la vérité, avec la figure reproduite de mon mémoire, mais elle est en opposition avec mon texte, dans lequel j'ai complètement démontré l'existence d'un allantoïde dans les fœtus suffisamment âgés de didelphes.

» Revenant au chorion de l'œuf en question, je l'ai décrit dans les procès-verbaux de la société zoologique pour l'année 1837, et son examen m'a conduit à modifier mes opinions sur l'ovoviviparité des marsupiaux, ou au moins des kangourous. »

PHOSPHORESCENCE DE LA MER AUX ENVIRONS DE MONTPELLIER.

M. Dunel, correspondant de l'Académie, adresse une note sur ce sujet.

Les pêcheurs languedociens désignent sous le nom d'*ardent* ce phénomène, qui s'observe dans les lagunes salées et les canaux qui communiquent avec elles. Il se montre à toutes les époques de l'année, mais seulement quand la nuit est obscure, mais non constamment dans ce cas. Lorsque l'on considère de près ces eaux flamboyantes, on y voit une multitude de petits corps lumineux très brillans, qui se meuvent dans l'eau avec assez de vitesse : on les voit monter, descendre, aller à droite et à gauche. Les pêcheurs les comparent à des paillettes métalliques. Ces corps brillans sont quelquefois en si grande quantité et si lumineux qu'ils éclairent l'eau à plusieurs brasses de profondeur. Quand ce phénomène se manifeste avec énergie, il arrive souvent que la pêche ne peut avoir lieu, parce que les poissons évitent les filets, qui sont alors brillans de clarté. La pêche au globe se fait avec un grand filet carré, qu'on tend en travers d'un canal, et qu'on soulève par ses angles au moyen de tours fixés sur les rives. Le filet étant ainsi soulevé, il est suspendu au-dessus du canal en forme d'hémisphère creux. S'il y a beaucoup d'ardent, les gouttelettes d'eau qui abandonnent le filet pour retomber dans le canal sont comme des lames de feu ; le filet lui-même paraît quelquefois tout en feu.

Certains jours, il y a de l'ardent dans les eaux, sans qu'elles soient lumineuses à leur surface. Dans ce cas, lorsque l'aviron des barques frappe l'onde, la petite nappe d'eau déplacée paraît à l'instant lumineuse. Les jours où l'ardent se montre on trouve dans les lagunes des espaces qui ne sont jamais lumineux; ces espaces manquent de poissons, et les pêcheurs disent qu'ils sont froids. Dans le même temps, d'autres portions de lagunes sont très lumineuses ; on y trouve beaucoup de poissons, et les pêcheurs disent qu'elles sont chaudes.

INFLUENCE DE L'AZOTE ATMOSPHÉRIQUE DANS LA VÉGÉTATION.

M. Dumas fait en son nom et celui de MM. Dutrochet et Turpin un rapport sur le mémoire de M. Boussingault, dont nous avons donné l'analyse dans le compte-rendu de la précédente séance.

La question que l'auteur s'est proposé de résoudre a préoccupé, dit M. Dumas, tous ceux qui se sont occupés des problèmes concernant les conditions d'existence des êtres organisés à la surface du globe.

On sait très bien que les animaux, par exemple, fournissent par leur respiration de l'acide carbonique, que les plantes décomposent ce gaz et s'emparent de son carbone. On voit donc là sans difficulté comment le charbon des plantes rentre dans les animaux par les voies digestives, en sort par la respiration, et comment il retourne aux plantes. On y voit aussi par quel phénomène l'oxigène de l'air consommé par les animaux est restitué par les plantes à l'atmosphère.

On a été involontairement tenté de croire que l'azote demeurait passif dans tous ces phénomènes; car on sait que l'azote à l'état gazeux ne contracte de combinaison qu'avec beaucoup de peine. On n'avait pas réfléchi suffisamment, dit le rapporteur, à la facilité avec laquelle l'azote dissous contracte au contraire des combinaisons énergiques; on n'avait peut-être pas songé non plus aux circonstances qui se présentent dans les pâturages des hautes montagnes où chaque année on extrait tant d'azote pour l'engrais des bestiaux ou la production du laitage, et où néanmoins l'azote ne peut guère parvenir que par l'air atmosphérique lui-même.

M. Boussingault, poursuit M. Dumas, s'était donc proposé une des plus belles questions de la philosophie naturelle, c'est de savoir si les plantes empruntent de l'azote à l'air et si elles ont le pouvoir de s'assimiler ce gaz à toutes les époques de leur existence. Montrons d'abord qu'il s'est mis parfaitement en mesure de résoudre le problème; c'est en effet là que se trouvait toute la difficulté. Il fallait créer une méthode d'observation d'une exactitude extrême; il fallait embrasser de longs intervalles de temps afin que les effets de la végétation eussent la possibilité de s'accomplir d'une manière assez large pour que toute chance d'erreur demeurât écartée.

C'est ce que l'auteur a parfaitement obtenu au moyen de la combinaison de deux méthodes d'observation qu'il aura eu le bonheur d'appliquer le premier à l'étude des phénomènes physiologiques et agricoles. Nous ne craignons pas d'ajouter que l'emploi soutenu de ces méthodes conduira, de la manière la plus sûre, les observateurs qui les adopteront, à la solution claire et précise de toutes les grandes questions de l'économie des êtres organisés. Les effets résultant de leurs rapports avec le monde extérieur peuvent être soumis à la balance et deviennent mesurables, quelque délicats qu'ils puissent être.

En effet, M. Boussingault analyse, par les méthodes connues, les plantes ou graines avant l'expérience, il les analyse après. Il peut donc comparer leurs élémens, carbone, hydrogène, azote, oxigène, et voir ce qu'elles ont gagné ou perdu. De plus, il les fait végéter ou germer dans un air sans cesse renouvelé et bien lavé, pour le dépouiller de toute poussière; il les arrose avec de l'eau distillée, et il les cultive dans un sable siliceux.

Ces précautions sont faciles à observer au moyen d'une cloche où les plantes sont confinées, et dont l'air se renouvelle sans cesse par le jeu d'un tonneau aspirateur.

M. Boussingault a fait germer du trèfle et du froment dans cet appareil, et il a vu que ces graines perdent l'une et l'autre, par la germination, du carbone, de l'hydrogène et de l'oxigène; leur azote demeurant intact.

Il a fait végéter du trèfle et du froment dans le même appareil pendant deux et trois mois, et il a vu que le trèfle fixe une grande quantité d'azote emprunté nécessairement à l'air; tandis que le froment n'en prend pas la moindre trace, du moins à cette époque de sa végétation.

Ainsi, il demeure prouvé que le trèfle s'empare de l'azote de l'air, et tout porte à croire que ce phénomène est général. Si les plantes, à cet égard, diffèrent entre elles, c'est probablement à l'époque où elles le fixent. C'est ce que M. Boussingault nous apprendra en continuant ses expériences; car le mémoire qui nous occupe en ce moment ne peut être considéré que comme la préface d'un grand ouvrage que l'auteur est parfaitement en mesure d'exécuter. Aussi, disent les commissaires, ce que nous avons cherché surtout dans ce mémoire, d'ailleurs plein de faits, c'est la méthode d'observation. C'est sur elle que nous fixons l'attention de l'Académie et celle du public, car elle nous paraît exacte, heureuse et pleine d'avenir. Avec de légères modifications, que chacun y fera sans peine, elle se prêtera à l'examen de toutes les questions physiologiques et agricoles.

L'Académie, conformément aux conclusions du rapport, ordonne que le mémoire de M. Boussingault sera imprimé dans le recueil des savans étrangers.

DISTRIBUTION DES SUBSTANCES AZOTÉES DANS LES ORGANES DES VÉGÉTAUX.

M. Dumas fait en son nom et celui de MM. Dutrochet et Turpin, un rapport sur un travail de M. Payen, relatif à ce genre de recherches, travail dont nous avons donné, il y a quelques mois, l'analyse.

M. Payen avait déjà présenté à l'Académie un travail destiné à établir que les radicelles des plantes renferment toutes une substance azotée assez abondante pour donner de l'ammoniaque libre ou carbonaté au moment où on les soumet à la distillation.

Les circonstances observées par l'auteur lui avaient fait supposer que les organes des plantes lui offriraient assez généralement, au moment de leur développement, la présence d'une matière azotée. C'est, disent les commissaires, ce qu'il vient de constater de la manière la plus générale.

Il a vu que tout organe naissant ou en train de se développer renferme en abondance une matière azotée; il a constaté qu'à mesure que l'organe se développe, la matière azotée diminue relativement à la matière non azotée qui devient peu à peu tout à fait prédominante.

Ce fait est général. L'auteur s'en est assuré par l'examen d'un grand nombre de plantes ou d'organes de la même plante.

Allant plus loin, M. Payen s'est assuré que le *cambium* offre aussi, et en abondance, cette matière azotée. Il a vu que les bois renferment un suc qui en est lui-même chargé, et il a fait à ce sujet une expérience très digne d'intérêt.

En faisant passer à travers d'une baguette de bois récemment coupé une grande quantité d'eau, le bois se dépouille de toute matière azotée; celle-ci est entraînée par l'eau.

L'auteur se trouve donc conduit à expliquer par cette curieuse expérience le rôle de toutes les substances employées jusqu'ici pour conserver les bois. Ce sont les matières qui agissent sur cette substance azotée, la coagulent et la rendent insoluble dans l'eau. Cette expression générale du fait mettra sur la voie, soit pour améliorer ces procédés, soit pour en découvrir de nouveaux.

Tel est, disent les commissaires, le résumé du travail de M. Payen. Nous n'avons pu le suivre dans tous les détails dans lesquels il est entré pour démontrer la généralité du principe qu'il y a reconnu; mais les détails seront lus avec intérêt par les physiologistes.

L'Académie, conformément aux conclusions de ses commissaires, ordonne l'impression du mémoire dans le recueil des savans étrangers.

HARMONIE DES ORGANES ÉTUDIÉS DANS L'ENSEMBLE D'UNE MÊME PLANTE.

M. de Mirbel fait en son nom et celui de MM. de Jussieu et Richard un rapport sur un ouvrage manuscrit de M. Tristan. L'auteur a pensé avec raison que pour bien connaître l'anatomie végétale, la route la plus sûre est d'étudier à fond l'organisation de quelques-unes de ces plantes que l'on peut considérer comme les types de beaucoup d'autres. Pour joindre l'exemple au précepte, il a porté son attention sur le *cucurbita maxima*.

Après une description très étendue des caractères extérieurs de la plante, description qui aurait pu être omise, puisqu'elle ne contient qu'un seul fait nouveau relatif à la position des vrilles, qui, sur certains rameaux, sont constamment placés à la droite des feuilles, tandis que sur les autres ils le sont à gauche; après cette description, disons-nous, vient la première partie du travail anatomique. C'est un traité complet sur ces transformations de l'utricule que l'on appelle *organes élémentaires*, savoir : les divers tissus cellulaires, l'épiderme, les tubes, les trachées, et ce que l'auteur nomme les *hélicotyles*, appareils que l'auteur décrit comme composés d'un tube membraneux à parois entière, et d'un filet imitant une trachée qui tournerait autour du tube sans y adhérer. M. de Mirbel a examiné ces organes dans le *cucurbita*, et a trouvé très juste le rapprochement établi par l'auteur entre ces organes et les élatères du *targionia*; mais il lui a semblé que, dans un cas comme dans l'autre, le

filet enroulé, au lieu d'être libre autour du corps membraneux, fait corps avec lui.

La seconde partie du travail anatomique a un caractère de spécialité qui ne se trouve pas dans la première, et cela se conçoit aisément, les élémens organiques étant, à peu de chose près, semblables dans la plupart des espèces monocotylédones, tandis que les organes diffèrent dans les différens groupes, puisque c'est leur diversité même qui fournit les moyens de les distinguer. Tout en portant d'ailleurs plus spécialement son attention sur le *cucurbita*, l'auteur n'a pas cru devoir écarter de son sujet principal les grandes généralités qui pouvaient s'y rattacher avec utilité pour le lecteur. Les commissaires citent avec éloge, comme exemple de ces généralités, une dissertation sur le *liber* à l'occasion d'un tissu analogue observé dans l'écorce du *cucurbita*.

La méthode adoptée par l'auteur, pour arriver à la connaissance de la constitution organique de la tige du *cucurbita*, consiste à examiner comparativement la tige à son sommet, à sa partie moyenne et à sa base.

MOYEN D'APPRÉCIER LE VOLUME ET LA PESANTEUR SPÉCIFIQUE DES ORGANES APRÈS LA MORT.

M. Woillez, médecin de la maison des aliénés de Clermont (Oise), envoie un mémoire manuscrit sur ce sujet. Le moyen proposé par M. Woillez est l'immersion des organes dans l'eau.

MÉMOIRES PRÉSENTÉS.

ÉCONOMIE RURALE.—INSECTES NUISIBLES A L'AGRICULTURE.

M. Audouin présente un sommaire des diverses observations qu'il a recueillies depuis 1817 sur cet intéressant sujet. Il en a constamment, à partir de cette époque, également consigné les résultats sur des registres qu'il soumet au jugement de l'Académie, registres qui forment à présent 14 volumes, auxquels se trouvent joints des dessins et des pièces montrant les diverses métamorphoses des insectes et les altérations très variées qu'ils produisent sur les végétaux aux dépens desquels ils vivent.

SÉANCE DU 5 FÉVRIER.

NOUVEAU PROCÉDÉ POUR RENDRE LES MATIÈRES VÉGÉTALES INCOMBUSTIBLES.

M. Letellier adresse une note sur ce sujet.

Un moyen qui a paru à M. Letellier réunir toutes les qualités et l'économie désirables, c'est une solution concentrée de verre, formée de quatre parties de potasse et de silice. Le verre à base de soude produit le même effet; mais M. Letellier s'est assuré qu'il est moins facile à fondre, et qu'il coule par conséquent moins aisément sur les objets embrasés. Les verres de potasse, ou de soude et d'alumine ont les mêmes résultats anti-inflammables.

M. Letellier propose, pour garantir du feu les tapisseries, les papiers importans, et surtout le bois de charpente, la solution dont nous venons de parler. Pour les bois, il suffirait, suivant lui, de les laisser tremper trois jours dans des rigoles remplies du liquide. Il ne faut que quatre gros de solution pour saturer parfaitement douze pouces cubes du bois le plus poreux, ce qui rend la dépense peu considérable comparativement au prix du bois.

ŒUF DU KANGOUROU.

M. Coste adresse un mémoire accompagné de la lettre suivante :

« J'ai lu avec regret la lettre de M. Owen, qui a été communiquée dans la dernière séance et qui a rapport à un produit utérin du kangourou, désigné par l'anatomiste anglais sous le nom de *fœtus et ses appendices vésiculeux*, et que j'ai considéré comme un œuf.

» Comme sur ce point la discussion paraît porter sur les mots plutôt que sur les choses, et comme d'ailleurs je suis parfaitement en mesure de répondre à toutes les assertions de M. Owen, je demande la permission à l'Académie de soumettre à son jugement un mémoire dans lequel elle trouvera, j'espère, les moyens de décider la question et dans le fond et dans la forme. »

MM. de Blainville et Serres sont chargés de faire un rapport sur le mémoire de M. Coste.

FORMATION D'UN NOUVEL APPAREIL CIRCULATOIRE DANS LA PHTHISIE.

M. Natalis Guyot annonce avoir reconnu que chez les phthisiques il se forme des vaisseaux communiquant, soit avec les artères bronchiques; soit avec les artères intercostales.

Ces vaisseaux, que l'on ne démontre que par l'injection d'une matière colorante, remplacent les dernières divisions de l'artère pulmonaire, lorsqu'elles sont détruites et sont les organes d'une circulation accidentelle, qui, au lieu du sang veineux, met le sang artériel en contact avec l'air atmosphérique.

ACTION DES CHARBONS INCANDESCENS SUR L'EAU EN VAPEUR.

M. Longchamp adresse une note sur ce sujet. Les chimistes admettent tous que l'eau en vapeur passe sur des charbons ardens; elle se décompose et donne naissance à différens produits gazeux. On a même fondu récemment sur cela un procédé de fabrication du gaz d'éclairage. Cependant M. Longchamp, soupçonnant l'exactitude de cette assertion, a voulu répéter l'expérience. Il a fait tomber un filet mince d'eau dans un tube de fonte rempli de bon charbon de bois, et aboutissant par l'extrémité opposée, au moyen d'un tube convenablement disposé, sous une cloche de zinc ou gazomètre.

Après avoir fait passer ainsi par le tube, qui contenait 763 grammes 1/2 de charbon, et qui était porté au rouge blanc, une quantité de 5 kil. d'eau pendant l'espace de six heures et demie, il n'a pu recueillir sous la cloche que deux pieds cubes de gaz; ce qui est une quantité trop minime relativement au poids du charbon et de l'eau, pour qu'on puisse le considérer comme le résultat de la décomposition généralement admise par les chimistes.

L'Académie procède, par voie de scrutin, à l'élection d'un nouveau membre pour remplir dans la section d'économie rurale la place laissée vacante par le décès de M. Tessier.

La liste présentée par la section porte dans l'ordre suivant les noms de MM. de Gasparin, Leclerc-Thouin, Vilmorin, Audouin, Huerne de Pommeuse, Boussingault, Payen, Soulange-Bodin, Loiseleur-Deslongchamps.

Les titres de ces divers candidats avaient été discutés en comité secret dans la précédente séance.

Le nombre des membres ayant droit de voter est de 56.

Au premier tour de scrutin, on trouve 57 bulletins dont un blanc, mis certainement par mégarde. Cependant on juge nécessaire d'annuler ce scrutin sans en faire le dépouillement. Au second tour, le nombre des bulletins correspondant exactement à celui des votans, le dépouillement des votes se fait et donne les résultats suivans :

M. Audouin obtient 38 suffrage, M. Gasparin 17, M. Vilmorin 1; total 56.

M. Audouin ayant réuni la majorité absolue des suffrages est déclaré élu.

Sa nomination sera soumise à l'approbation du roi

MÉMOIRE SUR LES POLYPES DU GENRE DES TUBULIPORES.

M. Milne-Edwards présente un mémoire sur ce sujet.

Les polypes, à raison de leur petitesse et de la délicatesse extrême de leurs tissus, n'ont été que peu étudiés sous le rapport anatomique, et, jusqu'à ces derniers temps, les zoologistes se sont presque toujours bornés à l'examen de leur dépouille cornée ou pierreuse. Aussi, l'histoire de ces zoophytes n'est-elle guère plus avancée que ne l'était celle des mollusques avant les beaux travaux de Poli et de Cuvier, c'est-à-dire à l'époque où l'on ne s'occupait que des coquilles, sans avoir égard aux animaux qui les construisent. La série de mémoires que M. Milne-Edwards a présentée depuis quelques années à l'Académie a déjà rempli une partie de cette lacune, et le travail qu'il a déposé aujourd'hui est la suite de ses recherches faites sur l'organisation des polypes propres à notre littoral et aux côtes de l'Algérie. Dans ce mémoire, l'auteur s'occupe des tubulipores, polypes dont l'enveloppe solide a la forme d'un tube, et dont l'assemblage constitue de petites masses calcaires qu'on trouve fixées sur des plantes marines. D'après le peu qu'on savait de ces animaux, on pensait que leur structure était très simple et analogue à celle des hydres ou polypes d'eau douce; mais M. Milne Edwards a constaté que leur organisation est beaucoup plus compliquée, et ne diffère que peu de celle observée par ce naturaliste chez les escharies et les flustres.

En étudiant les modifications que ces tubulipores éprouvent par l'influence des circonstances dans lesquelles ils vivent, l'auteur est arrivé à un autre résultat important : il a vu que la conformation générale du polypier, résultant de l'agglomération de ces polypes, varie suivant que ces êtres se développent sur une surface plane ou sur la tige cylindrique et rameuse de quelque plante marine, et que ces variations accidentelles en avaient imposé aux zoologistes au point de leur faire décrire, comme trois espèces différentes et comme constituant le type de deux genres distincts, le même polype agrégé, modifié seulement par les circonstances que nous venons de mentionner. En effet, lorsque ce tubulipore croît sur une surface plane, il constitue un polypier circulaire, décrit depuis long-temps sous le nom de *madrepora verrucaria*, tandis que lorsqu'il est fixé sur une tige de fucus, il devient pyriforme ou irrégulier, et constitue alors le *madrepora tubulosa* et le genre *obelia* des classificateurs.

PROPORTION DES CRIMES EN FRANCE ET DANS LA GRANDE-BRETAGNE.

M. Moreau de Jonnès adresse une note sur ce sujet.

En poursuivant un travail très étendu sur la statistique de la Grande-Bretagne, l'auteur est arrivé à constater plusieurs faits numériques très remarquables.

Si l'on compare les rapports des crimes à la population moyenne dans le royaume-uni, et en France, pendant cinq années récentes, 1831 à 1835, on est conduit aux conclusions suivantes :

Le meurtre est au moins quatre fois plus fréquent dans les Iles-Britanniques qu'en France, même quand ce dernier pays est en état de révolution.

L'assassinat est au moins deux fois plus fréquent.

Le viol est six à sept fois aussi multiplié.

L'incendie est un peu plus rare.

Les vols constatés devant les cours d'assises et la police correctionnelle sont quatre fois aussi nombreux, quand on considère leur nombre d'une manière absolue, et ils sont au moins quintuples, comparés à la population des deux pays.

Et cependant :

Il y a neuf fois autant d'individus condamnés, année moyenne, dans le royaume-uni, qu'il y en a en France, proportionnellement à la population.

Les condamnations à mort sont vingt-deux fois plus multipliées dans les Iles-Britanniques, et les exécutions le sont au-delà de trois fois.

Ces chiffres, qui résultent des documens officiels des deux pays, prouvent :

1° L'inutilité des gibets.

2° L'erreur de ceux qui accusent d'un débordement de perversité la France telle que l'a faite la révolution.

COMBINAISONS FLUIDES TERNAIRES FORMÉES PAR L'ACIDE TARTRIQUE, LES TERRES ET L'EAU.

M. Biot lit une note sur ce sujet, faisant suite à ses précédentes communications. Lorsque ce physicien annonça, il y a deux ans, les singulières propriétés optiques que présente l'acide tartrique dissous dans l'eau, ou combiné avec les bases alcalines, il fit remarquer que, par une exception jusqu'alors unique parmi ces combinaisons, le tartrate d'alumine lui avait présenté la rotation vers la gauche. Mais comme ce tartrate adhère à l'eau jusqu'au point de prendre avec elle l'état gommeux, il soupçonnait que cette inversion pouvait bien dépendre de la faible proportion d'eau avec laquelle il était alors uni. C'est ce que l'expérience a depuis confirmé en dévoilant en outre plusieurs autres particularités qui augmentent l'intérêt du phénomène.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 30 JANVIER 1838. — PRÉSIDENCE DE M. MOREAU.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Lettre ministérielle, avec envoi d'un rapport sur une épidémie de grippe ;

2° Lettre *idem*, avec invitation d'examiner une gelée alimentaire de la composition du sieur Mothes;

3° Lettre *idem*, avec envoi de la recette d'un remède secret contre la diarrhée;

4° Lettre *idem*, avec envoi d'un rapport sur une épidémie de fièvres typhoïdes.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

1° Lettre d'un pharmacien de Lyon sur les heureux effets de la teinture de colchique dans le traitement de la goutte;

2° Mémoire sur les affections vénériennes par M. le docteur Albert;

3° Quelques observations de médecine par M. Levret,

4° Mémoire sur la gangrène spontanée par M. Lanelongue;

5° Un nouveau procédé pour l'amputation tarso-tarsienne;

6° Note de M. Parat sur les dangers de la contagion de la morve.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR L'ENTRÉE DE L'AIR DANS LES VEINES.

M. Castel. La résistance de l'organisme, vaincue par la puissance de l'air qui a été injecté ou qui est entré spontanément dans un vaisseau, est un fait bien constaté. Peut-être faudrait-il s'étonner de ce que l'appréciation des phénomènes et de la terminaison de cette lutte a donne lieu à plus d'une controverse. Toutefois, un autre problème occupe l'Académie. L'air peut-il entrer dans une veine, à la suite d'une blessure ou d'une opération, y entrer en assez grande quantité, y faire assez de progrès pour tuer un homme? Ce problème n'a point été résolu par l'observation; il est insoluble par les expériences: insoluble, pourquoi? parce que la résistance que les forces vitales opposent aux agens physiques est plus énergique dans l'homme que dans les animaux sur lesquels on expérimente. Cette plus grande énergie vient de ce que dans l'homme le cerveau et le système nerveux exercent plus d'influence sur l'entretien de la vie. Par des données semblables, nous expliquerions pourquoi les animaux qui avaient été affaiblis ont succombé plus vite à l'injection de l'air; pourquoi, la quantité d'air injecté étant la même, la mort n'a pas été également prompte dans les diverses espèces d'animaux. D'un autre côté, il est loin d'être prouvé qu'une veine coupée, divisée par l'instrument de l'opérateur, offre à l'air le même accès qu'une veine sur laquelle on a pratiqué une large ouverture, et qu'on a eu soin de mettre en rapport avec une colonne d'air atmosphérique.

Vous le voyez, mes collègues, nous sommes placés en présence d'une sorte de nœud gordien: nous n'avons pas le pouvoir de le délier; non seulement nous ne possédons pas un assez grand nombre de faits, les faits ne sont pas même à l'abri de toute contestation. Nous n'oserions le trancher, car, si nous sommes tous de grands médecins, aucun de nous n'est un Alexandre.

Comme il est impossible de séparer la diastole de l'inspiration, et la systole de l'expiration, il était au moins superflu de supposer un mouvement particulier et de créer le terme d'aspiration pour expliquer l'introduction ou l'entrée de l'air. Les veines du sommet de la poitrine n'attirent point l'air plus que ne l'attirent les veines des autres parties du corps. Mais leur situation déclive, le cours même du sang concourt à favoriser l'arrivée de ce fluide dans les cavités droites du cœur, qui lui oppose d'autant moins de résistance que dans la diastole ce muscle est dans un état passif, *in diastole cor non agit, sed patitur*.

J'arrive à l'interprétation des phénomènes de la mort qui est le produit de l'entrée ou de l'injection de l'air. La commission les a désignés sous le nom de mécanisme de la mort, expression qui semblerait assimiler la mort à une fonction, et qui a quelque chose d'étrange quand elle est appliquée à la cessation de toute action. Où commence la mort? car, c'est ainsi que la question doit être posée: la commission a fait intervenir simultanément le cœur, les poumons et le cerveau. Elle représente l'enchaînement des phénomènes, plutôt que la cause déterminante, la cause primitive de la mort.

La mort commence dans le cerveau lorsque l'air a été injecté dans les artères carotides. Les inductions reprochées à Bichat seraient pleines de justesse s'il ne s'était agi que de la mort succédant à l'introduction de l'air dans les vaisseaux qui pénètrent dans le crâne. L'air a le pouvoir de comprimer le cerveau et d'empêcher les irradiations de l'innervation; mais Bichat a prétendu que la mort commençait dans le cerveau, quel que fût le vaisseau dans lequel l'air avait été injecté; au contraire, la mort commence dans le cœur, l'arrivée de l'air au cœur suffit pour la produire, le cerveau pouvant rester sain et sauf, lorsque l'air entre ou est injecté dans les veines.

Quant aux poumons, la part qu'ils ont aux phénomènes de la mort est secondaire; leur influence a lieu d'une manière successive; elle est une suite de la continuité des vaisseaux, des rapports immédiats qui existent entre les poumons et le cœur.

La mort, qui résulte de l'introduction de l'air, ne commence donc jamais dans les poumons. Elle commence dans les poumons lorsque l'air, affluant coup sur coup avec une grande précipitation dans cet organe, en distend les vaisseaux ou les rompt. C'est ainsi que tue le rire immodéré, surtout peu de temps après le repas. Alors et alors seulement la mort commence dans les poumons. (Il est bien entendu que je ne parle que de l'action physique de l'air, et que je fais abstraction de l'influence chimique de tel ou tel fluide.) Ces locutions: *mourir de rire*, *étouffer de rire*, ne sont donc point un langage figuré; elles sont nées de l'observation des faits. Lower a expliqué ou essayé d'expliquer ce genre de mort qui est devenu très rare.

Messieurs, la philosophie est sœur de la médecine: nous pourrions sans anomalie rechercher dans cette enceinte pourquoi l'on rit moins qu'autrefois; j'aime mieux abandonner cette question aux investigations de l'Académie des sciences morales.

J'avais eu d'abord le dessein d'adresser d'autres critiques à la commission et de faire voir que, à la place des conclusioncules (je puis me servir d'un terme qui de l'ancienne littérature a passé dans la nôtre), à la place des conclusioncules qui nous ont été offertes, son travail aurait pu s'élever aux plus hautes régions de la physiologie et jusqu'à l'analyse de la vie. J'ai dû m'arrêter, lorsque j'ai appris que la plupart des membres de la commission étaient restés en dehors de la rédaction de ce travail. Il y aurait de l'injustice, de l'inhumanité, à exiger de M. le rapporteur ce qu'on eût eu le droit d'exiger de plusieurs, d'un grand nombre d'académiciens réunis. Je trouve même quelque satisfaction à me renfermer dans une grande réserve, accoutumé que je suis à ne point prendre au sérieux toutes les opinions de notre jeune collègue et à le traiter avec un laisser aller tout paternel.

M. Roux. Je regrette beaucoup de n'avoir pas pu prendre plus tôt la parole dans cette discussion; mais il y a tant d'orateurs inscrits que j'ai dû attendre patiemment mon tour. Toutefois je crois que c'est un devoir pour moi de dire ce que j'ai vu; et peut-être, en effet, me blâmeriez-vous si je gardais le silence dans cette grave circonstance.

Vous savez, messieurs, qu'il m'a été donné d'observer au moins deux fois l'entrée de l'air dans les veines. Ces deux faits, que je n'ai point rédigés, mais qui ont été publiés par ceux qui en ont été témoins, sont les plus clairs, les plus décisifs, et, si je l'ose dire, les plus beaux des faits de cet ordre. Cependant telle est aujourd'hui la manie des subtilités, qu'ils ont été révoqués en doute, non qu'on ait nié que deux malades me soient morts entre les mains; on conteste la nature de l'événement; on dit que les apparences m'ont trompé. J'en appelle de ce jugement à l'impartialité des personnes désintéressées dans la question, et cet appel je le fais, non dans l'intérêt de mon amour-propre, mais dans celui de la science, à laquelle j'ai voué ma vie. Les apparences m'ont trompé! Mais comment m'ont-elles trompé? Qu'est-ce qui m'a donné le change? Qu'est-ce qui a produit l'illusion? C'est ce que mes adversaires ne disent pas, et ce qu'ils devraient dire. Quand on accuse un homme d'erreur, c'est bien le moins que de lui en signaler les causes.

Je vais tâcher de suppléer à leur silence.

Il y a quatre causes de mort subite, indépendamment de l'entrée de l'air dans les veines.

1° Une effusion soudaine et abondante de sang;

2° L'asphyxie;

3° Une grande perturbation du système nerveux;

4° La syncope.

Reprenons: 1° Une hémorragie assez abondante pour faire périr un malade sous le bistouri du chirurgien est chose fort rare, du moins aujourd'hui; autrefois elle l'était moins. Il est arrivé plusieurs fois qu'on a ouvert des anévrismes pour des dépôts, et on avait peine à se rendre maître du sang. D'ailleurs, il a été perdu peu de sang en général par les personnes qui sont mortes de l'entrée de l'air dans les veines.

2° L'asphyxie est encore plus rare que l'hémorragie. En effet, cet accident n'est possible que lorsqu'on opère au voisinage des voies respiratoires. Tel était le cas d'une femme que j'ai opérée de la laryngotomie: une certaine quantité de sang coula dans la trachée; on eût cru que la malade allait périr suffoquée; mais je saisis une sonde, que j'introduisis dans ce tuyau, et j'aspirai le sang. Je me souviens que cette partie de l'opération me fit autrefois beaucoup d'honneur, quoique, assurément rien ne soit plus facile; mais tel est le sort des chirurgiens, et tel est le public.

3° La perturbation du système nerveux: c'est encore une cause de mort subite assez rare aujourd'hui. Autrefois elle était plus commune après l'opération de la taille, après les grandes douleurs et après les opérations laborieuses. Il faut dire aussi qu'il est des tempéramens fort susceptibles. Cela me rappelle qu'il y a quelques années une femme me fut amenée du fond de la Bretagne pour être opérée. Cette femme, en qui le sentiment religieux était fort développé, avait une hâte excessive d'être opérée. Elle portait une tumeur au sein. Après avoir satisfait aux devoirs de sa conscience, elle me fit appeler. L'opération fut des plus simples; elle n'était pas encore terminée, les ligatures des vaisseaux n'étaient pas faites, qu'elle s'évanouit. Je crus à une syncope ordinaire; trente-six heures après elle n'était plus. L'ouverture du corps montra la moitié du cerveau dans un état de ramollissement sensible.

4° La syncope. Elle se prolonge rarement au-delà de quelques minutes. Les malades reviennent facilement à l'air frais et sous l'action des aspersions froides. Je l'ai vue cependant durer jusqu'à deux heures sur un enfant à qui j'enlevai une tumeur au front.

Quelqu'un de ces accidens s'est-il manifesté dans les malades dont j'ai cité l'histoire? On va en juger.

Au mois de septembre 1832, je faisais l'extirpation chez une jeune personne d'une tumeur située au côté gauche du cou. Cette tumeur était assez étendue, mais elle était mobile. Au moment où je coupai la jugulaire, j'entendis un sifflement difficile à caractériser, mais facile à retenir. Aussitôt la malade jeta un cri perçant, et tomba dans un anéantissement complet. Tous les assistans crurent qu'elle était morte; cependant je ne l'abandonnai point; je l'inondai d'eau froide, et elle revint à la vie, non peu à peu, comme on revient d'une syncope, mais subitement. En un instant les mouvemens du cœur se rétablirent; le teint se colora et entra dans une excitation qui, je le répète, éloignait toute idée de syncope. Cependant cette jeune fille succomba le septième ou le huitième jour. J'ai trouvé dans mes papiers les notes de l'interne qui rédigea cette observation, et j'y vois que les cavités *gauches* du cœur contenaient un sang écumeux et mêlé d'air; les cavités droites étaient pleines d'un sang caillé.

Autre fait. Il y a deux ans, j'extirpai le bras droit d'un homme pour une brûlure très profonde; à peine avais-je fait le lambeau postérieur et que je le soulevai, au même instant j'entendis un premier sifflement, puis un second. Cependant que faire? Je ne crus pas devoir suspendre l'opération; mais elle n'était pas achevée que le malade avait cessé de vivre. On ouvrit le corps: les cavités droites du cœur étaient distendues par de l'air; il fut recueilli sous une éprouvette et analysé, et l'on acquit ainsi la certitude que c'était bien de l'air atmosphérique.

Ces faits sont incontestables; ils ont tous les caractères qu'on leur conteste, et je m'étonne qu'ils aient trouvé des incrédules. Que parmi les faits du même genre, il s'en trouve de douteux, cela peut être; cela doit être. On connaît le penchant de certains esprits pour les choses extraordinaires. D'autres se font illusion; c'est ce qui est arrivé récemment à un de mes anciens élèves, qui

n'en est pas moins fort distingué; je parle de M. Dubourg, médecin à Saint-Amand. Pendant qu'il extirpait une tumeur au cou, il survint des accidens qui lui firent croire à l'introduction de l'air dans une veine; mais en cela il se trompait, et j'ai dû lui signaler, dans ma réponse à sa lettre, les causes de son erreur.

Outre les faits qui me sont propres, je dis qu'il en est d'autres qui ne sont pas moins irréprochables; car je n'ai pas la vanité de me faire un rang à part. On dit que ces faits manquent de détails; cela se peut; mais pourquoi tant de sévérité; il faut faire la part du temps où ils ont été recueillis; il y en a qui datent déjà de 20 et 25 ans, et peut-être à cette époque était-on moins exact, moins minutieux qu'on ne l'est aujourd'hui. D'ailleurs, messieurs, il faut réfléchir que les faits dont nous parlons passent devant nos yeux avec la rapidité de l'éclair; nos sens en sont frappés, mais ils ne peuvent en arrêter le cours pour le contempler à loisir. On a dit, par exemple, que M. Dupuytren avait voulu couvrir son amour-propre, et qu'il avait saisi avec empressement le seul moyen qui lui était offert d'en imposer au public. Messieurs, je n'étais pas l'ami de M. Dupuytren, je n'ai jamais assisté à une de ses opérations; mais je sais qu'au lieu de séparer nettement les parties avec le bistouri, il aimait à les arracher avec les doigts: or, je crois que cette manière ne peut que faciliter l'accident dont nous parlons. Au surplus, je ne vois pas quel avantage il pouvait trouver à dire que son malade était mort de l'introduction de l'air dans les veines, plutôt que de toute autre cause de mort subite. On a dit encore que ces faits ne se ressemblent pas. Belle raison, ma foi! mais où sont les faits qui se ressemblent, je ne dis pas seulement en pathologie, mais en physiologie, et même en anatomie? En général, ils ont été observés dans les hôpitaux ou dans les amphithéâtres; qui sait si l'air vicié par l'état des lieux n'en a pas fait varier le résultat? Ce qu'il y a de certain, c'est qu'il ressort de cette discussion même, et c'est un point capital, que l'insufflatinn avec la bouche, et par conséquent l'injection dans les vaisseaux d'un air vicié par la respiration est infiniment plus dangereuse et plus promptement mortelle que l'injection d'un air pur comme celui de l'atmosphère. Enfin, on a dit et répété après l'analyse de chacun des faits cités par les auteurs comme des exemples de l'entrée de l'air dans les veines, on a dit: observe-t-on rien de semblable sur les hommes? Cette objection ou cette réflexion, comme on voudra l'appeler, est, à notre sens, bien peu physiologique et bien peu digne de celui qui l'a faite. Eh quoi! il n'y a nuls rapports entre les chiens et les chevaux, et on s'étonne qu'il n'existe pas plus d'analogie entre ces animaux et l'homme!

Je passe aux explications. Une fois établie la possibilité de l'air à entrer dans une veine, on a cherché les raisons de cet accident, et on l'a attribué à la dilatation de la poitrine pendant l'inspiration, et à la dilatation des cavités droites du cœur. Je n'ai rien à objecter contre cette opinion; mais je crois qu'on a trop limité le théâtre du phénomène, en le bornant à la seule région du pouls veineux. Il y a des poitrines si larges et des cœurs si robustes, qu'il est au moins téméraire de resserrer ainsi leur sphère d'activité.

Au surplus, ces circonstances ne sont pas les seules qui concourent à l'entrée de l'air dans les veines; il en est d'autres qui sont encore moins connues; et voilà sans doute pourquoi cet accident n'arrive pas plus souvent lorsqu'on pratique des opérations au sommet de la poitrine.

Mais quelle est la cause de la mort? On a dit que l'air allait distendre les cavités droites du cœur, et mettait ainsi cet organe hors d'état de se contracter. On peut se contenter de cette explication dans les cas où la mort est arrivée subitement. Telle n'était pas cependant l'opinion de Bichat. Admis dans son intimité, j'ai assisté, je puis dire, à la naissance de la plupart de ses belles conceptions. Mais cette fois il ne fut pas heureux; un jour, on apporta dans son amphithéâtre un cadavre dont il fit lui-même l'ouverture. En enlevant les os du crâne, il vit une si grande quantité de bulles d'air qu'il ne douta pas que ce ne fût là la cause de la mort. Mais comment cet air y était-il arrivé? Il imagina que l'air introduit dans le poumon par la respiration avait rompu les bronches, qu'il s'était mêlé au sang, et s'était répandu avec lui. C'est une théorie tout arbitraire: on en peut dire autant de celles de MM. Leroy d'Etolle, Mercier, Piédaguel. Toutes ont le même défaut, c'est d'être beaucoup trop exclusives et de ne convenir qu'aux morts subites.

A l'égard des moyens de prévenir les conséquences de l'introduction de l'air dans les vaisseaux, je le dis à regret, mais malgré toute l'estime que j'ai pour les talens de M. Amussat, je ne crois pas à l'efficacité du moyen qu'il nous a proposé. Que voulez-vous que fassent des secousses brusques et répétées sur la poitrine pour expulser, quoi? de l'air. J'aimerais mieux le procédé de M. Magendie; mais je sens aussi que la difficulté d'introduire une sonde dans une veine souvent difficile à reconnaître, et le temps que demande cette manœuvre en limitent singulièrement l'application.

M. Roux termine par quelques conclusions qui sortent naturellement de ce qui précède.

M. Rochoux. Messieurs, quoique le rôle de critique ait sa défaveur, je ne puis m'empêcher de faire remarquer la marche de cette discussion. Il y a six mois qu'on vous a communiqué un fait où l'on a pu reconnaître un cas d'introduction d'air dans les vaisseaux sanguins. Vous avez eu trop peu de confiance en vos lumières pour le juger sur le champ, et vous en avez appelé à de nouvelles expériences. En effet une commission fut nommée pour cela; cette commission a fait son rapport, travail consciencieux et plein d'intérêt, et chacun vient ici discuter comme s'il n'y avait pas de rapport. C'est manquer aux usages, c'est manquer à toutes les convenances académiques auxquelles je me permets de vous rappeler, et je prie M. le président de joindre son autorité à ma faible voix. Je vote pour le rapport de la commission.

— M. Ségalas a vu une seule fois l'entrée de l'air dans les veines; voici à quelle occasion. Pendant le procès Castaing, il avait entrepris une série d'expériences sur les poisons. Un jour il ouvrit la veine jugulaire d'un chien pour y porter de l'acétate de morphine. Il avait pratiqué, suivant l'usage, une ligature au-dessus de la plaie. La seringue était préparée à l'avance, et il allait la prendre lorsque le petit animal poussa un cri et tomba raide mort. A l'ouverture, on trouva le cœur droit fort distendu.

M. Ségalas établit ensuite un parallèle entre l'homme et le chien: il explique comment l'un doit mourir beaucoup plus promptement que l'autre à la suite du même accident. Le chien, dit-il, a le sang beaucoup plus plastique; j'ai coupé plus d'une fois les plus grosses artères, et l'hémorragie s'est arrêtée d'elle-même. J'ai fait plus, j'ai arraché la rate et le rein, sans m'inquiéter des conséquences de cette mutilation, et les animaux ont survécu plusieurs jours, plusieurs mois, des années. Croit-on qu'on fît subir les mêmes opérations à l'homme avec la même impunité.

SÉANCE DU 6 FÉVRIER.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Lettre de M. le ministre du commerce, avec envoi d'un projet de loi sur les brevets d'invention pour les remèdes secrets.

2° Lettre ministérielle, avec envoi de rapports sur les eaux de Balaruc, de Niderbronn, de Bussarez, de Barèges, etc.

3° Etats des vaccinations de la Loire.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

1° Lettre d'un médecin de Bordeaux avec des observations sur la pellagre.

2° Note sur un nouveau procédé pour exciser les polypes utérins, par M. Chrestien.

3° Examen des modifications dans la salubrité publique à Narbonne, par M. Py.

4° Accès d'asthme suivi d'apoplexie, par M. Monronval.

5° Mémoire sur le vaccin, par M. Hullis de Mortagne.

6° Nouvel appareil fumigatoire, par le même.

SUITE DE LA DISCUSSION DE L'ENTRÉE DE L'AIR DANS LES VEINES.

Avant de rouvrir la discussion, M. Emery propose qu'au lieu de suivre l'ordre d'inscription des orateurs, on entende alternativement un orateur pour, et un orateur contre le rapport.

M. Gerdy s'élève contre cette proposition, et M. le président déclare que, dans son impartialité, il ne peut que suivre la liste qu'il a reçue de son prédécesseur, et qu'à moins d'un ordre exprès de l'Académie, il ne s'en écartera pas.

M. Gerdy est appelé à la tribune.

M. Gerdy: Messieurs, quoique cette intéressante discussion ait été interrompue, je ne vous en rappellerai pas les premières scènes. Tout le monde ici se rappelle à quels propos l'Académie a été conduite à prescrire de nouvelles expériences sur l'entrée de l'air dans les veines; comment ces expériences ont fourni la matière d'un rapport, et comment M. Amussat s'est cru autorisé à vous faire une lecture où il a tout confondu, et les travaux de la commission, et ceux qui lui étaient propres. Cela dit, j'ajoute que *toute vérité n'est pas bonne à dire*. L'erreur, quelque grossière qu'elle soit, trouve toujours des défenseurs, et lorsque la vérité vent se faire jour, les apôtres de l'erreur sont là pour l'en empêcher. Aussi, je vous l'avoue, je m'étonne peu de la sortie de M. Amussat; pourquoi, cependant, m'accuse-t-il d'envie, de jalousie, d'ambition, de partialité et autres aménités de même espèce?

Ici M. Gerdy reprend une à une chacune de ces accusations, et raconte, au milieu du bruit, la partie anecdotique du travail de la commission. Enfin, il arrive à l'objet de la discussion et le silence se rétablit.

Je prends le rapport par la conclusion finale, « soit sous le rapport des résultats des nombreuses expériences qu'il a pratiquées en présence de la commission, soit sous le rapport de l'infatigable zèle dont il a fait preuve, M. Amussat nous paraît avoir bien mérité de la science et de l'Académie, et nous proposons à cette compagnie, de lui exprimer, par l'organe de son président, ses remerciemens et sa haute satisfaction. »

Certes, Messieurs, il faut que la commission soit bien pénétrée des services que M. Amussat a rendus à la science, pour prendre une conclusion si honorable et si flatteuse. Sans doute, M. Amussat a montré beaucoup de zèle et beaucoup d'habileté dans l'art de l'expérimentation, et beaucoup de désintéressement. Si c'est ainsi qu'on l'entend, je joins mon suffrage aux suffrages des membres de la commission; mais j'ai beau chercher les *résultats des nombreuses expériences*, je ne les trouve pas, et je doute que M. le rapporteur les trouve mieux que moi. Au surplus, c'est ce que nous verrons.

Malgré l'assurance de M. Amussat, malgré sa confiance en ses propres forces, il n'a pas dédaigné de s'appuyer du talent de M. le rapporteur, et, en cela, il a fait preuve de beaucoup d'adresse. Il s'est placé derrière lui, il en a fait une espèce de bouclier, à la faveur duquel il espère se soustraire à tous les coups. Et pourtant, telle est son illusion, qu'en réalité il est beaucoup moins d'accord avec M. Bouillaud que je ne le suis moi-même.

M. Bouillaud a dit, à la vérité, que le signe caractéristique de l'entrée de l'air dans les veines était un bruit de *lappement* comparable à celui que font entendre les chiens en buvant; mais il n'a pas dit que ce signe se reproduisît dans tous les cas, et on dit que M. Amussat ne connaît pas d'exception.

Vous vous rappelez aussi que M. Amussat fait périr presque subitement les animaux en qui l'air pénètre dans le système veineux. Ecoutez M. Bouillaud: « Lorsque nous assistâmes aux premières expériences, nous étions, pour la plupart, préoccupés de ces morts subites, foudroyantes, qui, selon certains chirurgiens et certains physiologistes, avaient été produites par l'introduction momentanée d'une médiocre quantité d'air dans une veine voisine du cœur, accidentellement ouverte pendant le cours de quelques opérations chirurgicales. Or, quelle ne fut pas notre surprise, et, si j'osais le dire, notre désappointement, quand nous vîmes la plupart des chiens aspirer de l'air à longs traits pendant plusieurs minutes, non-seulement sans que mort s'ensuivît, mais encore sans qu'il se manifestât d'accidens vraiment graves. Nous eussions été moins surpris et moins déconcertés, si, au lieu des terribles opérations dont il s'agit, quelques-unes des expériences de Nysten eussent été bien présentes à notre esprit. »

Sur tous ces points, je suis d'accord avec M. Bouillaud.

Mais est-il vrai que l'affaiblissement de l'animal avant l'entrée de l'air dans les vaisseaux en favorise les effets et hâte la péripétie? M. Bouillaud le croit; moi je ne le crois pas, ou, du moins, je ne suis pas convaincu, je doute.

Mais je ne doute pas de l'entrée spontanée de l'air dans les veines. Je n'en doute pas, quoique jamais je n'aie pu faire entendre raison à M. Amussat sur ce point. Il mettait, à ce qu'il paraît, un grand prix à me convaincre; j'avais beau répondre que c'était peine perdue que la conviction qu'il voulait faire passer en moi, je l'avais depuis long-temps; il poursuivait toujours son raisonnement, comme si je n'eusse rien dit. Je dis que je l'avais depuis long-temps. Premièrement, je connaissais parfaitement les expériences de M. Magendie. En second lieu, je m'en étais expliqué de la manière la plus formelle dans un article publié par moi en 1833. (M. Gerdy lit un passage de cet article.) Enfin, je m'en suis expliqué tout aussi clairement dans cette même enceinte, au mois de juillet dernier, et mon opinion à cet égard est consignée dans le bulletin même de vos travaux, p. 997. Si, comme je l'admets volontiers, la mort peut, dans quelques cas extrêmement rares, arriver par l'introduction de l'air dans certaines veines et le cœur pendant une opération, il est important, pour remédier au mal, et surtout pour le prévenir, par quel mécanisme l'air s'introduit. Or, c'est par l'aspiration qu'exerce la poitrine pendant l'acte d'inspiration, etc. »

Et, en conséquence de cette théorie, je propose un moyen de prévenir ce funeste accident. Ce moyen dont on pensera d'ailleurs ce qu'on voudra, le voici. Lorsqu'on doit pratiquer vers l'ouverture supérieure de la poitrine une opération dans laquelle on est exposé à blesser une veine par où l'aspiration de l'air pourrait arriver, il faut diminuer la respiration par un bandage de corps qui resserrerait la poitrine pendant le temps du danger.

Messieurs, quand on propose un moyen pour prévenir un accident, c'est qu'apparemment on croit à cet accident.

Mais, je le répète, je ne crois pas que cet accident soit aussi facile qu'on le dit; je ne crois pas que le bruit de lappement qu'on donne comme un signe caractéristique soit constant. Il est certain, au moins, qu'il est quelquefois fort difficile à entendre, et par conséquent fort obscur. Pour moi, je déclare que je ne l'ai pas entendu dans les dernières expériences faites par M. Amussat sur des chevaux, et la plupart des assistans ne l'entendirent pas mieux; cependant M. Maingault dit qu'il était venu jusqu'à lui, ce qui me fit dire qu'il avait de *fameuses oreilles*. (Explosion de rires.)

J'ai dit que pour que le phénomène se produisît, il fallait une ouverture large et un soin continuel à écarter les caillots, à mesure qu'ils se formaient. MM. Barthélemy et Blandin ont dit la même chose.

J'ai dit que la mort, au lieu d'être instantanée, n'arrivait qu'au bout de deux, trois minutes et plus : ces messieurs ont dit la même chose.

J'ai dit que les faits observés sur l'homme n'étaient pas irréprochables : M. Velpeau a dit la même chose.

Toujours habile à s'emparer de l'autorité des autres, M. Amussat s'est retranché derrière les faits de M. Roux, qui était là pour les défendre. Sans doute M. Roux croit aux faits qu'il a cités; c'est un sentiment de paternité dont il n'a pu se défendre, mais demandez-lui s'il croit aux faits des autres, il vous répondra que non. Il n'est pas jusqu'au fait de M. Amussat dont il ne rie en secret, et il m'en a fait l'aveu. Je me trompe, il fait une exception pour le fait de Dupuytren; mais je suis persuadé qu'il se laisse abuser par un sentiment de générosité. Et comment admettrait-il un fait que des témoins oculaires n'admettent pas? Dupuytren lui-même ignorait la possibilité de l'entrée de l'air dans les veines, car, soit dit entre nous, il ne se tenait pas au courant de la science. M. Sanson lui ayant parlé de cette cause de mort, il s'en empara, et mit sa conduite à couvert sous un de ces malheurs qu'il n'est donné à personne de prévoir.

Au reste, il sera curieux d'entendre M. Capuron, que son zèle pour la science porte partout.

M. Roux trouve nos objections futiles; toutefois, il convient que les faits manquent de détails. Ce n'est pas la faute des observateurs, c'est celle de l'observation, qui ne fait que passer. C'est vrai; mais la position des deux partis est la même, et les croyans ne sont pas mieux partagés que les mécréans.

M. Roux comprend que l'entrée de l'air dans les veines produise sur l'homme des effets différens de ceux qu'elle produit sur les animaux, puisque ces effets varient bien d'une espèce à une autre espèce. C'est encore vrai; mais ce ne sont là que des présomptions, et nous sommes plus sévères aujourd'hui. Je suis fâché de n'être pas d'accord avec M. Roux, mon maître et mon ami; mais si j'aime beaucoup M. Roux, j'aime encore mieux la vérité.

M. Amussat dit que j'ai cité à faux; le reproche est grave et je le repousse de toutes mes forces. Je déclare au contraire que mes notes sont parfaitement exactes, et que je les ai collationnées avec le journal des expériences, qui est entre les mains de M. Bouillaud.

M. Amussat explique sa pensée, qui n'a rien d'injurieux pour l'honneur de M. Gerdy; il n'accuse pas M. Gerdy d'avoir altéré les expériences, mais de les avoir rendues à sa manière.

Enfin, Messieurs, reprend M. Gerdy, le mémoire que vous a lu M. Amussat n'est qu'une philippique contre moi, avec cette différence que je ne suis pas le roi de Macédoine, et qu'il n'est pas l'orateur d'Athènes. Et pourquoi tant de courroux? Il m'accuse d'avoir en haine les expériences sur les animaux. Non, Messieurs, je ne les hais pas; mais je crois qu'on en a abusé. Il règne en ce moment plusieurs classes de savans : des chimistes, des physiciens, des naturalistes, qui, confondant la médecine avec leur science, se persuadent que la nôtre ne saurait faire des progrès si elle s'écarte de la voie de l'expérimentation. Eh bien, c'est là une erreur grossière, et c'est à l'Académie à la détruire, et à lutter contre des savans fort respectables, sans doute, mais qui ne sont pas compétens.

M. Gerdy finit par adresser quelques conseils à M. Amussat, que l'impatience de l'Académie lui fait abréger.

Après cette improvisation, on demande la clôture. Elle est mise aux voix et adoptée.

M. Bouillaud dit qu'en sa qualité de rapporteur il est prêt à répondre; mais il sera plus court s'il remet sa réponse à la prochaine séance. L'Académie consent.

M. Boullay, au nom de la commission des eaux minérales, lit un rapport sur la composition d'une nouvelle source découverte à Gréoulx, sur la propriété du sieur Guibert.

L'année dernière, on en découvrit une autre qui fut analysée par la même commission. Elle fut trouvée très riche en principes sulfureux. Par comparaison, on en a répété l'analyse cette année, et elle ne contient plus un atôme de soufre.

MM. Virey, Bousquet, Pelletier, Caventou, demandent comment s'est fait ce changement. Quelle qu'en soit la cause, ils concluent qu'il faut attendre avant de proposer au gouvernement d'accorder au sieur Guibert l'autorisation d'exploiter sa nouvelle source; car qui sait si elle ne subira pas les mêmes variations que la première?

L'heure avancée de la séance ne permet pas de prendre un parti. On reviendra sur ce sujet dans la prochaine séance.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

OBSERVATION SUIVIE DE RÉFLEXIONS SUR DES ACCIDENS GRAVES D'EMPOISONNEMENT SATURNIN, DÉTERMINÉS PAR L'USAGE DES BANDELETTES DE DIACHYLON GOMMÉ, communiquée par M. TAUFFLIEB, docteur-médecin à Barr.

OBS.—Charles Z..., de Barr, âgé de 41 ans, fut blessé, il y a quinze ans, d'un coup de hache à la jambe gauche. La plaie, au lieu de se fermer complètement, se transforma peu à peu en un ulcère, qui augmenta sans cesse, malgré les moyens qui furent employés pour en arrêter les progrès. Je vis le malade pour la première fois le 12 février 1837.

L'ulcère avait détruit les tégumens de la jambe dans toute la circonférence du membre, depuis l'articulation tibio-tarsienne jusqu'à trois pouces environ du bord inférieur de la rotule. Il n'existait plus de l'enveloppe cutanée qu'une languette de la largeur d'un pouce, qui s'étendait, comme un point, depuis la région poplitée jusqu'à l'origine du tendon d'achille. Le fond de cet énorme ulcère était grisâtre, médiocrement dur, saignant avec facilité, baigné d'un liquide sanieux, qui avait la consistance et l'aspect d'une sérosité demi-transparente, et répandait une odeur cancéreuse très prononcée. Les bords de l'ulcère étaient à demi-renversés, durs et cernés d'une auréole rouge-bleuâtre. Le malade y éprouvait fréquemment des douleurs lancinantes très-vives. La constitution générale de ce malheureux paraissait profondément altérée; sa face était pâle, légèrement jaunâtre, un peu infiltrée; la fièvre hectique et un amaigrissement progressif semblaient présager une issue funeste. Le malade n'avait jamais été ni scrofuleux ni syphilitique.

Je fis recouvrir l'ulcère de bandelettes de diachylon gommé, et, en même temps, je mis le malade à l'usage des tisannes amères. Sous l'influence de ce traitement, les bords de la plaie ne tardèrent pas à se dégorger et à s'affaisser, et déjà, au bout de quinze jours, on put observer un commencement de cicatrisation vers la périphérie de l'ulcère, dont le fond s'était recouvert de granulations charnues de bonne nature. Les douleurs disparurent peu à peu, et le malade reprit des forces et de l'embonpoint. Au commencement du mois de mai, l'ulcère n'offrait plus qu'une surface d'un pouce et demi carré. Je me proposais de provoquer et de faire entretenir chez le malade une suppuration artificielle, au moyen d'un exutoire, lorsque celle de l'ulcère serait sur le point de se tarir.

Z..., qui, depuis le commencement du traitement avait vu l'état de sa santé s'améliorer de jour en jour, éprouva tout à coup, le 5 mai, des coliques très vives, des nausées, des vomissemens, des crampes dans toute l'étendue des membres abdominaux. Je trouvai le malade se roulant dans son lit, en proie aux douleurs les plus vives; le ventre était rétracté vers la colonne vertébrale, insensible à la pression; la langue naturelle, la soif médiocre; point de réaction générale notable; la constipation existait depuis plusieurs jours.

Je fus frappé de la parfaite analogie que cet ensemble de symptômes offrait avec les signes qui caractérisent la colique saturnine. Cependant le malade n'avait manié aucune substance qui contînt une préparation de plomb; l'examen des alimens dont il avait fait usage et de la vaisselle dans laquelle ces alimens avaient été préparés, ne fournit aucun indice qui pourrait faire croire à la possibilité d'une intoxication directe par le canal alimentaire, accident qui aurait également eu lieu chez les personnes qui avaient participé avec lui aux mêmes repas. Dès-lors il me fut impossible de ne pas voir dans le sparadrap, dont l'ulcère était recouvert depuis deux mois et demi, la source véritable de l'empoisonnement.

Je fis aussitôt supprimer l'emploi des bandelettes agglutinatives et je prescrivis le traitement mixte de la colique de plomb, c'est-à-dire l'usage alternatif des anti-spasmodiques et des laxatifs. Les symptômes les plus alarmans s'amendèrent bientôt sous l'influence de ces moyens; mais les douleurs spasmodiques que le malade éprouvait par intervalles dans les extrémités inférieures, ne disparurent complètement qu'au bout de cinq semaines environ. A partir de cette époque, l'état général du malade s'améliora de plus en plus; les forces et l'embonpoint se rétablirent au point que Z... ne tarda pas à revenir à un état de santé parfaite, dont il n'avait pas joui depuis quinze ans.

Le 2 octobre, on vint me chercher en toute hâte auprès de Z..., qui, disait-on, venait d'être frappé d'un coup d'apoplexie. L'invasion avait eu lieu subitement, avec perte de connaissance. A mon arrivée je trouvai le malade dans l'état suivant :

Face pâle, traits retirés, annonçant des douleurs très vives; pouls petit et médiocrement dur, marquant près de 90 pulsations par minute. Le bras gauche était complètement paralysé et insensible; cette paralysie ne s'étendait ni aux muscles de la face, ni à ceux du membre pelvien du même côté. Le

langue, naturelle sous tous les rapports, n'était déviée ni d'un côté ni de l'autre ; le ventre était retracté, insensible à la pression, ne présentant aucune espèce de hernie ; la respiration était naturelle, nullement stertoreuse. Le malade accuse d'une voix faible des douleurs atroces dans le ventre et dans les extrémités ; il venait d'avoir quelques vomissemens bilieux ; depuis plusieurs jours il n'a pas eu de selles.

Cette réunion de symptômes me fit juger que je n'avais pas affaire à une hémorragie cérébrale, mais bien à une colique et à une paralysie saturnines. Cherchant aussitôt, mais en vain, à découvrir la manière dont l'empoisonnement avait pu avoir lieu, je me perdais en conjectures, lorsque le malade m'avoua que, voyant son ulcère s'agrandir de nouveau depuis quelque temps, il avait, depuis quinze jours, appliqué, de son propre chef, sur cette surface ulcérée, les mêmes bandelettes qui précédemment avaient amené une cicatrisation si prompte. Le traitement ordinaire de la colique de plomb et l'application d'un vésicatoire sur la région cervico-dorsale produisirent un amendement tellement prompt qu'au bout de sept jours la paralysie et les autres accidens avaient totalement disparu.

Cette observation me paraît d'autant plus digne d'intérêt qu'elle offre l'exemple d'un mode d'intoxication, qui doit rendre circonspect le médecin dans l'emploi d'un moyen thérapeutique, d'ailleurs très précieux, et dont l'usage est aujourd'hui très répandu.

On sait que l'emplâtre simple entre pour deux tiers dans la composition du diachylon gommé, qui sert à la confection du sparadrap ordinaire. On sait également que l'emplâtre simple se prépare avec parties égales de litharge, d'huile d'olives et de graisse. Or, il est prouvé, depuis les belles recherches de M. Chevreul, que, dans la préparation de cet emplâtre, l'oxide de plomb, en saponifiant la graisse et l'huile, devient la base de véritables sels de plomb (margarate et oléate de plomb), qui ont la propriété de se dissoudre dans les corps gras. L'absorption saturnine chez notre malade est donc un fait qui s'explique fort naturellement. Cependant je ferai remarquer que l'on a traité jusqu'ici un très grand nombre d'ulcères, plus ou moins étendus, par l'application du sparadrap ordinaire, sans qu'il en fût résulté le moindre inconvénient pour les malades. Parmi les médecins qui ont constaté l'innocuité et les avantages de ce traitement local, je me bornerai à citer M. Velpeau, qui a traité avec le plus grand succès, au moyen de bandelettes de diachylon, les surfaces ulcérées résultant des brûlures, celles qui succèdent à la gangrène des tégumens et aux érysipèles phlegmoneux ; les plaies avec perte de substance, les ulcères scrofuleux et syphilitiques et certains ulcères que l'on aurait pu prendre pour des ulcères cancéreux. (*Revue Médicale*, juillet 1835.) Or, on n'a observé chez aucun des malades soumis à ce mode de traitement les accidens qui résultent de l'absorption du plomb. Si des accidens de cette nature se sont développés chez notre malade, il faut les attribuer, sans aucun doute, d'un côté à la grande étendue de l'ulcère, qui a été recouvert de sparadrap, et, de l'autre, à l'application prolongée de cet emplâtre, deux circonstances qui expliquent parfaitement ce qui est arrivé dans ce cas exceptionnel.

Il existerait donc certaines limites pour le traitement des surfaces ulcérées par les bandelettes de diachylon, limites que l'on ne pourrait dépasser sans compromettre la santé générale de l'individu soumis à ce genre de traitement.

Dans le cas spécial qui fait le sujet de mon observation, le malade a consommé, dans l'espace de onze semaines, 44 pieds carrés de sparadrap, avant d'avoir éprouvé les atteintes de la colique saturnine; chaque pied carré contenait exactement 114 grains d'oxide de plomb, de manière que la quantité totale d'oxide employée, avant l'invasion de la colique métallique correspond à 10 onces, 3 gros, 36 grains. J'ai estimé que la moitié seulement du sparadrap employé a été réellement en contact avec la surface dénudée; l'autre moitié ayant dépassé les bords de l'ulcère, ou recouvert des parties déjà cicatrisées.

Je suis loin de prétendre généraliser les conséquences que l'on pourrait déduire de ce fait unique; je pense, au contraire, qu'il ne faut voir, dans les résultats de cette courte analyse, qu'un simple point de comparaison qu'il sera utile de se rappeler toutes les fois que l'on se proposera de traiter de vastes ulcères, au moyen d'un topique, d'ailleurs très précieux; mais qui, passé certaines limites, peut devenir dangereux.

On ne sera pas étonné de la promptitude avec laquelle les phénomènes d'intoxication se sont déclarés pour la seconde fois chez notre malade, l'ulcère n'ayant été en contact que pendant quinze jours environ avec le sparadrap saturné. On sait depuis long-temps que la colique métallique est promptement suivie d'une rechute chez les personnes qui, à peine guéries, s'exposent de nouveau à l'absorption de l'oxide vénéneux.

Je me suis demandé si, pour prévenir les accidens dont il s'agit, l'on ne pourrait pas, dans certaines circonstances, supprimer la litharge dans la préparation du sparadrap, sans nuire à la propriété cicatrisante de ce topique (1). En remplaçant l'emplâtre simple par une quantité correspondante de cire jaune, tout en conservant les autres substances qui entrent dans la composition du diachylon gommé, l'on obtient un sparadrap parfaitement collant et en tout semblable, sous le rapport de ses qualités physiques, au sparadrap saturné. On obtient un résultat semblable, si, dans la préparation de l'emplâtre simple, on remplace la litharge par une quantité correspondante d'oxide de zinc, qui possède, jusqu'à un certain point, les propriétés *siccatives* de l'oxide de plomb. Mais, pour atteindre ce but, il faut opérer par voie de double décomposition (en traitant le sulfate de zinc par un savon alcalin); car l'oxide de zinc ne saponifie les graisses que d'une manière très imparfaite, si l'on opère directement. Il reste à savoir maintenant si ces deux espèces de sparadrap peuvent être employées dans les *mêmes circonstances*, et avec autant de succès que le sparadrap ordinaire; l'expérience, basée sur des faits multipliés, pourra seule résoudre cette question (1).

Je terminerai par une dernière réflexion, qui se représente naturellement, quand on songe à la manière dont l'absorption vénéneuse a eu lieu dans le cas qui vient de nous occuper.

Suivant l'opinion la plus généralement répandue, la *colique des peintres* serait due à des *émanations* saturnines qui agissent à distance à la manière des miasmes. Nul doute que dans les ateliers où les préparations de plomb sont obtenues par des procédés pyrotechniques (dans les fabriques de minium, par exemple), l'atmosphère ne se charge d'une poussière imperceptible d'oxide de plomb. Cette poussière pouvant être déposée, en partie, sur la surface cutanée des ouvriers, et, en partie sur la muqueuse des voies aériennes, par l'acte de la respiration, on conçoit bien qu'elle puisse finalement produire les accidens d'une absorption lente et prolongée; mais chez les peintres, il est impossible d'admettre ce mode d'intoxication. Le sous-carbonate et les oxides de plomb qui entrent dans la composition des couleurs sont, dès le principe, fixés au moyen d'une huile grasse ou résineuse qui rend impossible toute espèce d'émanation ou de dispersion des molécules métalliques.

Je suis loin, sous ce rapport, de partager l'opinion de M. Gendrin (*Transact. méd.*, 1832), qui suppose que, dans ce cas, le plomb se volatilise avec les essences qui entrent dans la composition des vernis. Outre que cette manière de voir n'est pas confirmée par l'expérience chimique, il faudrait, suivant cette hypothèse, que les personnes qui se trouvent dans la même atmosphère que l'ouvrier, celles, par exemple, qui habitent des appartemens fraîchement peints, éprouvassent comme lui les fâcheux effets des émanations saturnines, ce qui n'est rien moins que d'accord avec l'observation journalière.

Sans recourir à des suppositions plus ou moins hasardées, il suffit d'avoir vu travailler les peintres en bâtimens et les broyeurs de couleurs pour découvrir sur le champ la cause incontestable de l'absorption délétère dont ils sont si fréquemment les victimes. La plupart de ces ouvriers ont leurs mains recouvertes, pendant la plus grande partie de la journée, d'une couche plus ou moins considérable de vernis au plomb; ceux, surtout, qui sont chargés du broiement des couleurs à l'huile, font tout ce qu'il faut pour favoriser l'absorption du métal; les uns, en maniant le pilon; les autres, en malaxant entre leurs mains le sachet de toile serrée par lequel ils font passer la masse colorante, pour l'obtenir homogène et parfaitement divisée. Si l'onguent mercuriel appliqué sur la peau, ou frotté sur la paume des mains peut produire la salivation, pourquoi le vernis au plomb, véritable onguent saturnin, ne pourrait-il pas donner lieu, dans les mêmes circonstances, à l'absorption du plomb, et, par suite, aux accidens qui en résultent?

Je n'aurais pas soulevé cette question, qui ne serait qu'un sujet de controverse oiseuse, s'il ne fallait pas y rattacher des conséquences pratiques qui ne sont pas sans importance pour l'hygiène des peintres. Si, en effet, comme il est probable, la colique saturnine est déterminée chez eux par la cause que nous venons de signaler, il existe des moyens aussi sûrs que faciles pour les garantir des atteintes de la cruelle maladie à laquelle ils sont si fréquemment en proie. Ces moyens consisteraient 1° dans l'usage de gants imperméables qui permettraient à l'ouvrier de manier les vernis au plomb sans s'exposer à leur contact; 2° dans la précaution fort simple de se laver les mains, pour peu qu'elles soient souillées de

(1) Je ne partage pas l'opinion de quelques auteurs qui pensent que cette propriété est due à une action purement mécanique, à la compression, par exemple, exercée par les bandelettes. J'ai eu l'occasion de m'assurer que la cicatrisation d'ulcères rebelles pouvait être obtenue par l'application pure et simple du sparadrap *bien préparé*, sans le secours d'une compression aucune. M. Velpeau a également constaté des faits de cette nature.

(1) Je traite dans ce moment plusieurs ulcères chroniques par l'application du diachylon gommé, dans la composition duquel l'emplâtre de plomb a été remplacé par de la cire jaune. J'ai observé que l'amélioration de ces ulcères est à peu près aussi prompte qu'elle l'est ordinairement sous l'influence du sparadrap saturné. L'un de ces ulcères (ulcère variqueux de la jambe), dont la surface n'offrait à la vérité qu'un pouce de diamètre, s'est presque entièrement cicatrisé dans l'espace de 20 jours.

matières plombifères, et cela, chaque fois que l'on cesse de travailler, d'abord avec de l'huile, puis avec de l'eau et du savon, et enfin avec de l'eau acidulée par l'acide sulfurique. On pourrait ajouter à ces moyens prophylactiques l'usage interne de la limonade sulfurique qui, à ce titre, conviendrait parfaitement aux ouvriers chargés d'appliquer ou de préparer des couleurs au plomb. Il est plus que probable que si ces mesures de précaution étaient adoptées et fidèlement suivies, la colique des peintres finirait par devenir une maladie fort rare.

LETTRE DE M. VALENTIN MOTT SUR L'ABLATION DE LA CLAVICULE.

Paris, le 11 janvier 1838.

Mon cher confrère,

Dans le dernier numéro de votre excellent journal, j'ai lu un court exposé de l'opération d'excision de la clavicule, exécutée par M. Travers, de Londres. Comme il n'y est fait aucune mention de l'opération que j'ai exécutée le 17 juin 1827, et qui a été la première opération formidable de ce genre qui ait été pratiquée et publiée dans l'*American Journal of the Medical sciences*, je prends la liberté de vous demander de me faire la justice d'établir le fait dans votre prochain numéro. Si vous receviez habituellement à cette époque le journal que je viens de citer, je ne doute point que vous puissiez rendre compte de mon opération dans la GAZETTE MÉDICALE. Sir B. Brodie, qui était dernièrement à Paris, m'informant de l'opération de M. Travers, me parlait de la mienne comme la première qui ait été exécutée.

Le zèle et le talent que vous apportez dans la rédaction de la GAZETTE MÉDICALE, et l'empressement que vous mettez à accueillir tout ce qui peut servir aux progrès de la science, me permet de vous faire cette communication. Si vous n'avez pas rendu compte dans le temps de l'article publié sur mon opération, je me ferai un véritable plaisir de vous en fournir un exemplaire.

Agréez, etc.

NOTE DU RÉDACT. — Nous avons retardé l'insertion de la lettre de notre célèbre confrère dans l'espoir qu'il pourrait nous procurer l'article dont il parle, et nous mettre à même de lui rendre complètement justice. Il n'a pu jusqu'ici retrouver d'exemplaire de cet article; mais il l'a trouvé si exactement analysé dans les *Élémens de médecine opératoire* de M. Velpeau, qu'il en a copié lui-même l'extrait pour nous l'adresser. Voici, d'après cet auteur, les principales particularités de l'opération, si difficile et si hardie, de M. Mott:

« Dans l'état de maladie, cette opération doit être une des plus difficiles de la chirurgie. Elle a cependant été pratiquée une fois, et avec un plein succès, par M. Mott, le 17 juin 1827, à New-York, chez un jeune homme âgé de 19 ans, affecté d'ostéosteatome.

OBS. — La tumeur avait le volume des deux poings réunis, s'étendait jusqu'auprès de l'angle maxillaire et de l'os hyoïde, d'une part; jusqu'au moignon de l'épaule et à l'articulation sterno-claviculaire, de l'autre. L'opération a été des plus laborieuses. Il a fallu placer plus de quarante ligatures avant de la terminer. M. Mott commença pas une incision en demi-lune à convexité inférieure et portée d'une extrémité de la clavicule à l'autre, comme pour détacher la tumeur de bas en haut. Il en fit une seconde, supérieure, étendue de l'acromion au bord externe de la jugulaire externe; coupa le peaucier et une portion du trapèze; passa un conducteur cannelé; puis, au moyen d'une sonde à œil, une petite scie à chaînons sous la clavicule qu'il divisa un peu plus près de l'acromion que de l'apophyse coracoïde. Ne pouvant encore renverser la masse morbide, l'opérateur réunit, par une troisième incision, l'extrémité sternale de la première avec la seconde; lia la jugulaire externe sur deux points, et en fit la section dans l'intervalle; divisa la portion externe du muscle sterno-mastoïdien à deux pouces au-dessus de son origine, et la renversa sur le sternum; put écarter et repousser le muscle omoplat-hyoïdien en haut et en arrière; fut obligé de lier et de diviser encore la jugulaire externe, de séparer péniblement à l'aide de bistouri ou de mouche de scalpel, la veine sous clavière, et même le canal thoracique des tissus dégénérés; des nombreux rameaux venant sans doute des artères tiroïdienne inférieure, cervicale-transverse, sus-scapulaire, acromiale, etc., furent liées aussitôt que divisées. — Une dernière incision, dont je ne comprends pas bien l'utilité, fut pratiquée dans le trajet de la quatrième côte pour diviser les fibres du muscle grand pectoral en partant de la première plaie. Après avoir opéré la section du ligament costo-claviculaire, et celle du muscle sous-clavier, M. Mott put enfin enlever toute la tumeur, et finir par la désarticulation de l'extrémité sternale de la clavicule.

On remplit la plaie de charpie. De longues bandelettes emplastiques en maintinrent ensuite les lèvres aussi exactement rapprochées que possible. Aucun accident grave n'est survenu. La guérison était à peu près complète vers la fin de juillet, et moyennant une machine appropriée, qui remplace jusqu'à un certain point la clavicule, le malade conserve presque tous les usages de son bras. (*Vol.* I, p. 574, 575 et 576.)

Depuis l'opération, nous écrit M. Mott, le sujet a continué de jouir d'une bonne santé et de porter son appareil.

LETTRE DE M. LE DOCTEUR CAZENAVE SUR LA CAUTÉRISATION DES FOSSES NASALES DANS LE TRAITEMENT DE LA TUMEUR ET DE LA FISTULE LACRYMALES.

Bordeaux, le 2 février.

Monsieur le rédacteur,

M. le docteur Bonnet, chirurgien en chef de l'hôtel-Dieu de Lyon, a publié, dans le numéro d'octobre dernier du *Bulletin général de thérapeutique*, un excellent travail *sur la cautérisation du méat inférieur des fosses nasales dans le traitement de la tumeur et de la fistule lacrymales*. Je prends la liberté d'observer à ce savant et très ingénieux confrère que je l'ai devancé dans l'invention et l'application pratique de cette médication, puisqu'elle date pour moi de 1831 et que je la publiai en 1835 dans mon ouvrage sur le coryza chronique et l'ozène non vénérien.

« Comme la membrane pituitaire n'est jamais phlogosée à l'état aigu ou chronique, ai-je dit dans cet ouvrage, page 17, sans que le prolongement qu'elle fournit dans le canal nasal le soit aussi, et que d'ailleurs cette inflammation détermine un gonflement de la valvule muqueuse qui occupe l'extrémité inférieure de ce conduit, il en résulte souvent que l'épiphora, que ce symptôme commun de tous les obstacles apportés au cours de larmes a lieu, et prédispose, soit à une tumeur, soit à une fistule lacrymale, si l'on ne parvient pas à guérir le coryza chronique. Ces conséquences fâcheuses sont plus particulièrement observées lorsque les inflammations chroniques de la membrane pituitaire succèdent à la variole, à la rougeole, à la scarlatine, ou tiennent à quelque *vice*, si vice il y a, vénérien, scrofuleux, dartreux ou psorique.

» .... Trois épiphoras et deux tumeurs lacrymales commençantes, occasionées par des rhinites chroniques, s'étant présentés à mon observation, je me suis borné à les traiter en cautérisant la membrane pituitaire. Ce moyen qui a complètement réussi sur quatre sujets a échoué sur un cinquième (tumeur lacrymale), probablement parce qu'une céphalalgie, à peu près permanente, entretenait une congestion sanguine, permanente aussi, de la membrane pituitaire. »

Depuis cette époque, j'ai été plus hardi ou mieux inspiré, et je suis parvenu à guérir un bon nombre de tumeurs et de fistules lacrymales par la cautérisation du méat inférieur des fosses nasales que j'ai dit (page 31 de l'ouvrage cité) être inoffensive. Déjà, dans le mois d'août 1835, j'avais guéri, par ce procédé, la fistule lacrymale d'une dame, que mon ami le docteur Arthand m'avait adressée, et que rencontrait souvent chez moi un libraire de Bordeaux, M. Granet, que je traitais alors d'un coryza chronique.

Recevez, etc. J.-J. CAZENAVE.

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ COMPLET D'ANATOMIE CHIRURGICALE GÉNÉRALE ET TOPOGRAPHIQUE DU CORPS HUMAIN; par M. Velpeau, professeur à la Faculté de médecine, chirurgien de l'hôpital de la Charité, etc. — Troisième édition entièrement refondue. 2 forts volumes in-8°. Paris, 1837.

Considérée comme science, l'anatomie chirurgicale est une branche toute nouvelle, et dont la gloire de la fondation appartient presque exclusivement à l'école de Paris. Il en est autrement sous le point de vue de ses applications pratiques. L'histoire de l'art nous apprend, en effet, que depuis Galien jusqu'à notre époque les praticiens ont fait de l'anatomie chirurgicale, sans y attacher pourtant une signification aussi spéciale que nous le faisons de nos jours. S'il est vrai que l'anatomie chirurgicale n'est autre chose que l'anatomie classique considérée dans ses rapports avec la pathologie chirurgicale et la médecine opératoire, ou, en d'autres termes, que l'interprétation des maladies et le guide des opérations qu'elles réclament à l'aide du flambeau de l'anatomie, il est vrai aussi qu'en perforant le sternum, en liant l'artère crurale, en ouvrant la vessie par l'hypogastre, en tré-panant le crâne, etc., Galien, M. A. Séverin, Franco, A. Paré, etc., ont fait de l'anatomie chirurgicale. Les mémoires de l'Académie de chirurgie et les immortels travaux de Morgagni, Scarpa, Desault, Boyer, Dupuytren, et de sir Astley Cooper, etc., ne sont-ils pas entièrement basés sur cette anatomie d'application? Il faut convenir néanmoins que, malgré les nombreux fragmens d'anatomie chirurgicale consignés dans une foule d'ouvrages, un monument complet et méthodique n'avait pas encore été élevé à cette science; son importance est devenue telle de nos jours qu'elle est regardée avec raison comme le complément des études chirurgicales.

Telle que M. Velpeau l'a conçue, l'anatomie chirurgicale se propose d'expliquer les nombreuses particularités, soit de pathologie, soit de chirurgie, soit de médecine opératoire, qui se rapportent à l'état appréciable des organes; elle empiète, comme on le voit, sur l'anatomie pathologique, et ne saurait être pourtant confondue avec elle, ni avec l'anatomie descriptive, ni même avec l'anatomie normale des régions.

D'après le plan indiqué par le titre même de l'ouvrage, M. Velpeau divise son sujet en deux parties : la première est consacrée à l'anatomie chirurgicale générale; elle embrasse la moitié du premier volume; la seconde comprend l'anatomie topographique ou des régions proprement dite.

Dans une introduction de 150 pages, l'auteur s'attache à faire connaître les découvertes les plus récentes en anatomie qu'il examine sous le point de vue chirurgical; elles se rangent en plusieurs groupes. Dans le premier de ces groupes se présente l'intestin rectum. Cet organe est pourvu d'un sphincter supérieur, qui avait échappé jusqu'à ces derniers temps à l'investigation des anatomistes; il est placé à quatre pouces de l'anus. C'est une sorte d'anneau charnu, qui répond justement à l'endroit où se montrent le plus souvent les rétrécissemens. Ses usages seraient de jouer plusieurs rôles importans dans l'acte de la défécation et dans la rétention volontaire des matières. C'est surtout après la section des sphincters inférieurs dans les opérations de la fissure, de la fistule à l'anus, de l'extirpation de la portion inférieure du rectum, de la destruction d'une partie de ce conduit dans les fistules vésico-rectales, que le sphincter en question acquiert une très grande importance; puisqu'il reste seul alors chargé de la rétention des matières fécales; aussi présente-t-il une hypertrophie remarquable dans ces circonstances. Ces idées, du reste, sur l'existence et les fonctions de l'anneau musculaire dont il s'agit se trouvent longuement exposées, dès 1835, dans le livre intéressant de M. O'Beirn et dans le travail plus récent de M. Syme, sur les fonctions et les maladies du rectum.

Les parois abdominales, le bassin, et les parties qu'on y rencontre, et les transformations musculaires, tels sont les sujets des groupes suivans. Pour ce qui est des parois abdominales et du bassin, on y trouve plutôt des éclaircissemens que de véritables découvertes. Les aponévroses et les fascia, et les muscles de ces régions, ont été plus délicatement disséqués que par le passé, et ces idées ont été avec avantage appliquées à la pathologie herniaire. Ces détails cependant, qui sont exposés avec beaucoup de clarté dans le livre de M. Velpeau, sont peu accessibles à l'analyse. Les transformations musculaires sont dignes de méditation. On savait jusqu'à présent que les muscles pouvaient se convertir en tissu fibreux; mais on ignorait que le contraire pouvait avoir lieu, c'est-à-dire que le tissu fibreux et tendineux pût devenir musculaire dans certaines circonstances; c'est ce que les faits suivans rendent incontestable.

« 1° Les ligamens ronds de la matrice, qui, dans l'état ordinaire, sont fibreux et nacrés, deviennent charnus pendant la gestation, et même quand la grossesse est interstitielle au tubaire.

» 2° Les bandelettes longitudinales du colon sont ordinairement fibreuses et nacrées; elles se trouvaient charnues dans le fameux cas qui s'est montré, il y a deux ans, à la Salpétrière, chez une femme qui avait sept cents noyaux de cerise dans le cœcum et le colon ascendant, et une oblitération complète au colon transverse.

» 3° Chez le fœtus l'ouraque est charnu jusqu'à l'ombilic, non seulement dans l'espèce humaine, mais encore chez les autres vertébrés. Plus tard il devient fibreux et nacré jusqu'au sommet de la vessie; dans les cas d'hypertrophie de la vessie, il redevient charnu vers sa base.

4° Dans une hernie ordinaire, non maintenue, aussi bien que dans une hydrocèle d'un volume moyen, les extrémités inférieures des crémastères, habituellement fibreuses, deviennent charnues. »

Ces faits et une foule d'autres analogues, contenus dans le livre de M. Velpeau, ont conduit l'auteur à cette conclusion générale que le tissu fibreux et le tissu musculaire sont toujours continus, et ne forment que deux nuances d'un même système organique, ou, en d'autres termes, que le tissu fibreux forme la trame du tissu charnu, et que ce système devient tissu musculaire ou fibreux, selon que la fibrine s'y dépose ou s'en échappe.

Non seulement les dernières recherches ont démontré que le tissu fibreux est en continuation avec le tissu musculaire dans toutes les régions du corps, mais encore que les fibres de ce système s'entrecroisent obliquement entre elles, surtout à l'abdomen et au périnée, d'une manière plus uniforme que ne l'avaient indiqué les dissections de Santorini, Winslow, Scarpa et A. Cooper. Il résulte de là que toute contraction musculaire a une action immédiate sur les aponévroses qui en dépendent, et que les organes en rapport avec ces aponévroses peuvent éprouver une compression plus ou moins forte, sous l'influence de l'action musculaire. Ainsi, par exemple, les ouvertures aponévrotiques de l'abdomen, dont les contours forment des losanges, doivent, à chaque contraction des muscles de cette région, être converties en ellipses allongées, en boutonnières, ou fentes, et comprimer les parties qui les traversent (vaisseaux, nerfs, hernies). Il est impossible, par conséquent, dit M. Velpeau, de nier désormais l'étranglement spasmodique des hernies, et de quelques autres parties, sur lequel on a tant discuté depuis un demi-siècle.

Le premier chapitre de l'anatomie générale a pour sujet l'appareil cutané. L'auteur le considère sous le triple point de vue de sa structure, de ses inégalités et de ses maladies : il assigne des maladies particulières à chacun des élémens qui le constituent. L'érysipèle, la pustule maligne, le furoncle, l'anthrax, le charbon, les kystes pileux, la couperose, les boutons de la petite vérole, la lèpre, les différentes espèces de teigne, et les nombreuses autres affections éruptives de la peau, ont chacune leur siége spécial dans tel ou tel élément du derme; de là la phénoménalogie particulière que chacune d'elles présente. Le passage suivant fera mieux comprendre l'énoncé qui précède :

« L'aspect ombiliqué, dit M. Velpeau, des boutons de la variole ou de la vaccine, le pointillé de leur cicatrice, portent à croire que, si les follicules sébacés ne sont pas le siége de ces deux exanthèmes, comme je l'avais pensé et comme M. Deslandes l'a dit depuis, il n'en faut pas moins placer le point de départ dans quelques canalicules du derme. J'en dirai autant de la lèpre, dont les écailles primitives sont toutes déprimées au centre et garnies d'une petite pointe à leur surface profonde, tandis que le psoriasis, le prurigo, le pythiriasis et la plupart des affections squammeuses ou vésiculeuses dépendent plutôt d'une altération des *canaux de la sueur.* »

Le furoncle n'a pour siége spécial, d'après M. Velpeau, que les cavités *lymphifères*, décrites par Eichhorn; les dartres, au contraire, sont sous la dépendance des artères *séreuses* et des canaux *sudorifères*.

Les productions cornées, qui sont, comme on sait, une altération de l'épiderme, doivent leur forme à ce que les deux feuillets albides, dénaturés en même temps, sont accompagnés d'une végétation, d'une hypertrophie de quelques papilles cutanées. Les verrues diffèrent des productions cornées, en ce qu'elles sont une transformation très circonscrite, non plus de l'épiderme seulement, mais bien de toutes les couches annexés de la peau, y compris le réseau capillaire, etc.

Cette manière d'envisager la pathologie cutanée est philosophique; mais elle peut donner quelquefois l'hypothèse pour la réalité; aussi faudra-t-il toujours donner au temps la confirmation ou l'infirmation de certaines opinions très ingénieuses, d'ailleurs, que l'auteur a avancées dans ce chapitre.

Quant aux inégalités tégumentaires, l'auteur en reconnait plusieurs espèces; les plus importantes sont les plis circum-articulaires qui se rattachent à quelques manœuvres de médecine opératoire. Camper a été le premier, à ce que nous sachions, à reconnaître que les rides de la figure et de plusieurs autres parties du corps offraient une direction pareille à celle des fibres des muscles sous-jacens; c'est ce qu'on peut vérifier surtout à la figure de certains vieillards. Ce chapitre, du reste, offre au total d'excellentes idées de pathologie générale. Néanmoins, puisque l'auteur a cru devoir soumettre à l'interprétation anatomique toutes les lésions de l'appareil cutané, nous devons regretter qu'il n'ait fait aucune mention des kystes pileux, dont la structure offrait des particularités si remarquables, ni de l'atrophie du derme chez le nègre, dont le caractère le plus curieux est la décoloration terreuse, ni enfin des ulcères chroniques et des suppurations artificielles (vésicatoires, sétons, cautères, etc.).

Le tissu cellulaire forme la matière du second chapitre; l'auteur le distingue en sous-cutané et profond. Le premier offre deux variétés, la couche aréolaire, superficielle ou graisseuse, et la couche lamellée ou profonde, qui est en rapport avec les aponévroses, et qui ne contient presque jamais de graisse. Cette dernière variété, M. Velpeau croit être le premier à la signaler; il est juste de dire cependant que Béclard, et, après lui, Lobstein, avaient décrit cette espèce de tissu sous le nom de tissu *lamellaire*, qu'ils ont bien distingué du tissu cellulo-graisseux proprement dit. Ces auteurs ont considéré principalement le tissu lamellaire aux paupières, dans les espaces inter-lobulaires du poumon, au scrotum et dans quelques autres régions; mais M. Velpeau envisage ce sujet d'une manière plus générale, et sous un point de vue tout-à-fait pratique.

Les inflammations et les suppurations qui envahissent le tissu lamellaire ou profond ont en général une grande tendance à la diffusion, tandis que celles de la couche superficielle ou graisseuse se circonscrivent très facilement : la raison de ce phénomène est tout anatomique, comme on le voit. De là la pratique sur laquelle M. Velpeau insiste avec raison, de multiplier de bonne heure les ouvertures extérieures pour prévenir les fusions purulentes. M. Velpeau attribue aussi à la lésion du tissu lamellaire

sous-dermique les fusées purulentes et l'érysipèle phlegmoneux qu'on observe à la suite de certaines plaies qu'on a réunies par première intention. Pour peu qu'une certaine quantité de fluide, dit-il, ait été infiltré dans l'épaisseur de ces lamelles, c'est-à-dire entre l'aponévrose et la couche aréolaire ou feutrée, et que la plaie ait été exactement réunie, l'accident en question est à craindre. Heureux le malade si les premiers signes de l'érysipèle dessillent les yeux du chirurgien, et lui font conjurer l'orage par l'ouverture de la plaie et l'emploi des autres moyens appropriés. La diffusion purulente peut devenir tellement considérable dans ces circonstances qu'un membre entier peut en être envahi, au point que toute sa circonférence sous-dermique peut se convertir en une espèce de lac purulent, ainsi que nous en avons vu des exemples. M. Velpeau cite un cas de cette espèce où le pus avait fusé de la racine des doigts jusqu'à l'épaule, et occupait en même temps toute la périphérie de l'avant-bras et du bras. La matière suit dans ces circonstances la direction de la face antérieure de l'aponévrose.

A la suite de ces considérations se présentent des remarques importantes sur les lipomes, les bourses muqueuses et les dépôts sanguins. M. Velpeau parait adopter encore relativement à la formation des lipomes la vieille doctrine qui enseigne que ces tumeurs résultent d'une hypertrophie du tissu graisseux sous-cutané.

Vient un chapitre consacré aux aponévroses, puis un autre à l'appareil musculaire. Dépourvues de vaisseaux sanguins les aponévroses ne vivent que d'imbibition d'après M. Velpeau; aussi se mortifient-elles aisément lorsque la suppuration s'empare de la couche cellulaire qui en double les deux faces. Attendu leur peu d'extensibilité les aponévroses règlent la direction du développement des tumeurs qui sont en rapport avec elles; elles repoussent vers la peau les abcès, les kystes et les autres grosseurs qui se forment à leur face antérieure, et vers le centre du corps ou les cavités viscérales, celles qui naissent sur la face opposée. Cette règle cependant, établie par l'auteur comme générale, peut subir un très grand nombre d'exceptions.

Les aponévroses sont, comme on sait, très sujettes à des éraillures; cela tient uniquement à la rupture de leur trame cellulaire et à l'écartement consécutif de leurs fibres. Ces éraillures exposent à des hernies et à des étranglemens par le pincement qui a lieu entre leurs bords.

Lorsqu'une suppuration a lieu au-dessous d'une aponévrose, les doigts du chirurgien, dit avec raison M. Velpeau, en sentent difficilement la fluctuation; aussi le praticien ne doit-il pas oublier dans cette circonstance le caractère des suppurations profondes signalées par J.-L. Petit, l'œdème circonscrit à la peau, etc. (*Mém. de l'Acad. de Chir.*). Cet œdème dépend probablement de la transpiration de la partie la plus ténue de la matière purulente à travers les mailles de l'aponévrose.

On a beaucoup parlé des hernies musculaires à travers les brèches accidentelles des aponévroses, M. Velpeau parait croire à ces sortes de hernies. Pour nous, elles sont encore problématiques. Nous avons vu deux fois Dupuytren emporter une portion du *fascia lata* au milieu de la cuisse pour des tumeurs érectiles formées dans cette région; aucune hernie musculaire n'a eu lieu. On en conçoit la raison, en réfléchissant au tissu inodulaire de la cicatrice, qui remplace jusqu'à un certain point la portion enlevée de l'aponévrose.

Du reste, M. Velpeau pense que les aponévroses de certaines régions agissent comme des instrumens anti phlogistiques dans quelques inflammations profondes, par suite de la compression uniforme qu'elles exercent à la guise des bandages roulés.

Le système musculaire est considéré d'abord sous le triple point de vue de sa composition, de ses rapports et de ses fonctions; puis de ses connections avec les tendons, les toiles et gaînes synoviales.

La fibre musculaire ne s'enflamme que difficilement : lorsqu'un muscle suppure, c'est à sa gaîne ou à son tissu cellulaire qu'il faut en rapporter le travail phlogistique. C'est aussi à la même trame cellulaire qu'il faut rapporter l'impuissance des muscles enflammés, et leur rétraction qui suit souvent la paralysie ou l'inaction. « Si les petites gaînes, dit l'auteur, qui enveloppent chaque filament musculaire s'irritent au point de s'enflammer modérément, l'organe devient douloureux et ne peut plus remplir ses fonctions; mais la ténuité de la couche enflammée empêche la production du pus. Lorsque ces gaînes ne subissent qu'un simple resserrement, une coarctation, elles réagissent naturellement sur l'élément fibrineux, en raccourcissant ses fibres, d'où, la contracture et la rétraction. »

Chaque muscle reçoit ordinairement un cordon nerveux d'un certain volume qui s'y engage un peu au-dessus de la partie moyenne, et se divise aussitôt en deux branches; l'une pour la portion supérieure; l'autre pour la portion inférieure de l'organe. Le point précis de cette insertion mérite plus d'attention qu'on ne lui en a donné.

Coupés au-dessous, les muscles ne sont paralysés que par leur bout inférieur. Leur portion supérieure, conservant au contraire toute sa vitalité, se rétracte avec une force considérable, ainsi que le démontrent les amputations du tiers inférieur de la cuisse, entre autres. Au-dessus, il n'en est pas de même. C'est leur partie supérieure qui se paralyse alors, et de telle sorte qu'ils doivent se raccourcir à peine dans les amputations du tiers supérieur des membres. On voit déjà de quelle importance pratique sont les simples notions qui précèdent.

Nous passons les trois chapitres suivans, qui sont relatifs aux systèmes vasculaire, nerveux et osseux: quoique bien faits, ils n'offrent rien de bien neuf.

Arrivons à la seconde partie de l'ouvrage de M. Velpeau : à l'anatomie topographique ou des régions. Le corps de l'homme est ici, d'abord, considéré dans son ensemble; puis viennent les régions de chaque grande section. Les poils, les rides et dépressions, les saillies, la couleur et la stature de l'homme se présentent en première ligne sous le rapport des maladies et des opérations chirurgicales. Le tronc, et surtout la colonne vertébrale, fournit aussi quelques considérations générales.

Le tronc offre, à peu de chose près, la même stature chez tous les hommes; la différence de hauteur tient principalement, comme on sait, à la longueur des membres pelviens et du cou. Aussi, plusieurs hommes de taille différente paraissent presque tous de la même grandeur, lorsqu'ils sont à cheval.

Les parties compactes, solides et pesantes du tronc en occupent le plan postérieur; on s'explique par là comment, abandonné à lui-même dans l'eau, le corps de l'homme se retourne toujours sur le dos. Cette remarque n'avait pas échappé aux observateurs des temps passés.

Le reste de ces généralités porte sur des questions fort importantes; mais elles sont si rapidement effleurées que l'analyse peut à peine les atteindre. Il en est autrement des chapitres qui suivent.

Dans la description des régions particulières, tout est substantiel, positif et important à connaître.

La région cranienne offre trois sections, la frontale, la temporo-pariétale, l'occipito-mastoïdienne.

Un dernier paragraphe de ce chapitre est consacré à des considérations générales sur le trépan, les phlogoses craniennes, les épanchemens sanguins et quelques autres lésions. L'auteur énumère six espèces d'épanchemens de sang et de tumeurs sanguines dans cette région; savoir, sous la peau, sous l'aponévrose, sous le péricrâne, sur la dure-mère, à la surface et dans l'épaisseur du cerveau.

La région nasale est étudiée avec un soin tout particulier, tant sous le rapport anatomique que sous celui des applications à la pathologie et aux opérations.

Tout le monde connaît le fameux pronostic de Galien, concernant l'épistaxis : M. Velpeau croit que lorsque la muqueuse nasale se colore en rouge dans certaines maladies, on peut prédire, comme Galien, la prochaine déclaration de l'irruption sanguine.

Les relations immédiates des fosses nasales avec la base du crâne permettent quelquefois la formation d'hernies cérébrales dans le nez qu'on peut prendre pour des polypes : M. Velpeau a eu l'occasion d'observer des fongus de la dure-mère prolapsés dans les fosses nasales.

En parlant de la pathologie des polypes muqueux des narines, l'auteur paraît adopter tout à fait les anciennes idées à cet égard. Il est cependant prouvé depuis le travail de Delpech que les polypes en question ne sont que le résultat d'un œdème ou d'une infiltration du tissu cellulaire sous-muqueux, et non une affection de la membrane muqueuse elle-même. Le chirurgien de Montpellier s'est assuré sur le cadavre que cette maladie se rattache souvent à une lésion de l'os avec lequel le tissu en question se trouve en rapport.

L'examen des organes des sens et de leurs entourages occupe un grand nombre d'articles. Vient ensuite le cou dont les régions offrent un si haut intérêt, surtout sous le rapport de la médecine opératoire.

Après avoir parcouru les différentes régions de la poitrine et de l'abdomen, l'auteur termine son ouvrage par l'anatomie chirurgicale des membres.

Le livre dont nous venons de rendre compte est déjà avantageusement connu dans la science. Cette édition offre de tels changemens qu'elle diffère considérablement des précédentes. C'est un ouvrage de longue haleine dans lequel se trouvent consignés une infinité de vues ingénieuses, d'idées neuves et importantes de chirurgie. On pourrait cependant faire à l'auteur le reproche d'avoir trop empiété sur le champ de la pathologie, et donné par conséquent à son livre plus d'étendue qu'il n'aurait dû avoir. En considérant néanmoins la manière *grandiose* dont l'auteur conçoit l'anatomie chirurgicale, ce défaut disparaît en partie, et ses lecteurs conviendront avec nous que l'ouvrage de M. Velpeau est une production des plus remarquables et des plus importantes de l'époque.

— L'Art de formuler, ou tableaux synoptiques des doses, des médicamens et des formes pharmaceutiques sous lesquelles ils doivent être administrés; par Gautherin, docteur en médecine. Deuxième édition, augmentée d'un Formulaire pratique, contenant les formules le plus généralement employées dans les hôpitaux de Paris. Par MM. Alibert, Bally, Biett, Boyer, J. Cloquet, Cruveilhier, Dupuytren, Fouquier, Jadelot, Lerminier, Lugol, Magendie, Récamier, Ricord, Trousseau, Velpeau, etc., etc. — Paris, 1838. Un volume in-18, de près de 400 pages, cartonné; prix : 5 fr. A la librairie des sciences médicales de Just Bouvier et E. Le Bouvier, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

IMPRIMERIE DE FÉLIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

Nº 7. (TOME VI. — 1838.) SAMEDI 17 FÉVRIER 1838.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4º 32 colonnes, et qui équivant à 6 feuilles in-8º.—Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Poissonnière*, nº 5, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

REVUE GÉNÉRALE.

CLÔTURE DE LA DISCUSSION DE L'ACADÉMIE SUR L'INTRODUCTION DE L'AIR DANS LES VEINES.

La discussion de l'Académie sur l'introduction de l'air dans les veines a fini comme les discussions précédentes, d'une manière un peu brusque et inattendue. A la fin de ces espèces de débats, l'attention de l'assemblée est épuisée, fatiguée, impatientée par des répétitions et des développemens hors de propos, au milieu desquels il est souvent difficile de reconnaître les points véritablement en litige. Pour couper court à ces divagations excentriques, où les personnes prennent souvent la place des choses, l'Académie est obligée de briser avec la méthode, voire même avec la politesse. Cette fois cependant il y a en progrès. Un résumé de la discussion a été présenté par le rapporteur de la commission. M. Bouilland, dont l'esprit net et incisif est propre à une pareille mission, l'a remplie avec talent et impartialité. Peut-être s'est-il trop préoccupé des objections individuelles, et aurait-il mieux fait de préciser les points de science éclairés par M. Amussat, par le travail de la commission, par divers membres de l'Académie, et enfin par la discussion générale. C'était là, ce nous semble, la manière la plus profitable de terminer une discussion qui n'aura pas été sans résultats. Nous n'avons pas la prétention de faire ce que n'a pas fait M. Bouilland, du moins d'une manière aussi complète et aussi explicite que nous l'aurions désiré; mais nous allons jeter un coup-d'œil rapide sur les questions qui ont été agitées, sur celles qui ont été éclairées, et sur celles qui réclament encore de nouvelles lumières.

Tout ce qu'on avait fait précédemment sur la question générale de l'introduction de l'air dans les veines était mal connu. MM. Bouilland et Barthélemy se sont livrés à des recherches qui ont singulièrement éclairé

Feuilleton.

QUELQUES APPLICATIONS DE LA PHYSIOLOGIE ET DE LA MÉDECINE A L'ÉTUDE DE L'HISTOIRE;

Par M. Lisle, élève des hôpitaux.

CAIUS CALIGULA.

Je lisais, il y a quelque temps, l'histoire des empereurs romains dont les noms sont parvenus jusqu'à nous, couverts des malédictions des historiens contemporains. En voyant tant d'insolente audace dans le crime; tant d'incohérence dans les idées et dans les actions; tant de dévergondage et d'impudeur, je fus frappé d'une idée à laquelle personne, je crois, ne s'était encore arrêté d'une manière sérieuse; plus j'étudiai cette époque, unique dans les annales du monde, et plus cette idée prit à mes yeux tous les caractères de la vérité. Je finis par me convaincre que ces hommes, que l'histoire nous a peints sous des couleurs si sombres, et qu'elle nous a appris à détester, méritaient plutôt notre pitié que notre haine, que c'étaient en un mot de véritables aliénés.

Cette idée pourra paraître paradoxale à bien des gens. Cependant, après les importans travaux de MM. les docteurs Leuret et Lélut, qui les premiers ont démontré qu'un grand nombre des hommes les plus célèbres dans l'histoire étaient des aliénés, je crois que ma prétention ne paraîtra pas aussi hasardée. Et, d'ailleurs, ma tâche ne sera pas, je pense, bien difficile. La matière est si féconde, les faits à l'appui de ma proposition sont si nombreux, que je n'aurais que l'embarras du choix. Je ne ferai pas ici l'histoire complète de chacun des empereurs dont je m'occuperai successivement; je me contenterai de rapporter les traits les plus importans de sa vie; ceux que tout le monde connaît; ceux surtout qui font le mieux connaître son caractère et ses passions. Je commencerai par Caligula.

Caius Caligula succéda jeune encore à Tibère. Il gouverna d'abord avec assez de justice et de sagesse, de manière à faire présager au peuple romain un règne glorieux et prospère; mais, peu de temps après, il tomba malade, et ne guérit que pour commencer la série de crimes et d'extravagances qui ne finirent qu'avec sa vie. Tous les historiens s'accordent à reconnaître qu'il était épileptique depuis son enfance, et peut-être sa maladie ne fut-elle qu'un redoublement des symptômes de son affection primitive. Quoi qu'il en soit, aussitôt après son rétablissement, il se fit donner par le sénat les titres les plus pom-

l'historique de cette question. M. Barthélemy surtout a rappelé que, il y a bientôt deux siècles, des expériences ont été faites par Redi, plus tard par Heide, par Camerarius, par Harderus, Méry, Sprogel, et par plusieurs autres expérimentateurs, qui tous ont tué des animaux, en leur *injectant* de l'air dans les veines. Nous ne parlons pas des expérimentateurs plus modernes, dont les recherches étaient mieux connues. Le résultat de ces documens historiques précis a été de fixer le point de départ des dernières recherches de M. Amussat et de la commission.

La première question, qui a été réellement posée par M. Amussat, et définitivement résolue par ses expériences, est celle de l'introduction *spontanée* de l'air dans les veines par suite de leur blessure. Méry et Haller avaient déjà constaté le fait; mais ils n'en avaient tiré aucune induction pour la pratique. Le professeur Verrier, en 1806, et M. Bouley, en 1821 avaient les premiers publié deux faits prouvant que dans certains cas de saignée à la jugulaire sur le cheval, l'air peut pénétrer accidentellement dans ce vaisseau, quoique l'ouverture soit placée vers les deux tiers de l'encolure. Les autres auteurs, tels que Bichat, Nysten, Barry, Poiseuille, Piédagnel, Bérard aîné, n'avaient fait que des injections d'air, ou avaient abordé d'autres points de la question. Personne donc, avant M. Amussat, n'avait démontré qu'on pouvait faire mourir un animal par l'introduction spontanée de l'air dans le cœur, au moyen d'une veine blessée : or, grâce aux nombreuses expériences publiquement répétées de cet expérimentateur, l'introduction spontanée de l'air dans les veines a été rendue évidente et incontestable pour tout le monde.

Un second point important est celui-ci : quelles sont les veines et quels sont les points de ces veines où l'introduction spontanée de l'air est possible ? MM. Bérard et Poiseuille avaient préparé la solution de cette question, l'un, en faisant remarquer que les veines du cou sont tenues béantes après leur section, par les gaînes aponévrotiques auxquelles elles adhèrent; l'autre, en démontrant l'influence de l'acte de l'inspiration sur le mouvement du sang dans les veines voisines du cœur. Mais il appartient à M. Amussat d'avoir le premier délimité d'une manière précise la *région dangereuse*, dans les veines où se fait le flux et le reflux du sang, en d'autres termes, à quelques pouces au-dessus et au-dessous de la clavicule. Cette délimitation aurait pu être présumée par les expériences de M. Poiseuille; mais, entre présumer un fait et l'établir, il y a une grande différence : cela est si vrai, que quelques membres avaient rejeté le fait de M. Roux, parce que, d'après les expériences de M. Poiseuille, l'aspiration de l'air ne pouvait pas avoir lieu par la veine axillaire : or, les expériences directes de M. Amussat ont prouvé que l'aspiration a lieu par cette veine aussi bien que par les jugulaires. Il en est de même des expériences plus récentes de M. Barthélemy. Sans cet habile expérimentateur, les limites posées par M. Amussat eussent pu être regardées comme rigoureuses : mais M. Barthélemy a démontré expérimentalement que l'introduction spontanée de l'air peut avoir lieu par la jugulaire externe, dans le lieu même où on pratique la saignée, vers les deux tiers supérieurs de l'encolure. M. Barthélemy a ainsi reculé les limites posées par M. Amussat.

Une fois la possibilité de l'introduction spontanée de l'air reconnue, il important de préciser les conditions qui favorisent cette introduction. M. Amussat a prouvé, par des expériences concluantes, qu'en canalisant les veines, on peut produire le phénomène beaucoup au-delà de ses limites ordinaires : ce qui tend à expliquer certains faits malheureux chez l'homme. On a objecté que les expériences pratiquées sous les yeux de la commission n'avaient pas toujours eu ce résultat: c'est que des circonstances fortuites, comme un caillot qui bouchait la sonde, avaient empêché l'air de s'introduire. Sous ce rapport, on n'a peut-être pas tiré des expériences de M. Amussat tous les enseignemens qu'elles portaient avec elles. Ainsi on lui a reproché différentes manœuvres propres à faciliter l'introduction de l'air, comme de soulever les membres, de déterger la plaie, de placer l'animal dans telle ou telle situation; mais ces faits auraient dû servir à éclairer la chirurgie sur les conditions qui peuvent favoriser pendant les opérations chez l'homme l'introduction de l'air dans les veines. Nous avons entendu M. Lisfranc présenter sur ce point important et nouveau des considérations qui eussent gagné à être développées devant l'Académie. Cet habile chirurgien a spécifié, avec la précision qu'on lui connaît, les positions, qui favorisent l'introduction de l'air, et par conséquent celles qu'il convient de donner au malade dans certaines opérations où l'on a à craindre cet accident. Déjà M. Amussat et la commission après lui avaient constaté que la position verticale est beaucoup plus favorable à l'introduction de l'air que la position horizontale; c'est là le premier fait d'une série de faits analogues qu'il sera fort important de préciser pour les applications à l'homme.

Le mécanisme de l'introduction de l'air demandait à être éclairé. MM. Barry et Poiseuille avaient certainement préparé la solution de la question par leurs expériences relatives à l'influence des mouvemens du thorax sur la circulation du sang veineux; mais M. Amussat a encore mis ce point hors de doute par des expériences directes sur les animaux vivans. Il a ouvert la poitrine d'un côté pendant que l'air s'introduisait par une veine blessée à la partie inférieure du cou ; dès que la poitrine est ouverte, le phénomène de l'introduction de l'air cesse, et aussitôt que l'on bouche l'ouverture de la poitrine, le phénomène recommence. En limitant la cause de l'introduction de l'air à l'action des parois de la poitrine, M. Amussat a peut-être été trop loin. M. Barthélemy a surtout insisté pour démontrer la participation du cœur à la production du phénomène; mais ce point demande encore à être éclairé.

Quand la mort arrive-t-elle par l'accident? à quelles conditions arrive-telle? et comment arrive-t-elle? Ces trois points ont été l'occasion d'expériences et d'observations intéressantes. Et d'abord, en ce qui concerne la question de temps, les expériences de M. Amussat devant la commission et celles de M. Barthélemy ont prouvé que la mort n'arrive peut-être pas aussi promptement ni aussi facilement (du moins chez les animaux) que l'avait annoncé le premier de ces expérimentateurs; circonstance très favorable, puisqu'elle a conduit à rechercher les conditions qui favorisent, hâtent ou retardent la mort de l'animal. M. Amussat a d'abord constaté que l'affaiblissement produit par la douleur ou par la soustraction d'une certaine quantité de sang a une grande influence sur la promptitude des effets de la présence de l'air dans le sang. M. Amussat a encore démontré que l'intensité du phénomène est en raison directe de l'ouverture de la veine, de son volume, du voisinage du cœur, et surtout de la force d'inspiration. M. Bouillaud et M. Barthélemy ont cherché à préciser d'autres conditions qui hâtent la mort. Le premier a montré que l'insufflation de l'air, venant des poumons de l'homme, produit des effets plus rapides et plus graves que l'introduction spontanée de l'air ambiant. M. Barthélemy s'est attaché à préciser la quantité d'air nécessaire pour produire la mort: question neuve, importante, qu'il n'a

---

peux. On l'appela le pieux, l'auguste, le grand, l'exeellent, etc.; sa vanité s'accrut en proportion de l'empressement qu'on mit à la satisfaire. Il ne se contenta plus bientôt de tous les honneurs que pouvait ambitionner un simple mortel. Il se fit dieu, et voulut être adoré comme tel; mais quel titre prendra-t-il? Il sera tantôt le dieu de la guerre; tantôt il sera Jupiter, il se fera bâtir un temple à côté de celui de ce dieu au Capitole. Bien plus, les amours des simples mortelles ne lui suffiront plus : le voyez-vous couché voluptueusement dans l'une des parties les plus reculées et les plus solitaires de son palais, appelant amoureusement la lune à venir partager sa couche? Il a des conversations suivies avec Jupiter et avec d'autres dieux, au dire de tous les historiens; ces conversations ne sont-elles pas de véritables hallucinations ?

Mais allons plus loin : Caligula n'est pas un fou vulgaire; il est le maître du monde; rien ne résiste à ses volontés; il possède des richesses immenses, pourquoi ne ferait il pas de ses richesses ou de sa puissance un usage tel que tout le monde croie à sa divinité? L'objet le plus ardent de ses vœux, c'est la réalisation de l'impossible. Un astrologue lui avait prédit dans sa jeunesse qu'il ne régnerait pas plus qu'il ne galoperait sur le golfe de Baïes; pourquoi donc maintenant qu'il règne ne galoperait-il pas sur la mer? Il fait rassembler tous les vaisseaux des diverses parties de l'empire; avec ces vaisseaux, il forme un pont de Baïes à Pouzolles, et construit sur ce pont une véritable voie romaine sur le modèle de la voie Appia, avec des auberges et des lieux de repos. Il traversa deux fois ce pont, entraînant après lui l'armée et le peuple de Rome.

Je crois pouvoir rapprocher de ce fait de la vie de Caligula, l'histoire d'un aliéné, que j'ai recueillie à Bicêtre, dans le service de M. Ferrus. G.... est un pauvre laboureur que les guerres de l'empire arrachèrent à sa charrue. Il a fait toutes les campagnes d'Espagne et de France dans les dernières années du règne de Napoleon. Rentré dans ses foyers après la seconde restauration, l'inaction inaccoutumée dans laquelle il fut obligé de vivre, des chagrins domestiques, et probablement de fortes prédispositions qui n'avaient été qu'endormies par l'agitation et le tourbillon de la vie militaire, le rendirent bientôt aliéné; mais, dans sa maladie, il conserve les impressions de sa vie de soldat: il se croit doué d'une force prodigieuse; maître d'une armée innombrable, de richesses immenses. Toutes ses idées sont gigantesques, colossales. D'un caractère irascible, un rien le met en fureur, et alors il ne parle que de sa puissance et des moyens qu'il doit employer pour se soustraire à notre empire, d'un mot, il peut nous anéantir, niveler les montagnes, bâtir des villes immenses, détourner le cours des rivières; combler la mer : tels seront les travaux qu'il entreprendra aussitôt qu'il sera sorti de l'hospice. Je n'en finirais pas, si je voulais répéter toutes les choses merveilleuses qu'il nous raconte chaque jour.

Maintenant, supposez cet homme maître absolu d'un peuple nombreux et puissant; mais soumis servilement à toutes ses volontés, à ses moindres caprices; supposez-le possesseur de richesses immenses, et il voudra réaliser toutes les idées qui, chez un pauvre aliéné, vous paraissent si extravagantes et si ridicules. Et, cependant, vous n'avez qu'à changer les noms, et vous aurez Caligula tout entier. Je me trompe, quand je dis tout entier; car Caius avait, de plus, une de ces natures instinctivement perverses, ce penchant invincible pour le mal qui ne se trouve que trop souvent dans l'espèce humaine, comme l'a si bien démontré Pinel dans son admirable traité de la manie. Il avait un amour insatiable pour le sang et pour l'or

pas résolue complètement; mais il en a jalonné tous les élémens et en a éclairé quelques-uns. Il a d'abord établi qu'un litre d'air injecté chez trois chevaux, préalablement affaiblis par une soustraction de huit livres de sang, ne leur avait causé que des accidens médiocres. Il a augmenté la quantité d'air d'un litre, de deux litres, jusqu'à quatre litres, et il a suivi la progression des accidens, parallèlement avec la quantité d'air injecté, jusqu'à la mort qui est arrivée après quatre litres chez six chevaux, et après six litres chez un septième. Essayant quelques applications de ces faits à l'homme, M. Barthélemy a présenté des conjectures sur la quantité d'air qui serait nécessaire pour produire la mort, et il est arrivé à cette conclusion : qu'un homme du poids de 136 liv. ne périrait pas à moins d'une injection de deux tiers de litre d'air. Dans son évaluation, faite d'après ce qu'il a vu sur les chevaux, M. Barthélemy n'a pas tenu assez compte de la différence d'action de la même cause sur l'organisme différent de l'homme. Quoiqu'elles n'aient pas conduit à des solutions plus précises, ses expériences n'en seront pas moins profitables à la science, en ce qu'elles ont soulevé une question nouvelle et agrandi le champ de la discussion.

La question du comment la mort arrive n'était pas une des moins obscures et des moins importantes. Avant d'interpréter les faits, il fallait d'abord les connaître. Que trouve-t-on à l'autopsie? Quels caractères anatomiques offrent le sang, les veines, le cœur et les principaux viscères ? M. Amussat a, l'un des premiers, jeté quelque jour sur ces questions. Il a montré que l'air introduit dans le cœur pendant la vie se retrouve après la mort sous l'apparence d'une espèce de mousse, d'écume sanguine, souvent 24, et même 48 heures après l'expérience. Il pense que ce fait pourra servir à la médecine légale. Est-il vrai ensuite, comme l'a affirmé cet habile expérimentateur, qu'on rencontre *constamment* après la mort les cavités droites du cœur ballonnées, distendues par de l'air plus ou moins mêlé de sang, et les cavités gauches presque toujours vides, et ne contenant que peu ou point d'air ? M. Barthélemy a annoncé, d'après ses expériences personnelles, avoir trouvé plusieurs fois le cœur souple, flasque, affaissé; de plus, il a trouvé de l'air disséminé dans tout le système vasculaire, et notamment dans la veine porte et dans les veines mésentériques. M. Bouillaud avait déjà indiqué ce fait dans son rapport. La science ne possède pas d'autres renseignemens sur l'état des organes après la mort, et ni M. Amussat, ni la commission, ni la discussion n'ont fourni de documens nouveaux. C'est avec ces seules notions d'anatomie pathologique rapprochées des phénomènes observés sur le vivant, qu'on a essayé diverses théories sur le mécanisme de la mort à la suite de l'introduction de l'air dans les veines. Ces théories multiples, diverses, contradictoires, peuvent être ramenées à deux principales : la première considérant la mort comme un résultat physique de la présence de l'air, qui fait obstacle à la circulation et l'arrête; la seconde, qui considère la mort comme le résultat d'une lésion plus vitale que physique, due à l'action délétère de l'air sur le cerveau et les agens vitaux en général. Des explications plutôt que des faits ont été présentées à l'appui de ces deux théories. Nous en excepterons cependant M. Barthélemy, qui, voulant démontrer que la mort n'est pas produite par la dilatation de l'air, a injecté quatre litres d'eau dans les veines d'un cheval, et lui a causé la mort aussi promptement que par une injection d'air. Cette expérience acquerra beaucoup d'importance quand elle aura été répétée un assez grand nombre de fois pour être rendue incontestable; car elle est un peu en contradiction avec d'autres expériences analogues déjà connues dans la science. Pour nous, il nous paraît probable que la plupart des théories proposées entreront pour quelque chose dans la théorie générale qui rendra compte de tous les faits; qu'ainsi on arrivera à établir que la mort par l'introduction de l'air dans les veines peut arriver tour à tour ou simultanément, par le cœur, les poumons et le cerveau.

La question prophylactique et thérapeutique n'a pas été aussi fructueusement examinée. Prévenir l'introduction de l'air, l'air une fois introduit, le faire sortir du cœur et paralyser son action, telles étaient les trois indications à remplir. M. Amussat a éclairé la première par ses expériences. Il a rappelé plusieurs moyens de prévenir l'introduction de l'air : la compression du vaisseau, l'indication des inspirations peu étendues, et la mise en pratique de diverses précautions propres à neutraliser les conditions qui favorisent l'introduction du fluide. Quant aux deux autres indications, elles ne sont guères plus faciles à remplir aujourd'hui qu'avant la discussion. Je me trompe cependant : la discussion a fait justice d'un moyen plus dangereux qu'utile, conseillé précédemment : tout le monde est maintenant à peu près d'accord pour rejeter l'emploi des sondes introduites dans le cœur pour aspirer l'air; l'efficacité des autres moyens proposés, tels que la position et la compression du thorax, ne paraît pas devoir offrir une grande sécurité.

Une dernière question restait à examiner, question difficile, importante, capitale, et qui dominait tout ce qu'on a dit et fait sur la question scientifique : c'était l'application à la chirurgie humaine des résultats fournis par les expériences sur les animaux et rapprochés des faits déjà observés sur l'homme vivant. Or, ainsi que nous l'avions déjà dit, rien ou presque rien de nouveau n'a été produit dans cette mémorable discussion, qui ait directement éclairé la question de chirurgie pratique. On a rapproché, mieux analysé, apprécié avec plus de rigueur et de précision, tous les faits connus; mais la pathologie et la thérapeutique humaines n'ont fait aucune acquisition directe. Ce n'est pas la faute de M. Amussat, ni de la commission, ni de l'Académie, mais uniquement l'impossibilité où l'on est d'improviser des expériences directes, et par conséquent de multiplier les résultats de l'observation. Un progrès réel, mais indirect, ressort cependant des recherches faites sur les animaux : c'est que l'on connaît beaucoup mieux aujourd'hui les diverses circonstances du phénomène les points importans à noter : or, quand un chirurgien aura le malheur d'enrichir la science d'un nouveau fait, il le constatera avec la méthode, l'analyse, la précision et la rigueur d'observation que les dernières recherches sur les animaux ont rendues et montrées indispensables.

Tels sont les faits principaux qui ressortent de la discussion sur l'introduction de l'air dans les veines. Comme on le voit, M. Amussat, la commission, divers membres de l'Académie, et la compagnie tout entière, ont chacun une part dans les résultats produits. La première appartient certainement à M. Amussat, et nous regrettons que quelques membres aient paru vouloir atténuer le mérite des recherches et des travaux de cet infatigable expérimentateur. On a ajouté à ce qu'il a fait, on a rectifié quelques-unes de ses conclusions, mais il n'en a pas moins le mérite d'avoir provoqué la discussion, de l'avoir éclairée par plusieurs faits nouveaux, d'avoir contribué à dissiper quelques erreurs, d'avoir mieux précisé les points déjà connus ; à tous ces titres, nous n'hésitons pas à dire avec M. le rapporteur de la commission, que M. Amussat a bien mérité de la science et de l'Académie ; nous y ajouterons que bon

---

qui en était le prix; mais, ce qui prédominait en lui, c'était cet instinct de tigre, que la vue du sang rend plus avide, et qui n'a jamais assez de victimes. Aussi, quelle habileté ne déploya-t-il pas pour assouvir sa rage : il n'est pas un genre de torture qu'il n'ait employé pour tourmenter ses victimes; il faisait assister les pères au supplice de leurs enfans. Un jour, il dit à Messaline, sa maîtresse, après l'avoir accablée de caresses : « Il me prend envie de chercher dans tes entrailles la raison de cet amour que j'ai pour toi ! » On connaît le mot de lui : « Je voudrais que le peuple romain n'eût qu'une tête que je puisse abattre d'un seul coup. »

Est-ce bien là, je le demande, un homme jouissant de toute sa raison ? Cet instinct inné de cruauté, cet amour gratuit du sang ne sont-ils pas plutôt l'effet d'une maladie incurable sur un esprit faible par lui-même, et ébloui par le pouvoir sans bornes auquel il avait été porté tout à coup? Et, en effet, cet homme qui naguère, lorsque Tibère vivait encore, était obligé de renier son père et sa mère pour sauver sa vie, à chaque instant menacée par le tyran, se voit maintenant le maître absolu de tout le monde connu; il n'a qu'à se croire dieu pour se voir adorer à genoux par tous les peuples. Un pareil changement, si subit, si peu espéré, n'était-il pas fait pour ébranler un jugement plus solide que le sien? Et ajoutez à toutes ces causes cette terrible maladie qu'il avait depuis son enfance, l'épilepsie, qui suffirait à elle seule pour expliquer sa folie; car, n'est-il pas un fait constant dans les annales de la science, que les épileptiques deviennent aliénés tôt ou tard ! N'est-il pas encore avéré aux yeux de tous les médecins qui ont étudié d'une manière spéciale cette terrible maladie, que parmi les aliénés les plus dangereux, les plus furieux sont ceux dont la maladie reconnaît l'épilepsie pour une cause occasionnelle?

Mais poursuivons : quels étaient les habillemens ordinaires de Caligula? Il portait un manteau peint et couvert de pierreries, une robe de soie, une chaussure de femme, des bracelets, et, avec cela, quelque attribut de dieu : le caducée, la foudre ou une barbe d'or. Il était jaloux de toutes les gloires les plus diverses : il était tout-puissant; il était dieu; donc il devait tout connaître, il devait absorber en lui toutes les gloires. Il était gladiateur, cocher, chanteur, comédien. Le comédien Appelle était un de ses favoris et l'un des plus aimés. Son cheval Incitatus a une écurie de marbre et un râtelier d'ivoire, il a des esclaves et des gardes; César veut le faire nommer consul; mais il ambitionnait surtout le prix de l'éloquence. Domitius Afer passait pour l'homme le plus éloquent de son siècle; Caïus veut se mesurer avec lui et le vaincre. Il se fait son accusateur, et, dans un discours pompeux, il demande sa tête au sénat. Domitius se garda bien de se défendre; il n'eut de parole que pour louer l'éloquence de son accusateur, et le tyran satisfait lui pardonna.

Comment expliquer autrement que par la folie cette singularité dans le costume, cette jalousie brutale, cette ambition démesurée, ce mépris superbe du peuple? On a dit que Caligula voulait abaisser le sénat et les patriciens, et anéantir un reste de puissance que leur avaient laissé Auguste et Tibère. Il s'aidait, a-t-on dit encore, dans cette grande tâche, de l'appui de la populace de Rome; mais comment expliquera-t-on alors sa conduite envers le peuple, qu'il ne craint pas d'affamer plusieurs fois, et qu'il fait chasser à coups de bâtons de l'enceinte du cirque, parce qu'il ose lui demander du blé? Ne vaut-il pas mieux reconnaître encore là un symptôme de folie?

D'un autre côté, entrez dans une maison d'aliénés; ce qui vous frappera d'abord, ce sera une variété infinie dans la manière de se vêtir de chaque ma-

nombre des membres de cette docte assemblée et la compagnie tout entière ont bien mérité des hommes qui s'intéressent à l'avancement de la science.

PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LA LIGATURE DES ARTÈRES CAROTIDES ET VERTÉBRALES, ET DES NERFS PNEUMOGASTRIQUE, PHRÉNIQUE ET GRAND SYMPATHIQUE; par sir ASTLEY COOPER.

Les anostomoses artérielles de toutes les parties du corps et les canaux circulaires par lesquels le sang pénètre lorsque son cours est arrêté dans les troncs principaux, sont aujourd'hui parfaitement connus. Les avantages qui résultent d'une pareille disposition vasculaire dans le traitement de certaines maladies sont également compris de tous les chirurgiens. L'existence de ces vaisseaux anostomotiques a été décélée 1° par l'examen des maladies dans lesquelles les troncs principaux des vaisseaux avaient été oblitérés; 2° par les expériences sur les animaux vivans; 3° et par certaines opérations chirurgicales chez l'homme vivant suivies d'autopsie. Les préparations de nos muséum mettent parfaitement en évidence les voies secondaires par lesquelles la circulation a été naturellement rétablie dans des régions où le tronc principal avait été oblitéré.

Dans la poitrine l'aorte a été oblitérée par maladie; les artères intercostales ont supplée à ce vaissean. Dans l'abdomen, l'aorte a été complètement obstruée par un anévrisme placé au-dessus de sa bifurcation; les deux iliaques ont été converties en deux cordes imperméables. L'iliaque primitive a été liée avec succès par M. Guthrie (1), et l'iliaque interne par M. Stevens. L'iliaque externe et les artères inférieures ont été si souvent liées de nos jours, et leurs anostomoses si clairement démontrées qu'aucun doute ne règne plus aujourd'hui sur la continuation de la circulation inférieure.

Les artères sous-clavières n'ont que peu d'anostomoses; mais elles sont suffisantes pour nourrir l'extrémité supérieure; et les artères inférieures du bras sont tous les jours oblitérées sans crainte de voir les parties sous-jacentes manquer de sang.

Les carotides ont été trouvées oblitérées par maladie, par Baillie. On lie souvent aujourd'hui avec succès la carotide d'un côté; on a lié aussi avec réussite les deux carotides chez une même personne à des distances éloignées; le sang a donc pu passer en quantité suffisante par les collatérales pour alimenter les organes supérieurs. Néanmoins, la liaison intime qui existe entre les fonctions essentielles à la vie du cerveau et des autres organes, et la nécessité indispensable d'une certaine quantité de sang dans le cerveau pour l'entretien de son action, donnent aux vaisseaux de la tête une importance toute particulière sous le rapport chirurgical et physiologique. Cette considération justifie suffisamment les recherches auxquelles je viens de me livrer.

(1) Nous ne connaissons d'autre ligature pratiquée avec succès sur l'iliaque primitive que celle de M. Mott d'Amérique, et l'autre de M. Salomon de Saint-Petersbourg qui a été dernièrement publiée dans la GAZETTE MÉDICALE. Le fait de Guthrie dont parle sir A. Cooper n'est pas connu chez nous, à moins qu'il ne fasse allusion au cas consigné dans plusieurs livres et qui a été suivi de mort. (*Note du Rédacteur.*)

Si l'on lie chez les animaux vivans les artères carotides et les vertébrales, ils ne meurent pas toujours; ceux qui survivent permettent ensuite de constater les anostomoses qui les remplacent.

LIGATURE DES ARTÈRES CAROTIDES ET VERTÉBRALES SUR UN CHIEN.

Le 28 janvier, j'ai lié sur un chien la carotide et la vertébrale du côté droit, puis les mêmes artères du côté gauche. L'opération a duré en tout une demi-heure. L'animal a paru d'abord insensible comme s'il eût été enivré; respiration difficile, pupilles dilatées, diminution de la volition; il court autour des pieds de la table et des autres meubles sans les voir ni les regarder. Ensuite, il tombe sur le côté droit; si on le remet sur ses pattes, il retombe encore sur le même côté, et présente des mouvemens convulsifs aux extrémités postérieures. Un quart d'heure après, il est encore insensible; il grelotte, malgré qu'il soit près du feu; il reste la tête par terre sur le côté droit; sa respiration est laborieuse, les pupilles continuent à être dilatées. Une heure et demie après cependant il peut se tenir debout, bien qu'avec difficulté, et marche dans une petite chambre.

Le lendemain 29, il est comme étourdi (*dull*) et ne peut bouger. Le 30, il est dans le même état; il ne bouge ni mange. Le 31, il se promène dans la chambre; il mange une once environ d'aliment, mais ne veut pas boire.

Le 1er février, il est mieux, mange et boit. Cette amélioration continue; il a fini par guérir complètement, et est devenu par la suite un bon chien gardien. Neuf mois après, je l'ai tué et injecté; la pièce a été dessinée et consignée dans ma collection. Voici les particularités qu'elle présente.

NECROPSIE. La carotide droite est oblitérée à la hauteur des cinquième et sixième vertèbres cervicales. Au-dessous de l'oblitération, les parties sont arrosées par l'aorte; au-dessus, 1° par la thyroïdienne inférieure qui communique avec la thyroïdienne supérieure par de larges anastomoses; 2° par une grosse branche cervicale descendante qui se divise en un grand nombre de rameaux; 3° enfin par l'artère vertébrale qui s'anastomose avec la carotide externe au niveau de la première vertèbre du cou.

La carotide gauche est oblitérée près de son origine; la portion supérieure a reçu l'injection 1° par la thyroïdienne inférieure qui communique avec la supérieure; 2° par la cervicale ascendante, provenant de la sous-clavière et ayant des anastomoses nombreuses, 3° enfin par l'artère œsophagienne, provenant d'une des intercostales et communiquant avec la thyroïdienne supérieure.

L'artère vertébrale droite est oblitérée près de son origine, au niveau de la septième vertèbre cervicale. Sa portion supérieure a reçu l'injection par deux branches provenant des intercostales supérieures qui passent sur le dos de l'épine, de là dans le canal artériel des vertèbres et dans les quatrième, cinquième et sixième espaces intercostaux. Remplie par ces communications l'artère vertébrale arrive à la seconde vertèbre cervicale où elle donne la basilaire; elle forme dans son trajet des espèces de festons ou de houpes artérielles, surtout au niveau de chaque espace intervertébrale. A la hauteur de l'apophyse transverse de la première vertèbre cervicale, elle présente plusieurs communications avec la carotide.

L'artère vertébrale gauche est oblitérée au niveau de son origine. Elle a reçu l'injection 1° par une branche anastomotique, provenant d'une artère intercostale supérieure qui l'aborde à la hauteur des cinquième et sixième vertèbres cervicales; 2° par une seconde branche émanée aussi d'une intercostale qui passe au niveau de la face postérieure des apophyses transverses des quatrième et cinquième vertèbres cervicales. En outre sur chaque apophyse transverse, on voit une houpe artérielle de communication, formant par leur ensemble des espèces de festons fort beaux à voir.

L'artère basilaire commence à la base de la seconde vertèbre cervicale, passe

---

lade. Malgré la surveillance la plus sévère qui leur en ôte les moyens, chacun cherche à se distinguer par quelque marque singulière ou inusitée de la foule de ses camarades. Mais pénétrez plus avant; cherchez à causer avec eux : chez tous, ou presque tous, chez ceux surtout dont la maladie est déjà un peu ancienne, vous trouverez cette ambition démesurée, cet amour du grand, du gigantesque, de l'impossible, qui forme l'une des passions les plus fortes de Caligula; mais prenez bien garde de les indisposer par un doute indiscret : feignez au contraire de croire aveuglément tout ce qu'ils disent; flattez-les; prodiguez l'éloge même le plus grossier, et vous obtiendrez leur confiance; vous vous en ferez aimer.

Mais voici bien un autre symptôme de folie : Caïus veut faire la guerre; il veut avoir un triomphe pompeux. Il rassemble ses légions et marche contre les Germains. Il ne passa pas le Rhin, et se contenta de quelques bravades auxquelles les Germains ne répondirent pas. Il résolut alors d'aller conquérir la Bretagne. Il fit embarquer son armée, et, après avoir fait deux ou trois lieues en mer, trop lâche pour aller plus avant, il revint sur ses pas, content, dit-il, d'avoir vaincu l'Océan. Il occupa pendant plusieurs jours ses soldats à ramasser les dépouilles des vaincus pour orner son triomphe, et ces dépouilles, c'étaient des coquillages, les galets répandus sur la côte.

Je n'ai pas besoin, je pense, d'apporter ici de nouvelles preuves de la vérité de ma première assertion, du moins en ce qui concerne Caligula. Je crois que tout le monde doit être convaincu comme moi que si un pareil homme régnait de nos jours, il serait reconnu comme aliéné et déposé du trône. Et ce n'est qu'en faisant la part du temps où il vivait, et en songeant à la démoralisation profonde dans laquelle était tombé le peuple romain, qu'on pourra comprendre comment il a pu régler pendant quatre ans les destinées du monde.

— ABRÉGÉ PRATIQUE DES MALADIES DE LA PEAU, d'après les auteurs les plus estimés, et surtout d'après les documens puisés dans les leçons cliniques de M. le docteur Biett, médecin de l'hôpital Saint-Louis; par MM. Cazenave, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin du bureau central des hôpitaux de la même ville, etc., et Schedel, docteur en médecine. — Troisième édition revue et considérablement augmentée. — Un fort volume in-8°, orné de neuf planches dessinées et coloriées d'après nature. Prix : 11 fr. et 13 fr. 50 c. franc de port par la poste.

Cette troisième édition est enrichie d'un formulaire détaillé, contenant les formules employées par M. Biett à l'hôpital Saint-Louis, et dont un grand nombre ont été introduites par lui dans la thérapeutique des maladies de la peau.

A Paris, chez Béchet jeune, libraire de la Faculté de médecine, place de l'Ecole-de-Médecine, 4.

— TRAITÉ PRATIQUE DES MALADIES VÉNÉRIENNES, ou Recherches expérimentales sur l'inoculation appliquées à l'étude de ces maladies, suivies d'un résumé thérapeutique, et d'un formulaire spécial; par Ph. RICORD, D. M., chirurgien de l'hôpital des vénériens, etc., etc. Un fort volume in-8° de 800 pages. Paris, 1838. — Chez Just Rouvier et Lebouvier. Prix : 9 fr.

sur la jonction de la première avec la tête où elle reçoit des branches provenant des artères vertébrales. Elle marche ensuite jusqu'au niveau de la portion pierreuse des temporaux, où elle forme le commencement du cercle de Willis qui a été parfaitement rempli par l'injection, et envoie ses ramifications ordinaires à la masse cérébrale. En outre, l'artère vertébrale communique avec la carotide sur l'apophyse transverse de la seconde vertèbre du cou.

Dans une autre expérience, j'ai lié l'artère vertébrale gauche d'un chien, puis la vertébrale droite. Huit jours après, j'ai lié la carotide de chaque côté. L'animal a paru s'affaiblir sur ses pattes antérieures; mais dans le reste il a paru souffrir moins que l'animal précédent; le lendemain il a commencé à manger à son ordinaire.

A l'autopsie j'ai trouvé : 1° la carotide droite oblitérée; l'injection a passé de l'aorte aux parties supérieures par les vaisseaux anastomotiques fournis par la vertébrale et par une cervicale ascendante fournies par la sous-clavière du côté droit.

La carotide gauche était oblitérée; mais l'injection poussée de l'aorte a rempli ses branches et sa partie supérieure, moyennant une artère cervicale ascendante, une branche de la laryngée inférieure et quelques autres provenant de la vertébrale.

L'artère vertébrale droite était oblitérée au niveau de la septième vertèbre cervicale, et avant d'entrer dans le tron de la sixième vertèbre; mais la portion supérieure avait reçu l'injection, moyennant une anastomose avec l'artère intercostale supérieure. Elle parcourait le canal de la sixième vertèbre en donnant de beaux flocons artériels qui communiquaient avec les vaisseaux circum-vertébraux, et s'unissait ensuite avec plusieurs branches de la carotide à la hauteur de la première vertèbre cervicale.

L'artère vertébrale gauche était oblitérée au niveau de la septième vertèbre; mais elle offrait des anastomoses avec la sous-clavière et l'intercostale supérieure. Des espèces de houpes ou festons artériels étaient également observés vers chaque espace intercostal, qui multipliaient singulièrement les voies de communication.

Les deux artères vertébrales s'unissaient pour former la basilaire et communiquaient à l'ordinaire avec les carotides internes vers le cercle de Willis.

Vers l'endroit où naissent l'artère basilaire des rameaux anastomotiques s'adressaient aux carotides en passant sur l'apophyse transverse de la première vertèbre.

Tel est le résultat de la ligature des artères carotides et vertébrales chez le chien; mais il n'en est pas de même chez le lapin; ce dernier animal périt constamment lorsqu'on lie ces quatre canaux artériels.

J'ai voulu ensuite étudier les effets de la ligature des carotides et des vertébrales séparément. Le volume des carotides, comparé à celui des vertébrales est, chez beaucoup d'animaux, bien inférieur à celui des mêmes vaisseaux chez l'homme, à cause du moindre développement du cerveau chez les premiers. La respiration étant sous la dépendance du sang fourni par les vertébrales, on conçoit que la ligature de ces artères doit influer plus ou moins sur cette fonction.

LIGATURE DES DEUX CAROTIDES.

J'ai lié la carotide de chaque côté. L'animal n'a présenté d'autre phénomène qu'une accélération dans la respiration pendant quelques minutes; puis il est devenu apathique, et a refusé l'aliment pendant un jour. Le lendemain il était aussi bien portant qu'avant l'opération.

J'ai dû donc conclure que la ligature de ces deux artères n'entraîne presqu'aucun malaise chez les animaux. Cela doit être probablement attribué à la plus grande quantité de sang qui passe par les vertébrales après la ligature des carotides.

LIGATURE DES DEUX VERTÉBRALES.

J'ai lié l'artère vertébrale de chaque côté. La respiration a paru difficile aussitôt que l'artère d'un côté a été liée; cette difficulté est devenue considérable après la ligature de l'autre. D'abord lente, la respiration a été accélérée ensuite. L'animal a conservé ses facultés sensitive et de volition; mais ses jambes antérieures se sont affaiblies. Deux heures après, la respiration était laborieuse; les oreilles étaient tirées vers le côté droit; le cœur bat rapidement; l'animal reste immobile et apathique, et ses jambes antérieures continuent à être faibles.

Quatre heures et demie après, il se lève et court; mais ses oreilles sont pendantes; sa respiration est plus lente.

Le lendemain, on sent un murmure dans sa respiration, qui augmente par l'excitation; le cœur bat rapidement et avec force; les pupilles ne sont point dilatées.

Le surlendemain la respiration est lente et lourde (*heaving*); l'action du cœur est irrégulière; il bat 102. Le soir, respiration irrégulière et difficile, mais l'animal se lève et prend de la nourriture.

Le troisième jour, l'animal est apathique; la respiration est lente; son cœur bat rapidement; il mange.

Le quatrième jour, immobilité, apathie; le cœur bat vite et fortement; respiration lente, mais non stertoreuse.

Cinquième jour, respiration lente; apathie; cœur vite.

Sixième jour, respiration laborieuse et lente; elle est à 64, au lieu de 120 ou 150 de l'état normal; cœur vite, mais faible; paresse ou immobilité de l'animal; il mange.

Septième jour, l'animal a été trouvé mort.

NÉCROPSIE. On trouve un abcès dans le cou. Les artères vertébrales sont oblitérées. Le cerveau est parfaitement arrosé par les carotides; l'artère basilaire et la cérébelleuse ont reçu l'injection par le cercle artériel de willis. La mort de l'animal a paru dépendre en grande partie de l'abcès.

Ayant répété plusieurs fois la même expérience, j'ai constamment observé le même effet, savoir, l'état lent et laborieux de la respiration et la faiblesse des jambes antérieures. En général, l'animal souffre beaucoup plus après la ligature des vertébrales qu'après celle des carotides; il en guérit aussi plus rarement. J'ai voulu ensuite voir quels seraient les effets de la ligature des vertébrales après l'oblitération des carotides.

LIGATURE DES DEUX CAROTIDES ET DES DEUX VERTEBRALES EN DEUX TEMPS.

J'ai commencé par lier les carotides : la respiration et la circulation sont accélérées; la volition et la sensibilité restent à l'état normal.

Vingt-quatre heures après l'animal est très vif, mais sa respiration est plus vite que dans l'état naturel. Quarante-huit heures après la respiration est moins accélérée; il court et mange de bon cœur. Le troisième jour, l'animal est difficile à attraper. Les quatrième, cinquième, sixième, septième et huitième jours il est tout à fait bien portant, comme avant l'opération. Le neuvième jour, j'ai lié les artères vertébrales; elles m'ont paru considérablement élargies. La respiration s'est arrêtée sur le champ et l'animal est tombé comme mort; mais peu d'instans après, il se remue; son diaphragme et ses membres postérieurs se contractent convulsivement; puis tous les mouvemens cessent, et il reste mort.

A l'ouverture de l'abdomen et de la poitrine, nous avons trouvé que le mouvement péristaltique des intestins existait encore; le cœur a continué à battre pendant quelques minutes après la mort apparente.

Ce fait démontre que les fonctions du cerveau dépendent essentiellement des artères vertébrales, et très peu, ou presque pas, des carotides.

Comme la ligature des artères vertébrales est une opération assez difficile à faire, j'ai pensé que je pouvais comprimer ces artères avec mes doigts, après avoir lié les carotides.

LIGATURE DES CAROTIDES. — COMPRESSION DES VERTÉBRALES.

J'ai lié les deux carotides. La respiration est un peu accélérée; l'action du cœur est augmentée; l'animal est bien portant du reste.

Cinq minutes après, je comprime avec mes deux pouces les vertébrales sans toucher le tuyau trachéal : la respiration s'arrête sur le champ; mouvemens convulsifs; l'animal tombe comme mort : j'ôte la compression, l'animal revient à la vie en faisant des inspirations convulsives. Il reste couché sur le côté, éprouve des mouvemens convulsifs violens, sa respiration est laborieuse, le cœur bat rapidement.

Deux heures après, il est guéri, mais sa respiration est laborieuse.

Je comprime une seconde fois les carotides : la respiration s'arrête; chute, mouvemens convulsifs, mort apparente.

Je relâche la compression; retour à la vie; mais la respiration est laborieuse.

Quatre heures après, l'animal se lève et mange.

Cinq heures après, je comprime pour la troisième fois les vertébrales; mêmes effets.

Neuf heures après, je comprime encore; mêmes résultats.

Quatorze heures après, l'animal est bien portant.

Vingt-quatre heures après, je comprime pour la cinquième fois les mêmes artères; asphyxie, convulsions, mort apparente *ut supra*. J'ôte la compression, retour à la vie, respiration d'abord laborieuse et violente, puis accélérée.

Quarante-huit heures après, compression pour la sixième fois; mêmes résultats.

Il résulte évidemment de ces expériences qu'après la ligature des carotides, il suffit de la simple compression des vertébrales pour arrêter complètement la respiration.

LIGATURE DES VERTEBRALES. — COMPRESSION DES CAROTIDES.

J'ai lié les artères vertébrales chez un autre animal. La respiration est devenue immédiatement laborieuse; l'oreille droite tombe, et les membres antérieurs sont en partie paralysés. Une heure après, l'animal est comme paresseux; respiration lente et laborieuse; sa jambe droite antérieure a repris presque toute sa force : l'animal conserve son sentiment, mais sa volition est affaiblie; il sent le manger qu'on lui présente, mais il refuse d'en prendre. Cinq heures après, il court, mais son oreille droite persiste dans la même situation,

Le lendemain, sa respiration est lente; il reste dans l'apathie. Je comprime avec mes pouces les carotides aux deux côtés du larynx sans toucher à celui-ci; l'animal tombe sur le côté gauche avec abolition des sens; ses yeux sont tirés en arrière. J'ôte la compression et l'animal revient à la vie instantanément.

Le jour suivant, sa respiration est accélérée, ses oreilles sont fort dressées, les jambes antérieures paralysées; l'animal se lève et marche de place en place en tombant. Je comprime une seconde fois les carotides; les yeux de l'animal se tournent en arrière; il est saisi de convulsions, sa respiration s'altère et devient laborieuse, puis il tombe comme la fois précédente, mais pas d'une manière aussi forte.

Le troisième jour, la respiration est accélérée (130). Je comprime de nouveau les carotides; il tombe sur le côté et reste insensible; mais peu après, il revient à la vie, marche et court.

Le quatrième jour, il est apathique; sa respiration est laborieuse, mais il prend quelques alimens. Dans l'après-midi de ce jour, il devient très indifférent, refuse de manger et reste ainsi jusqu'à la matinée du cinquième jour où on l'a trouvé mort.

La dissection a fait connaître des abcès autour des ligatures. Les artères vertébrales sont oblitérées; les carotides sont très élargies, mais elles sont comprimées par les abcès. L'injection a passé dans le crâne par les carotides internes et non par les vertébrales. La matière de l'injection n'avait pas passé dans l'artère basilaire ni dans le cercle de Willis.

LIGATURE DE LA CAROTIDE ET DE LA VERTÉBRALE D'UN MÊME CÔTÉ.

J'ai voulu ensuite voir quels seraient les effets de la ligature de la carotide et de la vertébrale d'un même côté. La respiration est devenue laborieuse, et les jambes antérieures partiellement paralysées. J'ai alors comprimé la carotide et la vertébrale de l'autre côté; l'animal est tombé comme mort, comme dans les cas précédens. Ayant ôté la compression, l'animal est revenu à la vie. Quatorze jours après, il était bien portant, à l'exception d'une certaine difficulté de respirer lorsqu'il venait de courir.

Je l'ai tué, injecté et disséqué; j'ai trouvé les artères liées parfaitement oblitérées.

Il résulte de ce fait que l'oblitération de la carotide et de la vertébrale d'un même côté n'entraîne pas inévitablement la mort.

LIGATURE DES CAROTIDES ET DES VERTÉBRALES A LA FOIS.

Afin de couper tout à la fois les différens courans du sang du cerveau, j'ai lié les carotides et les vertébrales en même temps. A l'instant même l'animal a cessé de respirer; mais le diaphragme s'est contracté spasmodiquement treize à quatorze fois, les membres inférieurs se sont agités convulsivement, et l'animal a cessé de vivre.

Cette expérience est très décisive; elle démontre évidemment quels sont les effets de l'arrêt de la marche du sang destiné au cerveau; savoir : suspension instantanée de la respiration, de la volition et du sentiment.

Le même effet de l'interruption des courans dans les artères carotides et vertébrales à la fois, je l'ai constamment produit à l'aide de la seule compression. Je faisais tenir convenablement l'animal, j'appliquais mes pouces sur les côtés, de manière à comprendre les deux vaisseaux sur chaque côté, sans toucher à la trachée artère. La respiration cessait en quelques secondes, l'animal était agité, puis il tombait mort. En ôtant la compression, la respiration ne reparaissait point; mais en comprimant par saccades la poitrine, l'animal s'étendait, bâillait, commençait à respirer librement et guérissait. J'ai produit les mêmes phénomènes à l'aide d'une ficelle que je passais autour de la base du cou, et que je glissais derrière la trachée pour ne pas intercepter le passage de l'air.

Avant de poser les conclusions qui me paraissent découler de ces expériences, j'ai voulu m'assurer que les phénomènes précédens ne dépendaient pas de la lésion de quelque nerf pendant les opérations. J'ai cru en conséquence devoir étudier les effets de la ligature des principaux nerfs du cou.

LIGATURE DES NERFS PNEUMOGASTRIQUES.

J'ai d'abord lié le nerf pneumogastrique de chaque côté. La respiration de l'animal est devenue lourde et laborieuse, et est tombée de 130 à 48 inspirations par minute; elle est en même temps accompagnée d'un bruit stertoreux; le cœur bat faiblement, mais rapidement. L'animal refuse l'aliment. Ces symptômes ont persisté, et le lendemain l'animal a été trouvé mort.

La même expérience ayant été répétée plusieurs fois, elle a donné constamment les mêmes résultats; la mort a toujours eu lieu dans l'espace de dix-neuf à vingt heures.

Nous avons observé en outre que, durant ces expériences, le sang artériel acquérait petit à petit les caractères du sang veineux, et que la chaleur animale diminuait en même temps d'une manière très sensible jusqu'à la mort (1).

A l'autopsie, nous avons toujours trouvé les poumons gorgés de sang au point de simuler les apparences du foie; du fluide épanché dans les plèvres; l'estomac plein d'aliment non digéré, l'œsophage plein aussi de matière alimentaire, si l'animal avait mangé après les ligatures.

LIGATURE DES NERFS PHRÉNIQUES.

J'ai isolé et lié chez un lapin les nerfs phréniques. Le diaphragme ayant été paralysé par suite de l'expérience, l'animal ne respirait qu'à l'aide des côtes; sa respiration est excessivement laborieuse. Les côtes sont agitées violemment, et l'animal paraît plus gêné de la respiration que lorsque les deux artères vertébrales avaient été liées, ou bien que d'autres nerfs tels que les pneumogastriques et le grand sympathique eussent été soumis à la même épreuve.

Un quart d'heure après, l'animal tombe sur le côté et fait de grands efforts à l'aide des muscles intercostaux; quelquefois il s'arrête comme fatigué, et recommence un instant après. Vingt minutes après, il est mort.

A l'autopsie, nous avons trouvé les nerfs phréniques exactement liés. Les mouvemens du cœur et des intestins ont duré pendant quelque temps après la mort.

Dans d'autres expériences, j'ai coupé les nerfs en place de les lier, les effets ont été les mêmes. Constamment la respiration devient difficile par l'obstruction de l'appareil mécanique destiné à pourvoir le poumon d'une nouvelle quantité d'air; tandis que dans les cas précédens, la difficulté tenait au défaut des procédés par lesquels l'air extérieur est élaboré dans les poumons pour l'entretien de la santé. Ne peut-on pas déduire que les changemens que subit le sang dans les poumons ne sont pas purement chimiques; mais qu'il y a en outre l'intervention d'une action toute vitale, dépendant de l'influence des nerfs sur les vaisseaux sanguins (2)?

LIGATURE DES NERFS GRANDS SYMPATHIQUES.

J'ai lié le grand sympathique des deux côtés. La respiration est devenue accélérée et irrégulière; mais le sentiment et la volition n'ont pas été affectés. L'action du cœur a acquis une très grande vitesse. Huit jours après, j'ai tué l'animal.

A l'autopsie, j'ai trouvé les nerfs exactement liés; l'un d'eux était ulcéré au-dessous de la ligature; l'autre l'était dans l'endroit même du fil. La ligature était entourée de suppuration.

Chez un autre lapin que j'ai soumis à la même expérience, les choses se sont passées de la même manière, et puis il a fini par guérir complètement; il n'avait alors qu'un mois d'âge; aujourd'hui, il est tout à fait bien portant.

LIGATURE DES NERFS PNEUMOGASTRIQUE, PHRÉNIQUE ET GRAND SYMPATHIQUE CHEZ UN MÊME ANIMAL.

Enfin, j'ai lié sur un lapin le nerf pneumogastrique, le grand sympathique et le phrénique. La respiration est devenue laborieuse; l'animal apathique et l'action du cœur faible. La respiration a continué excessivement laborieuse pendant un quart d'heure; puis l'animal est mort.

A la dissection, nous avons trouvé le sang fluide; mais les poumons n'étaient pas beaucoup altérés.

Dans une autre expérience pareille l'animal mourut trois quarts d'heure après.

Un animal peut donc vivre d'un quart à trois quarts d'heure, lorsque tous ces nerfs sont liés à la fois.

Lorsque, au contraire, on ne lie que le pneumogastrique, la mort n'arrive que douze heures après; et lorsque la ligature ne porte que sur le grand sympathique, la mort n'a lieu que beaucoup plus tard.

On peut donc avancer, d'après cela, que dans la première catégorie d'expériences, lorsque je comprimais les artères avec mes pouces la mort subite de l'animal ne pouvait être attribuée à l'étranglement des nerfs, mais bien à celui des vaisseaux.

---

(1) Ces phénomènes sont déjà connus depuis long-temps parmi nous. M. Dupuy a été le premier, comme on sait, à se livrer à l'étude expérimentale des effets de la ligature des nerfs pneumogastriques chez le cheval. Les expériences de M. A. Cooper, cependant, ont un tout autre but. (*Note du Réd.*)

(2) Cette vérité n'est plus douteuse aujourd'hui après les importans travaux de M. Brachet de Lyon. (*Note du Réd.*)

LIGATURE DES VEINES JUGULAIRES.

La ligature des veines jugulaires chez le lapin ne produit pas toujours les mêmes effets; les expériences viennent à l'appui de cette proposition.

J'ai lié chez un lapin les veines jugulaires des deux côtés du cou; je l'ai mis en liberté, il a couru par ci, par là, s'est frotté la figure avec les pattes; puis il s'est mis à manger. Sa respiration est descendue à 63, c'est-à-dire à la moitié de l'état normal. Quatre heures après, il continuait à courir comme si de rien n'avait été, et il a fini par guérir complètement.

Quelque temps après, je l'ai tué et injecté. J'ai trouvé sur chaque côté trois anastomoses veineuses qui passaient de la partie antérieure à la postérieure de la veine jugulaire, et qui transportaient le sang de la tête au cœur. Les veines vertébrales étaient entières et élargies; elles passaient au-devant du rachis, depuis la tête jusqu'au niveau de la quatrième et cinquieme vertèbre, et entraient ensuite dans le canal vertébral.

Sur un second lapin, j'ai lié les veines jugulaires de chaque côté du cou, comme dans le cas précédent. La respiration s'est ralentie; mais l'animal a mangé immédiatement après, il a couru et ne se laissait saisir que difficilement. Mais quatre ou cinq jours après, il a paru malade, apathique; ses oreilles sont pendantes. Le septième jour, il est saisi de convulsions, et se roule sur lui-même; abolition des mouvemens volontaires et du sentiment; il meurt le même jour.

A l'autopsie, nous avons trouvé un caillot de sang extravasé dans le ventricule gauche du cerveau.

Il suit, de là, que l'obstruction des veines jugulaires cause quelquefois l'apoplexie. J'ai observé ce même phénomène chez un enfant, par suite d'un engorgement glandulaire autour du cou.

DÉDUCTIONS.

Il résulte des expériences précédentes :

1° Que les artères carotides sont plutôt destinées, chez les animaux, à fournir le sang aux parties externes de la tête qu'au cerveau; mais qu'à mesure que le volume du cerveau augmente les artères carotides acquièrent une plus grande importance.

2° Que l'obstruction des artères carotides a une certaine influence sur la respiration; ce qui est dû probablement à la plus grande quantité de sang qui se porte alors dans les artères vertébrales. Les branches de la carotide interne sont proportionnellement moindres, à mesure qu'on descend de l'homme chez les animaux, on que le volume du cerveau et l'intelligence diminuent. L'artère carotide interne marche en direction tortueuse, afin d'empêcher le cœur d'agir trop vivement sur le cerveau.

3° Que les lapins guérissent promptement des suites de la ligature des carotides. Chez l'homme comme chez les autres animaux, ces artères peuvent être liées sans que la vie en soit nécessairement compromise.

4° Que les artères vertébrales sont des vaisseaux beaucoup plus importans que les précédens, relativement aux fonctions du cerveau (1).

Lorsqu'on lie les vertébrales on produit des effets beaucoup plus graves sur le système nerveux; généralement l'animal ne survit pas plus de quinze jours à l'opération. Je ne dis pas pourtant que la guérison en soit impossible. Chez les chiens, les carotides peuvent être liées impunément, mais la ligature des vertébrales entraîne de graves conséquences.

5° Que l'effet immédiat de la ligature de ces dernières artères est de rendre la respiration difficile et laborieuse. Ce qui dépend du manque de sang sur les nerfs phréniques et de l'arrêt de tout le *tractus respiratorius* de sir Charles Bell. L'animal devient apathique et inapte à se mouvoir et à manger.

6° Que la plus légère blessure détruit aisément la vie après la ligature des artères vertébrales; de manière que si après les avoir liées on vent découvrir les carotides, même sans les lier, l'animal meurt. Aussi dans mes expériences ai-je été obligé de commencer par lier les carotides avant d'en venir aux vertébrales.

7° Qu'attendu la grande importance de ces artères, la nature les a renfermées dans un canal osseux dans la plupart de leur trajet. Aussi ne peut-on les lier qu'au-dessous de la sixième vertèbre cervicale. C'est là seulement qu'elles sont accessibles. Si on les comprime la mort a souvent lieu subitement. Elles ne suivent une marche tortueuse que pour ne pas verser subitement sur le cerveau une quantité trop considérable de sang. Leur passage à travers les trous vertébraux a pour but d'empêcher une trop grande augmentation de volume; leur volume augmente un peu cependant lorsque les carotides unt été liées, et *vice versa*.

(1) M. Coleman pense que chez le cheval ces vaisseaux offrent un autre but, celui de réagir contre la pesanteur lorsque l'animal mange l'herbe dans les prairies.

8° Que la compression des carotides et des vertébrales détruit à l'instant même la vie chez les lapins, à cause de la suspension immédiate de l'influence nerveuse. Cet effet peut être produit par la simple compression avec les pouces sur les côtés du cou sans toucher à la trachée artère. Il y a cessation instantanée de la respiration, et des mouvemens convulsifs se déclarent.

Le même effet est produit en passant quatre ligatures autour des quatre artères et en les liant au même instant.

9° Que la même opération pratiquée chez le chien produit d'abord des symptômes d'enivrement; l'animal perd la volition et le sentiment; mais petit à petit les vaisseaux anastomotiques rétablissent la circulation à l'aide de plusieurs branches de la sous-clavière venant du dos et des deux côtés du cou.

10° Que la ligature des nerfs pneumogastriques n'entraîne la mort que douze heures environ après l'opération, tandis que celle des artères carotides et vertébrales tue sur le champ les mêmes animaux.

11° Qu'à la suite de la ligature de ce nerf, le poumon est chargé de sang, et deux fois plus pesant que dans l'état normal; d'où l'on peut déduire que le changement du sang est sous la dépendance directe ou indirecte de la paire vague. Il est digne de remarque que dans ces cas le sang des artères carotides offre les caractères du sang veineux, et que le sang qui circule pendant quelque temps avant la mort de l'animal est par tout noir; ou en d'autres termes, le sang est de moins en moins artériel à mesure qu'on s'éloigne du moment de la ligature. Néanmoins, le cœur continue à battre, car en ouvrant une artère quelconque le sang jaillit *per saltum*.

12° Que le sang qui jaillit de la carotide est aussi noir lorsque c'est le nerf phrénique qu'on a lié; mais les poumons ne sont pas dans ce cas chargés de sang à l'autopsie. Ils offrent au contraire le poids et les apparences de l'état normal. Dans cette expérience on a remarqué également la diminution du calorique, ce qui doit être attribué à la cessation de l'opération par laquelle le poumon développe de la chaleur en convertissant le sang veineux en artériel. Cela pourrait aussi dépendre du manque de sang artériel dans les nerfs dont l'influence donne lieu au développement de calorique; ou bien enfin de ces deux causes à la fois. Quant à l'aliment qui a été trouvé dans l'œsophage, il dépend évidemment de la paralysie des muscles de cet organe; il en est de même des alimens non digérés trouvés dans l'estomac. Ce nerf joue donc un rôle important dans l'artérialisation du sang pulmonaire; dans la déglutition et dans la fonction de la digestion.

13° Que la ligature ou la division des nerfs phréniques produit des symptômes asthmatiques. L'animal ne respire qu'à l'aide des muscles intercostaux; les côtés s'élèvent considérablement à chaque inspiration; puis elles tombent dans l'expiration. L'animal ne vit pas une heure après cette opération; mais il ne meurt pas subitement comme quand on comprime les artères carotides et vertébrales. Les poumons paraissent sains à l'autopsie, mais l'exhalation séreuse des plèvres est augmentée.

14° Que la ligature du grand sympathique ne produit que des effets passagers sur l'organisme; les battemens du cœur paraissent accélérés et leur force un peu affaiblie; mais l'animal finit par guérir.

15° Que la ligature des trois nerfs à la fois, savoir, du pneumogastrique, du phrénique et du grand sympathique de chaque côté entraîne la mort de l'animal, en moins d'une demi-heure, avec des symptômes de dyspnée.

16° Enfin, que la mort instantanée causée par la compression des quatre artères indiquées doit être exclusivement attribuée à l'empêchement du passage du sang au grand centre de l'influence nerveuse.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ITALIENS.

I. ANNALI UNIVERSALI DI MEDICINA.

Les cahiers des mois de novembre et décembre contiennent les articles originaux suivans : 1° *Histoire d'un cas remarquable d'hystérie*, par M. Lionardo De' Cloche, médecin en chef de l'hôpital de Trente; 2° *Note sur une nouvelle pince destinée à l'oblitération des artères et des veines, de l'invention de M. Puppi*, par M. Signoroni, professeur de clinique chirurgicale à Padoue; 3° *Mémoire sur le catarrhe épidémique (grippe) qui a régné à Brescia durant le printemps de* 1837, lu à l'Athénée de cette ville; par M. Girelli; 4° *Colique saturnine, occasionée*

par la présence de dix onces de petit plomb dans les intestins, par M. Stefano Ruva, médecin communal à Cilavegna.

Nouvelle pince a pression et a acupuncture, destinée a l'oblitération des artères et des veines, de l'invention de M. Puppi; par M. Signoroni, professeur de Clinique chirurgicale à Padoue.

L'auteur de cette nouvelle pince est un élève de M. Signoroni; il a eu pour but, en agissant sur les artères, les veines, ou tout autre organe creux qu'on veut oblitérer, de remplacer à la fois la compression et l'acupuncture, quelle que fût, d'ailleurs, la profondeur à laquelle cette partie se trouverait. M. Signoroni a cru devoir décrire lui-même l'instrument, afin de l'appuyer de son approbation et en faire mieux relever l'importance. Deux figures explicatives sont annexées à la note de M. Signoroni.

Imaginez-vous une petite pince à dissection, dont les deux branches laissent avancer à leur extrémité compressive deux aiguilles courbes, qu'on fait marcher à volonté contre la partie qu'on a pincée, et vous aurez une première idée de l'instrument de M. Puppi. En voici maintenant les détails :

L'instrument résulte de trois pièces :

1° De deux branches élastiques, un peu courbes dans leur milieu, jointes à leur base, comme celles des pinces ordinaires à dissection, et se terminant parallèlement à leur pointe, comme la pince compressive d'Assalini. Cette portion terminale des branches est creuse intérieurement, et présente une petite fenêtre à la face interne de chaque branche, par où doivent sortir les aiguilles,

2° D'une canule en argent, dans laquelle la pince est renfermée. Cette canule a la même destination que celle de la pince à trois branches de la lithotritie, c'est-à-dire qu'en la faisant avancer ou reculer on approche ou on écarte entre eux les mords de la pince;

3° De deux tiges pointues et élastiques qui font l'office d'aiguilles. Ces deux tiges passent chacune dans le canal de chaque branche de la pince et se terminent sur une vis placée sur le manche de l'instrument. A l'aide de cette vis on fait sortir à volonté et avancer les deux pointes des aiguilles par les fenêtres de la face interne des branches, à peu près comme le dard de la sonde de frère Come est poussé de l'intérieur de la canule.

Quelle que soit la profondeur du vaisseau ou du canal qu'on veut oblitérer, pourvu qu'il soit isolable et saisissable, il est d'abord saisi et serré convenablement par les deux branches de l'instrument, qu'on fait agir comme une pince à lithotritie, puis on pousse les deux dards qui sortent comme deux langues de serpent sur la face interne des branches, et aux points appliqués contre la partie pincée. Les aiguilles percent de part en part le vaisseau; on les laisse en permanence, conjointement à la compression, autant de temps qu'on désire. On peut aussi, quand on veut, retirer les aiguilles et y faire rester et augmenter la compression, ou bien ôter la compression et y laisser les aiguilles.

Cet instrument est ingénieux, comme on le voit, et peut rendre de grands services dans différentes circonstances; mais M. Signoroni ne dit point s'il l'a mis en pratique et avec quels résultats. Nous voyons cependant, d'après l'idée que nous nous en formons, sur les figures annexées à la note de l'auteur, une difficulté très grande pour faire avancer les aiguilles, alors que les deux branches de la pince sont fortement rapprochées ensemble, car les pointes des aiguilles doivent heurter contre les branches mêmes de la pince. C'est là, du reste, une difficulté qu'on pourrait aisément vaincre au besoin.

Colique saturnine causée par la présence de dix onces de grains de plomb dans les intestins; par M. Ruva.

Obs. — J.-B. Peronzino, âgé de 34 ans, de tempérament bilioso-sanguin, laboureur, était, depuis plusieurs années, sujet aux fièvres intermittentes. Les préparations de quinquina ne dissipaient le mal que difficilement, il fallut enfin y joindre l'usage des saignées et du tartre stibié pour en triompher; mais les organes abdominaux ont fini par éprouver des désordres sérieux, et le malade éprouvait aisément des coliques et de la diarrhée au moindre écart de régime.

En 1828, il essuya une péripneumonie grave, dont il guérit : le traitement qu'a exigé cette maladie l'a débarrassé en même temps des anciennes souffrances; il s'est dès-lors bien porté, a quitté son état de laboureur et s'est fait marchand ambulant. Ce nouvel état l'a non seulement exposé à des marches forcées et fatigantes, mais encore à toutes les intempéries des saisons et à des intempérances de toutes espèces, entre autres aux boissons alcooliques. Alors ses anciennes souffrances abdominales sont reparues et avec plus de force : le malade éprouvait des dyspepsies, un sentiment d'étranglement pénible à la région duodénale, des douleurs atroces dans l'estomac et des envies fréquentes d'uriner. Ces symptômes s'amendaient quelquefois sous l'influence d'une boisson amère, telle que l'infusion de la racine de colomb, par exemple; mais cette amélioration n'était que passagère. Après avoir essayé inutilement d'une foule de remèdes, le malade s'est livré aux soins d'un charlatan, qui lui a fait avaler d'abord (le 6 octobre 1836) six onces de grains de plomb.

Ce moyen a d'abord produit de la pesanteur à l'estomac, puis des éructations fréquentes, des borborygmes, un goût métallique à la bouche, des nausées et des vomiturittions. Ses symptômes ont été graduellement progressifs; des coliques lancinantes fort pénibles et l'impuissance des membres inférieurs se sont joints aux phénomènes précédens. Pour combattre cette exacerbation, le charlatan lui a fait avaler une potion de sa composition, dans laquelle il entrait de l'huile rance de lin, de la graisse de blaireau fondue, et des jus d'herbes; mais, loin d'en être soulagé, le malade a éprouvé des coliques de plus en plus vives et insupportables. Enfin, dans la nuit du 23 du même mois, six jours après l'ingestion du plomb, le malade a rendu par l'anus des grains de ce corps étranger enveloppé de mucus stercoral au milieu des efforts pour vomir et pour aller à la selle. Le malade a été, à l'instant, considérablement soulagé et de l'action du plomb et de sa maladie antérieure; il s'est cru complétement guéri; mais il n'avait pas fait attention à la quantité de plomb qu'il avait rendu; il n'en avait rendu que la moitié environ. Illusionné par ces événemens, le malade a eu plus de confiance en les promesses du charlatan; il a donc avalé le lendemain (24 octobre) une seconde dose de plomb : nouvelle recrudescence de symptômes gastro-entériques. L'état du malade décline de jour en jour; il ne peut manger ni boire; ses forces décroissent continuellement, et il peut à peine se tenir sur ses jambes.

Le 30 octobre, aux douleurs ombilicales se joint un vomissement de matière bilieuse qui se reproduit d'une manière inquiétante. C'est à cette époque que M. Ruva l'a visité pour la première fois. A l'examen il a trouvé : œil languissant, visage pâle et maigre, étourdissement, céphalalgie, langue chargée, bouche amère, peau chaude, pouls plein, mais non fréquent; douleurs vives à l'ombilic s'irradiant aux lombes; le reste de l'abdomen n'est pas douloureux à la pression si ce n'est de temps en temps vers les régions épicoliques gauche et droite; sentiment de fourmillement avec tiraillement à la plante des pieds. Lorsque chaque paroxisme douloureux revient les testicules se rétractent vers les anneaux inguinaux; constipation complète depuis six jours; des purgatifs drastiques avaient été administrés inutilement par le charlatan. Tout ce que le malade prend, il le vomit avec impétuosité; il accuse des coliques atroces, et son moral est frappé de l'idée de la mort.

Ces antécédens ont mis de suite M. Ruva dans la connaissance exacte de la nature du mal; son premier but a été de délivrer le malade de la présence du plomb qu'il avait avalé; il a prescrit des lavemens purgatifs, une saignée de douze onces, des sangsues à l'anus et des cataplasmes émolliens sur le ventre. La saignée et les sangsues ont été répétées. Le sang n'est pas couënneux, les lavemens sont rendus sans matière. Ces moyens ont calmé un peu les souffrances, l'estomac paraît un peu moins intolérant, il supporte quelques cuillerées d'eau de laurier cerise délayée, puis de l'huile de ricin.

Après deux jours de ce traitement, le malade a eu d'abondantes garderobes de matière liquide très fétide, dans laquelle on a trouvé trois onces de plomb; le soulagement a été instantané : il y a eu du calme pendant la nuit suivante; le jour d'après, nouvelle garderobe contenant aussi des grains de plomb; le malade s'est senti de plus en plus soulagé; il a commencé à se nourrir. On lui a prescrit de la magnésie et de la limonade sulfurique; la colique et la fièvre se sont dissipées par degrés. On a continué les purgatifs et les lavemens; le malade accuse un sentiment de constriction fort incommode, tantôt à la région iléo-cœcale, tantôt sur le point opposé. Les membres inférieurs continuent à être comme morts, le fourmillement douloureux à la plante des pieds persiste. Le malade mange avec avidité, mais les forces n'augmentent pas en proportion. Ces symptômes ont fait présumer à M. Ruva que le tube intestinal n'était pas complètement débarrassé du plomb. Il est en conséquence revenu à l'usage de l'huile de ricin et de la magnésie.

Quarante-sept jours s'étaient en attendant écoulés depuis l'ingestion du plomb; le malade se voyant désappointé dans son attente de guérison s'est dégoûté de tout traitement et de tout régime, et a satisfait son appétit vorace; alors les coliques sont reparues avec une très grande violence et accompagnées des mêmes symptômes dont nous venons de parler. On revient à la saignée du bras, aux sangsues à l'anus; on prescrit une émulsion huileuse, des lavemens purgatifs et des fomentations émollientes sur le ventre. De nouvelles garderobes ont lieu; elles contiennent toutes du plomb. Enfin tous les symptômes se sont petit à petit dissipés, et le malade a fini par guérir. Le plomb rendu a pesé dix onces en tout. Huit mois après le sujet en question continuait à jouir d'une bonne santé.

L'idée de combattre certains dérangemens intestinaux à l'aide du menu plomb est ancienne comme on sait; Van Helmont a été un des premiers à conseiller ce moyen contre le volvulus : « *Neminem ileo perire*, a-t-il dit, *si globuli plombei sclopetarii deglutiantur, ut sub pondere propellant impedimentum in intestinis hærens* » (*De flatibus*, p. 31); Sydenham cependant a bien compris que l'ingestion du plomb dans l'estomac pouvait avoir de graves conséquences : « *Hæc*, dit-il, *parum conducere et noxam sæpe aut contemnendam inferre* » (*Oper. med.*, sect. 1, c. IV.); Van Swieten (*Com. in Boerah. intes. infl.*, p. 959); Morgagni (*lib.* III, *epist.* XXXIV, 13) Bursérius (*Inst. med. prat.*, vol. 8, p. 102) tiennent absolument le même langage et condamnent formellement l'usage d'un moyen aussi bizarre. On voit encore de nos jours son usage en France dans certaines classes du peuple et en particulier dans les régimens. On avait cru que l'administration d'une certaine quantité d'argent vif après l'ingestion du plomb aurait pu s'amalgamer à ce dernier et le faire expulser par les selles; mais les expériences de Bichat sur

les animaux vivans, répétées par M. Duméril, et dernièrement encore par M. Larrey ont démontré combien cette idée était mal fondée. Le plomb introduit dans les intestins s'enveloppe de suite de mucosités qui empêchent l'action chimique du vif-argent. Un invalide portait depuis longtemps une balle de fusil dans le canal médullaire du tibia; elle y était enchatonnée, visible à l'œil nu, et mobile comme un véritable grelon; l'ouverture extérieure était rétrécie d'un tiers. M. Larrey a versé du vif-argent dans le chaton de la balle sans pouvoir obtenir aucun effet chimique sur ce corps.

II. GIORNALE DI PATOLOGIA E DI MATERIA MEDICA DI VENEZIA.

Les quatre cahiers des huit premiers mois de l'année 1837 contiennent les articles originaux suivans : 1° *Réflexions sur la diastase des os du bassin durant l'accouchement;* par M. Malago. Ce travail est la suite d'un autre article déjà mentionné dans une de nos précédentes revues; il ne présente aucun fait nouveau; 2° *Plusieurs tableaux statistiques sur le choléra qui a régné à Venise;* par M. G. Duodo, médecin communal; 3° *Mémoire sur l'apoplexie lente ou capillaire;* par M. Fantonetti; 4° *Remarques sur le catarrhe épidémique appelé grippe;* par M. Meli. Travail judicieux, mais n'offrant rien de nouveau; 5° *Guérison d'un cas grave d'empoisonnement par du sublimé corrosif;* par M. Camin de Trieste; 6° *Relation sur une épidémie varioleuse qui a régné à Venise pendant les années* 1829, 30, 31 et 32; par M. Valensasca; 7° *Constitution médicale de l'hôpital civil de Venise pendant l'année* 1837; par M. Trois, médecin en chef de cet hôpital; 8° *Mémoire sur la force médicatrice de l'organisme;* par M. A. Bottani; 9° *Expériences sur les animaux vivans avec différentes matières prises sur des personnes atteintes de choléra;* par M. G. Novati; 10° *Sur la grippe qui a regné à Venise;* par M. Namias; 11° *Mémoire sur les progrès récens de la lithotripsie et sur un nouvel instrument percuteur*, lu à l'Athénée de Venise; par M. Benvenuti; 12° *Plusieurs cas remarquables d'épilepsie;* par M. Gaspare Federigo, professeur de clinique chirurgicale à Venise; 13° *Sur un cas de fièvre gastro-vermineuse, suivie de gastro-entérite;* par M. Mauri; 14° *Métastase urineuse*, observée par M. G. Gambari; 15° *Cas remarquable d'hypertrophie du foie;* par M. Piétro dalla Balla; 16° *Hémiplégie guérie à l'aide de la strychnine;* par M. Ferrari; 17° *Sur le choléra qui a régné à Mantoue pendant l'année* 1836; par M. Montani; 18° *Remarques sur une nouvelle méthode proposée par le professeur Fleischmann pour la guérison des névralgies faciales;* par M. Bottani; 19° *Efficacité du tannate de plomb dans le traitement des tumeurs blanches articulaires;* par M. Fantonetti; 20° *Emploi de l'alun contre les angines;* par M. Meli.

DE L'APOPLEXIE GRADUELLE OU CAPILLAIRE; par M. FANTONETTI, professeur de clinique à Pavie.

Tout le monde sait ce qu'on entend par apoplexie capillaire. Bayle, MM. Récamier, Cayol, Lallemand, Rostan et Cruveilhier ont donné ce nom au ramollissement rouge du cerveau. C'est, au dire de ces auteurs, une sorte d'apoplexie chronique, lente ou graduelle, dans laquelle il n'y a pas de rupture des gros vaisseaux encéphaliques; le sang épanché ne provient que de l'usure des vaisseaux capillaires de la pulpe cérébrale, ordinairement de la substance grise. Plusieurs travaux ont déjà été publiés sur cette redoutable maladie; mais on est encore loin de s'accorder sur tous les points à son égard; on peut même dire que tout est encore à faire sur son diagnostic et son traitement. M. Fantonetti ayant eu cinq fois l'occasion de rencontrer sur le vivant l'apoplexie en question, et d'en constater après la mort les altérations anatomiques, a été à même de faire quelques remarques nouvelles qui nous paraissent dignes d'intérêt.

Un premier fait à noter, c'est que les symptômes de l'apoplexie capillaire sont fort variables et souvent trompeurs; ils simulent toujours ceux des affections profondes du système nerveux. On avait déjà signalé comme propres à cette maladie les convulsions et les phénomènes qu'on rencontre dans certaines fièvres malignes (ataxique, adinamique, lente nerveuse de Huxam); mais personne n'avait encore observé la danse de St-Guy comme un symptôme des plus fréquens de l'apoplexie capillaire. Dans les cinq observations que M. Fantonetti a recueillies, ce caractère existait d'une manière remarquable. Voici les points les plus culminans de ces observations.

OBS. I. — Paysan, 45 ans, habituellement bien portant, éprouve sans cause appréciable un tremblement au bras droit, qui se dissipe quelque temps après. L'année suivante, ce tremblement reparait avec plus de force que la première fois. Saignées, purgatifs; mieux. Quelque temps après, tremblement pareil à l'autre bras : saignées, vomitifs, noix vomique, fleurs de zinc, remèdes martiaux, quinquina; pas de changement pendant un an. Alors le malade entre à la clinique de Pavie; il ne se plaint pas de mal de tête, et assure n'avoir jamais souffert dans cette partie; conjonctive oculaire injectée et rouge; visage coloré; les sens externes sont parfaitement sains; tendance au sommeil et à l'apathie; appétit faible; langue bonne; respiration libre; battemens du cœur plus forts que dans l'état normal; pouls 85, régulier; tremblement continu de la tête depuis deux mois; gesticulations irrégulières des bras depuis dix-huit mois; le malade a de la force et peut très bien se tenir debout.

PRESCRIPTION. Sangsues répétées à la nuque; vésicatoire à la même région, pansé avec acétate de morphine; bains entiers; intérieurement, extraits de jusquiame, de noix vomique; du cyanure de fer; tartre stibié à haute dose. Pas d'amélioration.

Les mouvemens convulsifs des bras et de la tête sont graduellement remplacés par la paralysie, d'abord des membres, puis des sens et de tout le corps. La mort est enfin arrivée d'une manière très calme et graduelle.

AUTOPSIE. Viscères abdominaux sains; cœur hypertrophié, surtout la moitié gauche. La moëlle épinière offre un ramollissement rouge des mieux caractérisés, depuis la dernière vertèbre cervicale jusqu'à la moëlle allongée inclusivement; ici, cependant, la lésion est moins profonde La même altération est rencontrée dans le cervelet et dans toute la masse des deux hémisphères cérébraux. Les enveloppes de l'encéphale sont injectées de sang; les ventricules du même organe renferment peu de sérosité.

OBS. II. — Jeune fille, âgée de 15 ans, entrée à la clinique le 29 janvier 1832, malade depuis quinze jours : pas de mal de tête; les yeux sont larmoyans; ouïe et odorat bons, bouche amère; langue blanche et muqueuse; respiration un peu gênée; pouls fréquent et dur; urines rares et colorées; constipation; mouvemens spasmodiques du bras droit; faiblesse du membre abdominal du même côté. Marche des symptômes à peu près comme dans le cas précédent. A l'autopsie, on trouve : ramollissement rouge dans le cerveau, s'étendant jusqu'à la moëlle allongée; moëlle épinière saine, ses enveloppes contiennent beaucoup de fluide séreux; enveloppes du cerveau très sains, cœur hypertrophié; le reste de l'organisme est normal.

OBS. III. — Cordonnier, 32 ans, éprouve, à la suite d'un excès de boisson, des mouvemens involontaires au bras et au membre abdominal du côté gauche; ces mouvemens augmentent tellement, qu'au bout de huit jours la volonté n'a plus d'empire sur ces parties. Saignées répétées; purgatifs; bains, strychnine, etc.; inutiles. Progression des symptômes *ut supra;* paralysie générale; mort.

AUTOPSIE. Lésions analogues aux précédentes.

OBS. IV. — Paysanne, 30 ans, mère de quatre enfans, est saisie de fièvre gastrique légère; sa convalescence se prolonge; vertiges de temps en temps, puis malaise général, *gravedo*, tremblemens généraux toutes les fois que la malade veut se lever. Ensuite, mouvemens convulsifs des membres; léger délire; anéantissement progressif des sens; terminaison *ut supra*.

L'autopsie constate du ramollissement rouge aux deux hémisphères cérébraux.

OBS. V.—Batelier, 47 ans, épileptique dès son enfance, jusqu'à l'âge de 30 ans. Il éprouve depuis deux mois des crampes violentes aux bras toutes les nuits, après s'être couché. A ce symptôme se joignent des accès de frisson et de chaleur plusieurs fois par jour; malaise général; lassitude; pesanteur à la tête; affaiblissement des facultés intellectuelles; puis pâleur du visage; œil languissant; inappétence; fourmillement, puis torpeur, coma, paralysie progressive; terminaison et autopsie comme ci-dessus.

Il résulte des faits et des recherches auxquelles M. Fantonetti s'est livré:

1° Que l'apoplexie capillaire se déclare souvent par des symptômes choréiques ou de danse de St-Guy.

2° Qu'examinée au microscope, la pulpe cérébrale affectée de ramollissement rouge n'offre aucune rupture vasculaire; d'où l'on peut déduire que le sang extravasé sort des vaisseaux par exosmose. Cela n'empêche pas cependant d'admettre comme exacte une autre variété de ramollissement rouge, décrite par MM. Andral et Cruveilhier, dans laquelle on a constaté la rupture réelle des vaisseaux capillaires.

3° Que le ramollissement rouge n'est pas ordinairement accompagné de phlogose; d'où l'on peut conclure que cet état du cerveau dépend de l'action physique du fluide extravasé, qui macère en quelque sorte la pulpe cérébrale.

4° Que lorsque le ramollissement rouge occupe une très grande étendue, on peut dire d'avance qu'il n'est pas accompagné de rupture vasculaire; mais les vaisseaux capillaires sont hypertrophiés. Le contraire a lieu quand la lésion est très bornée, et que le ramollissement s'offre à l'état de putrilage.

5° Enfin, que l'hypertrophie du cœur précède et accompagne la maladie en question; il y a cependant des cas où le ramollissement existe sans lésion de ce dernier organe.

CAS REMARQUABLE DE MÉTASTASE URINEUSE; par M. GAMBARI.

OBS. — Une dame, âgée de 50 ans, avait, dans son enfance, été atteinte de rachitisme, sa colonne vertebrale et sa poitrine etaient restees deformees. Re-

glée à l'âge de 11 ans, elle a été dès cette époque sujette à des attaques hystériques. Arrivée à l'âge de 38 ans, elle a été attaquée de descente utérine et de rétention urinaire. Elle s'est d'abord refusée, par pudeur, à se laisser sonder; mais enfin les souffrances causées par la distension énorme de la vessie l'ont obligée à s'y sommettre. La rétention s'est de temps en temps reproduite; l'irritation des organes était telle, un jour, que le chirurgien n'a pu parvenir à faire passer une sonde dans la vessie; la malade souffrait dans tout l'abdomen, surtout à l'épigastre, et accusait des espèces de borborygmes qui partaient de la vessie, lorsqu'elle a été saisie de vomissement; elle a vomi de la matière liquide qui a été manifestement reconnue pour de l'urine; ce vomissement a fait disparaitre la tumeur et la douleur vésicales. Le même phénomène s'est reproduit plusieurs fois en présence du chirurgien; cela arrivait toutes les fois que le spasme de l'urètre s'opposait au passage de la sonde; constamment la malade était soulagée par le vomissement urinaire. Dans l'espace de deux ans, cet événement s'est reproduit un grand nombre de fois; alors l'uraque s'étant ouvert près de l'ombilic, l'urine s'écoulait parfois par cette ouverture quand elle ne pouvait sortir par l'urètre. A chaque nouvelle crise, la malade présentait une tumeur hypogastrique, évidemment formée par la distension vésicale, des douleurs abdominales et des borborygmes. L'orage se dissipait, tantôt par le vomissement urinaire, tantôt par l'écoulement du même liquide par l'ombilic; la malade a continué dans cet état jusqu'à l'âge de 30 ans. Avec l'urine, elle rendait aussi parfois dans les derniers temps de la matière fécale par la bouche, et elle avait été plusieurs fois sur le point de succomber. En 1834, M. Gambari ayant été consulté a fait saigner la malade, et lui a prescrit de se faire sonder trois fois par jour; c'est ce qu'elle a fait, et depuis lors, les crises ne se sont plus reproduites : aujourd'hui, la santé de la malade est assez bonne.

Nous ne suivrons pas l'auteur dans les conjectures auxquelles il se livre pour expliquer le fait qui précède; nous nous contenterons seulement de rappeler une observation très analogue, rapportée par Manzoni (*Obs. path., Vérone*, 1795), et qui a été adoptée et traduite en français par Lobstein; la voici :

« Une demoiselle de 19 ans reçut une contusion aux parties génitales. Elle éprouva une rétention d'urine qui dura quatre ans, pendant lesquels il fallut recourir journellement à l'emploi des cathéter. Après ce temps, la sécrétion des urines cessa entièrement; la vessie restait toujours vide, et la malade ne ressentait plus la moindre envie d'uriner; mais elle fut atteinte d'une hydropisie générale, sa transpiration prit l'odeur de l'urine, et sa peau fut couverte d'un nombre infini de pustules. Au bout de huit ans, l'urine commença à être sécrétée et évacuée, non par les voies naturelles, mais par l'estomac; la malade vomit presque tous les jours deux à trois livres d'urine. Ce nouveau phénomène fut accompagné d'accès de manie et de penchant au suicide, symptômes qui ne purent être calmés que par de fortes doses d'opium, que l'on porta jusqu'à 400 grains par jour, quantité énorme, et qui, au lieu de donner du sommeil, produisait plutôt de l'insomnie. On obtint, par l'usage continué de ce remède, que le vomissement se fit avec plus de facilité, et les forces de la malade se soutinrent. Enfin, elle mourut d'une fièvre aiguë, à l'âge de 53 ans, avec des douleurs violentes au dos et au bas-ventre, après avoir eu une suppression totale des urines pendant trente-trois ans, et avoir pris, durant tout ce temps, plus de deux cents livres d'opium. A l'ouverture du cadavre, on ne trouva rien de particulier dans toute l'étendue de l'appareil urinaire; la vessie était vide, mais elle n'était ni flétrie ni contractée. »

EFFICACITÉ DU TANNATE DE PLOMB CONTRE LES TUMEURS BLANCHES ARTICULAIRES; par M. FANTONETTI.

On sait que si l'on verse goutte à goutte de l'acétate de plomb dans une très forte décoction d'écorce de chêne, l'on obtient un précipité qu'on appelle tannate de plomb. Ce précipité, qu'on regarde comme un sel, peut être séché et réduit en pommade, en le mêlant à deux tiers environ d'onguent rosat. Antenrieth et Fott l'ont beaucoup préconisé pour le pansement des plaies ou ulcères gangréneux et atoniques. M. Fantonetti vient de l'expérimenter avec un succès assez remarquable dans le traitement des tumeurs blanches.

Il rapporte deux observations.

Obs. I.—Dans la première, il s'agit d'une dame, âgée de 30 ans, de constitution lymphatico-nerveuse, mère de trois enfans, atteinte depuis un an d'une tumeur blanche à l'articulation du genou gauche. Le mal s'était déclaré à la suite d'un effort durant sa dernière grossesse, sous la forme d'une arthrite aiguë fort intense. Après les couches, le mal a pris une forme sub-aiguë, et cinq mois après, le genou avait un volume prodigieux; la jambe, fort amaigrie, était immobile et retractée sur la cuisse. Les remèdes anti-phlogistiques et les résolutifs de toute espèce n'avaient point été épargnés; les vésicatoires et les cautères avaient été employés sans succès. M. Fantonetti a alors eu recours aux frictions, matin et soir, de pommade de tannate de plomb, d'après la formule ci-dessus. Ce remède a agi héroïquement; le gonflement et la douleur se sont dissipés à vue d'œil, et la jambe a pu être facilement allongée. L'amélioration a été progressive, et, enfin, non-seulement la jambe a repris sa rectitude et sa motilité naturelles; mais encore le genou est revenu tout à fait à l'état normal; la guérison a été aussi complète que durable.

Obs. II.—Dans la seconde, il est question d'une jeune fille, âgée de 15 ans, blonde et scrofuleuse, non encore réglée, atteinte de tumeur blanche au genou gauche. Le mal s'était déclaré depuis de trois mois, à la suite d'un effort en dansant. A l'examen, M. Fantonetti a trouvé le genou gonflé et douloureux; la jambe atrophiée, et dans la demi flexion immobile. Les remèdes ordinaires, entre autres les vésicatoires et les cautères, avaient été mis en usage sans profit. Le volume de l'articulation était une fois et demie plus considérable que celui de l'autre; la malade gardait le lit. M. Fantonetti a préparé du tannate de plomb, qu'il a laissé sécher à moitié et l'a mêlé à un tiers d'onguent rosat : il en a fait frictionner le genou deux fois par jour. Vingt-quatre jours après, l'amélioration était déjà très marquée; la malade a commencé à se lever et à pouvoir rester assise, puis à marcher à l'aide de béquilles; ensuite à l'aide d'une canne; enfin sur ses jambes, sans aucun soutien étranger. Le gonflement et la raideur de l'articulation se sont dissipés; la jambe a repris sa rectitude normale, et la guérison a été complète. M. Fantonetti a prescrit pendant long-temps ensuite l'usage des frictions de graisse, et l'iode intérieurement.

La formule adoptée par l'auteur est la suivante :

Prenez : Iode très pur. . . . . 6 grains.
Amidon en poudre très fine. . 4 gros.

Triturez l'iode avec un peu d'eau, et mêlez-y graduellement l'amidon. Divisez le tout en vingt parties égales.

On en donnera une toutes les quatre heures pendant le jour. On peut en élever graduellement la dose jusqu'à quarante grains par jour.

III. REPERTORIO DELLE SCIENZE MEDICHE DEL PIEMONTE.

PUPILLE ARTIFICIELLE PRATIQUÉE AVEC SUCCÈS. — MOTILITÉ DE LA NOUVELLE OUVERTURE; par M. RIBERI, professeur de chirurgie à Turin.

Obs. — Maria Chiapella, âgée de 20 ans, paysanne, tempérament lymphatico-sanguin, de médiocre stature, replete, a été reçue à la clinique de M. Riberi pendant l'été de 1837. Elle offre l'etat suivant :

OEil droit affecté de leucome ancien, très épais, saillant sur la cornée, ayant deux lignes de largeur, occupant le centre du disque cornéal, plus étendu en dedans qu'en dehors, entouré d'un nuage albugineux. Le champ de diaphanéité restant de la cornée est plus étendu au côté externe qu'à l'interne du leucome; ce champ offre deux lignes et demie au côté externe. L'iris adhère par son petit cercle au leucome; sa circonférence est tiraillée et déplissée; la pupille naturelle a disparu; la couleur irienne n'est pas altérée; l'aspect de cette membrane est vivace; elle est tremblottante à l'impression de la lumière, très convexe en avant, et touche presque partout la face postérieure de la cornée. La malade est aveugle de ce côté, seulement elle peut distinguer nettement le jour de la nuit. Le bulbe oculaire est grand, saillant et bien consistant à la pression du doigt. Il n'offre aucun indice de phlogose lente, ni de cirsophthalmie, ni de lésion d'innervation.

OEil gauche affecté également de leucome, mais peu volumineux et placé à la partie inférieure de la cornée, entouré d'un cercle albugineux, surtout en haut, qui couvre la pupille. Iris adhérant au leucome par son segment inférieur; pupille allongée verticalement par suite de cette adhérence. Cette ouverture est couverte d'une tache leuco-albuginense, et n'est visible que lorsqu'on regarde l'œil de haut en bas. Faculté de distinguer confusément les objets les plus grossiers.

Ces lesions avaient été le résultat d'ophthalmies anciennes; mais indépendamment de tout cela, la santé générale de la malade n'était pas trop bonne : ses règles étaient dérangées, elles manquaient depuis neuf mois; la femme se plaignait de pesanteur à la région précordiale, de chaleur à la tête; son sommeil était agité, le pouls dur, tendu et fréquent; la peau très chaude.

M. Riberi a commencé par traiter l'état constitutionnel à l'aide du repos, de la diète, quelques saignées du pied, boissons délayantes, etc. Les règles sont reparues, et la santé de la malade s'est améliorée. L'opérateur se proposait d'attaquer l'œil droit.

« J'ai alors, dit l'auteur, pratiqué la pupille artificielle d'après la méthode de l'*iriectomie externe*, et je l'ai pratiquée vers la partie externe de l'œil droit ou le champ de diaphanéité cornéale était plus ample. Trois circonstances m'ont paru dignes de remarque dans cette opération. La première, c'est que ne pouvant pas, à cause de l'adossement de l'iris à la cornée, inciser cette membrane de haut en bas sans léser le diaphragme irien, j'ai dû implanter mon bistouri au côté externe de la cornée, à une demi ligne de son union avec la sclérotique. Je me suis servi d'un kératotome à large lame, et je l'ai fait marcher entre l'iris et la cornée jusqu'au leucome ou les deux membranes adhéraient entre elles; en le retirant, j'ai dilaté l'incision cornéale en bas en coupant de dedans en dehors. La seconde, c'est que l'iris se trouvant fixé et très tendu sur deux points opposés, savoir à la grande circonférence et à son point d'adhérence avec le leucome, j'ai pu, après la formation du lambeau cornéal, presser doucement le bulbe, de manière à faire avancer entre les bords de la plaie un lambeau irien sous forme de petit sac, le saisir et l'exciser nettement sans beaucoup de peine. J'ai vu dans cette circonstance combien le procédé de Gibson que j'ai suivi était supérieur à celui de l'emploi de l'érigné tant préconisé par Beer.

» La troisième enfin, c'est qu'aussitôt que l'iris a été excisé, il s'est fait un écoulement de sang qui a rempli immédiatement la nouvelle ouverture; j'ai attendu un instant, j'ai ôté le petit caillot à l'aide de pinces, j'ai excisé une autre petite portion de l'iris, j'ai lavé le tout, et la nouvelle ouverture est restée parfaitement libre, offrant un diamètre de deux lignes au moins. »

La réaction a été forte; elle a été combattue à l'aide de trois saignées. Le quinzième jour, il y a une seconde réaction; nouvelles saignées. Ensuite les choses sont allées de mieux en mieux, et la malade a fini par guérir. La nouvelle pupille s'est conservée, et la malade voit fort bien; elle distingue même des objets fort petits, tels qu'une aiguille, un brin de paille qui se trouvent sur le sol, etc.

Une particularité digne de remarque, qui du reste avait déjà été observée par d'autres avant M. Riberi (Wenzel, Demours, Adams), c'est que la nouvelle pupille jouit d'une contractibilité évidente à l'action de la lumière comme une pupille naturelle. Ce fait, dit M. Riberi, milite en faveur de l'opinion qui regarde la motilité de l'iris, non comme dépendant de la direction de ses fibres, mais bien de sa nature érectile et turgescente ou vasculo-nerveuse.

IV. FILIATRE SEBEZIO.

RELATION STATISTIQUE DES OPÉRATIONS DE TAILLE, PRATIQUÉES D'APRÈS LA MÉTHODE PÉRINÉALE LATÉRALISÉE, AUX HÔPITAUX DES INCURABLES ET DE LORETTE A NAPLES, PENDANT L'ANNÉE 1837; par M. S. DE RENZI.

1° HÔPITAL DES INCURABLES.

A. PRINTEMPS. Treize individus ont été opérés, dont douze guéris, un mort. Parmi eux, un seul était de la ville de Naples; les autres étaient venus des provinces.

Dix étaient âgés de moins de quinze ans; trois l'étaient de plus de ce terme.

Les pierres étaient volumineuses chez quatre. Chez un seul on en a trouvé deux; elles étaient articulées. Chez cinq, le volume de la pierre était médiocre; chez trois il était fort petit.

La maladie datait de quatorze mois (minimum) à treize ans (maximum). La durée du plus grand nombre était de deux à quatre ans.

La guérison a eu lieu dans l'espace de trois semaines chez la plupart. Le maximum du temps exigé pour la guérison a été de 29 jours; le minimum de quinze.

Le seul insuccès qu'on a éprouvé est relatif à un individu âgé de dix-huit ans, qui portait, dès l'enfance, une très grosse pierre; elle s'est fracturée pendant l'extraction et on n'a pu en tirer d'abord que la moitié. La souffrance a été vive pendant la manœuvre, et il a éprouvé ensuite une hémorragie qui pourtant a été arrêtée promptement. Le résidu de la pierre a été extrait complètement quelques jours après, au second temps. Le malade a éprouvé une forte réaction inflammatoire, et il est mort le vingt-cinquième jour de l'opération.

A l'autopsie, la lésion la plus importante qu'on a rencontrée était un abcès dans le rein gauche.

B. AUTOMNE. Treize autres malades ont été opérés. De ce nombre dix ont guéri; trois sont morts. Huit étaient âgés de moins de quinze ans; cinq l'étaient de plus de ce terme.

Trois étaient de la ville de Naples; dix venus des provinces.

Le volume de la pierre était considérable chez quatre, médiocre chez neuf, petit chez un.

L'époque de la maladie datait de sept mois (minimum) à douze ans (maximum).

Le temps exigé pour la guérison a été de quinze à quarante jours.

L'un des trois morts était âgé de trois ans; il a succombé le troisième jour de l'opération et a présenté, à l'autopsie, de la suppuration dans le poumon; l'autre était âgé de huit ans, et a succombé deux jours après l'opération; il a présenté à l'autopsie des points hémorragiques dans la vessie et des lésions profondes dans les reins.

C. OPÉRÉS A LA CLINIQUE CHIRURGICALE. Deux adultes, guéris tous les deux. Pierres volumineuses.

2° HÔPITAL DE LORETTE.

Deux opérés, dont un guéri, l'autre mort. Le premier était âgé de dix ans; le second de quarante. Ce dernier allait très bien jusqu'au dix-huitième jour, lorsqu'il a été saisi subitement de fièvre typhoïde, à laquelle il a succombé. Par des circonstances particulières, l'autopsie n'a pu être faite.

Ainsi donc, voilà un total de trente pierreux, dont la plupart enfans, opérés pendant l'année dernière dans les deux hôpitaux précités de Naples, et sur ce nombre on a eu cinq morts et vingt-cinq guérisons, ce qui fait un mort sur six opérés; ce résultat est, sans doute, assez passable considéré en lui-même, mais comparé à celui que la lithotripsie nous donne tous les jours, d'après le procédé de M. Heurteloup, il est loin de déposer en faveur de la taille, et nous nous étonnons que nos confrères de Naples hésitent encore à prendre le percuteur en place du bistouri.

V. L'OSSERVATORE MEDICO DI NAPOLI.

UTILITÉ DES BOISSONS GLACÉES ET DES BAINS FROIDS DANS LES MALADIES INFLAMMATOIRES DE LA POITRINE; par M. CAMPAGNANO, médecin de l'hôpital de la marine.

En 1834, plusieurs faits ont été rapportés à l'Académie médico-chirurgicale de Naples de pneumonites et pleuro-pneumonites intenses, traités avec succès, en faisant avaler aux malades plusieurs livres de neige par jour et en plongeant leur corps dans un bain d'eau fraîche; et cela dans toutes les périodes de la maladie. Dès cette époque, M. Campagnano s'est déclaré grand partisan de cette médication, et il a eu l'occasion dans sa pratique de se convaincre de son efficacité réelle. Il fait connaître aujourd'hui les heureux résultats qu'il en a obtenus. Nous extrairons l'observation suivante parmi les faits assez nombreux que l'auteur rapporte:

OBS. — J.-B. Esposito, jeune marinier, a été reçu à l'hôpital avec tous les symptômes d'une pneumonite fort intense, déclarée à la suite d'une chute qu'il avait faite de son bâtiment dans la mer. A son entrée on constate fièvre violente, pouls plein, vibrant et dur, dyspnée intense, douleur gravative au côté gauche de la poitrine. Le décubitus latéral à droite est insupportable, à gauche un peu moins; toux avec expectoration de peu de mucus sanguinolent; visage décomposé; pommettes colorées d'un rouge violet.

On le traite d'abord d'après la méthode ordinaire: quatre larges saignées lui sont pratiquées en peu de jours; deux applications de sangsues à la poitrine; quelques autres aux vaisseaux hémorroïdaux; douze ventouses scarifiées au thorax; un large vésicatoire dans la même région; des sinapismes répétés aux pieds; le tartre stibié, etc.; le tout sans succès; la maladie continue à marcher d'une manière effrayante, et le malade est regardé comme perdu. On était déjà au septième jour; le délire s'est joint aux symptômes précédens, et les narines sont devenues fuligineuses.

N'osant plus à cette époque le faire saigner davantage, M. Campagnano a fait mettre le malade dans un bain froid, ou on l'a laissé pendant un quart-d'heure; il était presque moribond lorsqu'on l'y a plongé. A peine en a-t-il été retiré qu'il a paru revenir à la vie comme par enchantement; l'état d'oppression s'est graduellement dissipé à compter de ce moment. On l'a mis immédiatement à l'usage de l'*hydrogala*, frappée à la glace, et l'amélioration a été progressive. Le lendemain, le malade était beaucoup mieux. On n'a pas répété le bain, mais on a continué les boissons glacées. Le douzième jour la convalescence n'était plus équivoque, et le malade a fini par guérir.

Dans d'autres cas analogues que l'auteur rapporte, il a donné par la bouche de la neige en grande quantité, en place des bains froids; les malades ont pris jusqu'à sept *rotoli* de neige (près de dix livres) par jour, avec une amélioration bien marquée.

Bien qu'il soit difficile d'affirmer, d'après les faits de l'auteur, si la guérison ait été plutôt due aux saignées abondantes qu'il a employées qu'à la neige, la tolérance que les malades ont montrée pour ce dernier moyen n'est pas moins un fait remarquable, qui mérite d'être signalé.

VI. GAZETTA ECLETTICA DI VERONA.

RECHERCHES NOUVELLES SUR L'OXYMÈLE SCILLITIQUE; par M. RIGHINI.

L'oxymèle scillitique se prépare, comme on sait, avec des bulbes de scille (*scilla maris, seu maritima L.*). Le bulbe de la scille a été analysé par Vogel et Tilloy. Le premier y a trouvé un principe très amer, qu'il a appelé *scillitine* ou *scilline*, et auquel on attribue la vertu médicamenteuse de la plante; il y a trouvé aussi de la gomme, du tannin, du citrate de chaux et du sucre; le second y a constaté également l'existence d'un principe âcre et amer, du sucre, de la gomme, mais il a trouvé en outre une matière grasse et un principe volatil.

M. Righini, ayant analysé, à son tour, le bulbe de la scille, a trouvé que le principe actif de cette plante n'est autre chose que de la *veratrine impure*.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 12 FÉVRIER.

SUR UN NOUVEAU CHLORURE DE SOUFRE.

M. Millon annonce qu'en faisant passer un courant de chlore dans du chlorure de soufre rouge qui paraissait déjà saturé de ce gaz, il a obtenu des cristaux qui constituaient un degré supérieur de chlorisation.

EXPÉDITION DANS LE NORD DE L'EUROPE.

M. le ministre de la marine annonce que M. Gaimard doit partir prochainement avec plusieurs autres membres de la commission d'Irlande, pour aller recueillir en Danemarck, Suède et Norvége, au cap Nord et au Spitzberg, des observations nouvelles, destinées à compléter celles qui ont déjà été faites par eux en Islande.

Afin que ce nouveau voyage ait pour la science tous les bons résultats qu'on a droit d'en attendre, il importe, dit M. le ministre, que ceux qui vont s'y livrer trouvent dans des instructions bien faites un guide sûr. Ce sont ces instructions que je demande à l'Académie.

Les commissaires désignés par l'Académie sont MM. Arago, Becquerel, Flourens, Brongniart, Elie de Beaumont et Geoffroy Saint-Hilaire.

DÉCOMPOSITION DE LA VAPEUR D'EAU PAR LE CHARBON INCANDESCENT.

Nous avons, dans le compte-rendu de la précédente séance, parlé d'une note, dans laquelle M. Longchamp, d'après une expérience dont il faisait connaître les détails, présentait comme douteux le fait admis par tous les chimistes, que la vapeur d'eau, en passant sur des charbons ardens, se décompose et donne naissance à différens gaz. Lorsqu'il fut donné lecture de cette communication, M. Gay-Lussac fit remarquer que lorsque la vapeur passe très abondamment, elle refroidit le charbon assez pour qu'il n'y ait point décomposition, et qu'il est probable que tel a été le cas pour l'expérience rapportée dont le résultat ne serait, par conséquent, en aucune façon contraire à celui qu'admettent les chimistes.

M. Selligue partant de la même idée et se fondant sur des expériences qu'il a faites en grand dans des recherches relatives à un procédé nouveau de fabrication pour le gaz d'éclairage, procédé qui se fonde justement sur la décomposition de l'eau et de certaines matières carburantes, se livre à un examen critique de l'operation rapportée par M. Longchamp; il s'attache à prouver que la capacité du tube employé ne permettait pas de décomposer plus de 60 grammes d'eau par heure, et que, comme dans cet espace de temps, il résulte qu'on en a fait passer 750 grammes, il n'a pu y avoir de décomposition sensible, parce que les charbons refroidis par ce passage trop abondant n'étaient plus à l'état incandescent, quoique le tube fût maintenu au rouge par un feu soutenu.

DICTIONNAIRE DE MÉDECINE PRATIQUE.

M. Breschet fait un rapport sur un ouvrage de MM. Delaberge et Monneret, ayant pour titre : *Compendium de médecine pratique.*

DISTRIBUTION GÉOGRAPHIQUE DES PASSEREAUX DANS L'AMÉRIQUE MERIDIONALE.

M. Isidore Geoffroy fait, en son nom et celui de M. Dumeril, un rapport très favorable sur un mémoire de M. d'Orbigny. Comme nous avons donné une analyse assez étendue du mémoire à l'époque où il fut lu à l'Académie, nous ne reproduirons point ici celle qu'en fait le rapporteur.

ÉCONOMIE RURALE.—CULTURE DU MURIER ET EDUCATION DES VERS A SOIE.

M. Silvestre fait un rapport verbal sur une traduction italienne d'un Traité chinois sur ce sujet, d'après la traduction française faite par M. Stanislas Julien, et publiée par ordre du gouvernement. L'auteur de cette traduction italienne est M. Bonafous, qui, s'étant occupé lui même long-temps de l'éducation des vers à soie, a cru utile d'y joindre des notes destinées à indiquer à ses compatriotes celles des méthodes chinoises qui sont le plus appropriées aux circonstances dans lesquelles se trouvent les éducateurs du Piémont. M. Silvestre pense que la plupart de ces remarques seraient également applicables à notre pays, et il exprime le désir de voir traduire en français les notes de M. Bonafous, pour servir de complément au travail de M. Julien.

EAUX THERMALES D'AIX EN SAVOIE.

M. Silvestre fait un rapport verbal sur un ouvrage de M. Despine fils, intitulé *Manuel de l'etranger aux eaux d'Aix.*

ORGANES REPRODUCTEURS DU TARGIONIA.

M. Montagne adresse à l'Académie des observations sur un nouvel organe qu'il a rencontré dans le genre *targionia*, de la famille des hépatiques. Il considere cet organe comme analogue aux disques anthérifères des marchantiées, en ce qu'il contient comme eux certaines utricules qui, dans ces plantes, ont été assimilées, sous le rapport de leurs fonctions du moins, aux anthères ou organes fécondans des végétaux d'un ordre supérieur.

Les auteurs qui ont traité, même le plus récemment, de la famille des hépatiques, s'accordent tous à regarder comme absolument inconnus les organes mâles de la tribu des targioniées. M. Montagne lui-même partagea cette opinion jusqu'au moment où, ayant eu occasion d'examiner une nouvelle espèce originaire du Chili, il aperçut plusieurs appendices qu'il n'avait jamais vus sur l'espèce européenne, appendices en forme de corne d'abondance, et qui partaient de la nervure, laquelle est très prononcée dans le targionia chilien. Recouverts de squammes violettes imbriquées, ces organes se terminent supérieurement par une surface plane, orbiculaire, en forme de disque, parsemées de petites verrues percées au sommet. Une tranche verticale de ce disque soumise au microscope montre des espèces d'utricules ellipsoïdes ou irrégulièrement sphériques, nichées dans le parenchyme cellulaire à tissu lâche, dont est formé le centre des appendices. Ces utricules, bordées d'un lymbe transparent, en renferment d'autres d'une couleur verdâtre, nageant dans un liquide mucilagineux cendré, et dont le nombre varie de 4 à 14.

Bien que, d'après l'opinion généralement admise, les organes mâles du *targionia* sont encore inconnus, j'aie pu un instant, dit M. Montagne, me croire autorisé à m'en considérer comme l'inventeur; je dois à la vérité d'avouer que la lecture de l'auteur le plus ancien qui ait traité de ces plantes m'a mis à même de constater que le fait, loin d'être nouveau, était connu depuis plus d'un siècle. C'est à Micheli qu'il est juste d'attribuer la gloire d'avoir vu le premier ces organes, et de les avoir décrits et figurés dans son bel ouvrage intitulé : *Nova plantarum genera*. Il est toutefois probable que si le *targionia bifurca* ne m'avait pas offert les organes en question, l'observation du célèbre botaniste toscan serait encore peut-être pour long-temps restée ensevelie dans le profond oubli où elle était plongée.

Dire que Micheli ne soupçonnait pas la véritable destination des appendices dont il s'agit, ajoute l'auteur du Mémoire, ce n'est point atténuer le mérite de sa découverte, et je n'ambitionne au-contraire ici d'autre gloire que celle de la lui restituer.

PRODUITS DE LA DÉCOMPOSITION DU CYANOGÈNE.

M. Pelouze communique les résultats d'un travail sur ce sujet, travail qui lui est commun avec M. Richardson.

La chimie ne possédait jusqu'ici que des notions fort incomplètes sur l'altération qu'éprouve une dissolution aqueuse de cyanogène abandonnée à elle-même sous l'influence de la lumière.

M. Vauquelin, qui s'était occupé de ce sujet en 1818, avait annoncé qu'outre de l'ammoniaque et une substance noire, il se formait, par la réaction du cyanogène sur les élémens de l'eau, trois acides distincts : de l'acide carbonique, de l'acide hydrocianique et un acide nouveau qu'il considérait comme formé de cyanogène et d'oxigène.

L'opinion de M. Vauquelin, quant à la nature de cette dernière substance, était uniquement fondée sur des vues théoriques, car il n'avait point isolé son nouvel acide, ni étudié aucune de ses combinaisons. Quant à la formation d'acide cyanique qu'il admettait, les expériences de MM. Pelouze et Richardson montrent que c'était une erreur réelle, et que la matière qu'il avait considérée comme du cyanate d'ammoniaque, était un mélange d'urée et d'oxalate d'ammoniaque. Voici une de ces expériences : une dissolution de cyanogène dans l'eau préparée à la manière ordinaire fut exposée à l'action de la lumière jusqu'à ce que l'odeur du cyanogène disparût. La nouvelle liqueur avait une odeur forte d'acide hydrocianique; sa couleur était légérement jaunâtre, sa réaction neutre. Une substance noire, floconneuse, légère, s'était rassemblée à la partie inférieure; elle fut recueillie sur le filtre, débarrassée par l'eau distillée de toutes les matières étrangères solubles. Après cette purification, elle était peu soluble dans l'eau et dans l'alcool, insoluble dans l'éther, soluble au contraire dans l'acide acétique et dans les alcalis caustiques, et susceptible de former, avec les bases, de véritables sels. L'analyse d'une combinaison de cet acide, avec l'oxide d'argent, a donné une composition qui peut être représentée par la formule :

$$Az^8C^8H^8O^4,$$

Une portion de la liqueur fut soumise à l'ébullition, et la vapeur qui s'en dégageait conduite dans de l'eau de chaux. Il s'y forma un précipité abondant de carbonate calcaire, qui ne laisse aucun doute sur la formation de l'acide carbonique pendant la décomposition du cyanogène dans l'eau.

Le reste de la liqueur donna lieu pendant la concentration à un dégagement très sensible d'ammoniaque et d'acide hydrocianique.

Le résidu desséché avait une teinte jaune peu prononcée, une saveur saline et piquante. Mis en contact avec l'alcool, il se divisa en parties à peu près égales. La partie soluble dans ce liquide offrait tous les caractères de l'urée; la partie insoluble était de l'oxalate d'ammoniaque.

Si M. Vauquelin avait poursuivi l'examen qu'il avait commencé des produits de la réaction spontanée du cyanogène sur l'eau, peut-être, dit M. Pelouze, aurait-il fait l'admirable découverte que M. Woehler fit, quinze années plus tard, de la production artificielle d'une matière animale; mais le peu de substance qu'il avait à sa disposition ne lui permit pas d'analyser complètement un sujet sur lequel il ne revint jamais par la suite.

Il est bien curieux de voir une substance d'une composition simple comme le cyanogène, une substance que son rôle place dans le système chimique, non à côté, mais au milieu même des élémens, donner naissance, en réagissant sur l'eau, à tant de produits divers.

En admettant pour la matière noire la formule :

$$Az^8\ C^8\ H^8\ O^4$$

On peut expliquer la décomposition du cyanogène dans l'eau par l'équation suivante :

1 atome d'urée.		$Az^4\ C^2\ H^8\ O^2$
3 at.	d'acide prussique . . .	$Az^6\ C^6\ H^6$
4 at.	d'acide carbonique . .	$C^4\ O^8$
1 at.	d'ammioniaque	$Az^2\ H^6$
1 at.	d'oxalate d'ammon. . .	$Az^2\ C^2\ H^8\ O^4$
1 at.	substance noire	$Az^8\ C^8\ H^8\ O^4$
		$Az^{22}\ C^{22}\ H^{36}\ O^{18}$

SUR LA FORMULE RATIONNELLE DE L'ACIDE HIPPURIQUE.

M. Pelouze lit une note sur ce sujet.

La composition de l'acide hippurique a été donnée, il y a peu d'années, par M. Liebig, et par MM. Dumas et Peligot. Les analyses de ces chimistes conduisent toutes à la formule $Az^2\ C^{18}\ H^{16}\ O^5 + H^2O$. Mais aucune des expériences qui ont été faites sur la manière dont il convenait d'envisager la constitution, n'a été suivie de succès. Il faut dire cependant que M. Liebig, à l'époque de la découverte de l'acide formo-benzoïlique, prévit que beaucoup d'acides, au nombre desquels il plaça l'acide hippurique, pouvaient bien être, comme ce dernier, des combinaisons de plusieurs principes immédiats.

C'est, en effet, à cette classe curieuse de combinaisons qu'appartient l'acide hippurique. Sa formule brute, $C^{18}\ H^{17}\ Az^2\ O^5$ peut etre décomposée en $C^{14}\ H^{10}\ O^2$, $H^2 + C^2\ Az^2\ H^2 + C^2\ H^2\ O^3$, qui représente atomes égaux d'huile essentielle d'amandes amères, d'acide prussique et d'acide formique. Voilà ce qu'avait pressenti M. Pelouze, d'après plusieurs analogies, et l'expérience suivante est venue confirmer cette prévision.

Si l'on fait bouillir une dissolution d'acide hippurique avec du peroxide de manganèse et de l'acide sulfurique très étendu d'eau, il se produit un dégagement considérable d'acide carbonique, et la liqueur filtrée laisse déposer en se refroidissant une abondante cristallisation d'acide benzoïque pur; elle retient en dissolution du sulfate d'ammoniaque. Cette réaction s'explique de la manière suivante :

L'acide hydrocianique qui existe tout formé dans l'acide hippurique donne, avec de l'acide sulfurique étendu, du sulfate d'ammoniaque qui reste dans les liqueurs et de l'acide formique; mais ce dernier, décomposé par l'excès d'oxigène du peroxide de manganese, se change en eau et en acide carbonique; de là le dégagement de ce gaz, dégagement qui a deux sources : l'acide formique produit aux dépens de l'eau et de l'acide hydrocianique, et l'acide formique préexistant dans l'acide hippurique.

Quant à l'hydrure de benzoïle, il est également oxidé par le peroxide de manganèse, et converti tout entier en acide benzoïque. Il est à l'état de liberté dans la liqueur, parce qu'il s'y trouve en même temps de l'acide sulfurique qui lui enlève le protoxide de manganèse, et comme il est très peu soluble à froid, il se dépose presque entièrement par le refroidissement de la liqueur.

L'acide hippurique est donc un acide composé, tout-à-fait de l'ordre de l'acide formo-benzoïlique. L'expérience que nous venons de citer le démontre. Toutes les propriétés que l'on connaît à cet acide s'expliquent avec simplicité en le considérant comme le fait M. Pelouse.

La production de l'acide benzoïque par la méthode que nous avons indiquée est, dit l'auteur, si abondante et si facile que le procédé le meilleur et peut-être un des plus économiques pour préparer l'acide benzoïque pur, consiste à évaporer l'urine de cheval, à en extraire l'acide hippurique brut et à le traiter par un melange d'eau, d'acide sulfurique et de peroxide de manganèse.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 13 FÉVRIER 1838. — PRÉSIDENCE DE M. MOREAU.

La correspondance officielle est nulle.

La correspondance manuscrite n'a fait arriver que deux pièces :

1° État des élèves de l'école vétérinaire de Lyon qui ont eu la grippe ;

2° Observation sur deux corps étrangers trouvés flottans dans la cavité du péritoine.

SUITE ET FIN DE LA DISCUSSION SUR L'ENTRÉE DE L'AIR DANS LES VEINES.

M. Bouillaud. Messieurs, jamais question plus grave ne fut plus solennellement agitée dans cette enceinte. J'ai suivi les débats avec toute l'attention dont je suis capable : ne craignez pas toutefois que j'abuse du privilége que me donne le rôle de rapporteur pour prolonger une discussion qui n'a peut-être été que trop longue ; je m'attacherai au contraire à la résumer en peu de paroles et à réfuter brièvement les objections de mes adversaires à mesure que le cours de ce récit les fera passer devant moi.

L'ordre que je suivrai sera celui du rapport même de la commission; je dis expressément de la commission, pour faire entendre par-là que ce rapport n'est pas mon ouvrage; je ne revendique que le plan et la rédaction; tout le reste a été fait en commun sur la *minute* des procès-verbaux de chaque séance.

Je remarque d'abord que presque chaque orateur a posé la question à sa manière.

Ainsi, selon M. Blandin, deux choses étaient à examiner, à déterminer par la voie d'expérience : 1° L'air peut-il s'introduire spontanément dans une des veines mammaires pendant une opération dans laquelle ces veines sont intéressées, ou, en d'autres termes, cet accident a-t-il pu se montrer dans le cas cité par M. Amussat; 2° Quelles sont les conditions favorables, en général, à l'introduction de l'air dans une veine ouverte. De quels phénomènes cette introduction est-elle accompagnée ? Et par quels moyens peut-on prévenir ou comprimer ce redoutable accident ?

Eh bien! messieurs, il ne s'agissait pas de cela. Nous croyons avoir vu la question sous un point de vue plus large et plus utile. Nous nous sommes proposés d'étudier l'entrée de l'air dans le système vasculaire, sous les points de vue de son mécanisme, des altérations qu'on trouve après la mort dans les vaisseaux sanguins, des accidens divers qui peuvent être le résultat de la présence de l'air dans les vaisseaux, des moyens proposés pour remédier à ces accidens et des inductions que l'on peut tirer des expériences sur les animaux relativement à l'introduction de l'air dans les veines de l'homme pendant le cours de certaines opérations chirurgicales.

La commission a fait quarante expériences, savoir : vingt-neuf sur des chiens, dix sur des chevaux, et une sur un mulet; par où l'on voit qu'elle n'a pas toujours opéré sur des petits animaux, où, selon M. Barthélemy, les phénomènes sont si peu distincts qu'on ne les voit bien qu'avec les *yeux de la foi*. J'ose croire, pour ma part, que je les ai vus et bien vus, tout aussi bien au moins que mon honorable collègue.

I. MÉCANISME DE L'INTRODUCTION SPONTANÉE DE L'AIR DANS LES VEINES ET SIGNES PATHOGNOMONIQUES DE CETTE INTRODUCTION.

Il est évident, avons-nous dit, que la principale cause de l'introduction de l'air dans la veine jugulaire ouverte, c'est l'inspiration ; car le bruit que fait entendre l'air en s'introduisant est isochrone à l'inspiration ; mais cette cause n'est pas la seule; la diastole des cavités droites du cœur concourt avec la dilatation de la poitrine à attirer l'air dans le système vasculaire. A cet égard la commission pense absolument comme M. Barthélemy qui sur ce point au moins se serait dispensé de l'attaquer, s'il y eût mieux réfléchi.

Le signe indicateur et en quelque sorte pathognomonique de l'introduction de l'air dans les veines est un bruit particulier qui dans les chiens ressemble parfaitement au bruit de *lappement*, et dans les chevaux à un bruit de *glouglou* ou de *gargouillement*.

M. Gerdy a vivement attaqué cette partie du rapport; il a dit que ce bruit de lappement n'avait pas toujours lieu; mais qui lui a dit que lorsqu'il n'avait pas lieu, le phénomène se produisait ? J'ai dit et je répète ici que rien n'est plus facile à saisir que ce bruit; il est inutile pour cela d'avoir les *fameuses oreilles* qu'il a prêtées à un de nos collègues, il suffit d'avoir des oreilles ordinaires, il suffit de n'être pas sourd.

II. Sur les chevaux ainsi que sur les chiens ouverts immédiatement après l'entrée spontanée de l'air dans les veines, on a trouvé constamment les cavités droites distendues, ballonnées par l'air libre ou mêlé avec sang; mais sur les chevaux on a trouvé de plus de l'air dans les cavités gauches, dans l'aorte et constamment dans les vaisseaux du cerveau.

D'où vient cette différence? M. Bouillaud l'attribue au calibre des dernières ramifications des vaisseaux pulmonaires, qui étant plus considérable dans les chevaux que dans les chiens, doit plus facilement se laisser traverser par l'air mêlé au sang ; mais ce n'est là qu'une conjecture à laquelle on n'attache d'ailleurs que très peu d'importance.

III. ACCIDENS OU EFFETS DE L'INTRODUCTION DE L'AIR DANS LE SYSTÈME SANGUIN DES ANIMAUX.

M. Bouillaud convient que lorsqu'il assista aux premières expériences de M. Amussat, il était préoccupé de l'idée de ces morts foudroyantes qui, d'après quelques chirurgiens, suivaient l'entrée de l'air dans une veine voisine du cœur. Quelle ne fut pas notre surprise, dit il, quand nous vîmes la plupart des chiens respirer de l'air à longs traits pendant plusieurs minutes, non seulement sans que la mort s'ensuivît, mais encore sans qu'il se manifestât d'accidens vraiment graves !

Cette contradiction entre le langage des chirurgiens et celui des expériences sur les animaux n'a pas échappé à MM. Gerdy et Dubois d'Amiens. Tous deux ont remarqué que le danger de cet accident était beaucoup moins prochain et moins redoutable qu'on ne l'avait dit, et en cela ils ont parfaitement raison. Je suis d'accord avec eux; mais j'ai sur eux l'avantage d'avoir signalé le premier cette différence dans les termes les moins équivoques. Cette différence, ai-je dit, est des plus évidentes et nous paraît digne de fixer toute l'attention de l'Académie.

Mais enfin un peu plus tôt ou un peu plus tard la mort arrive. Comment arrive-t-elle ? de deux manières : premièrement, par l'énorme distension des cavités droites du cœur, opérée par l'air qu'elles contiennent, et qui met cet organe hors d'état d'agir régulièrement ; en second lieu, parce que l'air, mêlé au sang et circulant avec lui, l'altère, le décompose et joue en quelque sorte le rôle de corps étranger.

M. Barthélemy ne croit pas à cette explication, et sa raison, c'est que l'eau introduite en même quantité que l'air dans le système sanguin produit les mêmes effets; comme M. Barthélemy n'affirme sans doute que ce qu'il a vu, il faut le croire; mais je l'engage à répéter ses expériences, et j'ose lui prédire qu'il n'aura pas toujours le même résultat.

IV. DES MOYENS PROPRES A OPPOSER A L'INTRODUCTION DE L'AIR ET A REMÉDIER AUX ACCIDENS QU'ELLE PRODUIT.

M. Bouillaud rappelle en peu de mots ce qu'il a dit sur ces moyens. Le bandage compressif dont M. Gerdy a proposé d'entourer la poitrine du malade pendant qu'on opère lui paraît d'une efficacité fort douteuse. Il n'a pas plus de confiance dans les secousses brusques et répétées sur le thorax; enfin il convient que si, à la première vue, l'introduction de la sonde proposée par M. Magendie pour aspirer l'air est plus séduisante, on manque des expériences nécessaires pour porter un jugement solide.

En somme, dit-il, la thérapeutique et la prophylactique de l'introduction spontanée de l'air dans les veines requièrent de nouvelles expériences.

V. INDUCTIONS DES EXPÉRIENCES FAITES SUR LES ANIMAUX RELATIVEMENT A L'INTRODUCTION DE L'AIR DANS LES VEINES DE L'HOMME PENDANT LE COURS DE CERTAINES OPÉRATIONS CHIRURGICALES.

Malgré la réserve avec laquelle il faut conclure des animaux à l'homme, M. Bouillaud ne comprendrait pas qu'on pût admettre l'introduction de l'air dans le système veineux d'un chien, par exemple, et nier la possibilité de cette introduction dans les veines d'un homme. Il est en effet des inductions si naturelles qu'il est impossible d'en constater la légitimité. Mais comment se fait-il que la même cause ait des effets différens? Comment la mort est-elle si prompte, si rapide, si instantanée sur l'homme, et comment est-elle si lente sur les chiens et sur les chevaux? La physiologie n'a pas de réponse satisfaisante à ces questions, mais elle enregistre la différence et la constate.

La CONCLUSION FINALE est de remercier M. Amussat. On dit que les faits qu'il a mis en lumière étaient connus; oui, messieurs, ils étaient connus; mais ils étaient contestés; ils ne le seront plus après les expériences qui ont été faites, et ce progrès est dû à M. Amussat, et vous lui refuseriez des remercîemens que vous accordez à quiconque dépose une brochure sur le bureau! M. Dubois a dit que celui qui avait bien fait trouvait sa récompense en lui-même. C'est sans doute une maxime fort digne; mais à d'autres le puritanisme, et ne craignons pas de louer ce qui est louable: l'exemple ne tire malheureusement pas à conséquence.

M. Barthélemy demande lecture de la conclusion qui lui paraît avoir été modifiée.

M. BOUILLAUD lit: Soit sous le rapport des résultats des nombreuses expériences qu'il a pratiquées en présence de la commission, soit sous le rapport de l'infatigable zèle dont il a fait preuve, notre collègue, M. Amussat, nous paraît avoir bien mérité de la science et de l'Académie, et nous proposons à cette compagnie de lui exprimer, par l'organe de son président, des remercîemens et sa haute satisfaction. (Cette proposition est adoptée.)

RAPPORT SUR UNE NOUVELLE SOURCE DÉCOUVERTE A GRÉOULX, PRÈS LE BEL ÉTABLISSEMENT DE M. GRAVIER; par MM. BOULLAY et HENRY.

Après avoir donné l'analyse de cette source, le rapport conclut que la source découverte il y a environ deux ans dans le même lieu n'a aucune analogie de composition avec celle qu'on vient de trouver. Or, il est à remarquer qu'à tort ou à raison, le propriétaire de ces eaux fut soupçonné d'avoir falsifié les échantillons qui furent envoyés à l'Académie. Néanmoins la commission ne partage pas ces soupçons; elle croit plutôt que ce changement dans la composition de l'eau est l'effet de quelque opération chimique naturelle. Cela pris, la nouvelle source serait fort analogue à celle de l'établissement de M. Gravier, excepté qu'elle est beaucoup moins riche en principes chimiques et qu'elle est froide. Mais comme elle peut être chauffée, la commission pense qu'il n'y a point d'inconvénient à accorder au propriétaire l'autorisation de l'exploiter.

— M. Nacquart demande si la création d'un nouvel établissement est bien nécessaire, et si malgré son infériorité à tous égards, il ne portera pas préjudice à son aîné.

— M. Boullay répond qu'il ne peut être avantageux au public d'avoir plusieurs sources à choisir, et qu'on ne peut créer un monopole en faveur du premier propriétaire.

— MM. Chervin et Rochoux parlent dans le même sens.

— M. Emery au contraire appuie M. Nacquart.

— M. Double demande une nouvelle lecture de la lettre ministérielle.

— M. Boullay donne lecture.

— M. Bousquet fait remarquer que la lettre ministérielle ne demande qu'une chose, savoir la composition de la nouvelle source. Or, il y a dans cette question deux points bien distincts, le point de vue scientifique, et celui-là est du ressort de l'Académie; le point de vue administratif, et celui-là regarde l'autorité supérieure. En conséquence, il propose à la compagnie de se tenir strictement dans ses attributions. Cette proposition, appuyée par MM. Double, Gerdy, Castel, est adoptée.

RAPPORT SUR LES EAUX MINÉRALES DE POUGUES; par les mêmes.

Cette eau contient beaucoup d'acide carbonique libre,
Du carbonate de chaux,
— de magnésie,
Du sulfate de soude anhydre,
— de chaux,
Du chlorure de magnésium,
Du fer,
Et des traces d'alumine.

Il est remarquable que depuis un demi-siècle l'eau de Pougues n'a pas varié sensiblement.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

NOTE SUR UNE NOUVELLE ESPÈCE D'INSTRUMENT A DEUX TRANCHANS PROPRE AUX OPÉRATIONS CHIRURGICALES, inventée par feu J.-B. JOURNEAUX, dentiste à Paris, et communiquée par JOURNEAUX père et MÉRICANT, couteliers.

Les perfectionnemens apportés par l'inventeur dans la fabrication des instrumens à doubles tranchans reposent sur la théorie suivante, appliquée à ce genre d'instrumens en général.

La fixité de la matière à couper, ou du moins des points sur lesquels s'exerce successivement l'action des tranchans, est la condition essentielle de l'opération.

Dans les instrumens ordinaires, cette condition ne peut s'obtenir qu'elle que soit d'ailleurs la qualité des lames et le mérite de leur affûtage, qu'autant qu'elles font entre elles un angle assez aigu pour pincer avant de le couper le point sur lequel s'exerce actuellement l'action des ciseaux. Or, cet angle varie avec la nature de la matière à couper, et avec l'état d'affûtage des lames: de sorte que, pour les substances molles, par exemple, l'angle que doivent former entre elles le deux lames doit être plus aigu que pour les substances qui présentent plus de fermeté; et si les substances molles présentent un peu d'épaisseur, les points à couper éprouvent avant d'être tranchés une pression, un écrasement, qui, dans les opérations chirurgicales, par exemple, peut amener des résultats fâcheux.

D'un autre côté, avant que les deux lames aient formé entre elles l'angle convenable pour la substance à couper, celle-ci recule devant les tranchans, jusqu'au moment où saisie par eux sous l'angle convenable, elle ne peut plus les fuir. Il en résulte un autre inconvénient au moins aussi grave dans les opérations chirurgicales, c'est que l'opérateur, en présentant son instrument à la membrane ou à toute autre partie qu'il veut couper, n'ayant pas le sentiment de l'angle que doivent former les lames pour le cas particulier où il se trouve, fera presque toujours cet angle trop aigu pour éviter le recul de l'organe à couper, et sera souvent obligé de s'y prendre à plusieurs fois pour terminer son opération, parce que sous l'angle qu'il aura choisi, ou même sous celui que réclame la substance à couper, il ne restera plus assez de longueur de lames pour trancher d'un seul coup la totalité de ce qu'il voulait couper.

Le problème à résoudre consistait donc à faire en sorte que quelle que fût la nature de la substance à couper, elle pût se trancher sous un angle quelconque formé par les deux lames sans qu'elle pût reculer devant les tranchans. L'inventeur en a trouvé la solution dans l'examen attentif des conditions dans lesquelles se trouvent deux lames de ciseaux bien affûtées; l'action de la meule ou de la pierre à aiguiser produit sur les bords des deux lames une infinité de petites aspérités seulement visibles au microscope; ce sont ces aspérités qui pénétrant dans la substance à couper la retiennent et l'empêchent de reculer devant les tranchans.

Mais comme ces aspérités sont très petites, il en résulte qu'elles ne peuvent s'opposer au recul de la substance à couper, qu'autant que les bords sur lesquels elles sont élevées se rapprocheront plus ou moins du parallélisme.

De plus, elles ne tardent pas à disparaître sous le frottement des matières coupées par les ciseaux qui alors ne coupent plus, et ont par conséquent besoin d'un nouvel affûtage. L'inventeur a pensé que si l'on donnait à ces aspérités une élévation et une force suffisante pour pénétrer plus profondément dans les substances à couper, celles-ci ne pourraient plus reculer aussitôt que l'angle formé par les lames serait au-dessous de l'angle droit, et qu'en conséquence on pourrait d'un seul trait couper des longueurs beaucoup plus grandes qu'on n'a jamais pu le faire avec des ciseaux ordinaires quelque bien affûtés qu'ils fussent.

La direction à donner à ces aspérités était aussi un élément important du résultat à obtenir, et il était évident que cette direction devait être en sens inverse de l'action des deux lames, de manière que plus celles-ci se rapprocheraient l'une de l'autre, plus la substance à couper devait être fortement retenue; le résultat a plainement confirmé la vérité de ces observations, et l'inventeur en est parvenu en se fondant sur ces principes à obtenir des instrumens à doubles tranchans qui remplissent parfaitement les conditions énoncées plus haut. Sur le bord tranchant de l'une des lames, il pratique de petites encoches qui font de ce bord une véritable lime du même genre que celles qu'on pratique quelquefois sur le bord opposé pour arrondir les ongles après les avoir rogné, la direction de ces encoches est telle qu'elles forment avec le bord intérieur de la lame des angles aigus dont le sommet est vers la branche de la lame, et qu'en même temps les saillies qui les séparent forment également des angles aigus, dont un côté est plus court que l'autre, de manière à coucher ces saillies vers la branche de la lame en forme de dents à crochet.

En résumé, le principe de l'invention consiste à placer sur le bord tranchant de l'une des lames des saillies quelconques, tellement disposées que l'action de l'autre lame sur la matière à couper y fasse pénétrer ces saillies, de manière à empêcher la matière de glisser pendant cette action, quelque soit l'angle au-dessous de l'angle droit sous lequel les deux lames se présentent au moment de l'opération (1)

(1) On trouve des ciseaux confectionnés d'après le nouveau système, à Paris, chez Journeaux père et Méricant, couteliers, quai des Orfèvres, 20,

Il est bien entendu que la grandeur et le nombre des saillies doit être en rapport avec la nature de la matière à couper, et qu'elles devront être modifiées d'après cette considération.

BIBLIOGRAPHIE.

ÉTUDES CHIMIQUES SUR LE SANG HUMAIN; par M. LECANU, docteur médecin à Paris. — 128 p. in-4.

L'importance des études chimiques sur le sang est si généralement appréciée, surtout depuis les progrès récens de la chimie organique, que nous pensons devoir faire une chose utile en présentant une analyse un peu complète de ce travail qu'on peut regarder comme un tableau fidèle de nos connaissances chimiques sur le sang. Si nous devions donner l'explication de l'intérêt qu'on attache à toutes les recherches sur le sang, nous dirions avec l'auteur, bien que l'époque à laquelle on obtiendra le résultat dont il parle nous paraisse encore extrêmement éloignée: « un jour viendra où l'analyse de ce fluide fournira des indications d'une extrême importance sur notre constitution, notre tempérament, notre état de santé, la nature de nos affections morbides, le mode d'action de nos alimens, de certains de nos médicamens. »

L'auteur divise son travail en quatre parties.

La première a pour objet la recherche, chez l'homme, à l'état de santé, du nombre, de la nature et du mode de distribution des principes immédiats du sang veineux.

La seconde, la détermination, dans des conditions différentes de sexe, d'âge, de tempérament, de nourriture, de la proportion des principes immédiats de ce même sang veineux.

La troisième est consacrée à l'étude du sang artériel par comparaison avec le sang veineux; puis du sang des vaisseaux capillaires, de la veine porte et du placenta.

Dans la quatrième se trouve l'examen du sang à l'état pathologique dans l'ictère, le choléra, la chlorose et les affections du cœur.

I. M. Lecanu présente un tableau de tous les principes immédiats indiqués dans le sang veineux pris au pli du bras qui offre les conditions du plus grand état de simplicité, le sang artériel de la main ne traversant aucun organe de sécrétion particulier, et met en regard de chaque principe le nom du chimiste ou des chimistes qui l'ont signalé. Ces principes s'élèvent jusqu'à ce moment à quarante-cinq; mais il s'en faut que l'existence de ces nombreuses matières soit également constatée, et après avoir établi une discussion sur quelques-uns d'entre eux; M. Lecanu les réduit aux vingt-six suivans:

1. L'oxigène } libres;
2. L'azote }
3. L'acide carbonique }
4. Le fer;
5. L'hydrochlorate de soude;
6. *idem* de potasse;
7. *idem* d'ammoniaque;
8. Le sulfate de potasse;
9. Le sous-carbonate de soude;
10. *idem* de chaux;
11. *idem* de magnésie;
12. Le phosphate de chaux;
13. *idem* de magnésie;
14. *idem* de soude;
15. Le lactate de soude;
16. Le savon à base de soude et à acides gras fixes;
17. Le sel à acide gras, volatil, odorant;
18. La matière grasse phosphorée, analogue à celle du cerveau;
19. La cholestérine;
20. La séroline;
21. La fibrine;
22. L'albumine;
23. La matière colorante jaune;
24. *idem* *idem* rouge;
25. *idem* extractive;
26. L'eau.

L'existence du fer dans le sang est si certaine, et y est en quantité si considérable, que Menghini avait laissé entrevoir la possibilité d'extraire de cette espèce de mer les armes et les instrumens qui sont nécessaires à l'homme, et que Deyeux et Parmentier avaient émis l'idée bizarre plutôt qu'ingénieuse de faire frapper avec le fer retiré de leur sang, des médailles destinées à éterniser la mémoire des hommes célèbres. Mais ici s'élève une question qui est de quelque importance et qui a divisé les plus habiles chimistes : le fer du sang est-il inhérent à la matière colorante, et ne se trouve-t-il dans le caillot que parce qu'il s'y trouve avec la matière colorante elle-même? ou bien lui est-il étranger, et ne se trouve-t-il dans le caillot que parce qu'il y est entraîné, soit à l'état d'oxide, soit à celui de phosphate. Deyeux, Parmentier, Fourcroy et Vauquelin, MM. Brande et Sanson pensaient que le fer que l'on rencontre dans le sang ne provenait pas de la matière colorante, et qu'on pouvait obtenir cette dernière, complètement exempte de fer; tandis que Berzelius, Engehart et M. Lecanu lui-même concluent d'une foule d'expériences que nous ne pouvons rapporter, mais qui nous semblent ne pas permettre le moindre doute que le fer du sang provient tout entier de sa matière colorante, et lui est essentiellement inhérent.

Dans le troisième chapitre, l'auteur donne la description d'un procédé à l'aide duquel on peut obtenir à l'état de pureté le principe colorant rouge, et étudie ses propriétés, sa composition, son examen comparatif chez les mammifères, les oiseaux, les reptiles et les poissons.

Quatre expériences faites sur le sang d'individus différens d'âge et de sexe, lui ont fourni constamment, pour cent parties d'hématosine, dix parties de peroxide de fer représentant 7, 1 parties de fer métallique.

L'hématosine, considérée chez les animaux suivans: le bœuf, le cheval, le poulet, le canard, la grenouille, la carpe, le maquereau, a offert à M. Lecanu des propriétés physiques et chimiques essentiellement identiques, à quelque classe qu'ils appartiennent; constamment elle lui a offert du péroxide de fer en grande quantité, pour résidu de son incinération, mais dans des proportions différentes; car, tandis que 100 parties d'hématosine d'homme ont fourni constamment, comme nous l'avons vu, 10 parties de résidu, celle du bœuf lui en a donné 12 dans deux expériences; et celle du poulet 8. Ces expériences auraient besoin d'être répétées pour que les résultats qu'elles ont fournis soient bien confirmés; et alors M. Lecanu ne dirait plus sous forme dubitatoire: Serait-ce donc que la proportion de fer ne varierait pas dans l'hématosine du sang d'individus de la même espèce, et varierait au contraire dans celle du sang d'individus d'espèces, et, à plus forte raison, de classes différentes?

Une autre conclusion importante que tire l'auteur de l'identité des propriétés physiques que présente le principe colorant dans le sang de l'homme et des animaux qu'il a analysé, c'est qu'on ne saurait admettre la possibilité de distinguer sur du linge, des taches produites par du sang d'homme, des taches produites par du sang de poisson. Cette conclusion appelle toute l'attention des médecins légistes.

Les micographes sont loin d'être d'accord sur le volume des globules du sang, puisque, d'après sir E. Home, ceux de l'homme auraient 1/141 de ligne; tandis que, d'après Young, ils n'auraient que 1/505; mais presque tous s'accordent à les dire sphéroïdaux.

Une autre question encore indécise, mais sur laquelle les recherches de M. Lecanu ont porté quelque lumière, c'est la constitution des globules. Est-elle simple ou complexe, et, dans ce dernier cas, quels sont les principes qui entrent dans leur composition? La difficulté des expériences faites pour éclaircir ce point tenait surtout à ce qu'en délayant les globules dans l'eau pure, la matière colorante abandonne promptement le globule central incolore. M. Lecanu, guidé par quelques observations de Muller et de MM. Prévost et Dumas, et, après plusieurs essais infructueux, a reconnu que la dissolution de sel marin, de sel de nitre, et même encore de sulfate de soude tient pendant long-temps les globules en suspension, et permet de les distinguer dans toute leur intégrité. M. Lecanu conclut des expériences qu'il a pu faire sur les globules, à l'aide de ce moyen:

1° Que les globules sont de nature complexe;

2° Qu'ils renferment au moins trois substances essentiellement différentes; de l'hématosine, de la fibrine, de l'albumine;

3° Que la fibrine, au lieu d'être enveloppée par la matière colorante, l'envelopperait, et, avec elle, l'albumine; de telle sorte qu'en définitive, les globules ne seraient que des sphéroïdes formés extérieurement d'une pellicule fibrineuse, transparente, et intérieurement d'albumine et d'hématosine.

Cette manière de concevoir l'ordre d'arrangement des matériaux constitutifs des globules rend parfaitement raison de quelques faits jusqu'ici peu explicables, et surtout de l'état de suspension de ces globules dans le sérum, naturellement chargé de sels, et de leur disparition par l'addition au sang d'eau qui diminue la proportion relative des sels, la densité du liquide, et, par suite, détermine la rupture des enveloppes.

II. M. Lecanu déduit d'une foule d'expériences sur le sang tiré aux veines du bras et à l'état normal, même dans des circonstances variables d'âge, de sexe, de tempérament, des résultats importans, et qui sont parfaitement d'accord avec les faits connus, établis déjà par la phy-

siologie et la pathologie. Il en résulte, en effet, que la proportion de la quantité des globules relative à celle du sérum est plus forte

Chez l'homme que chez la femme,
Chez les sujets sanguins que chez les lymphatiques,
Chez les adultes que chez les enfans et les vieillards,
Chez les individus bien nourris que chez ceux qui le sont mal,
Chez les oiseaux que chez les autres animaux,
Chez les carnivores que chez les herbivores.

Au contraire, elle est plus faible chez les animaux à sang froid que chez tous les autres. La proportion des globules semblerait, par cela même, pouvoir servir de mesure à l'énergie vitale.

Par une singulière coïncidence, toute cause qui tend à diminuer la masse du sang semble tendre, en même temps, à diminuer la proportion relative des globules, en augmentant celle de l'eau; de telle sorte que l'influence de ces causes a pour résultats d'amener et une moindre plénitude des vaisseaux sanguins, et l'appauvrissement, la fluidité du sang qu'ils renferment. Chez les femmes, les pertes utérines, chez les deux sexes, les saignées, la diète des alimens solides, produisent constamment ce double effet, ainsi qu'il est démontré expérimentalement par plusieurs analyses faites par MM. Prévost et Dumas, Denys et Leroux.

Les recherches comparatives faites jusqu'ici sur le sang artériel et le sang veineux, sur celui de la veine porte, des vaisseaux capillaires et de ceux du placenta, ont eu des résultats trop contradictoires ou trop peu certains pour que nous attachions une grande importance aux nombreuses analyses rapportées dans la troisième partie du travail de M. Lecanu. Nous nous contenterons d'énoncer quelques-uns des faits qui paraissent les plus évidens.

Ainsi le sang artériel contiendrait plus de globules, plus de fibrines, plus d'oxigène, proportionnellement à son acide carbonique, et moins de carbone et d'eau que le sang veineux.

Avant de passer, avec l'auteur, à l'examen du petit nombre d'altérations du sang observées jusqu'ici dans quelques maladies, nous devons dire, avec lui, que, aussi longtemps qu'on ne connaîtra pas jusque dans ses moindres détails la constitution du sang normal, l'analyse du sang pathologique sera nécessairement incomplète. Nous ne nous arrêterons ici que sur les observations qui sont propres à M. Lecanu, et nous nous contenterons de mentionner celles qui avaient été faites auparavant par d'autres chimistes. Nous signalerons parmi ces dernières la propriété singulière qu'a offerte à M. Chevreuil le sang des enfans attaqués de l'induration du tissu cellulaire. Le sérum de ce sang abandonné à lui-même pendant quelques instans s'est en totalité pris en gelée, soit qu'il tînt en dissolution une matière particulière spontanément coagulable, soit que l'albumine placée dans des conditions particulières éprouvât une véritable coagulation.

M. Lecanu rappelle les recherches de M. Denys sur le sang menstruel, celles de M. Defarive sur le sang dans l'hématurie, mais dont les résultats sont peu importans. Celles de M. Denys sur le sang dans les maladies inflammatoires et dans la pléthore, et qui sont complètement d'accord avec celles qui lui sont propres, démontrent que dans ces états morbides la proportion des globules du sang augmente, ou, ce qui revient au même, que la proportion d'eau diminue. En rapportant les analyses du sang des sujets atteints de fièvre typhoïde, faites par le docteur Clanny (de Sunderland), M. Lecanu croit qu'il s'est glissé dans la traduction à laquelle il les emprunte quelque erreur dans les résultats qui ont trait à l'état normal. Le travail du docteur Clanny, que nous avons en ce moment sous les yeux, porte exactement les mêmes chiffres. M. Lecanu soupçonnait cette erreur à cause de la grande différence qui se trouve entre les résultats énoncés par M. Clanny pour l'état normal et ceux qu'il a trouvés lui-même; ainsi, tandis que M. Lecanu porte la quantité d'eau sur 1000 parties de sang à 790, elle ne se trouve être dans l'analyse du chimiste anglais que de 678. Les chimistes sont loin d'être d'accord sur le sang des ictériques : les uns prétendent qu'il renferme toujours de la bile; d'autres, au contraire, qu'il n'en contient pas, et doit sa couleur à la présence d'une matière colorante; d'autres, enfin, adoptant une opinion en quelque sorte mitoyenne, prétendent que, sans contenir de bile, le sang des ictériques contient ses principes. Cette dernière opinion est celle que paraît avoir adoptée M. Lecanu. Il rapporte ensuite l'analyse du sang dans le choléra, dans la fièvre typhoïde, dans la chlorose; et celle du sang laiteux et de quelques autres états morbides. Nous sommes étonné que M. Lecanu n'ait pas parlé ici des recherches des docteurs Christison et Grégory sur le sang des sujets atteints de la maladie de Bright, et dans lequel ils disent avoir trouvé une proportion considérable d'urée.

Ce qui ressort de toutes ces analyses, c'est que les seules différences un peu importantes se trouvent entre la proportion des globules et celle de l'eau; tandis que la somme de l'albumine, des matières extractives grasses et salines, se maintient sensiblement stationnaire.

Si les faits contenus et rapprochés dans cette thèse n'offrent pas d'application immédiate, le travail du docteur Lecanu n'en est pas moins digne d'intérêt; car chacun de ces faits trouvera plus tard sa place dans la science, lorsqu'ils seront assez nombreux pour pouvoir être classés avec avantage, et lorsqu'ils occuperont chacun, dans le grand édifice scientifique, la place qui leur convient.

VARIÉTÉS.

SÉCRÉTION DE LAIT CHEZ UNE PETITE FILLE AGÉE DE SIX SEMAINES.

Dans le mois de novembre dernier, on m'a présenté à la clinique, dit M. Riberi, une petite fille âgée de six semaines, nommée Thérèse Boeri, née de parens bien portans, mais étant très grêle et presque étiolée. Elle offrait deux tumeurs à la région des mamelles, de forme globulaire, indolentes, sans changement de couleur à la peau, du volume d'une pomme, et parfaitement symétriques. En les comprimant avec les doigts de la circonférence au centre, elles laissaient échapper des mamelons un jet vif d'humeur lactescente; les grosseurs s'affaissaient à l'instant et disparaissaient complètement. M. Riberi a fait analyser le liquide par M. Abbane, pharmacien en chef de l'hôpital, qui lui a trouvé tous les caractères du lait véritable, ainsi qu'on va le voir : il a conseillé à la mère de vider plusieurs fois par jour les tumeurs de l'enfant, en les pressant doucement avec les doigts; ce conseil a été suivi, et les tumeurs ont fini par disparaître complétement.

Voici les détails de l'analyse du liquide :

» Liquide blanc, opaque, inodore, saveur douceâtre, analogue à celle du lait.

» Ne rougit pas le papier tournesol.

» Abandonné à l'air pour quelque temps, se divise en deux parties; la supérieure mince, très blanche et opaque; l'inférieure d'apparence séreuse. Une portion de la couche supérieure ayant été placée sur du papier à filtrer, et exposée à la chaleur, a laissé évaporer une certaine quantité d'eau, et le papier est resté taché d'une matière grasse d'apparence butireuse.

» Une partie du liquide ayant été exposée à une chaleur légère s'est promptement couverte d'une pellicule blanche qui, peu après, a commencé à jaunir. Cette pellicule ayant été ôtée, il s'en formait une autre pareille, ainsi que cela s'observe quand on traite de la sorte le lait ordinaire : la matière de ces pellicules ayant été recueillie et mise sur un papier à filtrer et exposée à une légère chaleur s'est desséchée, ensuite divisée en deux parties, dont l'une s'est liquifiée et a taché le papier, l'autre resta fixe sur le même papier. Cette dernière ayant été fortement échauffée, s'est décomposée comme les substances animales. Le liquide restant de l'opération ayant été complétement évaporé a laissé une matière blanchâtre, très tenace; calcinée, elle a exhalé une odeur très désagréable de subtance animale brûlée et s'est convertie en charbon; réduite en cendre, et traitée avec de l'eau pure, elle s'est dissoute en grande partie, la solution a rougi faiblement le papier *curcuma* et s'est précipitée très bien dans de l'eau de chaux; traitée avec l'acide nitrique, elle a fait effervescence.

» Cette solution nitrique, traitée 1° avec le nitrate d'argent, a formé un précipité blanc abondant, soluble dans l'ammoniaque; 2° avec l'eau de chaux, un mélange très trouble et blanc; 3° avec le chlorure de platine, aucun changement particulier.

» Une autre portion du même liquide abandonnée au contact de l'air pendant dix heures environ, a acquis l'odeur propre du lait qu'on a conservé pour quelque temps, et il s'en est séparé une matière blanche, d'apparence caséuse.

» Le même liquide enfin ne s'est coagulé ni avec l'acide hydrochlorique, ni avec l'acide acétique concentré.

» On peut déduire de ce qui précède que la substance qu'on vient d'analyser est composée :

» 1° D'une matière grasse d'aspect butireux;
» 2° D'une matière vraisemblablement caseuse;
» 3° De beaucoup d'eau;
» 4° De carbonate de soude. (Cet élément cependant a pu être formé pendant la calcination, par la décomposition de quelque sel à base de soude.)
» 5° De chlorure de sodium (sel marin);
» 6° De phosphate de chaux (douteux).

» L'existence de ses composans, les qualités physiques du liquide et l'espèce d'altération spontanée qu'il a subie ont fait conclure qu'il était de nature lactée; d'un autre côté sa consistance moindre que celle du lait ordinaire et son incoagulabilité à l'action des acides hydrochlorique et acétique concentrés le font caractériser pour une substance semblable à l'humeur lactée de la femme. »

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE DE FÉLIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 8. (TOME VI. — 1838.) SAMEDI 24 FÉVRIER 1838.

Gazette Médicale

DE PARIS.

LA GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (*Gazette de santé et Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4° 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1ᵉʳ Janvier, 1ᵉʳ Avril, 1ᵉʳ Juillet, 1ᵉʳ Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Poissonnière*, n° 3, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PHYSIOLOGIE CHIRURGICALE.

LETTRE SUR L'INTRODUCTION DE L'AIR DANS LES VEINES DE L'HOMME; par M. VELPEAU.

MONSIEUR LE RÉDACTEUR,

Les nombreuses questions incidentes qui ont été soulevées à l'occasion de la discussion sur l'introduction de l'air dans les veines ont fait perdre de vue le point de départ de la discussion. Il s'agissait de savoir si l'air peut s'introduire spontanément dans les veines de l'homme pendant les opérations chirurgicales; si la science possède des faits tendant à établir la réalité de cet accident, et si, enfin, l'art possède des moyens propres à le prévenir ou à le combattre : tels étaient les points mis d'abord en litige. Malgré mes efforts pour renfermer la discussion dans ses limites naturelles, elle en est sortie presqu'au point de départ, pour ne plus y rentrer. Comme il ne me sera plus possible d'y revenir, j'ai cru être utile à mes confrères en reproduisant avec détail, dans votre intéressant journal, les recherches auxquelles je me suis livré sur la question directe de l'introduction de l'air dans les veines de l'homme. La GAZETTE MÉDICALE ayant analysé les autres parties de la question avec beaucoup de détail, je puis, sans inconvénient, borner mon résumé à ce qui a trait spécialement à l'homme.

La pratique chirurgicale avait depuis long-temps offert des exemples de mort presque subite dans le cours de certaines opérations; mais ces accidens avaient été attribués, tantôt à l'hémorrhagie, tantôt à l'épuisement des malades par l'excès de douleur, tantôt à la frayeur, et quelquefois à la syncope. Pour ma part, je sais que plusieurs malades ont succombé en quelques minutes, pendant qu'on cherchait à les débarrasser d'une glande thyroïde dégénérée, ou d'une tumeur au fond de l'aisselle; par exemple, qu'un événement pareil est arrivé à l'occasion d'une simple trachéotomie, et qu'on n'en a point cherché d'autres explications que celles dont je viens de parler. Mais, peu satisfait de ces explications, et se rappelant les expériences des physiologistes sur les animaux, les chirurgiens modernes ont invoqué l'entrée de l'air dans les veines pour rendre compte des cas de mort inopinée survenue dans le cours des opérations. Les faits de ce genre parvenus à ma connaissance sont au nombre d'environ quarante. La question est de savoir s'ils peuvent réellement être comparés à ceux que fournit l'expérimentation sur les animaux, ou si, de toute autre façon, ils renferment la preuve du fait en faveur duquel on les invoque. Je pense, en conséquence, qu'il sera bon de les passer en revue, et d'en donner une analyse abrégée. J'aurai soin, d'ailleurs, d'indiquer le recueil où elles sont consignées, afin que le lecteur puisse en consulter tous les détails s'il le juge convenable.

FAIT I. — La première observation de cette espèce, qui ait été publiée en France fut prise dans la pratique de Bauchène, à l'hôpital Saint-Antoine, et remonte au mois de juillet 1818. (Piedagnel; Thèse; n° 250; Paris 1827.) Il s'agissait d'une tumeur volumineuse que portait à l'épaule droite un jeune homme âgé de 23 ans. Peu de sang s'était écoulé, lorsque après avoir renversé en dehors la clavicule, M. Piedagnel, à qui on doit la connaissance du fait, entendit un bruit semblable à celui que fait l'air lorsqu'il entre par une petite ouverture dans la poitrine d'un animal vivant. Le malade s'écria : *Mon sang tombe dans mon cœur; je suis mort!* Le même bruit se fit entendre une seconde fois, et le jeune homme, tombé en syncope, s'éteignit en effet un quart d'heure après l'opération, qui avait, d'ailleurs, été longue. Le cadavre, ouvert 18 heures après la mort, permit de constater que la veine jugulaire EXTERNE avait été coupée; *il n'y avait pas de sang dans le cœur;* les cavités droites de cet organe étaient flasques et minces, tous les vaisseaux renfermaient une quantité notable de bulles d'air.

Ainsi, c'est la veine jugulaire externe qui est blessée. Il s'agit d'un

---

Feuilleton.

APERÇUS DE STATISTIQUE MÉDICALE SUR LA VILLE DE LONDRES;

COMMUNIQUÉS PAR M. MOREAU DE JONNÈS.

M. Moreau de Jonnès a bien voulu nous communiquer l'article qui suit, extrait d'un ouvrage qui va paraître sur la population de Londres : les naissances et décès, les maladies, les genres de mort constatés dans cette ville.

§ I. POPULATION.

Époques.		Habitans.	Rapport à la population de l'Angleterre.
154	Henri II	40,000	un 40ᵉ
100	Guillaume III	674,000	un 7ᵉ
150	Georges III	676,000	un 10ᵉ
1801	Georges III	1,097,000	un 9ᵉ
1811	—	1,304,000	un 8ᵉ
1821	Georges IV............	1,574,000	un 7ᵉ
1831	Guillaume IV............	1,860,000	un 8ᵉ

Ces nombres comprennent toute la population en dedans d'un cercle de six lieues de rayon, ayant Saint-Paul pour centre. C'est l'équivalent du département de la Seine. Il faut en défalquer 300,000 personnes environ, lorsqu'on sépare la ville de la banlieue.

Cette population se divisait par sexes, ainsi qu'il suit, en 1821 :

660,378 hommes;
768,007 femmes, ou 38 pour 33 hommes.

Il y avait 100,000 femmes, en sus du nombre des hommes : c'était un 14ᵉ
Le recensement classait cette masse de la manière suivante :

Familles agricoles........	8,833	1	sur	36
— industrielles.....	199,902	2		3
Autres....................	116,834	1		3
Total......	323,589			

A 4 individus par famille, il y avait 800,000 industriels, et 464,000 personnes sans professions utiles ou déterminées.

En 1836, on énumérait dans cette population :

60 banquiers. — 1,560 négocians.
1,680 agens de change, — 3,480 agens d'affaires,

bruit de sifflement, puis d'une syncope; on ne parle point de mouvemens convulsifs. Il y a de l'air partout, excepté dans le cœur. Les expériences sur les animaux vivans montrent précisément l'inverse: c'est le cœur chez eux qui contient de l'air avant tout, et ce n'est point ainsi qu'ils succombent par l'entrée de l'air dans les veines.

Fait II. — Avant que ce fait eût fixé l'attention, il s'en présenta un autre à l'Hôtel-Dieu. Le 19 novembre 1822, Dupuytren eut à extirper une tumeur volumineuse des la région sus-claviculaire droite d'une jeune fille, âgée d'environ 20 ans. (Arch. gén. de méd., t. 5, p. 430.) Pendant la dissection de cette tumeur, et avant qu'elle fût complétement isolée, on entendit un *sifflement*, comme si l'air fût entré sous une cuve pneumatique. La malade, qui n'avait perdu que quelques gouttes de sang, s'écria : *Je suis morte*, s'affaissa sur sa chaise, et mourut en effet immédiatement.

L'ouverture du cadavre fut faite 24 heures après la mort. L'oreillette droite, tendue, élastique, remplie d'air, ne contenait pas de sang. Du sang liquide se rencontra au contraire dans les autres cavités du cœur. Tous les vaisseaux du reste du corps contenaient de l'air en grande quantité, mêlé à une certaine proportion de sang.

On ne peut disconvenir qu'un pareil fait a quelque chose d'étrange. Cependant si on le compare à ce qui arrive chez les animaux dont il a été question précédemment, on ne tarde pas à voir qu'il est loin de leur être comparable. En effet, rien n'indique que la veine jugulaire interne, ni même la jugulaire externe ait été ouverte pendant l'opération, qui, d'ailleurs, ne fut point terminée. Il n'y avait que de l'air dans l'oreillette, et que du sang dans le ventricule. Or, nous avons vu chez les animaux que le mélange du sang et de l'air était toujours intime, et qu'il se présentait sous forme de *mousse* d'un rouge vif, soit dans l'oreillette, soit dans le ventricule. La mort eut lieu brusquement, sans convulsion, et jamais elle n'est arrivée de la sorte dans nos expériences. C'est donc un fait qui laisse encore beaucoup à désirer, même en l'acceptant tel qu'il a été donné.

Fait III. — A la même époque, il fut question d'accidens pareils arrivés à M. Graefe, de Berlin; mais ce fait, dont je n'ai pu trouver les détails nulle part, n'est, je crois, qu'un *on dit*; à moins que, prenant le nom de M. Graefe pour le journal qu'il rédige, on n'ait voulu parler d'une observation de Klein.

Fait IV. — On trouve, en effet, dans le tome premier, page 120 du journal de Graefe et Walther, que M. Klein, de Stutgard, faisant l'extirpation de la glande thyroïde chez un enfant sourd-muet, vit son malade mourir en moins d'une minute. Mais, en 1814, époque à laquelle cette opération fut pratiquée, on ne pensait point au danger de l'introduction de l'air dans les veines, et ce n'est que long-temps après qu'on a pu invoquer ce fait à l'appui de celui de Dupuytren.

Fait V. — Dupuytren citait aussi un exemple du même genre, recueilli dans la pratique de M. A. Cooper; mais on ne trouve rien dans les œuvres de ce chirurgien qui puisse éclairer sur une observation pareille, et M. Olivier, d'Angers, est le seul qui, sur un *on dit*, ait cru devoir en parler brièvement dans le dictionnaire de médecine (t. 2, p. 70).

Je n'ai pas besoin d'ajouter, il me semble, que dans une question aussi grave, de semblables preuves n'ont aucune valeur.

Fait VI. — En 1826, un chirurgien de Lunéville, M. Castara (Saucerotte, *Thèses de Strasbourg*; mars 1828), pratiquant la dissection d'une tumeur qui occupait la fosse sous-épineuse de l'épaule droite, entendit tout à coup une sorte de *glouglou* au fond de la plaie. Le malade, âgé de 21 ans, tombe en syncope et meurt brusquement, sans mouvemens convulsifs. Vingt-quatre heures après la mort, on trouva les cavités droites du cœur remplies de sang liquide, mélangé d'une grande quantité de bulles d'air. Il y en avait aussi dans les cavités gauches de cet organe. Tout le système veineux du membre supérieur, y compris l'avant-bras, en était également rempli. La seule veine ouverte était une branche de la sous-scapulaire, et son ouverture avait *moins d'une ligne* de diamètre.

Il y a, dans ce fait, des particularités tout à fait remarquables ; c'est le seul qui puisse jusqu'ici être comparé relativement à l'état du sang dans le cœur, à ce que l'expérience sur les animaux nous a démontré. Mais le malade est mort brusquement, et jamais cela ne s'observe dans les expériences directes. Une ouverture aussi petite et d'une veine en dehors de l'axillaire ne permet pas l'entrée de l'air au point d'exposer à de véritables dangers, ni sur les chiens ni sur des chevaux. On ne comprend point ensuite la présence de l'air dans les veines de l'avant-bras droit, lorsque ce gaz ne s'est retrouvé ni dans la veine cave inférieure, ni dans le membre thoracique gauche. Quoique l'un des plus probans, le fait de M. Castara peut donc encore laisser quelques doutes dans l'esprit.

Fait VII. — Deux ans plus tard, en 1828, un chirurgien célèbre de New-York, M. Mott, qui habite maintenant Paris, publia (*Journ. of surg. and med. scien.*, etc., nov. 1828, p. 127) l'observation d'une extirpation de tumeur qui s'étendait de la région parotidienne sur la face. Pendant l'opération, on ouvrit la veine faciale; un bruit particulier fut entendu; il y eut un cri de détresse, puis menace de syncope; mais enfin la mort n'eut pas lieu.

Rien ne prouve, en conséquence, que ces accidens aient été causés par l'entrée de l'air dans les veines; d'autant mieux que la veine faciale n'est point dans les conditions anatomiques qui semblent permettre cet accident.

Fait VIII. — Faisant l'extirpation du bras pour une tumeur fongueuse chez un homme âgé d'une trentaine d'années, Delpech (*Memorial des hôpitaux du midi*, deuxième année, p. 251-654) entendit deux *reniflemens* avant d'avoir traversé l'articulation, vit le malade tomber deux fois en syncope, et mourir immédiatement. L'hémorragie avait été peu abondante.

Le cadavre fut placé sous l'eau, et l'on trouva une quantité considérable de bulles d'air dans les cavités droites du cœur.

Ici encore, on est bientôt arrêté par une foule de difficultés sérieuses. D'abord, il ne s'agit ni de la veine axillaire, ni de la sous-clavière; mais bien seulement des veines du moignon de l'épaule, et nous avons vu que à cette distance du thorax, l'absorption de l'air paraît impossible. Ensuite, ce n'est point un reniflement qu'on entend chez les animaux, ce n'est point tout à coup qu'ils succombent. En outre, on ne sait point dans quel état était l'air qui remplissait les seules cavités droites du cœur.

Etant à l'Hôtel-Dieu, M. Clemot, de Rochefort, raconta à Dupuytren, qui venait de tenter l'enlèvement d'une tumeur thyroïdienne, les trois faits suivans :

Fait IX. — Une femme, dont ce chirurgien avait extirpé un sein cancéreux, du poids de douze livres, mourut quelques heures après l'opération, et l'on trouva de l'air dans les veines qui allaient de la plaie au cœur, ainsi que dans les cavités droites de cet organe. (Pategnat, *These*, nº 136; Paris 1834.)

Fait X. — Dans un autre cas, M. Clemot, disséquant une tumeur de l'aisselle, entendit tout à coup un bruit d'aspiration. On crut que la poitrine avait été ouverte; le malade eut une syncope, mais revint bientôt à lui.

N'est-il pas clair que des faits aussi vaguement exposés, qui n'ont point, d'ailleurs, été publiés par l'auteur, sont absolument incapables de convaincre personne ?

300	médecins.	200	brasseurs.
580	pharmaciens.	4,300	cabaretiers.
1,180	chirurgiens.	5,900	tailleurs.
131	notaires.	2,800	cordonniers.
1,130	avocats.	390	chapeliers.
2,100	boulangers.	200	corroyeurs.
1,800	bouchers.	520	archit. et const.

Mais les personnes attachées à chacune de ces professions décuplent le nombre des maîtres. Il y a 16,502 cordonniers, sans compter les apprentis; 14,332 tailleurs; 19,629 charpentiers et menuisiers : en tout 430 espèces de métiers.

Pour héberger la population, il y avait, en 1836 :

207	hôtels.	5,975	cabarets à bière.
447	tavernes.	8,649	— à genièvre.
357	cafés.	15,839	maisons de débit.

§ II. Naissances et Décès.

Les naissances et les décès dans les 93 paroisses, comprises dans les tableaux de mortalité, ont été ainsi qu'il suit, par des termes moyens qui remontent au-delà du milieu du dernier siècle.

			Periodes — Ans.	Moy. de naiss. ann.	Moy. de décès ann.	Excédant.	
1744	à	1750.	7	14,404	24,094	9,690	décès.
1751	—	1760.	10	14,785	20,399	5,614	
1761	—	1770.	10	16,087	23,440	7,353	
1771	—	1780.	10	17,290	21,520	4,230	
1781	—	1790.	10	17,864	19,625	1,761	
1791	—	1800.	10	18,767	19,705	938	
1801	—	1810.	10	19,976	18,520	1,456	naiss.
1811	—	1820.	10	22,780	19,045	3,735	
1821	—	1825.	5	25,535	19,834	5,701	
1826	—	1830.	5	26,497	21,985	4,312	

Ainsi, de 1744 à 1800, en l'espace de 56 ans, les décès ont surpassé, à Londres, le nombre des naissances, de 267,000, faisant, année moyenne, une perte de 4,800 personnes; tandis que, de 1801 à 1830, en 30 ans, les naissances ont surpassé les décès de 102,973, ou 3,600, année moyenne.

Voici les naissances et les décès des dernières années, divisées par sexes.

A. Naissances.

	Garçons.	Filles.	Totaux.
1828..........	13,360	13,183	26,543
1829..........	13,674	13,354	27,028

FAIT XI. — La troisième observation, attribuée à M. Clémot, concerne une ligature d'artere sous-clavière. Une petite veine avait été ouverte ; un bruit d'aspiration se fait entendre; le doigt, posé sur la veine, fait cesser ce bruit, qu'on laisse reparaître et qu'on arrête ainsi successivement à plusieurs reprises. Il n'en est résulté aucun accident. (*Gaz. des Hôpitaux*, tom. IV, pag. 93. Putegnat; thèse citée p. 38.)

Un chirurgien distingué de Boston, M. Warren, publia, en 1832, dans les journaux américains (GAZ. MÉD., 1833, p. 226. Arch. gén. de méd., t. 31, p. 419), et vient de reproduire dans un ouvrage intéressant (Surg. obs. on tumours, 1837) deux faits qui me paraissent avoir été admis aussi sans preuves suffisantes dans la question que je discute maintenant.

FAIT XII. — W. Buril, âgé de 60 ans, portait une tumeur cancéreuse dans la région parotidienne et à la face. En découvrant l'artere carotide qu'il voulait lier, M. Warren ouvrit une veine, entendit un bruit semblable a celui que font des bulles d'air qui traversent l'eau; le malade dit qu'il se trouvait mal; il survint des symptômes apoplectiques; on ouvrit l'artère temporale; les accidens commencèrent à se dissiper au bout de deux heures, et le lendemain, il n'y en avait plus de traces. (*On tumours*, etc., p. 238.)

FAIT XIII. — Le même chirurgien rapporte qu'en disséquant une tumeur de l'aisselle chez une femme nommée Nancy Barker, il entendit un bruit de *bouillonnement* ou de *glouissement* peu distinct, que la malade perdit toute sensibilité, et présenta une respiration apoplectique. Malgré tous les excitans, de l'eau-de-vie introduite dans le larynx, la trachéotomie, l'insufflation pulmonaire, cette femme mourut au bout de quelques heures; on ne put en obtenir l'autopsie. (Opér. cit. p. 239.)

Si je ne me trompe, ces observations ne sont point de nature à satisfaire toutes les exigences des esprits sévères. Dans le premier cas, on ne voit presque aucun des caractères qui signalent l'entrée de l'air dans les veines des animaux, et le malade n'en est point mort. Dans le second, il ne s'agissait que d'une petite veine sous-scapulaire, divisée à près d'un pouce du tronc de l'axillaire. D'ailleurs, ces symptômes d'apoplexie qui ont duré plusieurs heures sur un sujet qui reste insensible, auquel on ouvre l'artère temporale, qu'on soumet à des vapeurs d'ammoniaque, à l'introduction de l'alcool dans les bronches, à la laryngotomie, n'ont que peu d'analogie, il me semble, avec les résultats de nos expériences. Tout ce que l'on peut dire, c'est que les veines ouvertes chez ces deux sujets occupent une région où l'entrée de l'air est véritablement possible.

FAIT XIV. — Une observation dont MM. Putegnat et Gueretin ont parlé dans leurs thèses, et qu'on attribue à M. Hodge ou Lodge (GAZ. MÉD. 1835, p. 227), paraît bien plus étrange qu'aucune de celles que j'ai citées jusqu'ici. A en croire ce médecin, un malade serait mort brusquement par l'introduction de l'air dans les veines, au moment où Dupuytren venait de lui ouvrir la saphène interne!

Mais ce fait, dont personne n'a eu connaissance à Paris, et qui nous est revenu d'Amérique, où il avait été communiqué à M. Warren par l'auteur, est trop invraisemblable pour mériter d'être discuté.

FAIT XV. — M. Puydebat (GAZ. MÉD., 1833, p. 198) et M. Forget (*Transact. med.*, t. X, p. 73) ont publié l'observation d'une jeune femme, âgée de 18 ans, qui fut opérée par M. Roux, en 1834, d'une tumeur lymphatique qu'elle portait vers la région parotidienne. Pendant qu'on soulevait cette tumeur, on entendit un *sifflement*, et la malade poussa aussitôt un cri plaintif en s'agitant vivement. Une syncope eut lieu; mais elle ne fut pas de longue durée. La malade alla bien pendant quelques jours, et ne mourut qu'au bout d'une semaine. On trouva des bulles d'air dans tous les vaisseaux!

S'il est vrai que quelques-uns des symptômes produits par l'entrée de l'air dans le système veineux se soient montrés ici, il est cependant impossible d'admettre la chose comme démontrée, de ne pas croire tout aussi bien à une simple syncope. On ne sait point d'abord quelle fut la veine ouverte; la mort, n'étant survenue qu'au bout de sept jours, est incontestablement indépendante de l'air qui aurait pu pénétrer dans le cœur au moment de l'opération.

FAIT XVI. — On trouve dans la GAZ. MÉD. de 1833, et dans la thèse de M. Putegnat, l'observation suivante, communiquée par M. Duplat : Voulant enlever un prolongement cancéreux, qui s'étendait du sein à l'aisselle, M. Goulard lésa une veine, qu'il crut être la veine axillaire, mais dont il s'écoula peu de sang. Au même moment, la malade fut prise de mouvemens convulsifs à la face et mourut. On ne fit point l'ouverture du cadavre.

Je ne voudrais point soutenir, sans doute, que l'air introduit dans les veines n'a pas causé la mort de cette femme; mais je ne puis m'empêcher de dire qu'on ne trouve nullement la preuve du fait dans l'observation de M. Duplat. Avec des détails aussi vagues, il est impossible qu'un fait puisse rien prouver.

FAIT XVII. — J'en dirai autant d'un cas emprunté à M. Ulrich (*Journ. des conn. med.-chir.*, tom. II, p. 91; ou *Gaz. Med. de Berlin*). Il s'agit ici d'une extirpation de tumeur du cou, dans laquelle on ouvrit la veine jugulaire interne. On entendit un *sifflement*; la mort eut lieu en une minute. L'oreillette droite était distendue par de l'air et ne contenait pas de sang. Il y avait du sang noir et liquide, mais pas d'air dans le ventricule correspondant.

Or, il est constant que chez les animaux la mort n'arrive jamais en une minute; que l'oreillette contient à la fois du sang et de l'air ; qu'il en est de même du ventricule, et que, loin d'être noir, le sang est toujours d'un rouge assez vif.

FAIT XVIII. — La même remarque s'applique, avec plus de force encore, aux faits de M. Barlow. Ce chirurgien, enlevant une tumeur de la joue, divisa quelques veines variqueuses, vit une syncope survenir et en accusa l'introduction de l'air dans les veines, quoique la malade revînt promptement à elle.

FAIT XIX. — Dans l'autre cas, également recueilli sur une femme, M. Barlow extirpait une tumeur du cou. Pendant qu'il *disséquait la peau*, il entendit un *sifflement*, un *gargouillement*, et la malade mourut subitement, *sans soupirs ni convulsions*. L'autopsie du cadavre ne fut pas faite.

Ainsi, d'une part, c'est à la joue, et les expériences disent que, dans cette région, les veines n'absorbent pas l'air ; d'autre part, la veine ouverte ne peut être que la jugulaire externe tout au plus; la mort est subite, sans mouvemens convulsifs ; et cependant les choses ne se passent jamais ainsi sur les animaux ! D'ailleurs, l'absence d'ouverture du cadavre rend le fait absolument incomplet.

FAIT XX. — Une observation, moins connue que les précédentes, est celle qui a été publiée par M. Rigaud (*Quelques Faits de pratique chirur.* Paris 1836). En découvrant l'artere sous-claviere pour remédier a un anévrisme de l'aisselle, ce praticien, en agrandissant la plaie extérieure, ouvrit une veine qu'il *crut* être la jugulaire externe. Un *bruit particulier*, une sorte *d'aspiration* de l'air se fit entendre par trois fois. Cependant M. Rigaud, d'ailleurs vivement effrayé par le souvenir de l'observation de Dupuytren, ne vit survenir aucun accident, et le malade mourut environ six semaines après d'accidens étrangers à l'introduction de l'air dans les veines.

	Garçons.	Filles.	Totaux.
1831..........	14,217	14,046	28,046
1832..........	13,504	13,470	26,974
1834..........	13,601	13,615	27,216
1835..........	13,024	13,231	26,255

Les 27,200 naissances de 1834, multipliées par 32, supposent 870,000 habitans. S'il en meurt annuellement sur ce nombre 21,680, c'est environ un sur 40. Paris, en 1836, eut 28,942 naissances, et 23,768 décès. En comptant une naissance pour 32 habitans, la population effective devait être de 926,000 personnes, nombre dont celui des décès formait un 39ᵉ.

Ces supputations ne peuvent être éloignées de la vérité ; mais, au reste, on conçoit très bien que le mouvement perpétuel et immense qui s'opère dans les grandes métropoles, ne permet point de connaître avec précision les proportions de leurs naissances et de leurs décès.

B. DÉCÈS.

	Hommes.	Femmes.	Totaux.
1828..........	11,112	10,397	21,769
1829..........	12,015	11,509	23,524
1830..........	11,110	10,533	21,643
1831..........	14,280	14,326	28,606 (1)
1834..........	10,811	10,868	21,679
1835..........	9,202	9,027	18,229 (2)
1836..........	10,605	10,458	21,063

La mortalité, comparée à la population, fut, aux époques suivantes, dans les proportions ci-après, d'après des autorités contemporaines.

	Décès		Habitans.	
1690..........	1	sur	24	King.
1700..........	1		25	Heberdeen.
1750..........	1		24	Short.
1759 à 1768.....	1		23 1/4	Price.
1800..........	1		33	Doc. pub.
1810..........	1		38	id.
1820..........	1		40	id.
1824..........	1		50	id.

Ce ne fut qu'en 1770 que l'énorme proportion de la mortalité commença à

(1) Irruption du choléra oriental.
(2) Nombres incomplets.

Ici on constate l'existence du bruit, la sortie de bulles d'air par les bouts de la veine divisée, une sorte de *bouillonnement* au fond de la plaie, et cependant aucun symptôme particulier ne se manifeste du côté des fonctions viscérales! On est donc, en quelque sorte, forcé de conclure ou que M. Rigaud s'en est laissé imposer, ou que l'introduction d'une assez grande quantité d'air dans les veines n'est pas toujours dangereuse.

FAIT XXI. — Si je passe à l'examen d'une des observations qui, après celle de Dupuytren, ont le plus frappé l'attention du public, c'est-à-dire au fait qui appartient à M. Roux, j'y rencontre un mélange de circonstances tel qu'il m'est bien difficile d'en faire un élément de conviction.

Un homme, d'ailleurs bien constitué, entre à l'Hôtel-Dieu pour une brûlure qui comprend presque tout le côté droit de la tête, une grande partie de la hanche et du membre abdominal correspondant, et qui a, pour ainsi dire, sphacelé la totalité du membre thoracique, jusqu'à quelques travers de doigt au-dessous de l'épaule. Cet homme, qui, après l'avoir refusée d'abord, réclama, quatre jours après, c'est-à-dire le 30 avril 1836, la désarticulation de son bras, était au commencement de la période de réaction lorsqu'on le transporta à l'amphithéâtre. Ayant à peine taillé le lambeau postérieur dans le deltoïde, M. Roux s'aperçut que le malade était pâle et semblait tomber en syncope. On se hâta d'ouvrir la capsule; un aide fit la compression des vaisseaux axillaires et l'on termina la désarticulation par la section du lambeau interne ou antérieur, comme dans le procédé de Desault. Mais le malade n'avait plus donné signe de vie, et rien ne put ranimer chez lui la circulation. Quelques personnes dirent après qu'elles avaient *cru* entendre une sorte de bruit, un sifflement. A l'ouverture du corps on trouva des gaz dans les vaisseaux et dans le cœur. (*Journ. des conn. méd.-chirurg.*, t. IV, p. 108. — *Revue méd.* 1836, t. II, p. 417.)

On ne peut s'empêcher de remarquer que dans ce fait il manque une foule de données, et qu'il ne remplit point les conditions dont il a été parlé dans l'exposé des expériences directes relatives à l'entrée de l'air dans les veines. Le bruit, on n'est pas bien sûr de l'avoir entendu : les veines ouvertes étaient tout au plus des branches scapulaires de la jugulaire interne. La mort a été subite, sans prélude, sans convulsions. Il n'y avait point de liquide écumeux dans le cœur. L'air dont on parle n'est que très incomplètement caractérisé. Puis, est-il donc indispensable de recourir à l'entrée de l'air dans les veines pour expliquer la mort d'un sujet affecté d'une aussi vaste brûlure, pendant qu'on le soumet à la désarticulation de l'épaule!

FAIT XXII. — Depuis que cette discussion est pendante au sein de l'Académie, on a fait dire à M. Duportail (GAZ. MÉD. 1837, p. 757. — *Lancet. franç.* 1837, p. 424) que M. Dupuytren avait perdu un autre malade par l'introduction de l'air dans les veines, pendant qu'il cherchait à le débarrasser d'une tumeur axillaire.

On ajoute, dans les journaux que je viens de citer, que l'accident est arrivé aussi à M. Roux et à plusieurs autres praticiens pour la même opération dans six cas; mais tout indique que ce sont là de pures assertions sans preuves, dues à quelque malentendu, ou fondées sur de simples *oui-dire*.

FAIT XXIII. — On trouve dans les *Bulletins de l'Académie* (t. I, p. 132) l'extrait suivant : Pendant qu'il pratiquait au cou d'une femme, âgée de 60 ans, l'extirpation d'une tumeur, M. Delaporte fut effrayé par un *sifflement* et par la syncope, qui survint brusquement chez la malade. Cet accident n'eut cependant aucune suite fâcheuse, et la femme s'est très bien rétablie.

Dans ce fait, on comprend que la veine jugulaire ait pu être blessée et que l'air atmosphérique ait pu s'y engager. Mais en admettant la chose comme positive, il faudrait en conclure (ce dont les expériences sur les animaux vivans ne permettent pas d'ailleurs de douter) que cet accident est loin d'être toujours mortel. On conviendra, d'un autre côté, qu'il n'y a pas là matière à conviction.

FAIT XXIV. — J'en dirai autant d'une observation publiée par M. Malgaigne (GAZ. MÉD. 1836, p. 167). Pendant une ablation de mâchoire et de ganglions du cou, ce chirurgien ouvrit la jugulaire externe. Le sifflement, bruit appelé à tort caractéristique, se fit entendre; mais il n'en résulta aucun accident fâcheux.

FAIT XXV. — Voyons jusqu'à quel point l'observation communiquée par M. Amussat lui-même est concluante. Ce chirurgien extirpait une tumeur du sein chez une femme âgée de 47 ans. Un coup de bistouri porté au-dessous de la clavicule pour détacher des granulations squirrheuses fut suivi d'un *bruit saccadé*, et comme en zig-zag. La malade dit qu'elle allait mourir et fut sur le point de tomber en syncope. On fit comprimer le point blessé, et on exerça aussi une compression saccadée sur la poitrine; cette défaillance n'eut pas de suite, et l'opération fut terminée sans autre accident. (*Bul. de l'Acad.*, t. I, p. 894.)

Ainsi c'est sur le sein qu'on opère, c'est à quelques pouces au-dessous de la clavicule que porte l'incision. Là on ne peut ouvrir que quelques branches des veines mammaires; on entend un bruit en zig-zag; la malade dit quelle se meurt, puis elle revient à elle. Il me semble que tout ceci est loin de prouver l'introduction de l'air dans le cœur et qu'il est difficile de trouver un fait moins concluant.

FAIT XXVI. — A la même époque j'avais recueilli de mon côté une observation de ce genre que je communiquai à l'Académie (*Bullet.*, t. I, p. 896). Au moment où je détachais, par sa face profonde, une tumeur du cou qui pénétrait jusqu'aux vaisseaux carotidiens chez une femme âgée de 36 ans environ, j'ouvris la veine jugulaire interne; un sifflement manifeste eut lieu; puis une sorte de bouillonnement se fit remarquer au fond de la plaie; la malade, qui s'écria aussi qu'elle mourait, tomba effectivement en syncope. Je fis placer un doigt sur l'ouverture de la veine et terminai d'un coup de bistouri la section de la tumeur. Je me hâtai de recourir aux moyens employés contre les syncopes ordinaires et les accidens disparurent bientôt. Cette femme sortit de l'hôpital un mois après, le jour même où M. Amussat vint communiquer son observation à l'Académie.

Sans doute que dans cette observation il y a quelque chose de ce qu'on observe chez les animaux par l'expérimentation directe. Ce bruit, ce bouillonnement causés par l'agitation d'un mélange de sang et de bulles d'air au fond de la plaie, cette tendance immédiate à la syncope, accompagnée d'angoisses et de légers mouvemens convulsifs ont quelque chose qui frappe et qui étonne. Ayant observé tout cela chez la malade dont je parle, j'en fus, je dois l'avouer, fort effrayé. Aujourd'hui cependant serais-je en mesure de démontrer qu'il s'agissait là d'accidens produits par l'entrée de l'air dans les veines? trouve-t-on dans ce fait tous les élémens d'une conviction bien fondée? Je n'oserais pas l'affirmer.

FAIT XXVII. — M. Malle a rapporté (*Presse méd.*, p. 463) une observation presque semblable à la mienne; l'ouverture de la veine jugulaire interne eut lieu pendant que M. Begin extirpait une tumeur du cou, et laissa entendre un bruit particulier, une sorte de *glouglou*, il n'en résulta cependant aucun accident particulier!

FAIT XXVIII. — Il semblerait d'après M. Gueretin (*Thèses*, Paris 1837, n.

---

diminuer. Jusqu'alors elle avait égalé celle de la Hollande, la plus grande de l'Europe. En 1790, les naissances excédèrent les décès pour la première fois, et la population de Londres, qui ne s'était soutenue jusqu'alors que par les immigrations des provinces, put enfin réparer ses pertes; elle parvint même, dans les années suivantes, à en outrepasser la quantité. Dans les dix années finissant en 182 , l'excédant des naissances fut de 51,000 individus; et il fut constaté que, dans l'espace d'un demi-siècle, la mortalité avait diminué de moitié.

On a avancé dans ces derniers temps qu'il ne mourait annuellement, à Londres, qu'une personne sur 55; mais c'est évidemment une exagération.

§ III. MALADIES.

A. CONTAGIONS.

Londres étant la ville de l'Europe dont les relations commerciales sont les plus étendues, elle est exposée plus qu'aucune autre capitale à recevoir, par les communications maritimes, les maladies contagieuses des pays éloignés. Les irruptions les plus meurtrières sont celles indiquées ci-après, avec le nombre des personnes qui en furent victimes.

				Habitans.
Edouard III......	1348	Peste......................		57,000
Henri VII........	1500	—		30,000
Henri VIII......	1518	Suette contagieuse............		
Elisabeth.......	1563	Peste	—	21,500
—	1593	—	—	17,890
Jacques Ier......	1603	—	—	30,578
Charles Ier......	1625	—	—	35,417
—	1636	—	—	10,400
Charles II.......	1665	—	—	68,396
George II.......	1729	Fièvre pétéchiale............		5,235
George IV.......	1831	Cholera asiatique............		5,027

A cette dernière époque, on compta à Londres, officiellement, 10,545 malades; et dans toute la Grande-Bretagne, y compris la population de Londres, 74,404. Les décès s'élevèrent à 28,438, d'après les tableaux dressés par mon savant et respectable ami sir William Pym, qui, dans ce désastre, montra un si beau caractère.

B. MALADIES ORDINAIRES.

Celles qui sévissent à Londres ont causé dans cette ville la mortalité ci-après:

	Consomptions.	Convulsions.	Fièvres.	Inflammations.	Varioles.
	—	—	—	—	—
1740......	4,919	8,479	4,003	35	2,727
1780......	4,880	5,410	2,316	279	2,874
1810......	4,427	3,860	1,139	676	1,198
1825......	5,062	2,632	806	816	1,299
1830......	4,704	2,562	782	2,196	627
1832......	4,499	2,075	1,125	2,333	771
1836 .	5,278	1,676	710	2,400	217

134) qu'un accident pareil à celui de Dupuytren soit arrivé à M. Mirault d'Angers.

En disséquant une tumeur qui occupait le côté droit du cou, M. Mirault, qui avait sans doute blessé la jugulaire interne, entendit un premier sifflement, puis un second et un troisième bruit du même genre. Des mouvemens *tetaniques* eurent lieu. Le malade revint à lui au bout de huit minutes, se trouva bien ensuite, et n'avait pas perdu douze onces de sang. Trois heures après, il mourut brusquement.

Je ne voudrais point nier ici la possibilité de l'entrée de l'air dans le cœur, puisqu'il s'agit d'une opération pratiquée au voisinage de la jugulaire interne; mais je ne puis m'empêcher de faire remarquer que ce n'est point après trois heures de calme que ce gaz fait mourir les animaux. Le manque d'autopsie enlève d'ailleurs à ce fait sa plus grande valeur.

Fait XXIX. — En opérant une femme d'un cancer au sein, et pendant qu'il engageait sa malade à écarter le bras du tronc, M. Toulmouche a remarqué que l'incision, pratiquée par M. Duval, fut à l'instant suivie d'un *sifflement* analogue au bruit d'une *respiration bruyante* un peu prolongée. La malade eut une syncope, et les assistans la crurent morte; mais elle revint bientôt, et finit par reprendre tout-à-fait ses sens. (*Bullet. de l'Acad.*, t. II, p. 246.)

Là encore il ne peut être question que de veine peu volumineuse, étrangère au tronc de l'axillaire et de la sous-clavière; de sorte qu'il serait bien difficile de rien conclure de rigoureux avec une observation pareille.

Fait XXX. — Un autre fait est consigné dans la thèse de M. Pustegnat. Ce médecin raconte qu'on vient de lui communiquer l'observation d'un homme qui, frappé d'apoplexie, fut saigné immédiatement de la jugulaire. Après cette saignée, la mort eut lieu subitement, et on trouva de l'air dans l'oreillette droite. (*Thèse*, n. 156, p. 41, Paris 1834.)

On ne voit pas d'abord ce qui peut avoir fait croire que le malade est mort ici plutôt par l'introduction de l'air dans les veines que par suite de l'apoplexie. D'ailleurs ce n'est pas avec des exemples aussi vaguement circonstanciés qu'on peut éclaircir des faits douteux.

Fait XXXI. — Voici une observation bien plus extraordinaire encore : Une femme enceinte de sept mois est prise d'hémorragie utérine. M. Mangeis la saigne au bras. Huit onces de sang étaient à peine écoulées que la malade jette un cri plaintif et meurt! Rien sur l'autopsie.

Que dire d'un fait pareil? « Si la mort n'a pas été produite ici par l'entrée de l'air dans les veines, qui donc, s'écrie M. Mangeis, a pu la déterminer. » A la place de ce praticien, ma réponse serait facile, je me bornerais à dire « Je n'en sais rien. »

Fait XXXII. — M. Dubourg vient d'en communiquer un autre qui est tout aussi peu concluant. M. Roux, qui l'a fait connaître, en convient lui-même.

Tels sont les principaux faits recueillis sur l'homme que j'ai pu rassembler, concernant l'introduction de l'air dans les veines. Nul doute qu'il ne fût possible de leur en adjoindre d'autres s'il était permis d'en rapprocher tous les cas de mort brusque arrivée pendant les opérations chirurgicales sans explication satisfaisante. C'est ainsi, par exemple, qu'on expliquerait la mort presque instantanée d'un malade opéré de la trachéotomie en 1835 à l'Hôtel-Dieu, par M. Trousseau, et de plusieurs des individus qui ont péri pendant qu'on cherchait à les débarrasser de tumeur thyroïdienne; mais comme personne n'a parlé de l'introduction de l'air dans ces cas, il est inutile de s'y arrêter.

Les animaux eux-mêmes sont quelquefois soumis à des opérations qui ont fait naître les mêmes accidens et les mêmes idées que chez l'homme. Les vétérinaires savent depuis long-temps, par exemple, qu'en ouvrant la veine jugulaire du cheval on peut, ainsi que je l'ai déjà dit, faire périr brusquement l'animal.

Fait XXXIII. — M. Boulay jeune a depuis long-temps consigné dans le *Journal de physiologie expérimentale* un fait qu'il a reproduit dans la discussion actuelle et que M. Putegnat rappelle dans sa thèse, p. 32, fait qui ne manque pas d'une certaine valeur. Il saignait un cheval au cou; au moment où il cherchait à soulever la veine pour pratiquer la suture de la plaie, il entendit un bruit particulier, et l'animal, pris de tremblement, tomba bientôt par terre. Cependant, le sang continuant de couler fit peu à peu disparaître ces premiers accidens, et le cheval ne tarda pas à se rétablir.

Fait XXXIV. — Une observation absolument semblable a été rapportée depuis par M. Gérard. (Putegnat, thèse, etc., p. 32.)

Fait XXXV. — J'ai déjà dit qu'un exemple semblable avait été relaté dès l'année 1806 par Verrier.

Fait XXXVI. — M. Leblanc m'a dit connaître six autres faits du même genre.

Dans ces exemples, on voit bien en effet les premiers accidens qui se manifestent par suite de l'introduction de l'air dans les veines du cheval; il est difficile de n'y pas voir aussi une partie de ce qu'on a signalé dans l'homme. On conviendra cependant que tout ceci n'est guère concluant, que de pareils faits ne pourraient compter dans la science que si la question capitale était hors de discussion.

Faits XXXVI, XXXVII et XXXVIII. — Avant les expériences même de Nysten, Legallois père signalait déjà, en 1808, des accidens qu'il attribuait à l'introduction de l'air dans les veines, et qui seraient bien plus surprenans encore que tout ce que l'on dit aujourd'hui, s'il fallait accepter l'interprétation qu'en donne ce physiologiste. Ainsi Legallois aurait vu trois fois la mort arriver brusquement chez des femelles de lapins dont la matrice venait d'être débarrassée du produit de la conception, et cela parce que l'air atmosphérique, pénétrant jusqu'aux cornes de l'utérus, serait entré dans le système veineux et le cœur de ces animaux! (Putegnat, thèse, p. 25.)

Je ne sais si Legallois ne serait pas cet expérimentateur dont Nysten dit avoir à se plaindre; mais, à coup sûr, les faits qu'il annonce ne convaincront aucun des physiologistes qui ont assisté aux expériences modernes.

Je ne pense pas que Legallois fils, qui rappelle en passant les expériences de son père (*Journ. hebd.*, t. III, p. 183, 184) et qui avance que les cas de mort subite arrivés chez certaines femmes peu de temps après l'accouchement, résultent probablement de l'entrée de l'air dans les veines par l'utérus, inspire en réalité beaucoup plus de confiance. Ceci est trop contraire à ce que toutes les recherches ultérieures ont appris pour être admis maintenant dans la science.

VALEUR DES FAITS RECUEILLIS SUR L'HOMME.

Faisant abstraction de ces quelques faits propres aux animaux, je puis reprendre actuellement les observations appartenant à l'homme, et les diviser en quatre groupes, l'un pour les faits insignifians, le deuxième

La consomption enlevait, il y a un siècle, un 5e des habitans qui mouraient annuellement. Cette proportion n'a point changé. En 1740, plus d'un quart des enfans qui périssaient en bas âge succombaient aux convulsions; ce nombre est maintenant limité à un onzième. Les fièvres qui ravageaient Londres autrefois réclamaient le 5e de la mortalité totale; elles sont réduites aujourd'hui à un 21e, ou même à un 28e

Mais les inflammations, qui étaient peu communes, se sont accrues progressivement, et forment au moins le 10e du nombre des décès. La variole, au contraire, qui tuait annuellement le 9e de ceux dévolus à la mort, se borne actuellement à un 28e tout au plus.

En 1831, sur 25,337 décès, il y eut :

		Décès.			Habitans.
4,805	consomptions.....	1 sur	5	1 sur	183
2,980	convulsions......	1	8 1/2	1	286
563	varioles.........	1	43	1	1,540
131	personnes noyées..	1	200	1	5,100
48	suicides.........	1	530	1	14,500

C. VARIOLE.

Cette maladie, qui ne cause maintenant qu'un 43e des décès, était, avant la belle découverte de Jenner, un fléau extrêmement meurtrier pour les habitans de Londres.

Pendant les 50 ans qui précédèrent l'usage de la vaccine, il périt, à Londres, par la variole :

	Personnes.
De 1750 à 1759...	19,642
1760 — 1769...	24,435
1770 — 1779...	22,039
1780 — 1789...	17,121
1790 — 1799...	17,685
Total.....	100,922 ou 2,018 par an.

Pendant cette période, le nombre moyen des décès s'éleva, à Londres, à 20,938. Par conséquent, la variole tua un 10e de tous ceux qui moururent pendant un demi-siècle. Voici la proportion détaillée des décès qui lui appartinrent, par chaque millier de personnes mortes à Londres, de 1770 à 1832.

	Décès.		
1770 à 1779	102 sur 1,000	1810 à 1819	43 sur 1,000
1780 — 1789	88	1820 — 1829	33
1790 — 1799	92	1830 — 1832	26
1800 — 1800	73		

Heberdeen estime qu'avant l'introduction de la vaccine il mourait, dans toute l'Angleterre, par le seul effet de la variole, 95 personnes sur 1,000 décès. La mortalité étant alors annuellement d'environ 200,000 individus, 19,000 étaient enlevés périodiquement par ce fléau. L'admirable découverte de Jenner arrêta ces désastres. Un vote de la chambre des communes institua, en 1809, un établissement national de vaccine, qui a rendu d'immenses services. Par ses

pour les faits où la mort n'est point survenue, un troisième pour les cas suivis de mort, mais sans autopsie, et le quatrième pour les faits avec autopsie.

1er groupe. — *Cas à rejeter.* — Je range parmi les faits insignifians ceux qui ne reposent que sur de simples ouï-dires. Ils sont au nombre de quatre; ce sont ceux de M. Graefe, Cooper, Lodge et Duportail. Tout indique, en effet, que ces faits n'existent point et qu'ils n'ont été signalés que par suite de quelque méprise.

2e groupe. — *Cas non suivis de mort.* — Quinze des observations analysées plus haut, indiquant que les malades se sont rétablis, semblent au moins prouver qu'ils ne sont pas morts sous l'influence des premiers accidens. Ces observations appartiennent à MM. Mott, 1; Clemot, 2; Barlow, 1; Warren, 1; Roux, 1; Mirault, 1; Rigaud, 1; Delaporte, 1; Dubourg, 1; Malgaigne, 1; Bégin, 1; Toulmouche, 1; Amussat, 1, et Abbi, 1; total, 15.

Ces quinze observations sont de valeur très diverse. Celles de M. Rigaud, de M. Malgaigne et de M. Mott indiquent une blessure de la veine jugulaire externe. Celles de MM. Amussat et Toulmouche ne se rapportent qu'aux veines mammaires. Dans le fait de M. Barlow, plusieurs de ceux de M. Clemot, il semble bien aussi que la blessure soit étrangère aux veines soit axillaire, soit jugulaire interne. Il ne reste donc que celles de MM. Roux, Warren, Begin, Delaporte, Dubourg, et celle qui m'est propre, avec une de celles de M. Clemot, qui permettent de regarder le fait comme possible, d'après la région et le point des veines blessées. L'observation empruntée par M. Gueretin à la pratique de M. Mirault laisse dans le doute sur la veine ouverte.

3e groupe. — *Cas suivis de mort, sans autopsie.* — Les cas suivis de mort, mais qui n'ont point été accompagnés d'autopsie, sont au nombre de six, et sont garantis par le nom de MM. Warren, 1; Clemot, 1; Barlow, 1; Goulard, 1; Klein, 1, et Maugeis, 1; total, 6.

Dans ces six cas, on voit que, sur une veine mal déterminée pour celui de M. Clemot, probablement la jugulaire interne, pour celui de M. Barlow, le plexus tyroïdien dans celui de Klein, une branche sous-scapulaire pour celui de M. Warren. M. Duplat dit positivement que c'était l'axillaire dans le fait qu'il attribue à M. Goulard. La veine médiane du pli du bras fut seule ouverte dans celui de M. Maugeis. Ce simple résumé montre assez le vague qui doit rester dans l'esprit en présence de pareils faits.

4e groupe. — *Cas suivis de mort avec autopsie.* — Dans ce dernier groupe, je trouve sept observations; elles appartiennent à M. Piedagnel, 1; à Dupuytren, 1, et à Delpech, 1; à MM. Castara, 1; Ulrich 1; Roux, 1, et Puteguat, 1; total, 7. Celle de M. Puteguat étant donnée sans détail aucun, et sur la parole d'un tiers, doit être, je crois, mise de côté. M. Piedagnel dit que c'était la veine jugulaire externe qui fut blessée chez le malade de Beauchène. Ce praticien m'a dit aussi que, dans le fait de Dupuytren, la tumeur occupait la région postérieure et latérale droite du cou; il n'est pas possible, en conséquence, que la veine jugulaire interne ou la sous-clavière aient été atteintes. Dans le fait de M. Roux et celui de Delpech, il s'agissait d'une désarticulation de l'épaule, et des veines étrangères à l'axillaire avaient seules été blessées lorsque les accidens survinrent. M. Sancerotte dit que chez le malade de M. Castara, c'était, comme chez celui de M. Warren, une veine sous-scapulaire qui avait été ouverte dans l'étendue de moins d'une ligne. L'observation de M. Ulrich est donc la seule qui rappelle la région où, d'après nos expériences, l'introduction de l'air dans les veines paraît possible et dangereuse.

Si maintenant nous reprenons la question de plus haut, nous sommes, en quelque sorte, forcés d'admettre la conclusion suivante : ou les expériences auxquelles on s'est livré jusqu'ici sur les animaux vivans sont incomplètes et trompeuses, ou bien les observations d'introduction d'air dans les veines de l'homme, dont il est question, ne sont pas concluantes. En y regardant avec la plus grande impartialité, je vois effectivement, 1° d'après l'expérimentation directe, qu'il faut une grande quantité d'air pour tuer un chien; que ce gaz ne s'introduit spontanément dans le cœur que par des ouvertures assez larges de la veine jugulaire, de la sous-clavière ou de l'axillaire; que les cavités droites du cœur sont toujours distendues alors par une matière rouge, écumeuse, évidemment constituée par le mélange intime du sang avec l'air; 2° d'un autre côté, les faits recueillis sur l'homme ne me montrent que plusieurs d'entr'eux portent sur les veines du sein ou de l'épaule, sur la jugulaire externe, ou sur les veines de la face. Dans les autres, l'ouverture de la veine était petite; il n'a pu y entrer qu'une faible quantité d'air; enfin l'autopsie ne montre dans aucun ce que l'expérience directe nous a permis de constater.

Je n'ai point à réfuter ici le langage de ceux qui, par inadvertance sans doute, se sont toujours tenus, soit dans le cours de nos expériences, soit dans la discussion académique, en dehors des points en litige, qui ont toujours raisonné comme si moi et plusieurs autres avions jamais nié la possibilité et les dangers de l'entrée de l'air dans les veines. Sans rechercher les motifs qui ont pu porter quelques-uns de nos confrères à retomber sans cesse dans ce cercle malheureux, il me suffira de renvoyer au bulletin de l'Académie pour montrer la fausseté d'un semblable raisonnement.

Un point que je dois relever, car il pourrait induire en erreur, est relatif à la manière dont on a cru réfuter l'interprétation que j'avais donnée des faits. M. Roux, par exemple, qui, en racontant plusieurs observations complètement étrangères au sujet, quoique intéressantes d'ailleurs, a trouvé fort étrange que j'essayasse de coaclure des animaux à l'homme, que j'accusasse les observateurs de n'avoir pas entouré leurs faits de tous les détails convenables, qu'en repoussant une explication, je restasse sans en donner une autre, M. Roux, dis-je, dont le discours a paru faire impression sur l'assemblée, me paraît pourtant, je dois l'avouer, n'avoir éclairci aucun point de la question.

Dire qu'au moment d'accidens semblables à ceux dont il s'agit, le chirurgien n'a pas l'esprit assez libre et est trop inquiet, trop troublé, trop attristé enfin, pour songer à autre chose qu'au malheur qui menace le malade, pour tout noter avec soin, pour rendre un compte exact et circonstancié de ce qui s'est passé; qu'au milieu de circonstances pareilles, il serait injuste de reprocher aux opérateurs d'avoir fait connaître des observations dépourvues de détails suffisans ou mal rédigés, peut bien justifier les hommes qui se sont trouvés dans ces tristes circonstances; mais, je le demande, aux yeux de la science, qui fait abstraction des hommes, cela rend-il les faits meilleurs, plus concluans? N'est-ce pas avouer, tout d'abord, au contraire, que ces faits sont nécessairement incomplets, et que, dans une question aussi ardue, il est impossible de leur accorder une confiance entière?

Accordant que les phénomènes observés sur les animaux sont loin

---

soins, 23,552 enfans sont vaccinés annuellement : il en reste environ 11,500, ou un sur 3, en dehors de ce bienfait; mais la plus grande partie sont vaccinés particulièrement.

Quant à l'avantage de cette opération, il est prouvé incontestablement par les chiffres ci-après : sur 1785 varioles traitées à l'hôpital établi spécialement pour cette maladie, 1166, ou 2 sur 3, résultaient de l'infection prise sans avoir été combattue par la vaccination, et 619, ou un tiers, avaient eu lieu, nonobstant la vaccination plus ou moins imparfaite. Il mourut 40 individus parmi ceux-ci, ou 6 sur 100; tandis qu'il périt 694 des non-vaccinés, ou 42 sur 100.

Le tableau suivant indique les effets meurtriers de la variole, à diverses époques, dans quelques-unes des villes de l'Europe.

		Mortalité totale.	Décès par la variole.	Rapp. aux décès.	
Berlin	1786	6,077	1,077	1 sur	6
Copenhague	1785	5,762	472	1 —	8
Berlin	1782 1784	4,450	443	1	10
Vienne	1784	12,311	998	1	12
Pétersbourg	1821	9,707	408	1	24
Londres	1830	21,645	627	1	34
Vienne	1829	13,829	342	1	40
Paris	1836	23,768	480	1	50
Vienne	1785	12,016	217	1	55
Berlin	1812 1822	6,386	55	1	116
Prague	1820	3,683	14	1	262
Lyon	1836	5,329	21	1	254
Bordeaux	1836	2,983	15	1	200
Islande	1707	60,000 hab.	20,000	1	3 hab
Suède	1815	56,067 déc.	37	1	1,515 déc.
—	1822	59,390	11	1	5,400
Arch. d'Autrich.	1828	22,177	4	1	5,444
Lombardie	1827	73,996	8	1	9,250

§ IV. MORTS VIOLENTES.

Elles sont très multipliées à Londres : il y en a au moins 400 chaque année, ou une sur 30 décès, et sur 2,500 habitans des quartiers auxquels se bornent les tableaux de mortalité. Voici quelques-uns de leurs nombres :

	1824.	1828.	1829.	1830.	1831.
Suicides	52	41	33	23	48
Exécutés	10	21	26	7	6
Assassinés	2	6	4	2	5
Empoisonnés	4	7	7	4	7
Trouvés morts	5	13	6	15	5
Noyés	149	130	136	97	131
Brûlés	36	47	33	61	35
Morts de faim	1	1	»	»	1
— d'excès de boire	5	7	3	4	»
Suffoqués ou étouffés	5	10	10	3	5

de ressembler à ceux qu'on a signalés chez l'homme, M. Roux s'est écrié que cela ne prouvait rien. Puisque les accidens présentent des variétés nombreuses, même chez les divers individus de la même espèce, ou d'une espèce à l'autre, dans les expériences directes, on pouvait bien croire, dit-il, que les choses ne seraient pas les mêmes dans l'homme que sur les chiens. Je puis répondre que c'est là une supposition que j'ai soumise à l'Académie, et dont j'ai proposé de tenir compte longtemps avant que M. Roux en eût parlé. Mais il conviendra, de son côté, que ce n'est qu'une supposition, et que les différences sont si tranchées entre ce qu'on a dit de l'homme et ce qu'on voit sur les animaux, que, jusqu'à preuve contraire, il est impossible de ne pas conserver quelques doutes sur ce point. D'ailleurs, M. Roux semble avoir oublié qu'un pareil raisonnement autoriserait tout au plus à soupçonner, à présumer, à regarder comme probable, ou comme très probable, le fait en question, mais que ce n'est point ainsi qu'on peut en donner la démonstration. Or, de quoi s'agit-il entre nous? Nou pas de la question de savoir s'il est *possible*, *présumable*, ou même *très probable*, mais bien s'il est *démontré* d'une manière irrécusable que, dans les cas cités, la mort soit arrivée par l'effet de l'introduction de l'air dans les veines. On reste donc ainsi dans le doute, qui est, selon moi, l'état réel de la question.

Quant au reproche de ne point expliquer pourquoi les malades sont morts, si on ne veut pas qu'ils aient succombé à l'introduction de l'air dans les veines, je pense que M. Roux ne l'a fait que par inadvertance; car s'il fallait toujours admettre comme démontrés, en hors de toute contestation, les faits dont on ne peut pas donner une autre explication, ou par cela seul qu'en niant l'explication d'un phénomène, on ne peut pas en donner une interprétation satisfaisante, la science ne tarderait certainement pas à être surchargée d'une infinité d'erreurs dangereuses.

Le dirai-je cependant? toutes les observations recueillies dans l'espèce humaine ont quelque chose d'étrange, de tout à fait insolite. S'il est vrai que des malades peuvent mourir de syncope, d'hémorragie, de frayeur, d'épuisement pendant la pratique de certaines opérations graves, il l'est aussi qu'alors la vie s'éteint avec un autre ordre de symptômes que ceux qui ont été relatés. Si on ôte du catalogue que je viens de rappeler les observations de Klein, de MM. Duportail, Lodge, Cooper, Dubourg et Maugeis, qui sont tout à fait insignifiantes, ou qui s'expliquent très bien sans l'intervention de l'air dans les veines, il est difficile de ne pas revenir à cette idée pour les autres. En supposant que dans les cas relatés par MM. Rigaud, Clemot, Begin, Malgaigne, et dans le mien, le jet d'une petite artère contre quelques lamelles organiques, ou l'introduction de l'air dans quelques culs de sac sinueux, aient pu en imposer sous le point de vue de l'espèce de sifflement, de glouglou ou de bouillonnement, signalés par les auteurs, il est à peu près impossible de ne pas admettre quelque chose de plus dans les faits de MM. Piedaguel, Dupuytren, Castara, Delpech, Ulrich, Barlow, Warren et Goulard.

Dans cet état d'incertitude ne peut-on pas se demander si, au moment de l'opération chez l'homme, les veines *canalisées* par la nature même de la tumeur, ou par les tractions exercées sur elles, ne les aurait point mise momentanément dans l'état où se trouvent naturellement celles du sommet de la poitrine chez les animaux vivans? A l'aide de cette interprétation on ne pourrait cependant faire rentrer dans le groupe des faits *très probables* que ceux de MM. Goulard, Piedagnel, Dupuytren, Castara, Delpech, Warren et Mirault. Il me paraît évident que rien n'avait opéré cette transformation dans les observations de MM. Rigaud, Amussat, Toulmouche, Mott et Malgaigne.

Serait-il possible alors d'invoquer l'affaiblissement préalable des malades? Tout indique, quoique nos expériences directes permettent encore quelques doutes sur ce point, qu'une grande perte de sang doit rendre l'entrée de l'air plus dangereuse. Mais en analysant les faits, nous voyons qu'à part ceux de M. Piedaquel, de M. Roux et de Klein, tous les malades étaient encore forts; que la plupart jouissaient d'ailleurs d'une parfaite santé, et qu'ils n'avaient guère perdu que quelques onces de sang au moment où les accidens se sont montrés.

Si on ne veut point abandonner cette comparaison, il ne reste plus qu'une dernière ressource, c'est d'admettre que, soit sous le rapport physique, soit sous le point de vue physiologique ou pathologique, les conditions de l'entrée de l'air dans les veines offrent de notables différences dans l'espèce humaine et dans les animaux. On pourrait regarder ces différences comme possibles en songeant que l'air dans les veines tue plus rapidement le cheval que le chien; que, sous l'influence de ce gaz, la mort est plus rapide quand on tient l'animal dans telle attitude que dans telle autre; qu'avec de l'air poussé par la bouche ou tue avec la rapidité de la foudre, tandis qu'avec une seringue il faut un assez long laps de temps pour arriver au même but.

Je ne me dissimule pas toutefois qu'aucune de ces raisons n'est concluante, et que rien de tout cela n'est de nature à mettre, pour le moment, l'exactitude de ce qu'on a dit en faveur de l'introduction de l'air dans les veines de l'homme hors de toute contestation.

Ce qu'il y a de plus raisonnable à invoquer contre toutes ces difficultés, c'est le défaut de précaution avec laquelle ont été rédigées les observations. Nul doute qu'avec des connaissances plus précises sur ce qui avait été fait, on ne fût entré dans des détails mieux circonstanciés sur ce qui concerne l'homme. Nul doute enfin qu'une foule de circonstances importantes n'aient été omises, inexactement rendues ou mal interprétées par les personnes qui ont publié ces observations. Ceci doit être dit sans en faire un reproche aux observateurs, car on ne tient bien compte de tout dans les faits fugitifs, complexes ou difficiles à saisir, que si la question à laquelle ils se rattachent a déjà fixé l'attention, que si l'on est bien pénétré d'avance de tous les détails qu'il est possible de recueillir.

RÉSUMÉ.

Au demeurant et pour en dire toute ma pensée, je regarde comme *probable* l'introduction de l'air dans les veines de l'homme pour les faits de MM. Begin, Malgaigne, Mirault, Warren, Barlow, Delaporte, l'un de ceux de M. Clémot, le premier qu'indique M. Roux et le mien. Rien ne prouve que l'accident ait eu lieu dans les cas de MM. Toulmouche, Mott, les deuxième et troisième de M. Clemot, et ceux de MM. Rigaud, Dubourg, Maugais et Amussat. Cela me paraît *extrêmement probable* dans le cas de Delpech et dans celui de M. Ulrich, et je trouve le fait comme *presque certain* dans les observations de Dupuytren, de MM. Castara et Goulard. Mais enfin tout ceci ne peut être donné qu'à titre de croyance personnelle; car je conviens qu'aucun de ces faits n'est absolument comparable aux résultats de l'expérimentation directe, et qu'aux yeux de la science il n'en est pas un qui puisse entraîner une conviction absolue.

On le voit donc, je me trouve forcément ramené à la fin de ces débats

---

Voici le tableau des suicides constatés à Londres pendant un siècle et demi; comme il indique leur nombre par périodes décennales, il suffira de retrancher le dernier chiffre pour avoir l'année moyenne.

1690 à 1699	256	1760 à 1769	331
1700 — 1709	278	1770 — 1779	339
1710 — 1719	301	1780 — 1789	224
1720 — 1729	478	1790 — 1799	274
1730 — 1739	501	1800 — 1809	347
1740 — 1749	422	1810 — 1819	362
1750 — 1759	363	1820 — 1829	381

Le maximum des suicides a eu lieu de 1720 à 1740, sous le règne des deux premiers George; il y en avait un, année commune, sur 11,000 habitans; tandis que, de 1810 à 1830, il n'y en a eu qu'un sur 22,000, ou un seul au lieu de deux, eu égard à la population. C'est l'inverse de ce qu'on croit généralement. Toutefois, de 1830 à 1834, le nombre des suicidés a été de 37, année moyenne, ce qui suppose que la période décennale s'élevera à 484, ou une centaine de plus que pendant la période précédente. D'après les recherches de Higgs sur Westminster, cette partie de Londres a beaucoup moins de suicides. On n'en a compté, de 1811 à 1821, qu'un sur 172,000 habitans; et de 1821 à 1831, un sur 193,000. Il y a 3 suicides parmi les hommes, pour un parmi les femmes. Les mois de juin et de juillet sont l'époque du plus grand nombre, et les mois d'août et de novembre, celle où il y en a le moins.

Le tableau suivant indique le nombre et la proportion des suicides, dans les principales capitales de l'Europe.

Berlin	1813	1822	560	1 sur	750
Copenhague	1804	1806	100	1	1,000
Naples	1828	....	330	1	1,100
Hambourg	1822	....	59	1	1,800
Berlin	1799	1808	60	1	2,300
Paris	1836	....	341	1	2,700
Milan	1827	....	37	1	3,200
Berlin	1788	1797	33	1	4,500
Vienne	1829	....	45	1	6,400
Prague	1820	....	6	1	16,000
Pétersbourg	1831	....	22	1	21,000
Londres	1834	....	42	1	21,000
Naples	1826	....	13	1	27,000
Palerme	1831	....	2	1	173,000

On voit que les habitans de Londres sont beaucoup moins enclins au suicide que ceux de la plupart des villes de l'Europe, à commencer par Berlin et Paris, et y compris la population de Delhi, l'ancienne capitale de l'empire Mogol, où il y eut, en 1833, 63 suicides, ou un sur 3,100 habitans. Ainsi, l'opinion que le climat de l'Angleterre prédispose au suicide, est tout à fait erronée.

à répéter ce que je disais de l'introduction de l'air dans les veines en 1832 (*Méd. opér.*, t. II, p. 194). « Sans nier la possibilité de ce phénomène, lorsque les veines forment des canaux béans jusque dans la poitrine, je crois que de nouvelles expériences sont indispensables pour résoudre la question. » J'ajouterai, comme je l'ai dit ailleurs en 1833 (*Anat. chir.*, t. I, p. 104, 457, 471, 2e édit.), « que si le fait est exact sur l'homme, il faut en chercher une autre explication physique que celle qui a été donnée par MM. Poiseuille et Bérard; car on a évidemment observé ailleurs qu'au cou et à l'aisselle des phénomènes pareils à ceux qui semblent dénoter l'introduction de l'air dans les veines. » Au reste le lecteur verra d'un coup d'œil de combien la question s'est éclaircie par les expériences nouvelles en comparant le point où elle en est aujourd'hui, à ce que j'en ai dit dès la première séance académique. Alors en effet, je me résumais ainsi : « L'introduction de l'air dans les veines soulève des questions importantes; la science possède déjà une vingtaine d'exemples (c'est une trentaine au moins que j'aurais dû dire) où des accidens graves survenus chez l'homme, au moment d'opérations sanglantes, lui ont été attribués. Sur ce nombre, il en est plusieurs toutefois qui ne sont pas concluans. Bichat avait cru qu'il suffisait d'injecter quelques bulles d'air dans les veines d'un animal pour le faire périr, et que la mort arrivait alors par le cerveau. Nysten a fait voir au contraire que pour tuer un chien, il faut une grande quantité d'air, et que la mort a lieu par arrêt de la circulation. Répétées depuis par une foule de personnes, et chaque année par M. Magendie, entre autres, les expériences de Nysten ont toujours donné le même résultat. De son côté, en montrant qu'à la racine du cou les grosses veines sont tendues de toutes parts, M. Bérard a fait voir que l'air peut les traverser lorsquelles sont ouvertes; mais M. Poiseuille a soutenu que cela n'est plus possible au-delà de quelques centimètres de la première côte. Or, dans la plupart des faits recueillis chez l'homme, plusieurs de ces conditions manquent; la malade de Dupuytren, par exemple, avait une tumeur sur l'épaule et vingt-quatre heures après, on ne trouva que quelques bulles d'air dans le cœur du cadavre. Sur d'autres, il paraît être entré si peu d'air qu'à en juger par ce qu'on observe chez les animaux ils n'auraient pas dû mourir. Dans quelques-uns enfin l'opération eut lieu à la face, à la poitrine, etc., et là, les expériences physiologiques ne permettent pas d'admettre la mort par l'introduction de l'air dans les veines. C'est donc une question à examiner. »

MOYENS THÉRAPEUTIQUES.

TRAITEMENT. — Dans les questions scientifiques, il est un écueil qu'on doit tout faire pour éviter, c'est de prendre trop vite un parti, c'est de vouloir absolument conclure, malgré l'absence de preuves, soit pour soit contre, c'est de ne s'en tenir presqu'à aucun prix dans les questions douteuses, au désespérant *je n'en sais rien*, qui fait si souvent le fond de nos richesses ou de nos réponses. De ce que les faits invoqués jusqu'ici en faveur de l'introduction de l'air dans les veines sont incomplets, on aurait tort d'en conclure que l'accident en lui-même n'a jamais existé. Pour moi, je le répète, ce genre d'accident me paraît s'être effectivement rencontré plusieurs fois; seulement, je sens que jusqu'à preuves plus concluantes, ce ne peut être qu'une croyance personnelle, et qu'il n'y a rien aujourd'hui dans la science qui puisse transformer cette croyance en conviction générale. Nous sommes, en face de ce phénomène, comme seraient des magistrats en face d'un criminel contre lequel il n'y aurait pas de témoins.

Avec cette pensée, j'ai dû songer comme tant d'autres aux moyens de conjurer les dangers attribués à l'introduction de l'air dans les veines.

L'esprit doit s'arrêter ici à deux ordres de secours, les uns préventifs, les autres curatifs.

MOYENS PRÉVENTIFS. — Une première difficulté rendra long-temps douteuse l'efficacité des essais qu'il serait possible de faire pour prévenir l'entrée de l'air dans les veines pendant les opérations. Cette difficulté tient à ce que personne ne peut dire d'avance si le phénomène aura ou n'aura pas lieu, en supposant qu'on ouvre telle ou telle veine. Supposez, d'après cela, qu'une précaution quelconque ait été prise sur 5, 6, 10 ou 15 malades soumis à l'extirpation de tumeurs près du sommet de la poitrine, et que tous ces malades resistent à l'entrée de l'air. Les personnes qui auraient d'avance quelque foi en ces moyens ne manqueraient pas d'en conclure que si l'on n'avait rien fait quelques-uns des opérés eussent succombé. Cette conclusion qui paraîtrait fort naturelle pourrait bien cependant être tout-à-fait fautive. En effet, les cas d'introduction d'air dans les veines qu'on a cités sont en réalité fort rares, comparés au nombre des opérations qui semblent de nature à la favoriser. J'ai, pour mon compte, pratiqué plus de cinquante fois l'extirpation de tumeurs sous-maxillaires, parotidiennes, axillaires sus-claviculaires ou sus-sternales, qui m'ont mis dans la nécessité d'approcher très près des grosses veines de ces régions et assez souvent même de les ouvrir. Il est pourtant vrai de dire que le cas dont j'ai donné un extrait plus haut et celui d'un jeune garçon sont les seuls qui m'aient effrayé un instant sous le point de vue de l'introduction de l'air dans les veines. J'ajouterai que, servant d'aide à M. Roux, j'ai vu ce chirurgien ouvrir largement le haut de la veine sous-clavière dans un cas, la partie supérieure de l'axillaire dans un autre, et la portion inférieure de la jugulaire interne dans un troisième, sans qu'il en soit résulté rien qui puisse être rapporté à l'introduction de l'air. Quand on songe au nombre de désarticulations du bras qui ont été pratiquées, à la fréquence des opérations exécutées dans l'aisselle pour des tumeurs, soit cancéreuses, soit lymphatiques, aux cas nombreux de ligatures d'artère effectuées au-dessus de la clavicule et dans les régions carotidiennes sans qu'il en soit rien résulté de comparable à ce que l'air produit en pénétrant dans le cœur, on est bien forcé d'admettre que l'accident dont il s'agit ne survient au moins que difficilement. Comment acquérir la certitude donc que s'il ne s'est point manifesté dans une opération donnée, c'est aux précautions employées qu'il convient de s'en prendre plutôt qu'à la résistance naturelle des organes?

On voit assez par-là que, pour résoudre la question des moyens préventifs, il faudra, comme pour tout le reste au surplus, de nombreuses expériences.

Examinons cependant ceux qui paraissent avoir fixé l'attention jusqu'ici.

La *compression du thorax*, pendant toute la durée de l'opération, ne me paraît convenir ni théoriquement, ni d'après les expériences déjà tentées. Si la compression était assez forte, dans l'espèce humaine, pour empêcher toute élévation des côtes, le malade en éprouverait manifestement une gêne considérable, j'oserais même dire insupportable. D'ailleurs la poitrine ne s'en agrandirait pas moins dans son diamètre vertical par l'abaissement du diaphragme. Ensuite il n'est pas démontré encore que la dilatation du cœur n'ait aucune part dans l'aspiration de l'air.

Raisonnant comme si l'inspiration pouvait seule attirer l'air dans le cœur, M. Poiseuille (GAZ. MÉD., 1837, p. 671) a cru qu'il suffirait pour prévenir cet accident d'engager le malade à éviter soigneusement toutes les grandes inspirations. Un semblable conseil me paraît tenir à la même erreur qui a fait naître l'idée de la compression dans l'esprit de M. Gerdy. L'expérience a dès long-temps démontré aux chirurgiens en effet que pendant les opérations graves la poitrine des malades se tient en général contractée d'une manière spasmodique, que la respiration se ralentit, se fait par petits mouvemens, et qu'on est plutôt obligé d'exciter les individus à faire de grandes inspirations qu'à les leur défendre, si l'on tient à ce que la circulation veineuse ne soit pas trop fortement entravée.

Compression des veines entre le cœur et la plaie. — Lorsque l'idée de l'introduction de l'air dans le cœur de l'homme s'est offerte aux praticiens, le premier remède qui ait dû se présenter est évidemment la compression dont je viens d'indiquer le titre; tant ce moyen paraît naturel et sûr. Aussi, M. Larrey, dit-il déjà (*Clin. chir.*, t. I, p. 357), en parlant de la saignée du cou, qu'il importe de comprimer la veine au-dessous de la piqûre jusqu'à la fin du pansement, si l'on veut prévenir l'entrée de l'air jusque dans le cœur. Dupuytren ne manque pas non plus de signaler le même moyen, en faisant raconter (*Arch. gén. de méd.*, t. V, p. 438) le fait qui le concerne, et dont il avait préalablement communiqué l'observation à l'Académie. On trouve une recommandation semblable dans le mémoire de M. Barlow (GAZ. MÉD., 1831, p. 355). M. Putegnat le donne également dans sa thèse. Je vois à la page 266 du *Traité des tumeurs*, de M. Warren, que « le chirurgien qui opère au voisinage des veines jugulaires, sous-clavières, axillaires, iliaques, ou même de la saphène quand elle est dilatée, doit réserver pour la fin la séparation du pédicule des tumeurs de ce côté, afin de pouvoir mieux comprimer les veines avant de les ouvrir. Cet auteur ajoute que, si la chose est possible, on devra comprimer les veines entre les incisions et le cœur. J'ai cru moi-même devoir insister sur ce conseil, et le suivre dans quelques cas d'extirpation de tumeurs parotidiennes et sous-maxillaires. Mais, faut-il le dire? ce remède n'a qu'une faible valeur. Si, avec les premiers observateurs, on pouvait admettre la possibilité de l'aspiration de l'air à une assez grande distance du cœur, il mériterait d'être pris en sérieuse considération. Pour la saphène interne ou les fémorales; pour les veines iliaques; les veines du bras, de la face et la jugulaire externe, rien ne serait facile comme de le mettre en pratique; mais s'il est vrai que l'introduction de l'air soit impossible dans toutes ces régions, la compression comme moyen préventif y devient dès-lors tout à fait inutile. D'un autre côté, qui ne voit que, pour la région sus-claviculaire, le haut de l'aisselle et la région sus-hyoïdienne, où son secours pourrait être invoqué, c'est un moyen inapplicable? Cachée par la clavicule ou par le sternum, séparée des côtes par la racine des muscles scalènes, la veine sous-clavière est disposée de telle sorte que rien ne pourrait en oblitérer le calibre à travers la peau. Il en

est de même de la veine jugulaire interne au-dessous du larynx. Encore faut-il ajouter que la compression de cette veine, quand on pratique des opérations près de la région parotidienne, favorise l'engorgement de la face, et augmente le volume de toutes les veines que l'on court risque de blesser.

D'après ces diverses raisons, il faut donc admettre que la compression du tronc veineux entre la plaie et le cœur n'est, en définitive, qu'une ressource de peu d'importance et rarement applicable.

Il résulte de cet examen que la pratique ne peut compter sur l'efficacité d'aucun des moyens préventifs dont on a parlé jusqu'ici, et que la seule ressource à la portée du chirurgien se réduit encore 1° à tout faire pour éviter de blesser les veines jugulaires internes et sous-clavières dans les opérations; 2° dans les cas où il se trouve forcé de pénétrer jusqu'au voisinage de ces vaisseaux, à ne point séparer le pédicule de la tumeur sans l'avoir préalablement saisi du côté du cœur avec deux doigts, ou étranglée avec une forte ligature; 3° à éviter autant que possible de tendre, de tirailler, d'écarter les parties, d'élever le bras, de renverser l'épaule ou le cou, lorsque le bistouri approche des grosses veines du sommet de la poitrine.

Moyens curatifs. — Si la thérapeutique ne possède rien qui puisse empêcher l'air d'entrer dans une veine ouverte, il est triste d'avouer qu'elle est encore plus pauvre pour faire sortir ce gaz du cœur. Je doute fort, en effet, que de placer le malade sur le côté droit, comme le recommande M. Forget (*Trans. méd.*, t. x, p. 75) puisse être d'une grande efficacité.

La compression du thorax, compression saccadée, à l'aide de laquelle Nysten pensait chasser l'air de l'oreillette par la plaie des veines est évidemment inutile, du moins chez l'homme. Sur les chiens même, on ne fera point remonter ainsi l'air contenu dans le ventricule droit, et l'oreillette n'en cèdera qu'une très petite partie. Qui ne voit que dans l'espèce humaine, le thorax, infiniment moins flexible que sur les chiens, ne se laisserait jamais aplatir au point de réagir efficacement sur le cœur?

Le moyen qui saute d'abord aux yeux, c'est-à-dire la fermeture de la plaie veineuse, moyen mis en usage un grand nombre de fois déjà, offre peut-être autant de dangers d'un côté que d'avantages de l'autre. S'il met un terme à l'introduction de l'air dans le vaisseau blessé, il a le malheur aussi d'empêcher la sortie de celui que les contractions du cœur tendent à repousser au dehors; en sorte qu'il ne peut réussir que si, au moment de son application, le gaz n'est point encore en quantité suffisante pour causer la mort.

L'aspiration avec la bouche par l'ouverture de la veine ne sera presque jamais applicable. La plus simple réflexion suffit d'ailleurs pour montrer qu'elle ne réussirait point.

La respiration artificielle, soit en pratiquant la trachéotomie, soit en introduisant un tube par les voies naturelles, moyens essayés par M. Warren, n'aurait-il, me semble, aucun but.

L'introduction d'un liquide salin par quelque autre veine, comme le recommande encore ce praticien, ne ferait qu'ajouter au danger que court déjà le malade.

Reste donc l'aspiration avec un tube ou une seringue porté jusque dans le cœur. Mais cette ressource, née en présence d'animaux soumis à l'expérimentation, doit être, si je ne me trompe, sévèrement proscrite chez l'homme. Il est clair d'abord que les blessures de la jugulaire interne permettraient seules l'application. Qui ne voit ensuite que, pour introduire le tube, il faudrait mettre le vaisseau précisément dans les conditions qui favorisent le mieux l'entrée de l'air? Enfin, comment n'a-t-on pas senti que pendant une opération grave, il faudra d'abord se demander si les accidens qui arrivent dépendent bien de ce phénomène; chercher ensuite l'ouverture de la veine; demander aux aides le tube disposé à cet effet; l'introduire, y appliquer la seringue ou la bouche, et que tout cela exigerait nécessairement plus de temps que les malades n'en mettent à mourir, si ce qu'on a dit de l'entrée de l'air dans le cœur pendant le cours de certaines opérations chez l'homme est réellement exact?

En somme, nous n'avons véritablement rien à opposer à cet accident. Il est douloureux de l'avouer, sans doute, mais c'est la vérité. Nous en sommes réduits sur ce point aux ressources généralement opposées à la syncope, à moins que la saignée proposée autrefois, et vantée encore par MM. Boulay, Leblanc, etc., n'ait véritablement quelque efficacité: éviter de tendre les veines au voisinage de la poitrine pendant le cours des opérations; porter le doigt sur la blessure, et suspendre momentanément l'opération, quand le prétendu bruit caractéristique s'est fait entendre; tenir le malade dans une position horizontale, l'exciter avec les vapeurs d'ammoniaque, d'alcool, de vinaigre; exercer sur son corps des frictions, lui jeter de l'eau au visage : tels sont jusqu'à présent les seuls moyens que la raison et l'expérience permettent de tenter sans crainte.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX INDIENS ET AMÉRICAINS.

I. AMERICAN JOURNAL OF THE MEDICAL SCIENCES.

Le cahier du dernier trimestre de l'année 1837 contient les articles originaux suivans : 1° *Sur quatre opérations de lithotripsie pratiquées avec succès*; par M. Randolph, chirurgien de l'hôpital de Pensylvanie; 2° *Plusieurs cas heureux de lithotripsie*; par M. Smith, ancien professeur de chirurgie à l'Université de Maryland; 3° *Recherches sur la pathologie et le traitement des abcès et autres accidens consécutifs à certaines blessures et opérations de chirurgie*, lues à la société médico-chirurgicale de New-York; par M. Watson; 4° *Remarques sur le bégaiement*; par M. Warren, chirurgien de l'hôpital de Massachussetts; 5° *Revue clinique des cas chirurgicaux traités à l'hôpital de Philadelphie pendant les mois de mai, juin et juillet de l'année 1837*; par M. Horner, professeur d'anatomie à l'Université de Pensylvanie; 6° *Remarques sur une maladie moligne*, lues devant la société médicale de Boston; par M. E. Hale; 7° *Considérations sur l'action de la présence*; par M. Draper, professeur de chimie et de physiologie; 8° *Cas de vers dans la vessie urinaire*; par M. Harvey Campbell; 9° *Rupture de l'urètre sans plaie extérieure*; par M. Samuel Webber, médecin à Charstown; 10° *Abcès hépatique ouvert dans la poitrine*; par M. J. Peace; 11° *Amputation du pied*; par M. Horner; 12° *Squirrhe du foie et du pylore, terminé par épanchement mortel dans la cavité péritonéale*; par M. Littell; 13° *Cas de suicide chez une jeune personne âgée de quinze ans*, observé par M. Isaac Parrish.

De la lithotripsie en Amérique; par MM. les professeurs Randolph et Smith.

L'expérience a surabondamment appris qu'il ne faut pas s'inquiéter du sort des découvertes réellement utiles. Le temps, l'avenir leur est toujours favorable; elles percent à travers les siècles, et bien que des préjugés et des intérêts particuliers peuvent en retarder la propagation, l'expérience en fera tôt ou tard justice. La découverte du mouvement de la terre, de la circulation du sang, la ligature des artères, etc., nous en fournissent des exemples. Nous ponvons regarder sous le même point de vue le broiement de la pierre vésicale. Que de dépréciateurs cette belle opération n'a-t-elle pas rencontrés dès sa naissance ? Ces entraves cependant ne l'ont pas empêchée de grandir, de marcher et même de courir le monde; nous la voyons aujourd'hui adoptée non seulement dans presque toutes les contrées de notre continent, mais encore dans celles du nouveau monde. Il est juste de dire néanmoins que si la lithotritie fût restée à l'œuvre unique des instrumens perforateurs et évideurs, son existence serait encore peut-être problématique, ou du moins à peine oserait-on la conseiller dans les cas les plus simples; si grandes étaient les difficultés d'exécution et si sérieux les dangers que les malades encouraient à chaque manœuvre. Mais depuis que les nouveaux systèmes d'écrasement (Jacobson, Heurteloup) sont venus prêter main-forte à la pince à trois branches, cette opération a pris tout l'ascendant qu'on avait droit de s'attendre, et personne de bonne foi ne conteste plus de nos jours la supériorité de la lithotripsie sur la taille; nous pouvons même ajouter que la cystotomie est devenue chez nous une véritable exception.

Dans l'état actuel de nos connaissances en lithotripsie, les instrumens adoptés par les praticiens les plus exercés de Paris sont : 1° le percuteur simple de M. Heurteloup, ou modifié de différentes manières; 2° l'instrument à pression et à percussion de M. Ségalas; 3° la pince à trois branches de M. Civiale ou de M. Leroy d'Etiole. La pince à trois branches n'est employée que comme moyen d'exploration ou comme instrument de terminaison de l'écrasement; elle n'est d'ailleurs pas toujours nécessaire. Le brise-pierre de M. Jacobson qu'on regarde avec raison comme le premier progrès de la lithotripsie, après la pince à trois branches, a été fort employé dans son début, mais il l'est à peine de nos jours chez nous; nous disons chez nous, car il n'en est pas de même en Amérique, ainsi que nous allons le voir.

Les praticiens lithotriptistes chez nous trouvent depuis quelque temps que le percuteur à marteau et à vis mérite la préférence en ce qu'il est plus expéditif à manier, plus puissant dans l'action, et surtout plus apte à saisir aisément tant les grosses que les plus petites pierres.

Nos confrères d'outre-mer, cependant, MM. Randolph, chirurgien à l'hôpital de Pensylvanie, et Smith, professeur de chirurgie à l'Université de Maryland, qui comptent jusqu'à présent, le premier, dix-huit opérations de lithotripsie, le second, six, trouvent l'instrument de M. Jacobson préférable à celui de M. Heurteloup; ils motivent leur choix et combat-

tent les idées contraires que le professeur Gibson a émises dans un écrit qu'il a publié en faveur du percuteur de M. Heurteloup.

Les quatorze premières opérations de lithotripsie de M. Randolph ont déjà été publiées dans l'*American journal of the medical sciences*; il fait connaître aujourd'hui les quatre dernières qu'il a pratiquées dans le courant de l'année 1837.

Obs.—Parmi celles-ci, la première est relative à un jeune homme âgé de 32 ans, offrant une pierre de médiocre calibre, et les organes en bonnes conditions; il a été parfaitement guéri en trois séances, dans l'espace de dix-huit jours. Aucun accident n'a entravé la marche de l'opération.

La seconde opération offre plus d'intérêt, elle a pour sujet un médecin connu de l'Amérique, le docteur Tompkins, qui a écrit lui-même l'histoire de sa maladie. Le début de sa pierre datait du mois de juillet 1832, à la suite d'une paraplégie accompagnée de paralysie du rectum et de la vessie. Le volume du calcul était considérable; la vessie hypertrophiée, petite, à colonnes et à cellules multiples; l'urine sortait involontairement. M. Randolph l'a soumis à la lithotripsie le 21 décembre 1836, en présence d'un grand nombre de médecins et d'élèves. Huit séances ont été pratiquées jusqu'au 26 février, sans éprouver d'obstacle ni d'accident bien sérieux.

Le 9 mars, M. Randolph trouve, en le sondant, un dernier fragment, qu'il croit devoir abandonner à l'expulsion naturelle; peu de jours après, ce fragment s'engage effectivement dans l'urètre : le malade, croyant bien faire, introduit une sonde, et fait des efforts pour le repousser dans la vessie; mais il déchire l'urètre, et l'engage au contraire dans la substance des corps caverneux. De là, phlegmon et abcès périnéal, gonflement testiculaire et réaction constitutionnelle. L'orage, cependant, a été conjuré : le petit fragment est sorti par l'ouverture de l'abcès, et le malade a fini par guérir radicalement.

La troisième opération concerne un homme âgé dont les organes génito-urinaires et l'organisme entier étaient en de mauvaises conditions; il est mort d'une fièvre adynamique pendant le cours de la lithotripsie. L'auteur, cependant, a eu le soin de faire constater par des médecins que cette maladie était tout à fait accidentelle, et la mort indépendante du broiement de la pierre.

La dernière, enfin, est relative à un jeune homme âgé de 27 ans, et qui a été heureusement guéri en deux séances, dans l'espace d'une semaine.

Les opérations de lithotripsie contenues dans l'article de M. Smith sont au nombre de six; quatre d'entre elles présentent ceci de remarquable, qu'elles sont relatives à des enfans; deux âgés de sept ans; un de deux ans et huit mois; un quatrième de 22 mois. Il a dû, surtout pour ces deux derniers, faire faire exprès un brise-pierre de Jacobson, de petites dimensions. Les choses se sont bien passées, et tous ces six malades ont guéri, à l'exception d'un seul, qui est mort après la seconde séance de lithotripsie. C'était un homme de 65 ans, malade depuis très long-temps, et dont l'opération n'offrait que très peu de chances de réussite.

D'après les détails de ce fait, le malade serait plutôt mort de l'irritation causée par un nouveau calcul descendant des reins, et qui s'est arrêté dans un uretère. La nécropsie du reste n'a pu être faite.

Deux remarques importantes découlent des détails des faits dont nous venons de rendre compte : 1° qu'avec l'instrument de Jacobson, la pierre est plus facilement saisissable lorsqu'on a eu soin de vider préalablement la vessie de tout liquide. La même remarque a déjà été faite par un des lithotritistes les plus exercés de Paris dans l'emploi du percuteur à marteau; 2° qu'un excellent moyen pour combattre le frisson et la fièvre qu'éprouvent souvent les malades après chaque séance, même très courte, de lithotripsie, c'est, indépendamment du bain, l'administration d'une dixaine de grains de poudre de Dower, qui provoque une transpiration fort salutaire.

Recherches sur la pathologie et la thérapeutique des abcès secondaires et autres accidens consécutifs à certaines blessures et opérations chirurgicales, lues devant la société médico-chirurgicale de New-York; par M. John Watson.

Ce travail, basé sur un grand nombre de faits recueillis à l'hôpital de New-York, a pour but de prouver deux choses: 1° Que les abcès multiples qu'on observe à la suite de certaines blessures et opérations sanglantes, qu'on qualifie de phlébite ou de résorption purulente, ne dépendent pas toujours de cette dernière circonstance; ils se lient souvent à une maladie constitutionnelle préexistante dont la blessure ou l'opération n'a fait que hâter la terminaison. Ces abcès multiples effectivement s'observent quelquefois à la suite de maladies générales sans qu'aucune lésion traumatique les ait précédés;

2° Que de toutes les doctrines émises à l'égard des abcès multiples qu'on observe dans les organes après la phlébite, celle qui les fait dépendre de la viciation du sang, par le passage du pus dans ce liquide, est la seule vraisemblable. Les abcès en question cependant ne sont pas, d'après l'auteur, le résultat d'une simple déposition métastatique de matière purulente sans phlogose, ainsi qu'on l'a prétendu, mais bien le résultat d'un véritable travail phlegmoneux préalable.

La doctrine et les remarques judicieuses avancées par l'auteur ne changent pas malheureusement le fond de nos idées à l'égard du traitement de ce terrible accident des opérations et des blessures, mais son travail renferme quelques faits isolés qui nous ont paru dignes d'intérêt. Nous reproduirons les deux suivans.

Gangrène traumatique du bras. Artérite et phlébite. Absence d'abcès viscéraux.

John Smith, laboureur, âgé de 40 ans, a été reçu à l'hôpital de New-York, le 28 avril 1837, pour une fracture compliquée du bras droit, à quelques pouces au-dessus de la tête de l'humérus. La réaction a été tellement violente que, vers la moitié du mois de mai, tout le membre était sphacélé : l'amputation dans l'article n'a pu être faite à cause de la marche illimitée de la maladie. Il est mort le 1er juin. Quelques jours avant sa mort, on a détaché du tronc le membre putréfié, afin de soulager le malade de la puanteur cadavérique qui infectait l'air de la salle. Dès le début de la gangrène, le malade avait été traité par les toniques et les excitans diffusifs.

Nécropsie. Adhérences morbides des vaisseaux et nerfs axillaires entre eux. La pulpe de ces nerfs est beaucoup plus ferme que dans l'état normal, et leur névrilème fort rouge. L'artère axillaire est bouchée à l'endroit de la séparation du membre par un caillot un peu organisé, d'un demi-pouce de longueur, et adhérent aux parois des vaisseaux. Une petite branche artérielle provenant du tronc principal se termine à la partie inférieure du caillot, et il est probable que c'est d'elle que provenait l'hémorrhagie que le malade avait éprouvée. Une seconde branche partait de ce tronc : c'était probablement la mammaire externe; elle naissait à un pouce du caillot. Ayant été ouverte et suivie jusqu'au cœur, la tunique interne de l'artère axillaire est d'un rouge vermeil et uniforme; elle est aussi plus épaisse que dans l'état normal; on ne rencontre cependant aucune érosion dans son trajet. La veine du même nom est aussi enflammée; mais sa tunique interne n'est pas d'un rouge aussi prononcé que l'artère; elle présente néanmoins une couche mince de matière puriforme, rougeâtre, qu'on peut racler avec le scalpel. L'intérieur de la veine innominée contient une cuillerée à café de pus aussi bien conditionné que celui des abcès essentiels. La face interne de cette veine, aussi bien que celle de la veine cave descendante, est rouge comme celle de la veine axillaire.

La cavité droite du thorax contient vingt onces environ de sérum sanguinolent, couleur de chocolat clair. La cavité gauche présente seize onces du même liquide; le péricarde quatre onces; la cavité péritonéale seize onces; en tout trois livres et demie. Le parenchyme pulmonaire est sain.

Le cœur présente la membrane interne de l'oreillette droite très injectée; sa couleur ressemble à celle d'une prune à moitié mûre, et bigarrée sur quelques points. Valvule tricuspide également bigarrée; mais encore plus rouge. Ventricule droit à peine altéré. Valvules sémilunaires de l'artère pulmonaire d'un rouge très foncé. Oreillette gauche pas aussi rouge que la droite. Valvule mitrale entièrement rouge, mais pas autant que la tricuspide. Valvules sémilunaires de l'aorte fort rouges; rougeur foncée comme celle des pépins de pommes mûres sur les *corpora Arantii*. Viscères abdominaux sains. Le cerveau n'a pas été examiné.

Malgré l'artérite très prononcée et la phlébite suppurative, aucun abcès n'existait dans le poumon ni dans les autres organes. « Donc, dit l'auteur, la matière purulente dans les veines n'entraîne pas toujours inévitablement la formation d'abcès dans les organes. »

Luxation du fémur depuis douze semaines. — Tentative inutile de réduction. — Accidens graves. — Mort. — Autopsie.

Un homme robuste, âgé de 28 ans, eut le fémur droit luxé en haut et en arrière, à la suite d'une chute contre quelques pierres au fond d'une tranchée. Son mal ayant été d'abord pris pour une fracture, le membre a été tenu en appareil pendant huit semaines par un charlatan. Au bout de la douzième semaine de l'accident, le malade est entré à l'hôpital; la véritable nature du mal a été de suite reconnue. On s'est mis en devoir de réduire le membre (2 février 1837). On a pratiqué une saignée du bras et appliqué les poulies. Après une demi-heure d'extension, le malade souffrait tellement qu'il a fallu discontinuer la manœuvre.

Le lendemain, fièvre intense, douleur à l'endroit de la saignée. Il a été évident que la veine ouverte du bras venait de s'enflammer. Des abcès se forment dans le trajet de cette veine; un érysipèle se manifeste dans la même partie qui s'étend à tout le bras, au cou, sur tout le dos, aux crêtes iliaques des deux côtés et marche vers la ligne médiane. Le pouls s'élève à 164. Mort le 15 février, onze jours après la tentative de réduction.

Nécropsie. Tissu cellulaire autour de l'ouverture de la veine infiltré de lymphe plastique, et offrant par-ci par-là des petits dépôts purulens. Plusieurs collections de pus parmi les muscles du bras, et même au-dessous de la piqûre. Veine céphalique remplie de pus brunâtre dans l'étendue de quatre à cinq pouces, jusqu'à la hauteur du deltoïde. Au-dessus de ce point la veine est saine. Existence de pus dans la même veine, au-dessous de la piqûre, dans l'étendue d'un pouce. Caillot noir au-dessous de ce point. Adhérences étendues entre les deux plèvres costale et pulmonaire. Péricarde contenant une demi-pinte de sérum; surface du cœur et du péricarde couverte d'une lymphe molle et grisâtre, et offrant des taches sanguines sur plusieurs points.

La tête du fémur est placée un peu au-dessus du bord de l'acétabulum. L'ouverture de cette cavité est considérablement rétrécie par la présence de la capsule déchirée, rétractée, épaissie et tombée dans la cavité osseuse. L'épaississement de la capsule est considérable; elle forme une large bande placée en travers dans la cavité osseuse qui est elle-même remplie de sang noir et fluide. Le ligament rond est déchiré et reste attaché à la tête du fémur; il a acquis de fortes adhérences avec les muscles de la région de la hanche. Un énorme abcès existait autour de l'articulation blessée contenant une demi-pinte de pus.

Ce fait est malheureusement très incomplet; néanmoins son authen-

ticité incontestable et la connaissance des lésions principales qu'il signale permettent d'en tirer quelques conséquences pratiques.

1. A part la phlébite brachiale qui a pu ou non être la conséquence de l'état d'exaspération dans laquelle les manœuvres de réduction avaient mis l'organisme du malade, il est bien clair que l'abcès circum-articulaire, qui à lui seul aurait suffi pour produire la mort, a été l'effet immédiat des extensions violentes auxquelles la cuisse avait été soumise. Des abcès de même nature, également mortels, ont été observés par sir Astley Cooper à la suite de mêmes manœuvres pour des luxations récentes de la cuisse.

2° Il est bien clair aussi, d'après l'état anatomique des parties, que la réduction était tout-à-fait impossible. Ce ne sont pas seulement, comme on le voit, les adhérences entre nature de la tête de l'os qui s'opposaient à la réduction; le retrait de la capsule articulaire, son épaississement consécutif et l'espèce d'encombrement de la cavité acétabulaire, rendait tout-à-fait impraticable la rentrée de la tête articulaire. Il est curieux de rapprocher ce fait de celui de luxation ancienne de l'humérus qui s'est présenté l'année dernière à la clinique de M. Lisfranc, et qui a offert à l'autopsie la même condition par suite de la coactation de la cavité articulaire, de la rétraction et de l'épaississement de la capsule.

Les conditions anatomiques, dans le cas de l'auteur américain, s'étaient réalisées dans l'espace de trois mois, et sur un individu qui avait gardé le lit depuis l'accident. Qui oserait assurer cependant que ces conditions n'existaient pas déjà avec ce terme? En sera-t-il de même dans tous les cas de luxations traumatiques du fémur? Ce n'est pas par des hypothèses, des idées préconçues plus ou moins probables qu'on peut résoudre des questions de cette nature; ajoutez d'ailleurs que beaucoup d'élémens divers compliquent souvent la question de temps, et font de deux cas analogues pour l'ancienneté de la luxation deux faits très différens.

REMARQUES SUR LE BÉGAIEMENT; par le docteur WARREN, de Boston.

L'auteur de cet article paraît avoir eu, ainsi que la plupart de ceux qui se sont occupés d'une manière spéciale du bégaiement, l'occasion de l'observer sur lui-même. La manière dont il considère son mode de développement, et dont il propose de le traiter, est assez différente de ce qui est généralement adopté parmi nous pour que nous croyions devoir présenter ici l'analyse de son travail.

Il commence par rappeler que le bégaiement n'est pas absolument continuel, et qu'il y a des circonstances où les bègues prononcent facilement (en lisant, en chantant surtout) les syllabes qui les arrêtent dans la conversation; il établit ensuite, comme on l'adopte généralement, qu'il y a deux espèces de bégaiement: l'un dans lequel l'obstacle est dans les organes de l'articulation du langage, les lèvres et la langue; l'autre dans lequel c'est la voix qui manque; les lèvres et la langue font tous les mouvemens nécessaires pour la prononciation, mais la parole manque néanmoins. Ainsi, le bégaiement est une affection compliquée, dans laquelle une grande susceptibilité nerveuse est une forte prédisposition. La crainte de mal prononcer en présence de quelques personnes et l'habitude font le reste. Pour le docteur Warren, le bégaiement est une maladie mentale, une espèce de monomanie. Il en trouve la cause dans la faiblesse du système nerveux, dans l'action irrégulière des nerfs. La crainte de bégayer suffit pour faire bégayer. Les organes de la parole acquièrent bientôt une habitude fâcheuse. Les nerfs aussi s'habituent à une action irrégulière comme dans la chorée.

L'émotion morale qu'éprouve le bègue augmente l'effet produit par l'habitude des organes, de même que cette habitude réagit aussi de la même manière sur l'émotion morale; et ainsi, ces deux ordres de causes vont toujours en aggravant la maladie par leur action naturelle et réciproque.

Les personnes qui sont sujettes au bégaiement sont d'une grande susceptibilité nerveuse, comme celles qui sont atteintes d'hystérie ou de chorée; l'auteur dit avoir bien rarement vu cette maladie chez les sujets d'un tempérament sanguin ou lymphatique. L'une des causes actives du bégaiement est la difficulté qu'éprouvent les personnes nerveuses, chez lesquelles les sensations sont si vives, d'exprimer leurs idées avec toute la vitesse qu'elles voudraient. Elles accumulent les mots les uns sur les autres, s'arrêtent et bégaient.

La crainte est encore une cause fréquente de la même maladie. Il est facile, par de mauvais traitemens, de faire bégayer un enfant d'un tempérament nerveux prononcé. L'auteur ne croit pas que l'imitation ait, dans ce cas, l'influence qu'on lui a attribuée, probablement en raison de la facilité avec laquelle l'hystérie et la chorée se communiquent par l'imitation.

Le docteur Warren, avant d'indiquer les moyens de combattre le bégaiement, passe en revue ceux qui ont été employés en Amérique et en Angleterre et commence par exprimer son opinion que la plupart des méthodes que l'on a employées avant celle qui est connue en France, sous le nom de méthode américaine, devaient plutôt confirmer ou augmenter la maladie que la faire disparaître.

La méthode américaine, qui est désignée en Amérique sous le nom de système de Mlle Leigh, est due, non pas à Mlle Leigh, comme on le croit en France, mais au docteur Yates, médecin de New-York, qui, ayant une fille bègue, étudia avec soin cette matière, et ayant trouvé une méthode qu'il jugeait propre à la guérir, la confia à mademoiselle Leigh, gouvernante de sa fille, afin qu'elle l'appliquât pendant les heures d'étude. Mademoiselle Leigh ayant montré beaucoup de zèle et d'habileté dans cette tâche, il résolut de faire profiter les autres de sa découverte, et mit mademoiselle Leigh à la tête de l'établissement qu'il fonda à cette occasion, ne voulant point être accusé d'empirisme ou de monopole; car il faisait jurer à ses élèves de garder le secret sur la méthode qu'il employait. Il communiqua cependant son système à quelques personnes qui s'établirent dans les principales villes de l'Union; et telle fut la rapidité et le nombre des succès obtenus à cette époque, qu'une foule de gens crurent pouvoir guérir le bégaiement; et, de là, de nombreux insuccès, des rechutes très fréquentes, et le discrédit de la méthode Leigh.

Les succès du docteur Yates tenaient, dit M. Warren, à plusieurs circonstances, qu'il n'est pas inutile d'indiquer: profond observateur, il cherchait à agir à la fois sur le moral et le physique. Doué d'une figure imposante, d'un air d'assurance et de décision, il inspire immédiatement à son élève une confiance illimitée. Il lui dit *comment* il doit parler, lui assure qu'il *peut* parler, et le *fait* parler réellement. Quant aux moyens physiques qu'emploie le docteur Yates, ils ne consistent pas seulement, comme on l'a dit en Angleterre et en France, à rapprocher la langue de la partie supérieure de la bouche, mais encore, et surtout, à combattre et à vaincre l'occlusion spasmodique de la glotte, qui est une des causes les plus fréquentes du bégaiement.

Après avoir mentionné les travaux de MM. Coll, Thelwall, du docteur Bostock et Mr Cormac, en Angleterre, et ceux de M. King, en Amérique, sur le même sujet, il expose le traitement qu'il croit devoir être suivi dans les cas de bégaiement, et le divise en traitement physique et traitement moral. Le premier comprend deux indications: combattre l'irritabilité nerveuse, ou l'état général, par les moyens que le régime, l'exercice, la gymnastique, et même la thérapeutique, mettent entre nos mains, et discipliner les organes de la vocation et de l'articulation par la lecture à haute voix, l'étude du chant, l'examen des voyelles et des consonnes que le sujet a de la peine à prononcer, des mouvemens erronés de la langue et des lèvres, et surtout la connaissance de la position et de l'action exacte de ces organes dans les mêmes circonstances. Il donne à cette occasion quelques préceptes généraux sur les mouvemens des lèvres et de la langue et sur ceux de l'épiglotte et de tout l'appareil de la respiration, qui nous semblent devoir être utiles chez les bègues, comme moyens de coordonnation et comme devant contribuer à donner à l'élève cette assurance, cette confiance, sans lesquelles il n'y a pas de cure possible, et qui appartiennent plutôt encore au traitement moral.

Cette sorte de traitement est, aux yeux de l'auteur, de beaucoup la plus importante; si l'élève, dit-il, peut se rendre maître de ses impressions, s'il peut commander par sa volonté à son esprit et à ses émotions, tout le reste est facile; mais jusque-là il ne devra avoir recours à aucun des moyens physiques qui pourraient lui être utiles. Parmi les moyens moraux, nécessairement très variables, qu'indique l'auteur, nous remarquons surtout les suivans: forcer l'enfant à rester dans la société des autres enfans, l'habituer à ne pas attacher d'importance à leurs railleries sur sa manière de parler, le familiariser avec la vue de ceux que la nature a encore plus maltraités que lui: les sourds-muets, les aveugles, etc., et lui faire croire que ce défaut est de peu d'importance. On ne devra s'en occuper d'une manière active que quand il sera à l'âge où l'on commence à sentir l'importance de la jouissance entière de la parole. Le plus souvent les moyens moraux suffisent, et c'est surtout à leur emploi, combiné avec les moyens physiques, que la méthode de Mlle Leigh a dû la rapidité et le grand nombre de ses succès. Il y a dans la société une foule d'adultes, qui ont été bègues dans leur enfance, et qui se sont guéris seuls, à mesure qu'ils ont pris de la force et qu'ils ont perdu cette irritabilité nerveuse, qui seule suffit pour causer et entretenir le bégaiement.

M. Warren veut que, quand on a soumis un bègue à une méthode, et quand cet essai a été infructueux, on n'en fasse pas d'autre; il veut qu'on l'abandonne, car, si aux yeux du bègue, on attache une grande importance à cette infirmité, il y en attachera bien plus encore; son esprit en sera si continuellement occupé que ce sera pour lui une vraie monomanie, qui pourrait déterminer des troubles plus graves encore.

RELATION DES MALADIES CHIRURGICALES traitées à l'hôpital de Philadelphie, durant les mois de mai, juin et juillet 1837; par M. HORNER, professeur d'anatomie.

Les faits cités dans cet article sont très nombreux, mais il n'y en a qu'un

très petit nombre qui soient rapportés avec détails. Nous nous arrêterons sur les suivans.

ECTROPION ORGANIQUE.—BLEPHAROPLASTIE.—GUÉRISON.

A. Curry, âgé de 42 ans, laboureur, de bonne constitution, était atteint depuis quatre ans d'ectropion, à la paupière inférieure droite, par suite d'une brûlure à la joue. La peau de la paupière ayant été raccourcie, le bord libre du cartilage tarse s'était renversé et avait contracté des adhérences organiques avec la joue. La conjonctive, à découvert dans l'étendue d'un demi-pouce, était fortement enflammée, ulcérée, couverte de croûtes et très épaissie. La difformité de l'organe était réellement hideuse comme on le conçoit, et l'homme souffrait tellement de l'action de l'air, de la lumière et de la poussière qu'il pouvait à peine se livrer aux travaux de son état. Il a été opéré de la manière suivante :

1° Incision transversale, de deux pouces d'étendue, au sommet de la joue, ou au niveau du bord palpébral renversé. Cette incision, de la forme d'une demi-lune, à convexité inférieure, est parallèle à la ligne ciliaire de la paupière malade, ou au bord inférieur du muscle orbiculaire. On dissèque soigneusement la paupière dans toute son étendue, et l'on en délivre son bord tarsien de ses adhérences avec l'os de la pomette.

2° Incision verticale descendante, d'un pouce de longueur, partant du milieu de l'incision précédente, et s'étendant obliquement en dehors, dans la direction de l'angle de la mâchoire.

3° Incision oblique ascendante, de la longueur d'un pouce, partant de l'extrémité inférieure de l'incision précédente, et s'étendant obliquement de bas en haut comme pour aller à la racine du nez.

Les deux dernières incisions ont par conséquent décrit un triangle dont le sommet est en bas. On dissèque exactement ce triangle du sommet à la base, et on le renverse de manière à former avec lui la nouvelle paupière; son sommet est appliqué et fixé avec une épingle vers l'angle externe de l'œil.

La plaie triangulaire restante de la joue a été réunie par le rapprochement parallèle de ses bords à l'aide d'une épingle. Toute difformité a été corrigée de la sorte, et le malade a parfaitement guéri dans l'espace de quinze jours.

Les procédés par lesquels on peut corriger les difformités organiques des paupières sont très divers comme on sait. Les lésions qui les réclament étant elles-mêmes très variables, on ne saurait trop se pénétrer des opérations de ce genre qui ont été heureusement pratiquées, afin d'en déduire, sinon des règles générales de conduite, du moins des préceptes particuliers applicables aux cas semblables ou analogues. Cette considération explique le soin que nous mettons à faire connaître les cas de guérison d'ectropion organique qui doivent former un jour la base de l'histoire thérapeutique de ces lésions.

FISTULE VÉSICO-VAGINALE TRAITÉE A L'AIDE D'UN NOUVEAU PROCÉDÉ.

Le procédé dont il s'agit consiste à abaisser la matrice, l'appliquer contre l'ouverture de la fistule, et l'y fixer de manière à lui faire contracter des adhérences organiques. M. Horoer a mis cette idée en pratique chez une femme âgée de trente ans dont il rapporte l'histoire. Il a cautérisé d'abord les lèvres de l'ouverture, ensuite fait descendre la matrice à l'aide d'une espèce d'instrument analogue à l'éphelcomètre de M. Guillon, et il l'a fixée contre la fistule, moyennant le même instrument et une sonde en permanence dans la vessie qui se fixe avec l'instrument précédent. L'appareil n'a pu être supporté que pendant deux jours seulement; le résultat a été en conséquence nul.

Cette idée, bien que fort ingénieuse en apparence, n'offre que fort peu de chance de réussite, attendu que les muqueuses ne contractent que difficilement, comme on sait, des adhérences organiques soit entre elles, soit avec les séreuses. Une membrane muqueuse n'est à la rigueur susceptible d'adhérence qu'après avoir été convertie en tissu cellulaire. On voit par là combien les parties qu'on met en contact dans l'opération dont il s'agit sont peu disposées à se réunir surtout au milieu d'un liquide âcre, l'urine, qui les arrose incessamment.

LEUCORRHÉE, TRAITEMENT A L'AIDE DU REMBOURRAGE AVEC LE COTON CARDÉ.

Parmi les médications employées par M. Horoer contre la leucorrhée dans l'hôpital de New-York, celle qui lui a le mieux réussi est la suivante. Il lave une fois par jour le vagin à l'aide d'injection d'eau blanche, puis au moyen du spéculum, il rembourre ce canal méthodiquement avec du coton cardé. Il a quelquefois joint au rembourrage précédent le lavage avec de l'eau de savon, et il en a obtenu le même succès. Les guérisons ont eu lieu dans l'espace de huit à dix-huit jours. C'est, comme on le voit, la méthode de M. Ricord, avec cette seule différence que la charpie est remplacée par le coton.

REMARQUES SUR L'ACTION DE LA PRÉSENCE; par le docteur DRAPER, professeur de chimie et de physiologie au collége de Hampden-Sidney.

L'intérêt avec lequel on suit maintenant les travaux des savans qui se livrent à l'étude de cette partie de la science qu'on nomme chimie organique, et les brillans résultats déjà obtenus, nous imposent l'obligation de faire connaître quelques-unes des opinions émises dans cet article; on y verra sous quel point de vue on considère la chimie organique dans le nouveau monde, et les lumières qu'on attend de ses progrès sur la science de la vie.

L'auteur compare l'action de la présence qui appartient à la chimie organique à l'action de l'affinité que s'exerce surtout dans la chimie inorganique.

Lorsqu'un composé de deux ou de plusieurs corps est soumis à l'action d'un troisième, les lois de l'affinité veulent que ce dernier s'unisse avec l'un des deux corps ou avec tous les deux pour former un nouveau composé : telle est la loi fondamentale de la chimie inorganique. Si le nitrate de barite est décomposé par l'acide sulfurique, c'est parce que ce dernier se combine avec la barite.

Or, on n'observe rien de semblable dans l'économie animale. Nous voyons, il est vrai, se produire une variété presque sans fin de substances différentes; mais il est évident qu'elles ne se forment pas sous l'influence des lois de l'affinité de la chimie inorganique. Les reins séparent l'urée du sang sans verser dans ce fluide aucun réactif et il est bien probable qu'ils ne perdent rien de leur tissu dans l'accomplissement de leur fonction; ils enlèvent des matériaux au sang sans lui rien fournir, et on peut en dire autant de tous les autres organes sécréteurs; aussi les physiologistes qui se sont crus obligés de donner des explications ont-ils été forcés de comparer l'action des glandes à celle d'un filtre qui ne laisserait passer que certains élémens de sang, l'urée, par exemple, et repousserait les autres. Cette opinion, qui est probable pour quelques cas, repose sur une hypothèse qui est loin d'être démontrée, c'est que les fluides sécrétés existeraient tous primitivement dans le sang.

La principale différence qui existe entre l'affinité de la chimie et la force de vitalité consiste donc en ce que, tandis que la première n'agit qu'en substituant un élément à un autre, la seconde opère sans remplacer les matériaux qu'elle enlève dans ses opérations. Ainsi le chimiste peut précipiter l'urée du sang en ajoutant un réactif qui entrera en combinaison avec les substances auxquelles l'urée était combinée; mais, dans le travail de l'économie, le rein n'ajoute rien, ni alcool ni acide; il opère la décomposition par la disposition même de son tissu, ou par l'énergie de quelque substance qu'il contient, et qui, sans entrer dans la nouvelle combinaison, opère la décomposition par sa seule *présence*.

La présence d'un troisième corps est-elle donc suffisante pour détruire les forces que contiennent les deux autres? Est-ce une erreur de supposer que la décomposition chimique ne puisse s'opérer que par un remplacement des élémens? L'importance de ces questions pour la physiologie et même pour la médecine pratique n'a pas échappé à Berzelius, lorsque, tout récemment, il a énuméré certaines combinaisons qui s'opèrent en-dehors des lois de l'affinité. Il a donné l'histoire d'une série de découvertes, qui mettent hors de toute espèce de doute que la simple présence d'un corps peut causer des changemens dans le mode d'union d'autres corps, sans y participer; ainsi l'action de l'acide sulfurique sur l'amidon, qu'il change en gomme et ensuite en sucre, celle du même acide sur l'alcool, qu'il convertit en éther, celle de l'éponge du Platine ou de l'iridium sur l'hydrogène, celle du ferment sur le sucre, dont il sépare les parties constituantes, l'acide carbonique et l'alcool, celle du Platine en limaille sur l'acool, qu'il transforme en acide acétique. Ces résultats ont paru assez remarquables à Berzelius pour qu'il ait cru qu'on dût les distinguer par des dénominations particulières, et il propose de les désigner sous le nom d'*actions catalytiques*, et d'appeler *forces catalytiques*, les forces qui les produisent.

Il est très remarquable que le premier groupe de résultats catalytiques qui ont été obtenus forme une série complète de transformations chimiques. Le ligneux traité par l'acide sulfurique peut être transformé en gomme; celle-ci par la chaleur se change en sucre; le sucre au moyen du ferment peut se changer en alcool, et l'alcool par l'action du Platine en acide acétique. Or, chacune de ces substances est dans la nature le produit de l'action organique et tous les résultats catalytiques obtenus jusqu'ici finissent par la production de corps alliés au règne organique; cependant il serait prématuré de restreindre l'action de ces forces aux productions du règne organique.

L'action des pores ou tubes qui entrent dans la composition de tous les tissus organiques offre l'un des problèmes dont la solution serait la plus importante pour la physiologie. Les végétaux et les animaux ne sont composés que de tubes de longueur différente; chaque organe est un système de ces tubes, qui ont une action spéciale. Et cependant nous ne savons rien des lois qui sollicitent le mouvement des fluides dans ces pores et qui y déterminent les décompositions chimiques; nous sommes aussi ignorans sur les conditions de leur équilibre que sur leurs lois dynamiques. Il en était ainsi autrefois des lois du monde; mais la physiologie n'est pas en-

core arrivée à son ère newtonienne. Tout ce qu'on sait, c'est que les lois de la chimie inorganique sont tout à fait inapplicables aux phénomènes de la vie; ce sont des lois chimiques d'un autre ordre qu'on trouve chez les êtres vivans. Si on arrive jamais à les connaître, c'est alors qu'on s'approchera avec confiance du lit du malade, et qu'on lui administrera des remèdes dont l'action pourra être prévue. Toutes ces expressions obscures de vitalité, de forces occultes, de sympathie et d'antipathie, et une foule d'autres, qui n'expriment que des idées obscures, disparaîtraient aussitôt.

Cas de vers dans la vessie urinaire; par M. Harvey Campbell.

Obs. — Le nommé John Hunter, de Johnstown, âgé de 67 ans, éprouvait depuis quatre ans des rétentions momentanées de l'urine; le jet de ce liquide était de temps en temps subitement interrompu. Cette incommodité est allée en augmentant, le malade éprouvait de la douleur très vive en urinant, enfin des rétentions complètes et durables. M. Campbell le sonde, et en retirant son instrument de la vessie, il trouve un très petit vers rouge adhérent au bout de l'algalie. Ce vers offre un demi-pouce de longueur; son corps paraît résulter d'un nombre infini d'anneaux cartilagineux, pourvu d'un grand nombre de jambes disposées en deux rangées d'une extrémité à l'autre. Le cathétérisme a été répété tous les jours pendant trois semaines; à chaque fois des vers pareils ont été emportés par la sonde; total, 30 vers. De ces vers les uns s'étaient insinués dans les yeux de la sonde; les autres s'étaient fortement attachés au bout de l'instrument; d'autres enfin étaient sortis avec le jet de l'urine après le retrait de la sonde.

L'usage des préparations de térébenthine et du cathétérisme répété a radicalement guéri le malade dans l'espace d'un mois. La vessie a repris toutes ses facultés normales et les vers ne sont plus reparus.

« Ce fait, dit l'auteur, doit moins étonner par l'existence des vers dans la vessie que par l'espèce à laquelle ces êtres appartiennent; espèce ou race dure (*hardy race*) qui paraît pen propre à vivre dans un liquide de la nature de l'urine. J'ai remarqué cependant qu'en sortant du canal ils étaient non seulement durs et très actifs, mais encore jouissaient d'une vie merveilleusement tenace. L'acide nitrique les tuait en deux minutes, mais ils conservaient toute leur activité et leur énergie dans l'huile de térébenthine pendant l'espace de deux heures. J'en ai renfermé deux dans le tuyau d'une plume que j'ai mis dans ma poche, afin de m'assurer combien de temps ils vivraient dans cet état. Au bout de quatre semaines ils étaient encore en vie et vigoureux comme auparavant; je ne pourrais pas dire cependant combien de temps encore ils auraient vécu, car en les montrant un jour dans la rue à un de mes amis ils tombèrent par terre et un coup de vent les a fait disparaître. »

La science possède déjà plusieurs faits incontestables de vers vivans logés dans la vessie de l'homme ou de la femme. Ce qu'il y a d'acquis à ce sujet, c'est 1° que dans chacun de ces cas il y avait une espèce particulière de vers, ne se ressemblant en aucune façon entre elles ni avec les autres espèces qu'on trouve dans les autres régions du corps; 2° que leur présence a déterminé exactement les symptômes de la pierre dans la vessie; 3° qu'aussitôt découverts ils ont été facilement expulsés à l'aide d'injections et de boissons térébenthinées.

Abcès hépatique ouvert dans le poumon; par M. J. Peace.

Madame S. W. C., âgée de 48 ans, était au lit depuis quinze jours pour une affection du foie. Elle avait eu la fièvre accompagnée de frissons, langue chargée, céphalalgie, mal à l'estomac, peau chaude et douleur au flanc droit. Elle avait été purgée abondamment et émétisée deux fois; du sulfate de quinine lui avait été administré dans le but de combattre les frissons.

Le 24 août 1837, M. Peace ayant été appelé a trouvé l'état suivant : Pouls plein, tendu, 100. Conjonctive, face et poitrine, d'un teint jaune. Constipation. Bouche amère. La pression sur le côté droit augmente la douleur que la malade accusait déjà. Douleur fort incommode, surtout pendant la nuit, dans l'épaule droite; pas de toux; pas de gonflement appréciable à la région du foie. Il a prescrit un purgatif mercuriel; de la poudre de nitre; diète; eau d'orge.

Ensuite la malade a été traitée comme étant atteinte d'une fièvre intermittente avec lésion des fonctions du foie. Elle a eu souvent des frissons, des sueurs abondantes et des irritations à l'estomac qui abattaient beaucoup ses forces. Une foule de remèdes lui ont été administrés, sangsues et vésicatoires sur le côté droit et sur l'épigastre, sulfate de quinine par la méthode endermique, calomel par petites doses, ipécac. et opium. Ce mélange ayant produit un petit ptyalisme les symptômes fébriles ont été apaisés, la langue s'est nettoyée et devenue humide, pouls moins fréquent, peau moins jaune, évacuations alvines plus naturelles. Tisane de pédoncules de cerises, un bouillon de poule. L'amélioration n'a été que de courte durée; exacerbation de la fièvre le soir, langue sèche et brunâtre, frissons repétés. Solution de gomme arabique, calomel et ipécac. Le pouls se soutient de 120 à 130; la fièvre prend le caractère éthique : flatulence, mal à l'estomac, douleur très intense dans la région iliaque droite. Cataplasme; pas de soulagement; peau sèche et écailleuse; pas de sueurs nocturnes; agitations nocturnes.

Le 23 septembre, mal à la gorge, toux suffocante, expectoration abondante, pendant une heure, de matière puriforme, liquide jaune et fort fétide. Le lendemain l'expectoration a reparu et a duré pendant une demi-heure.

Le 25, nouvelle expectoration, mais moins fétide et moins purulente (muco-pus).

Le 26, pas d'expectoration; respiration moins oppressée; pas de toux ni de douleur.

Le 27, expectoration de matière filante, comme lymphatique.

Le 29, pouls petit et très fréquent.

Le 30, agitation extrême, douleur intense au *côté* droit, augmentant par la pression des doigts et par le coucher. Impossibilité de rester couchée sur le côté gauche; toux. Potion anodyne le soir.

Le 1er octobre, affaissement, anxiété, respiration accélérée, pouls très petit et fréquent. L'auscultation constate l'existence de cavernes à la base du poumon droit; pectoriloquie. Mort dans la journée.

Nécropsie quatorze heures après.

Le sternum et les cartilages des côtés ayant été enlevés, on voit le diaphragme très convexe comprimant le poumon droit. On pratique une petite ponction sur le point le plus culminant de la convexité du diaphragme, issue de dix onces de pus verdâtre, presque inodore. On élargit l'ouverture, on voit que le pus provient d'un abcès formé dans la substance du foie; cet organe adhère fortement au diaphragme. On ne découvre aucune ouverture de communication entre cet abcès et le poumon. Un autre abcès existe immédiatement au-dessous du diaphragme, il contient fort peu de pus et communique avec le lobe inférieur du poumon droit par plusieurs ouvertures ulcéreuses à travers le diaphragme. La plus grande de ces ouvertures a un demi-pouce de diamètre. Les deux cavités communiquantes sont de forme irrégulière et couvertes d'une fausse membrane; elles sont traversées par des vaisseaux nombreux, presque oblitérés, mais non détruits par le travail ulcératif. La portion du foie qui répond à l'ouverture diaphragmatique est rouge et ramollie; mais le reste de l'organe hépatique est normal. La vésicule biliaire contient de la bile normale. Le lobe inférieur du poumon droit est hépatisé et adhère au diaphragme. Dans sa partie la plus déclive, cet organe présente une cavité, d'un pouce de diamètre, dédoublée d'une membrane dure, cartilagineuse, communiquant avec l'abcès du foie. Plusieurs petites bronches se terminent dans son intérieur; à l'aide d'une légère pression on fait passer de l'air du poumon dans le foie. Les tubes bronchiques et les branches de l'artère pulmonaire dans la partie inférieure du poumon sont enflammés. Plusieurs petits abcès métastatiques existent sur différens points du poumon droit, sous la plèvre pulmonaire. La cavité pleurale droite contient huit onces environ de sérosité trouble. L'estomac adhère au foie, sa membrane muqueuse est légèrement épaissie. Péritoine généralement épaissi et couvert de fausses membranes jaunes; sa cavité contient dix onces de sérosité verdâtre. Existence d'un abcès du diamètre de deux pouces dans la fosse iliaque droite, au milieu du tissu cellulaire extérieur au colon; dans le centre de cet abcès, on trouve une épingle rouillée et noire. On ne découvre aucune communication entre cet abcès et la cavité intestinale. Les autres viscères sont sains.

Il est rare que les hépatites se terminent par la suppuration. Sur cent-trente individus atteints de cette maladie, Louis n'a trouvé que cinq fois la terminaison dont il s'agit; et parmi les hépatites terminées par abcès il est plus rare encore de voir le pus se frayer une route dans la poitrine et sortir par expectoration du poumon. Jusqu'à ces dernières années, on ne connaissait de bien authentique qu'un fait rapporté par Morgagni concernant ce passage des abcès du foie; on en connaît aujourd'hui quelques autres. Le fait de M. Peace que nous venons d'exposer est remarquable sous plusieurs rapports et mérite de prendre place à côté de ceux que la science possède.

Suicide chez un enfant.

Si nous notons ce fait, ce n'est pas qu'il offre rien de remarquable sous le rapport de la pathologie, mais c'est parce qu'il nous fournit encore un exemple de l'influence malheureuse qu'exerce sur certaines intelligences le désir de l'imitation. La jeune fille qui est le sujet de cette observation, âgée de 15 ans, n'avait aucun motif qui pût la porter à cet acte; mais une de ses voisines s'était empoisonnée, et ayant elle-même lu dans les journaux l'histoire d'un empoisonnement par l'arsenic, elle en parla à une petite fille de ses amies et ne tarda pas à avaler une demi-once d'arsenic, ce qu'on ne connut qu'après sa mort. « Ce cas, dit l'auteur, est une nouvelle preuve à l'appui d'un fait qui aujourd'hui commence à fixer l'attention des médecins, c'est que la publicité donnée aux cas de suicide dans les journaux et par les autres moyens est un des excitans les plus actifs à commettre cet acte pour ceux qui ont une secrète disposition à se détruire. »

« Si ce fait est bien démontré, il en résulte que les médecins doivent employer toute leur influence pour empêcher que la publicité ne soit donnée aux circonstances qui se lient à la mort de cette classe infortunée. Non seulement il ne peut résulter aucun bien de la publication de faits qui devraient rester dans le sein des familles; mais même il y a tout lieu de croire que la liste des victimes du suicide est de beaucoup augmentée, d'après la marche qui est si généralement suivie. »

Nous recommandons la lecture des dernières lignes à nos confrères des grands journaux, qui, non contens de rapporter, avec tous leurs détails, les cas de suicide les plus effrayans, prennent même le soin, pour éviter à leurs lecteurs la peine de les chercher, de les réunir chaque jour sous un des titres suivans : *Vols et Suicides*, *Suicides et Assassinats*, etc., titres

qui seuls suffisent déjà pour agir, d'une manière défavorable, sur une imagination *maladive*.

II. SOUTHERN MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL.

Les cahiers des mois d'octobre et novembre contiennent les articles originaux suivans : 1° *Observations pathologiques et thérapeutiques sur l'hypertrophie de la rate; 2° Sur la menstruation;* par M. Antony; 3° *Accouchement trijumaux;* par M. J. Eve; 4° *Cas remarquable de calculs biliaires;* par M. Cunningham; 5° *Emploi du mercure dans la fièvre aiguë et quelques autres maladies;* par M. Gorman; 6° *Remarques sur les remèdes débilitans et sédatifs;* par M. Eve; 7° *Efficacité de la belladone contre les hernies étranglées.*

EFFICACITÉ DES LAVEMENS D'INFUSION DE BELLADONE DANS LES ÉTRANGLEMENS INTESTINAUX.

Obs. I. — Un jeune homme, âgé de 25 ans, se plaint depuis deux jours de violentes douleurs à la région de l'ombilic. Les douleurs revienuent par accès et augmentent considérablement sous la plus légère pression de la main. Vomituritions incessantes, ventre dur et tendu, constipation depuis plusieurs jours. Le surlendemain ces symptômes empirent, syncopes, vomissemens de matière fécale, pouls filiforme, sueurs froides. Des saignées, des sangsues et des lavemens émolliens n'empêchent pas la maladie de marcher d'une manière effrayante. Le vomissement de matière stercorale ne laisse pas de doute sur l'existence d'un étranglement interne.

On prescrit un lavement d'infusion de feuilles de belladone (un demi scrupule dans cinq onces d'eau); peu d'instans après le malade se sent soulagé. Une demi-heure après, on administre un second lavement pareil; soulagement très marqué, calme général, ventre moins douloureux et moins dur, figure moins grippée, pupilles très dilatées. Cet amendement est suivi de garderobes abondantes, et tous les symptômes se dissipent comme par enchantement. Guérison.

Obs. II. — Une femme de la campagne, âgée de 40 ans, délicate, atteinte d'une hernie du volume d'une noix à l'aine droite, est saisie de violentes douleurs dans le ventre, avec vomissemens incessans et constipation opiniâtre. Elle avait déjà éprouvé plusieurs fois la même maladie, mais pas d'une manière aussi violente. A l'examen la hernie est dure, douloureuse et irréductible; ventre tympanisé et excessivement douloureux à la pression, tympanite, pouls petit et fréquent, visage pâle. Une large saignée et des lavemens émolliens sont employés sans avantage très marqué. La malade se refuse à être saignée de nouveau; elle rejette également la herniotomie qui lui est proposée.

Dans cet état de choses on ne trouve d'autres ressources pour la soulager que les lavemens belladonisés. On prescrit,

Racine de belladone,	1 gros;
Fleurs de camomille,	1 once.

Faites infuser dans 12 onces d'eau, divisez en trois parties, et laissez refroidir pour trois lavemens.

A peine le premier lavement a-t-il été pris que le soulagement est très marqué. Les vomissemens cessent sur le champ; une demi-heure après le ventre devient mou et beaucoup moins douloureux; la hernie est bien moins dure; pupilles fort dilatées; la malade prend par bouche quelques cuillerées de la même infusion.

Le soir recrudescence des symptômes. On administre un second lavement belladonisé. Amélioration presque instantanée, nuit bonne, rêves divers causés par l'action du remède. Le lendemain, ventre mou et presque indolore : la tumeur herniaire persiste cependant à être sensible et irréductible: pas de garderobes. A midi nouveau retour des symptômes d'étranglement. On prescrit une nouvelle infusion de belladone comme ci-dessus. Le premier lavement procure le même calme que dans les cas précédens; peu de temps après on administre un autrelavement, puis vers le soir un troisième. Nuit calme, mais accompagnée de rêves, et d'hallucinations propres à la belladone. Le lendemain matin la hernie se réduit d'elle-même; borborygmes, garderobes abondantes; disparition complète des symptômes. Guérison.

Obs. III. — Un forgeron, âgé de 39 ans, est atteint d'étranglement herniaire. La tumeur est placée à l'aine gauche, offre le volume d'un œuf de poule. Tous les remèdes internes et externes sont mis en usage sans succès; on prescrit les frictions de pommade de belladone, sans plus d'avantage; on a alors recours à un lavement fait avec un scrupule de belladone, et une demi-once de fleurs de camomille dans quatre onces d'eau. Le vomissement s'arrête sur le champ, la douleur diminue et les autres symptômes se dissipent par degrés. Nuit bonne. Huit heures après, retour des mêmes symptômes. On pratique la herniotomie. Guérison.

Obs. IV. — Une femme, âgée de 49 ans, éprouve, depuis deux jours, des douleurs violentes dans le ventre, vomissement incessant, constipation. A l'examen on trouve une hernie à l'aine droite, du volume d'une petite noix, excessivement douloureuse au toucher et irréductible. Abdomen tympanisé et fort sensible à la pression. Saignées, sangsues, frictions sur l'abdomen de pommade de belladone et de jusquiame. Pas d'amélioration bien marquée. La malade se refuse à l'opération.

Lavement belladonisé *ut supra*, qu'on répète plusieurs fois. Symptômes d'empoisonnement léger (délire, hallucinations, dysphagie, pupilles dilatées, etc.). Réduction spontanée de la tumeur. Gardesrobes. Guérison.

L'action de la belladone dans les cas d'étranglement intestinal n'est plus un mystère depuis que des expériences, faites avec cette plante, ont démontré sa vertu éminemment hyposthénique ou contre-stimulante. La vitalité de l'organisme étant considérablement abaissée sous l'influence de ce remède, on conçoit que tout l'appareil intestinal doit tomber dans une sorte d'affaissement salutaire et permettre le détranglement des parties, alors que la chose n'est point impossible. Il suffit de cet énoncé pour comprendre que ce serait une grave erreur de croire que les lavemens belladonisés puissent combattre heureusement tous les étranglemens herniaires. Pour nous qui mesurons l'action de certains remèdes par les effets qu'ils produisent sur le vitalisme ou sur l'état fonctionnel des organes, les lavemens belladonisés nous paraissent pouvoir être mis sur la même ligne que les lavemens de tabac dont les Anglais sont si grands partisans.

Nous ne partageons cependant pas l'opinion de l'auteur des faits précédens relativement aux moyens de combattre les effets vénimeux de la belladone lorsqu'ils sont trop considérables. Pour dissiper l'espèce de folie furieuse et la dysphagie produites par l'empoisonnement artificiel avec la belladone, l'auteur a fait usage de lavemens de vinaigre, d'applications froides sur la tête, de boissons vinaigrées et de café. Nous avons déjà abordé cette question dans un des derniers numéros de l'année dernière; nous avons établi, d'après des données certaines, que les contrepoisons de la belladone sont : 1° l'opium; 2° les remèdes stimulans en général, tels que le vin, par exemple. C'est avec le vin de Bordeaux, effectivement, que nous avons dissipé, comme par enchantement, les symptômes les plus alarmans d'un empoisonnement par la belladone, dont nous avons déjà parlé ailleurs.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 20 FÉVRIER.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Lettre ministérielle avec envoi d'un remède secret proposé par le sieur Boyer.

2° Lettre *idem*, avec envoi d'un rapport sur une épidémie de fièvres éruptives.

3° Lettre *idem*, avec envoi d'un rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde.

4° Lettre *idem*, avec envoi de la recette d'une limonade rafraîchissante.

5° Lettre *idem*, avec envoi des rapports des médecins inspecteurs des bains de mer de Boulogne et de Bourbon-l'Archambault.

6° Etats des vaccinations de l'Ardèche.

La correspondance manuscrite ne comprend qu'une seule pièce :

Mémoire sur les luxations scapulo-humérales par M. Malle.

Après le dépouillement de la correspondance, M. Maingault demande la parole. « L'académie, dit-il, a voté, dans sa dernière séance, des remercimens à M. Amussat pour le zèle et l'habileté qu'il a montrés dans ses expériences sur l'introduction de l'air dans les veines; rien de plus naturel assurément, et, pour mon compte, je m'associe de grand cœur à cet acte de justice et de reconnaissance; mais, messieurs, M. Amussat n'est pas le seul qui ait bien mérité de la science. M. Barthélemy a fait aussi des expériences, et quoiqu'elles ne lui aient pas donné précisément les mêmes résultats, elles n'en sont pas moins dignes du plus grand intérêt. Je propose donc à l'Académie de faire adresser par son président des remercîmens à M. Barthélemy. »

— M. Mérat fait observer que l'Académie s'engage dans une voie qui pourrait la mener fort loin, et que la propositions de M. Maingault est d'ailleurs contraire à tous les usages de l'Académie.

— M. Dubois d'Amiens ajoute que l'Académie n'étant pas solidaire des travaux de ses membres, il ne comprend pas comment elle pourrait adresser des remercimens pour des opinions que peut-être elle ne partage pas, que peut-être elle blâme.

— M. Marc rend entière justice à M. Barthélemy; mais il fait abstraction des personnes, et prie l'Académie de réfléchir aux inconvéniers de la mesure qu'on lui propose. Supposez en effet qu'un membre propose d'en remercier un autre; supposez que l'Académie rejette cette proposition, cela ne vous paraît-il pas fort désagréable pour tout le monde?

— M. Barthélemy répond à M. Maingault que s'il a jeté quelques éclaircissemens sur la question de l'entrée de l'air dans les veine, il est satisfait, et qu'il trouve sa récompense en lui-même, il n'en demande pas d'autre.

— M. Bouillaud reprend les choses de plus haut; il dit qu'avant de proposer de voter des remercimens à M. Amussat, la commission a voulu être témoin des expériences de M. Amussat; au contraire, M. Barthélemy s'est isolé; il n'a appelé personne à ses expériences, pas même le rapporteur de la commission; en sorte qu'elles sont restées sans contrôle. La différence de ces deux académiciens est capitale.

L'Académie consulté passe à l'ordre du jour.

— M. Chervin demande la parole pour une motion d'ordre. Il dit que les journaux de médecine rendent compte des séances de l'Académie de la manière la plus infidèle, et cette infidélité tient évidemment à ce qu'on ne leur communique plus les pièces de correspondance, comme on faisait avant que l'Académie eût un bulletin. Il propose de revenir sur cette mesure. (La proposition de M. Chervin est renvoyée au conseil d'administration.)

RAPPORT DE M. MARTY SUR UN MÉMOIRE DE M. DUBOURG INTITULÉ : ÉRUPTIONS ANOMALES.

Ces éruptions ne peuvent être rapportées à un type connu : M. Dubourg les compare successivement avec la rougeole, la scarlatine et la variole, la suette miliaire, l'urticaire, *etc.*, et trouve qu'elles en diffèrent à plusieurs égards.

Toutefois ces éruptions ne constituaient pas précisément le fond de la maladie, car elles survenaient dans les maladies les plus diverses ; mais elles y jouaient un grand rôle. Sur six malades dont il donne l'histoire un seul est guéri avec le traitement des *cholériques*. Ce traitement consistait à promener le long de l'épine un fer chaud sur deux couches de compresses imbibées d'ammoniaque et de térébentine.

Revenons à l'éruption que tenait le milieu entre le bouton et la plaque ; elle ne durait guère que 24 heures.

Partout où elle se montrait, elle annonçait un danger imminent, et si elle venait à disparaître tout-à-coup ce qui n'était pas rare, la mort était presque infaillible.

Les saignées étaient plus nuisibles qu'utiles.

Les préjugés de la localité n'ont pas permis à M. Dubourg de faire des ouvertures.

— M. DOUBLE : Si j'ai bien entendu, M. Dubourg n'a pas été toujours aussi bien placé qu'il l'aurait désiré pour observer l'épidémie, et, d'autre part, il ne lui a pas été permis de faire des ouvertures. S'il en est ainsi, je crois qu'il serait bon d'écrire à un correspondant pour avoir des renseignemens plus précis, et ce qui m'engage à vous faire cette proposition, c'est qu'il règne en ce moment à Londres une épidémie qui me paraît avoir des analogies avec celle de Marmande.

— M. Castel blâme l'expression d'*éruptions anomales*, qui sert de titre au mémoire de M. Dubourg ; il fait remarquer ce précepte de bonne thérapeutique de s'abstenir des saignées dans les maladies éruptives, surtout lorsque l'éruption a déjà paru.

— M. Bouillaud observe que la proposition de M. Double n'est pas flatteuse pour M. Dubourg, qui est un ancien interne des hôpitaux de Paris, et un médecin fort éclairé. Que si son travail ne contient pas tous les détails qu'on voudrait y trouver, il dit lui-même que la faute en est, non à lui, mais à sa position. M. Bouillaud finit par proposer de porter M. Dubourg sur la liste des candidats aux places de membre correspondant.

—M. Double répond qu'il n'a pas été dans sa pensée de faire une chose désagréable à M. Dubourg, et qu'il appuie de tout cœur sa candidature.—Adopté.

RAPPORT DE M. RENOULT SUR DEUX OBSERVATIONS DE GANGRÈNE SPONTANÉE, TRANSMISES PAR M. LANELONGUE.

M. Lanelongue adopte l'opinion qui attribue la gangrène à l'inflammation de la membrane interne des artères. M. le rapporteur partage cette idée ; mais il regrette qu'on n'ait rien dit des causes prédisposantes qui, dans ce cas comme en beaucoup d'autres, sont les causes essentielles.

Néanmoins, la commission propose, outre le dépôt aux archives, d'inscrire le nom de M. Lanelongue sur la liste des candidats aux places de membre correspondant.

—M. Villermé dit qu'il faut être plus avare de cette inscription : quelque intéressantes qu'elles soient, les deux observations de gangrène spontanée ne sont pas de nature à motiver la conclusion de la commission.

—M. Emery parle dans le même sens. L'Académie adopte purement et simplement le dépôt aux archives.

RAPPORT DE M. RENOULT SUR UN BANDAGE INAMOVIBLE DONT M. SÉDILLOT A APPORTÉ LE MODELE DE CONSTANTINE.

Il l'a pris sur une femme turque qui avait eu le bras fracturé par un éclat d'obus. M. le rapporteur donne la description du bandage. Nous publierons la note de M. Sédillot sur cet appareil et un autre employé à Alger dans notre prochain numéro.

M. le rapporteur ajoute que cet appareil est loin de la perfection des appareils qu'on emploie de nos jours dans les mêmes circonstances ; mais si l'on représente la position des Arabes, privés de toutes les ressources de l'industrie, on sera frappé qu'ils aient pu si bien faire.

A l'égard de l'origine de ce bandage, M. Renoult se rappelle très clairement l'avoir trouvé en Egypte en 1799 dans une tribu qui habitait les oasis. Et comme les Arabes sont dans l'habitude de fouiller les tombeaux, il ne serait pas impossible qu'ils eussent pris sur des momies la première idée du traitement qu'ils appliquent aux fractures des membres. De même, il suppose que le bandage dont M. Sédillot a envoyé le modèle à l'Académie a pu être porté à Constantine par les caravanes qui traversent l'Egypte pour aller faire leur pélérinage à la Mecque.

— M. Roche ouvre la discussion : il rappelle l'extrait d'un ouvrage anglais fait par M. Mélie, où il est fait mention du bandage inamovible. Lui-même l'a trouvé en Espagne, il y a plus de vingt ans ; peut-être était-ce une importation des Arabes.

— M. Gerdy dit qu'en effet on en trouve des traces en Espagne. Il blâme ensuite l'abus qu'on fait du mot méthode. Lorsqu'on conserve l'idée capitale d'un traitement, on peut bien modifier une méthode, mais on n'est pas l'auteur d'une méthode. Ainsi, qu'on emploie dans la fabrication du bandage inamovible le blanc d'œuf comme M. Larrey ; le plâtre comme M. Lafargue ; l'amidon comme M. Seutin ; ou la dextrine comme M. Velpeau : c'est toujours la même méthode modifiée.

— M. VELPEAU : Personne ici n'a la prétention d'avoir inventé le bandage inamovible. M. Larrey a le mérite d'en avoir senti le premier les avantages, et de l'avoir remis en pratique ; mais on peut voir, par l'histoire même qu'en a tracée son fils, M. Hippolyte Larrey, qu'il l'a trouvé en Egypte, et il n'en a pas fait mystère. Ainsi, il faut écarter ce point de la discussion. Pour moi, toute la question est de savoir quelle est la meilleure composition à adopter dans la construction de cet appareil. Il n'y a pas long-temps que c'était celle de M. Seutin, qui, comme vous savez, emploie l'amidon. Et pourquoi était-elle la meilleure ? Parce que l'amidon étant très soluble, il est facile de débarrasser le membre de l'appareil qui l'entourait. A présent, je soutiens que mon procédé est préférable. J'emploie, moi, la *dextrine*, car la dextrine est encore plus soluble dans l'eau que l'amidon.

Sur la proposition de M. Bricheteau, l'Académie vote l'impression du rapport.

RAPPORT DE M. ROCHOUX SUR UN MÉMOIRE DE M. RICORD.

C'est ce qu'on nomme vulgairement *orchite, testicule vénérien*.

Il est infiniment rare que l'épididymite se manifeste dans la première semaine de la blennorrhagie. Elle est au contraire très commune dans la deuxième et la troisième.

Le testicule gauche est plus souvent malade que le droit, ce qui, selon M. Ricord, dépendrait tout simplement de la manière de porter les bourses.

Il admet deux espèces d'épididymite : l'une sympathique, c'est celle de l'épididyme ; l'autre de *succession*, c'est celle où l'inflammation se propage de l'urètre au canal éjaculateur ; de celui-ci à la vésicule séminale, au canal déférent, etc.

Pendant l'inflammation de l'épididyme, l'écoulement diminue ; mais il ne cesse jamais complètement, et si on cherche à le rappeler par des moyens artificiels, on fait plus de mal que de bien.

M. Ricord est si convaincu que la tuméfaction des bourses dépend de la tuméfaction de l'épididyme, qu'il en a tiré le titre de son mémoire.

M. Rochoux pense que la tuméfaction dépend pour la plus grande partie de l'épanchement de sérosité qui se fait dans la tunique vaginale.

— M. Velpeau fait remarquer que M. Rochoux a modifié ses idées, en ce qu'il admet maintenant en partage de la tuméfaction l'épanchement dans la tunique vaginale et l'inflammation de l'épididyme.

Depuis que M. Rochoux nous a fait connaître sa première opinion à cet égard, j'ai observé un grand nombre d'orchites, et pour éclairer la question, voici comment je m'y suis pris : aux premiers signes, bien clairs, de fluctuation, je donnais un coup de lancette dans les bourses et je les vidais du liquide qu'elles contenaient. Il est clair que si ce liquide faisait tout le volume des bourses, après son évacuation elles devaient se montrer dans leur état naturel ; mais il n'en était rien ; la tuméfaction diminuait à la vérité, mais elle diminuait d'un tiers, d'un quart, d'un cinquième, et c'était tout ; preuve sans réplique que le testicule et surtout l'épididyme restaient engorgés.

— M. Blandin croit que la plus grande partie de la tuméfaction est formée par l'épididyme. Il n'a fait qu'une seule fois la ponction des bourses, et la résolution a été si lente à se faire qu'il n'a pas été tenté d'y revenir.

—M. CULLERIER. Dans tous les cas d'orchite que j'ai observés, j'en ai vu beaucoup depuis trente ans, je me suis assuré que l'inflammation commençait par le canal déférent, s'étendait à l'épididyme et s'arrêtait là. Il ne s'en fait pas moins très souvent un épanchement dans la tunique vaginale, mais il n'est pas nécessaire pour cela que l'inflammation se propage jusqu'à elle. La sérosité qui s'y ramasse est roussâtre, sanguinolente, à peu près comme de la groseille délayée dans l'eau.

Le testicule s'enflamme-t-il souvent ? jamais ou presque jamais ; je l'ai vu dans cet état peut-être trois ou quatre fois, pas davantage. Le principal symptôme de cet accident est une excessive douleur. Si, trompé par les apparences d'une fluctuation, on s'avise alors d'y plonger un bistouri, le testicule lui-même sort en filamens.

Dans l'*orchite* ordinaire, je regarde au contraire l'évacuation de la sérosité comme exempte de toute espèce d'inconvéniens ; j'y ai recours très souvent ; le malade en est toujours soulagé, et l'épanchement ne se renouvelle jamais.

— M. ROCHOUX. Quand une opinion est fondée, il doit être facile de la défendre. Il ne s'agit pas de savoir si dans l'orchite l'épididyme est enflammé, tuméfié, personne n'en doute ; mais bien si le reste de la tuméfaction est formé par le gonflement du testicule ou par l'épanchement dans la tunique vaginale. Eh bien ! je suis pour la dernière hypothèse, et mes raisons sont que sur 2,000 cas d'orchite, c'est à peine si on en trouve deux ou trois qui entrent en suppuration.

Le rapport est mis aux voix et adopté.

BIBLIOGRAPHIE.

PRÉCIS PRATIQUE ET RAISONNÉ DU DIAGNOSTIC ; contenant l'inspection, la mensuration, la palpation, la dépression, la percussion, l'auscultation, etc., etc. ; par M. A. RACIBORSKI, D. M. P. ; 936 pages in-18. Paris 1837 ; chez Germer Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

Il y a bientôt trois ans que nous rendions compte dans la GAZETTE MÉDICALE d'un petit volume de 200 à 250 pages, ayant pour titre *Manuel d'Auscultation*, et dont l'auteur ne nous était connu que comme étant

un de ces Polonais qui, en 1831, appelèrent si vivement les sympathies de la France et de l'Europe entière par leur héroïsme et leur malheur. Nous en disions, suivant notre usage, tout le bien qu'il méritait, sans dissimuler quelques défauts ou quelques lacunes; nous voyons avec plaisir que nous n'avons pas été seul de notre avis, et que la première édition a été bientôt épuisée; mais depuis ce temps ce petit livre est devenu un gros volume de près de mille pages, et au lieu d'un simple Manuel d'auscultation c'est un gros manuel de diagnoctic qui est entre nos mains.

M. Raciborski ne s'est pas dissimulé qu'en publiant son livre, en même temps que M. Piorry livrait à la publication son traité du diagnostic, il aurait sur le marché un compétiteur redoutable; cependant il y a tant de différence entre ces deux ouvrages que nous ne pensons pas qu'ils exercent l'un à l'égard de l'autre une concurrence bien nuisible; comment comparer à l'ouvrage de M. Piorry, en trois forts volumes, pleins de faits et de recherches qui appartiennent à l'auteur, et de dissertations pathologiques d'une grande importance, le volume in-18 de M. Raciborski, qui comprend le diagnostic tout entier; mais présenté avec plus de précision, plus de brièveté et moins de développemens accessoires. Ces deux ouvrages nous paraissent s'adresser à deux classes de lecteurs toutes différentes; et d'ailleurs, lors même qu'ils s'adresseraient à la même classe, nous pensons que le diagnostic a trop d'importance dans les études médicales, pour qu'il n'y ait pas place pour deux ouvrages à la fois sur le même sujet.

D'ailleurs, nous devons le reconnaître, la manière si étroite et si exclusive dont on avait conçu le diagnostic il y a quelques années a fait place à une méthode plus large, plus scientifique et réellement plus en rapport avec les besoins de l'art. Aujourd'hui poser le diagnostic d'une maladie n'est plus seulement dire le nom qu'on doit lui donner; si le diagnostic n'était utile en médecine pratique que parce qu'il fournit l'indication des moyens qu'on doit opposer à la maladie, on sait qu'autour d'une maladie se groupent souvent une foule de circonstances qu'il est indispensable de connaître, dont quelques-unes même sont plus importantes que la connaissance exacte de la lésion locale; nous citerons pour exemple la pneumonie intermittente; eh bien! n'est-il pas exact que si vous avez justement apprécié le caractère intermittent, vous pourriez, sans danger pour le malade, vous tromper sur le siége de la maladie, croire à une pleurésie ou à une bronchite ou à un asthme, tandis que avec quelque sûreté que vous ayez constaté le siége de la maladie, si vous n'avez pas apprécié la circonstance en apparence accessoire, l'intermittence, le traitement que vous emploierez pourra être suivi des effets les plus désastreux.

Le diagnostic est donc aujourd'hui très compliqué, car il doit comprendre toutes les circonstances qui peuvent modifier soit l'étiologie, soit la nature, soit la marche, la terminaison de la maladie, et il le sera bien plus encore quand la chimie organique aura fourni à la science des documens importans sur les altérations des fluides de l'organisme, et lorsque l'examen microscopique nous aura révélé les modifications jusqu'ici inappréciables qu'éprouvent dans leurs élémens organiques les solides et les liquides de l'économie. Si aujourd'hui le mot pneumonie n'est plus synonyme pour le thérapeutiste de « saignées copieuses, » on ne peut prévoir les modifications qu'introduira dans la pratique l'exploration de ces grandes voies du diagnostic. Ces réflexions nous sont inspirées par la première partie du travail de M. Raciborski dans laquelle il donne des considérations générales assez étendues sur le diagnostic, et les élémens dont il se compose. Au point de vue d'où il le considère, le diagnostic renferme une grande partie de la pathologie, puisqu'il prend ses élémens dans toutes les circonstances qui peuvent modifier la marche de la maladie. Peut-être cependant l'auteur a-t-il exagéré la difficulté que présente l'étude des causes en médecine, lorsqu'il a dit avec naïveté: « le plus grand nombre des causes de maladie est enveloppé d'une obscurité si grande, qu'il sera peut-être toujours impossible d'y voir clair. » Nous connaissons les causes d'un très grand nombre de maladies; mais ce qui nous échappe, ce que nous ne connaissons pas, c'est le moyen d'union qui lie ces causes à la maladie, c'est leur mode d'action. Toutefois, l'auteur se trouvant ainsi amené à parler des divers degrés de la résistance vitale, et des nombreuses modifications qui peuvent en résulter sur la marche des maladies, ne craint pas d'aborder franchement la question du vitalisme. Il admet dans l'organisation vivante une force et des instrumens sans cesse animés par elle; cette force n'est ni le résultat du jeu des organes, ni une propriété attachée à la combinaison animale, et elle ne réside dans aucun organe spécial; c'est comme un être particulier qui imprime aux organes leur mouvement, et qui, conséquemment, peut éprouver des altérations; M. Raciborski va même peut-être un peu loin lorsqu'il admet que « dans toute maladie, la lésion primordiale est essentiellement vitale. »

Passons maintenant à la séméiotique spéciale qui forme la seconde partie de l'ouvrage, et représente à elle seule les trois quarts du volume. Elle est divisée en autant d'articles qu'il existe de méthodes pour étudier les divers états morbides. Chaque article est divisé ensuite en autant de chapitres qu'il y a d'appareils d'organes auxquels cette méthode est applicable; ainsi, à l'article premier, qui a pour titre l'*Inspection*, l'auteur expose, dans des chapitres différens, les symptômes des affections de la membrane muqueuse de la bouche, de celles de l'arrière-bouche, des maladies de la peau, des organes génitaux, les altérations du sang; enfin, de toutes les maladies où l'organe de la vue peut être de quelque utilité. Les articles suivans sont consacrés à la mensuration, à la palpation, au toucher, à la percussion, à l'auscultation, à l'odoration, à la gustation, et à l'emploi des réactifs chimiques; enfin, dans le dixième et dernier article, sont compris, sous le titre *Examen des maladies*, une foule de maladies qu'il aurait été difficile de ranger sous aucun des titres précédens.

Cette classification permet à l'auteur de placer les maladies où il lui plaît, suivant qu'il donne plus d'importance à un signe qu'à un autre; suivant qu'il accorde la prédominance aux signes fournis par l'auscultation sur ceux que donnerait la palpation, par exemple. Est-ce là un avantage? Il est permis d'en douter. Nous ne trouvons pas dans la disposition générale cet ordre, cette méthode, qui semblent indispensables dans toute classification scientifique. D'ailleurs, il nous semble résulter un peu de confusion de ce mélange continuel de la séméiologie générale avec la séméiologie spéciale ou d'application. Cependant, si ce passage de l'une à l'autre; de l'inspection, aux maladies que l'inspection sert à distinguer de la mensuration, à celles que ce mode d'examen fait connaître nuit, peut-être à l'enchaînement qui devrait exister entre tous ces sujets, s'il en fait comme autant de parties entièrement distinctes, et qui n'auraient aucun rapport entre elles; d'un autre côté, ce rapprochement des règles générales, et des cas où on peut les appliquer, de la théorie et de la pratique, offre aussi un avantage indubitable, et qui suffit pour compenser le défaut d'enchaînement dans la classification scientifique.

Quant à la manière dont ce cadre est rempli, elle fait honneur au savoir et au mode d'exposition de M. Racihorski; car, si nous laissons de côté quelques incorrections de style, dont nous devrions mêmepeut-être ne pas parler ici, certaine préférence trop exclusive, et qui ferait croire qu'en dehors de l'hôpital de la Charité les sciences médicales n'auraient qu'un petit nombre de représentans, et quelques omissions peu graves pour un travail d'une aussi longue haleine, nous reconnaissons que le précis de diagnostic a complètement atteint le but qu'il se proposait, et qu'il mérite d'être placé parmi les bons ouvrages élémentaires de notre époque.

VARIÉTÉS.

— Les épreuves du concours pour la chaire de chimie organique et de pharmacologie se poursuivent avec activité; nous consacrerons, dans notre prochain numéro, un article à ce concours qui n'offrait pas un intérêt assez général pour que chaque épreuve fût l'objet d'une analyse particulière.

— Samedi dernier, M. Orfila, doyen de la Faculté de médecine de Paris et membre du conseil royal de l'instruction publique, a visité l'école préparatoire de médecine fondée et dirigée par M. le docteur Ratier. M. le doyen a vu toute la maison, et a été fort satisfait de l'ordre et de la bonne tenue qui y règnent. Il a bien voulu adresser aux élèves quelques paroles d'encouragement.

— Dimanche 18 février, le docteur Auzoux a commencé chez lui, rue du Paon, 8, à midi, ses leçons publiques d'anatomie physiologique.

Comme les années précédentes, il montrera, à l'aide de ses préparations d'anatomie clastique, toutes les parties qui entrent dans la composition du corps humain; il en expliquera toutes les fonctions. Ce cours, en huit séances, sera continué tous les dimanches à la même heure jusqu'au 8 avril.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

IMPRIMERIE DE FÉLIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

Gazette Médicale

DE PARIS.

LA GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°.—Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Poissonnière*, n° 5, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

DIAGNOSTIC MÉDICAL.

RECHERCHES SUR LA MENSURATION DE LA POITRINE ET APPRÉCIATION DE CETTE MÉTHODE; par M. CORBIN, ancien chef de la clinique à l'hôpital de la Charité, à Paris, médecin adjoint à l'hôtel-dieu d'Orléans.

Il y a quinze ou vingt ans qu'on a commencé à mesurer la poitrine dans plusieurs maladies de cette cavité. Ce mode d'exploration, auquel on a donné le nom de mensuration, a été pratiqué dans les cliniques de la Faculté de Paris, en présence d'une multitude d'élèves; beaucoup de médecins s'y sont exercés et l'ont employé dans leur pratique; quelques-uns, et j'en pourrais citer des plus justement célèbres, s'en servent encore journellement. Et cependant cette méthode n'est point devenue générale; à peine est-elle connue hors de la capitale. Cet oubli ou ce dédain de la médecine étonne d'autant plus que la mensuration est une chose facile, qui s'apprend en un instant; tandis qu'il faut, pour se conformer à l'auscultation, un long exercice et des occasions variées, dont quelques-unes sont rares.

J'ai pensé que beaucoup de médecins seraient bien aises de savoir à quoi s'en tenir sur la valeur de cette méthode, et, dans l'espoir de contribuer à fixer leur opinion, je consigne ici le résultat de mes recherches.

Voici, avant tout, pour ceux à qui ces détails seraient inconnus, quelques mots sur l'origine de la mensuration et sur la manière de la pratiquer.

Je ne sais trop à qui on doit attribuer l'invention de cette méthode; ce fut, je crois, Laënnec qui en donna l'idée, lorsqu'en 1819 il publia, dans la première édition de son ouvrage, sa découverte du rétrécissement de la poitrine à la suite de la pleurésie (1).

Dans l'intervalle de cette première édition à la seconde, quelques médecins se mirent à mesurer la poitrine, soit dans les cas de rétrécissement, soit aussi, et plus souvent, pour apprécier la dilatation présumée du thorax, dans les épanchemens liquides ou gazeux.

Laënnec crut devoir donner son jugement sur cette méthode, et voici comment il s'exprima dans sa seconde édition : « La mensuration comparative des deux côtés du thorax, faite à l'aide d'un ruban ou d'un cordon, pour juger si l'un d'eux est dilaté ou rétréci, ne m'a jamais paru donner aucun résultat bien utile. Un demi-pouce de différence dans la circonférence des deux côtés du thorax, mesurés de l'épine dorsale à l'appendice xiphoïde, est très sensible à l'œil; et quand la différence est moindre, on

(1) Je ne voudrais point affirmer que la mensuration n'a pas été connue plus anciennement. Je ne trouve rien sur ce point dans nos principaux répertoires. Ceci n'est point un travail historique : il me suffit de donner au lecteur quelques renseignemens dont je garantis l'exactitude à partir de Laënnec.

Feuilleton.

LE MICROSCOPE.

PROPHÉTIE MÉDICALE.

J'avais l'œil imperturbablement fixé sur un microscope, cherchant quelque chose qui n'eût pas encore été dit : ce que je voyais, je vous le dirai plus tard. Je levai les yeux pour prendre des notes, quand j'aperçus à mes côtés un vieillard, ancien médecin, qui semblait me regarder avec inquiétude et douleur. Il rompit le silence et me dit : « Mon jeune ami, l'avenir de notre belle science m'apparaît sous de sombres couleurs. Si je lis bien dans cet avenir, la médecine sera par la suite toute nourrie de subtilités : cet instrument, ajouta-t-il, en montrant du doigt mon microscope, exercera une fâcheuse influence sur la destinée de notre art. Déjà on se lasse des dissections grossières; l'anatomie, telle qu'on l'étudie encore, ne nous offre plus que des objets trop visibles, trop palpables : notre imagination se lasse du matériel; il faut de l'inconnu, de l'insaisissable, du merveilleux pour occuper cette activité cérébrale qui dévore notre siècle. C'est pourquoi il arrivera bientôt, et vous le verrez peut-être, que l'anatomie microscopique sera poursuivie avec ardeur par les capacités médicales : on découvrira un monde dans une fibre; ce monde aura ses lois, ses habitudes, sa physiologie et sa pathologie. Vous découvrirez qu'une fibre musculaire peut être paralysée seule, isolément; vous disséquerez le filet nerveux qui lui donne la contractilité, et vous chercherez à guérir cette infiniment petite paralysie, en appliquant, selon une méthode infiniment délicate, une infiniment petite dose d'un excitant quelconque sur ce filet nerveux d'une excessive ténuité. Le grand tort de l'homœopathie, c'est d'être venue trop tôt; car, un temps viendra où la découverte de lésions imperceptibles amènera dans le domaine de la thérapeutique l'usage des doses infinitésimales. La lésion d'un filet nerveux gros comme la millième partie d'un cheveu sera traitée avec un cent millionième de grain d'une substance appropriée.

» Les liquides, et c'est surtout par là que la marche commence, seront soumis à des recherches multipliées. Voyez comment l'examen du sang dans le choléra a influé sur le traitement dans certains lieux : et maintenant, supposez qu'on connaisse la composition intime de ce liquide; qu'on ait isolé, étudié chaque molécule; qu'on ait noté les moindres altérations qui peuvent survenir dans sa composition, et dites-moi si la médecine ne sera pas renversée de fond en comble. L'obstruction des capillaires amènera un instrument propre à les désobstruer; on parviendra peut-être à faire des injections médicamenteuses par les pores de l'enveloppe tégumentaire, et l'art s'exercera d'une manière infiniment plus déliée que chez les Lilliputiens. Vous aurez des cancers gros comme la pointe d'une aiguille; vous trouverez des tubercules dans les parois d'une cel-

ne peut compter assez sur l'exactitude de la mensuration pour sortir du doute que laisse la simple inspection. On sent en effet que la difficulté de tenir le ruban d'une manière égale, de le diriger exactement à la même hauteur, de comprimer uniformément des muscles quelquefois inégaux en épaisseur, peut faire varier la mesure de quelques lignes. »

La pratique de Laënnec était conforme à ce qu'on vient de lire. Il mesurait rarement la poitrine sur le vivant; le plus souvent il se bornait à constater par l'inspection la différence de volume des deux côtés. Dans les autopsies, Laënnec faisait un usage plus habituel de la mensuration. Encore n'était-ce pas constamment, comme on peu s'en convaincre en lisant ses observations. Presque toujours il se borne à indiquer d'une manière générale que le côté malade est dilaté ou rétréci. (*V.* t. II de la 2[e] édit., p. 167, 175, 181.)

C'est que la dilatation ou le rétrécissement n'était pour lui qu'une question d'anatomie pathologique. Les lésions qui peuvent y donner lieu l'occupaient exclusivement, et, avec la sagacité qu'on lui connait, il signala successivement toutes ces lésions, savoir les épanchemens pleurétiques et le pneumo-thorax, qui produisent la dilatation; la pleurésie guérie, les cavernes ou les abcès cicatrisés, qui occasionnent le rétrécissement. Il est juste de renvoyer à Bayle, à qui Laennec en fait hommage, la découverte du rétrécissement à la suite des cavernes. (V. Laënnec, 2[e] édit., t. II, p. 139, 156, 164, 258.)

C'est là que Laënnec avait laissé la science relativement à la mensuration. Après lui, on voulut faire mieux. On chercha, dans la mensuration, un auxiliaire à la percussion et à l'auscultation, et on l'appliqua, concurremment avec ces deux méthodes, au diagnostic des maladies de la poitrine. Dès-lors, le vague ne pouvait plus suffire, il fallait des chiffres, et, pour arriver à cette précision, on fit construire des instrumens.

Le but était d'apprécier séparément le volume des deux côtés de la poitrine, le côté sain devant servir de terme de comparaison, et en quelque sorte d'échelle, relativement au côté malade. Après avoir employé un simple ruban ou une ficelle, on imagina un ruban imprimé, sur lequel étaient figurés des pieds, pouces et lignes, et qui s'enroulait autour d'un axe, pour plus de commodité. Cet instrument ne servait qu'à mesurer la circonférence extérieure de la poitrine, de l'épine dorsale à l'appendice xiphoïde ou au milieu du sternum; et c'est à quoi se bornaient le plus grand nombre des médecins.

M. le professeur Chomel ne s'en tint pas là. Il pensa qu'il serait utile de mesurer la poitrine d'avant en arrière, et de comparer entre eux les diamètres antéro-postérieurs de chaque côté. Il se fondait sur cette idée, que le diamètre antéro-postérieur de la poitrine peut augmenter (probablement par suite de l'écartement du sternum d'avec la colonne vertébrale), et la capacité intérieure s'accroître, sans que la circonférence varie; et il le prouvait par un principe de mathématiques, savoir que, *dans une cavité semi-ellipsoïde ou à peu près, tel que l'est chaque côté de la poitrine, la capacité intérieure s'accroît, la circonférence restant la même, à mesure que la corde de la demi-ellipse (dans le cas présent, le diamètre antéro-postérieur) devient plus longue, et que la figure se rapproche du demi-cercle, l'inverse a lieu à mesure que la corde diminue;* et, par conséquent, il y a diminution dans la capacité de la poitrine, quand le diamètre antéro-postérieur est moindre.

D'après ces idées, M. Chomel fit construire, en acier, un instrument analogue au podomètre ordinaire des cordonniers, si ce n'est que les branches sont beaucoup plus longues, afin qu'elles puissent embrasser la poitrine d'avant en arrière. Des divisions, tracées sur la tige, donnent l'épaisseur de la poitrine, ou, si l'on veut, le diamètre antéro-postérieur, indiqué par l'écartement des branches. Cet instrument est, je crois, le seul qui ait été construit; et c'est celui là même qui m'a servi pour mes recherches, M. Chomel ayant eu l'obligeance de me le confier.

Il y eut, dès-lors, deux espèces de mensuration : la *mensuration circulaire* et la *mensuration d'avant en arrière, ou antéro-postérieure.*

Un grand nombre de poitrines fut ainsi mesuré dans les diverses affections indiquées ci-dessus, principalement dans la pleurésie et dans le pneumo-thorax; et l'on constata fréquemment, entre le côté malade et le côté sain, des différences notables. Plusieurs de ces faits furent publiés, et j'en ai recueilli moi-même quelques-uns, qui ne sont pas des moins curieux.

Ces faits étaient restés isolés. Il me sembla qu'il serait bon de les recueillir, de les comparer, et d'en déduire des résultats généraux. Une réflexion m'arrêta au moment où j'allais entreprendre ce travail.

Je me demandai si les différences que nous trouvions entre les deux côtés de la poitrine étaient bien le résultat de la maladie ; si, dans l'état normal, il n'y avait pas une différence de volume entre les deux côtés?

Dans nos mensurations, nous partions de cette idée, généralement admise, que le côté droit est ordinairement un peu plus fort que le côté gauche. Cette idée était-elle exacte? Et, en l'admettant, quel était l'excédant du côté droit sur le gauche? Ces questions devaient être résolues avant qu'on pût tenir compte d'aucune différence indiquée par la mensuration.

Je feuilletai plusieurs ouvrages d'anatomie, et je ne trouvai rien de précis sur ce point, si ce n'est ce peu de mots, dans l'ouvrage de M. Hipp. Cloquet : « En général, la cavité pectorale est symétrique, c'est-à dire parfaitement semblable à droite et à gauche ; il arrive cependant quelquefois que l'un de ses côtés est plus vaste et plus fort que l'autre; quelquefois même qu'il forme une saillie remarquable, sans qu'on puisse attribuer ce phénomène à aucun vice de conformation, ni à aucune maladie. »

Je résolus de m'assurer par moi-même des dimensions relatives des deux côtés de la poitrine. Aidé de M. Pailloux, élève distingué de cette époque, qui pratique maintenant dans les environs de Dijon, je mesurai un certain nombre de poitrines dans les salles de la Charité, pendant la première quinzaine du mois de juillet 1830.

Je pris ces mesures sur des hommes; le développement du sein chez la femme rendant tout à la fois la mensuration moins facile et plus incertaine.

Mes recherches comprenaient pour chaque malade l'âge, la taille, l'état de la poitrine, dont je m'assurai soigneusement par tous les moyens connus, la mesure de la circonférence, et celle du diamètre antéro-postérieur de chaque côté, prise au niveau du mamelon.

Je place ci-après le tableau des sujets chez lesquels la poitrine était saine. Et je ne regardai comme sains, sous ce rapport, que ceux chez lesquels la percussion et l'auscultation ne décelaient aucune lésion, et qui n'accusaient aucune affection de poitrine, récente ou ancienne. J'écarte également de ce tableau tous ceux qui présentaient un vice de conformation, ou toute autre disposition qui pût faire varier les dimensions de la poitrine. Cette déduction faite, il me reste 92 sujets dont voici le tableau :

---

lule du tissu cellulaire, ou dans l'épaisseur d'une fibre osseuse. Vous découvrirez que les taches qu'on voit aux ongles de certaines personnes constituent une affection très considérable (eu égard aux infiniment petites qui seront inventées), et il n'y aura pas jusqu'au duvet des adolescens qui n'ait ses maladies particulières.

» Alors, le domaine de la science se trouvant considérablement élargi, les spécialités iront croissant de jour en jour; il y aura des médecins qui ne s'occuperont toute leur vie que de la connaissance exacte d'une portion large de quelques lignes. Il sera impossible de connaître tout, et les phénomènes de la machine humaine se localiseront dans des espaces très circonscrits qui, à eux seuls, constitueront l'horizon d'une science tout entière. Vous voyez dès aujourd'hui une foule de médecins faire des spécialités : que sera-ce après les recherches microscopiques? On connait maintenant plus de cent quatre-vingts maladies des yeux : ne voyez-vous pas qu'avec le microscope on peut les multiplier indéfiniment?

» Ce qu'on a fait pour l'étude de l'organographie en botanique sera fait en médecine : mais quelle plus grande immensité de faits ne compose pas la science de l'homme? Que de faits encore en dehors de la physiologie?

» Et, à supposer qu'on vienne à connaître toutes les choses matérielles jusque dans leurs plus petites particules, ceux qui viendront ensuite, ne trouvant plus d'études positives à faire, se jetteront à corps perdu dans l'abstrait, et constitueront la médecine sur des bases métaphysiques ou mystiques. Car, l'étude des parties intimes de la matière conduit nécessairement à ce résultat. C'est ce qui a fait que certains botanistes donnent une âme aux plantes : s'ils en sont déjà venus là, vous comprenez que quand leurs recherches auront atteint à peu près leur dernier degré, ils étudieront cette âme végétative, seule pâture alors qui puisse rassasier leur famélique intelligence.

»Voilà déjà de grands résultats de l'abus des recherches microscopiques. Bien entendu que le microscope sera modifié, perfectionné : tel qu'il est, il ne peut suffire à des études semblables à celles que je viens d'indiquer. Jusqu'à présent il a suffi; mais déjà aujourd'hui on commence à se plaindre, et on demande à grands cris que cet instrument fasse mieux voir, fasse plus voir. Ce résultat sera atteint, et la marche que je vous traçais tout à l'heure s'ensuivra.

» Bien entendu encore que les autres sciences ne resteront pas étrangères à ce mouvement : la chimie, la physique, qui, elles aussi, viendront au point de peser scrupuleusement un atôme, prêteront leurs lumières et leur secours. Peut-être parviendra-t-on à trouver des cristallisations dans les tissus organiques, et à les ramener à l'élément le plus simple de la cristallographie.

»Je vous ai dit que l'homœopathie était venue trop tôt : je puis en dire autant de l'humorisme. Si les humoristes avaient parfaitement connu les solides, on n'aurait pas renversé leur théorie ; mais ils ne connaissaient pas ce qu'il y a de plus matériel, de plus positif; il était naturel que ceux qui venaient après eux et s'adonnaient aux travaux anatomiques, attribuassent aux solides tout ce que leurs devanciers avaient attribué aux humeurs, d'autant plus que l'humorisme ne rendait un compte satisfaisant que d'un très petit nombre de phénomènes : et maintenant que les solides, dans l'étude desquels ils croyaient trouver la solution de tous les problèmes, ne donnent pas à leur tour la clé de toutes les difficultés, on revient à l'humorisme. On étudie les humeurs ou au moins les liquides, et on les soumet à l'investigation chimique et microscopique.

» Le magnétisme encore devance la science. Je vous ai fait voir comment la

MENSURATION DE LA POITRINE A L'ÉTAT NORMAL.

Numér.	Noms.	Age.	Taille.	Mensuration circulaire. Côté droit. Pieds.	Côté droit. Pouc.	Côté droit. Lignes.	Côté gauche. Pieds.	Côté gauche. Pouc.	Côté gauche. Lignes.	Mensuration antéro-postérieure. Côté droit. Pouc.	Côté droit. Lignes.	Côté gauche. Pouces.	Côté gauche. Lignes.
1	Lemas	38	5 p. 5 p. 1/2	1	5	6	1	5	5	8	5	8	4
2	Legros	32	5 5	1	4	5	1	4	5	8	9	8	6
3	Lafeuille	25	5 5	1	4	0	1	5	0	7	5	7	1
4	Lanchet	30	5 6	1	5	0	1	4	9	9	4	9	0
5	Joulin	24	5 0	1	5	6	1	2	0	7	11	7	5
6	Varin	29	Moyenne.	1	2	9	1	2	4	7	9	7	9
7	Henry	25	5 2 1/2	1	5	10	1	5	4	8	5	8	1 1/2
8	Gagnery	31	5 1	1	4	0	1	4	0	8	7	8	7
9	Pommier	25	Petite.	1	4	5	1	5	5	8	5 1/2	7	10
10	Gaze	29	5 4 l. 1/2	1	5	7	1	5	4	8	2	8	1
11	Smeiers	25	5 4	1	2	0	1	1	7	6	10	7	1
12	Blanc	26	Moyenne.	1	4	6	1	4	10	9	0	9	0
13	Kramitchi	40	Petite.	1	4	4	1	4	0	8	9 1/2	8	8 1/2
14	Mallot	20	5 5	1	2	8	1	2	7	7	9	7	8
15	Leclere	45	5 5	1	4	0	1	5	10	8	5	7	10
16	Legras	28	5 2	1	5	0	1	2	9	7	7	7	7
17	Guyot	26	4 11	1	4	6	1	4	9	9	7	10	0
18	Piraut	55	5 1 1/2	1	5	0	1	5	0	7	11	7	11
19	Emond	72	Petite.	1	5	0	1	2	8	7	9	7	8
20	Grégoire	19	5 5 1 1/2	1	5	9	1	2	8	8	1	7	6
21	Edus	45	4 11	1	2	11	1	2	11	8	1	8	0
22	Moreau	51	5 1	1	5	0	1	2	7	7	7	7	7
23	Croquet	21	Petite.	1	2	0	1	1	10	7	1	6	11
24	Quitton	26	5 1 7	1	5	7	1	2	9	7	7	7	7
25	Gressot	25	5 4	1	4	0	1	5	7	8	4 1/2	8	5
26	Caminade	24	5 5	1	2	9	1	5	0	7	6	7	7
27	Thomas	18	Petite.	1	4	5	1	5	6	8	4	8	5
28	Deroche	30	5 5	1	5	5	1	2	0	7	9	7	5 1/2
29	Depuot	15 1/2	Petite.	1	2	5	1	2	5	6	9 1/2	7	2 1/2
30	Fournier	45	5 6	1	4	0	1	5	6	9	5 1/2	9	2
31	Pettaret	23	Moyenne.	1	2	9	1	1	9	7	2	7	0
32	Vilain	27	id.	1	5	0	1	2	5	7	8 1/2	7	8 1/2
33	Baille	48	5 5	1	4	6	1	5	11	8	6	8	1
34	Meleai	30	4 10	1	5	2	1	5	0	7	6	7	4 1/2
35	Violin	21	Petite.	1	1	9	1	0	6	6	10	6	5
36	Mallot	31	5 1 9 l.	1	4	5	1	4	4	8	4	8	0
37	Legrain	53	5	1	5	6	1	5	5	8	0	8	0
38	Gagne	43	5 5	1	4	0	1	5	6	7	10	7	8
39	Morelle	42	5 1	1	4	5	1	5	6	8	5	8	0
40	Roux	61	5	1	5	0	1	2	6	8	2 1/2	8	1 1/2
41	Gendron	35	5 2	1	5	6	1	5	0	7	9	7	8 1/2
42	Cerf	22	5 1 7 l.	1	5	0	1	2	8	7	7	7	6
43	Gervais	32	5 1 10 l.	1	5	6	1	5	6	8	2 1/2	8	2 1/2
44	Dailly	20	5 1	1	2	6	1	1	8	7	4 1/2	6	9
45	Biron	25	5 4	1	5	6	1	5	6	7	6	7	6
46	Cholet	28	5 1 1/2	1	4	6	1	5	5	7	0	7	0
47	Brunot	39	Plus que moyenne.	1	5	5	1	2	9	7	7	7	4
48	Leveau	59	5 4	1	6	6	1	4	9	9	5	8	10 1/2
49	Lemoine	21	Moyenne.	1	2	10	1	2	6	8	2	8	2

médecine deviendrait métaphysique et mystique. Ce sera alors le véritable règne du magnétisme : les magnétiseurs reprendront chez nous le rôle antique des druides : la médecine sera alors une âme, une vie, une lueur insaisissable, ou, si vous aimez mieux, une pratique superstitieuse, tout sera immatériel, accessible seulement à l'intelligence; les magnétiseurs seront rois ou dieux; ils feront des merveilles, des miracles, et c'est ainsi que s'exercera notre art. Leurs paroles seront paroles infaillibles; ce sera l'argent affiné au creuset, épuré par sept fois.

» Et que deviendra l'humanité? La médecine exerce une influence immense sur les populations; elle a dans ses mains la destinée des peuples. Qu'en fera-t-elle de cette destinée? où mènera-t-elle le troupeau des humains? Et d'abord on étudiera et on cherchera à corriger toutes ces malignes influences qui nous entourent. Les saisons seront jugées, quant à leurs effets, sur le corps de l'homme; on les changera; on se fera des saisons de toutes pièces dans un appartement; on transportera des habitations, des villes entières sous des températures meilleures. L'alimentation sera soumise à des calculs mathématiques; on supputera combien il faut d'onces à tel individu pour le nourrir sainement; les heures de ses repas, la quantité qu'il devra manger chaque jour seront exactement fixées. Il viendra même un temps où les alimens, tels que nous les présente la nature, ne pourront plus nous nourrir sans danger. On leur reconnaîtra à tous quelque propriété malfaisante, quelque principe nuisible. Alors la chimie élaborera la matière de nos repas; il n'y aura plus d'autres offices que les laboratoires des chimistes; c'est de là que devront sortir, pesés par gros et par grain, tous les moyens à notre usage, sous peine de s'exposer à des maladies sans nombre.

» Et quand on aura découvert le mouvement perpétuel, on fabriquera des machines de toute espèce qui nous dispenseront de faire le moindre usage de nos membres. Car, vous sentez que du plus petit mouvement, il peut résulter une lésion quelconque; une contraction musculaire peut entraîner la rupture d'une fibre très déliée, et conduire à réclamer les secours de l'art perfectionné à l'aide du microscope. Mais nous aurons des mécaniques mues d'une manière incessante, qui nous mettront à l'abri de ces terribles accidens; elles feront tout ce que l'homme peut faire; elles le remplaceront dans tout et partout. N'a-t-on pas déjà annoncé tout récemment une invention de ce genre? Un mécanicien vient de fabriquer deux bras qui, adaptés aux deux moignons d'un individu, lui rendent tous les services qu'il aurait pu se rendre à lui-même, s'il n'eût été privé de ses membres. N'a-t-on pas annoncé aussi la fabrication d'une jambe qui marchait seule? Toutes ces découvertes voient le jour prématurément; le temps n'est pas encore venu où ces merveilles nous seront familières; mais il viendra, je n'en doute pas.

» Que diriez-vous si vous voyiez aujourd'hui quelques individus comme ils seront tous dans le temps de ces grands perfectionnemens? de ces hommes qui craindront mille et une congestions, s'ils ont le malheur ou l'imprudence de s'exposer à un rayon du soleil? qui fuiront devant l'influence d'un air chargé d'un centième d'humidité? qui ne transpireront que telle quantité par jour? qui appelleront un médecin pour un élancement fugitif, et qui se croiront gravement malades pour la plus légère égratignure?

» Il y aura plus encore : cette régularité, ces soins extraordinairement minutieux ne permettront plus d'assigner aux causes matérielles les maladies qu'on observera; on les attribuera à des agens mystérieux, à des êtres imaginaires, à des fantômes, à des esprits qu'on étudiera. Le sortilége remontera sur le trône

NUMÉR.	NOMS.	AGE.	PIEDS.	MENSURATION CIRCULAIRE.						MENSURATION ANTÉRO-POSTÉRIEURE.			
				CÔTÉ DROIT.			CÔTÉ GAUCHE.			CÔTÉ DROIT.		CÔTÉ GAUCHE.	
				Pieds.	Pouc.	Lignes.	Pieds.	Pouc.	Lignes.	Pouc.	Lignes.	Pouces.	Lignes.
50	Parmentier....	76	Moyenne.	1	3	0	1	2	6	7	7	7	7
51	Inard........	74	Id.	1	2	10	1	3	8	8	3	8	3 1/2
52	Laisné.......	36	5 7	1	1	2	1	1	11	6	5 1/2	7	1
53	Nicolas.......	69	5 1	1	6	0	1	5	8	9	5	9	4
54	Leprince......	37	Moyenne.	1	3	11	1	3	9	8	0	8	0
55	Sifrie........	30	5 5	1	2	11	1	2	5	7	3	7	2
56	Calinot.......	35	5 6	1	3	9	1	3	6	8	2	8	2
57	Chalou.......	21	5 6	1	3	0	1	2	3	7	6	7	7
58	Rolly........	22	Petite.	1	2	6	1	2	2	7	1	7	1
59	Pellié........	30	Id.	1	3	3	1	2	8	6	11	6	9
60	Guilliot......	33	5 4	1	4	6	1	3	3	8	10	8	10
61	Kerman	44	Moyenne.	1	3	0	1	3	0	7	3	7	6
62	Ticot-d'Auzon..	45	5 3	1	3	0	1	3	3	7	5 1/2	7	7 1/2
63	Renaud.......	72	5 1	1	3	10	1	2	6	8	5	8	4
64	Perochaux	24	5	1	3	3	1	3	1	8	1	8	0
65	Boisjean......	60	5 3	1	2	9	1	1	10	7	7	7	3
66	Tête.........	21	5 3	1	3	3	1	3	10	7	10	7	10
67	Levava-seur...	36	5 4 1/2	1	4	6	1	3	11	8	6	8	3
68	Belmont......	45	5 3 1/2	1	3	9	1	2	11	7	9	7	3
69	Marousse.....	22	5 2	1	4	9	1	4	6	8	4	8	1
70	Maisson......	48	5 9	1	6	0	1	5	9	9	7	9	4
71	Clément......	23	Petite.	1	2	6	1	3	3	6	10	6	10
72	Deville.......	32	Moyenne.	1	3	3	1	2	9	7	4	7	1
73	Gelotte.......	48	4 11	1	4	7	1	4	3	8	9	8	8
74	Louis........	23	Moyenne.	1	2	9	1	2	4	6	9	6	10
75	Doisy........	17	5 10 l.	1	3	0	1	2	6	7	9	7	6
76	Moreau.......	19	Moyenne.	1	2	10	1	2	11	7	2	7	4
77	Aigrot........	45	5	1	5	7	1	4	2	9	0	9	0
78	Maurau.......	27	Petite.	1	3	6	1	2	3	7	5	7	1
79	Desenfant.....	44	5	1	1	6	1	1	3	6	11	6	7
80	Charbonnier...	17	Petite.	1	1	0	1	0	10	6	11	6	10
81	Toqnoy.......	30	Moyenne.	1	4	10	1	4	3	8	3	8	3
82	Rouzet.......	32	5 2	1	2	9	1	1	9	8	0	7	9 1/2
83	Lecomte......	21	Petite.	1	2	9	1	2	7	6	9	6	4
84	Hémond......	27 1/2	5 1 5 1/2 l.	1	3	6	1	3	4	8	0	8	0
85	Delmas.......	28	5 3 9 l.	1	3	8	1	2	8	7	10 1/2	7	8 1/2
86	Voulet.......	45	5 1	1	4	0	1	4	0	8	5 1/2	8	4 1/2
87	Regnier......	16	4 6	1	1	1	1	0	4	6	10	6	7
88	Chaplain......	24	5 1	1	3	7	1	3	7	7	8 1/2	7	8 1/2
89	Scarp........	22	Moyenne.	1	3	3	1	2	6	6	9	6	8
90	Fleury.......	23 1/2	5 8	1	5	2	1	4	2	8	8 1/2	8	6 1/2
91	Mauduit......	29	5 3	1	4	3	1	4	0	8	7	8	4
92	Vuillet.......	29	5 3	1	2	7	1	2	10	7	0	7	1

Voici maintenant les résultats qu'on peut déduire de ce tableau 1° relativement à la mensuration circulaire :

Sur les 92 sujets, 71, ou à peu près les sept neuvièmes, avaient le côté droit plus volumineux que le gauche;

10, ou à peu près un neuvième, avaient les deux côtés inégaux;

11, ou un peu plus d'un neuvième, avaient le côté gauche plus volu- que le droit.

2° Relativement à la mensuration antéro-postérieure :

55, ou près de onze dix-huitièmes, avaient le côté droit plus volumineux que le gauche;

25, ou près de cinq dix-huitièmes, avaient les deux côtés égaux;

12, ou plus de deux dix-huitièmes, avaient le côté gauche plus volumineux que le droit.

De là je crois pouvoir tirer deux conclusions,

---

dont il a été dépossédé; la médecine deviendra superstitieuse comme au temps des prêtres; contre des choses immatérielles, on aura recours à des choses immatérielles aussi. Le *Petit Albert* redeviendra le *Codex medicamentarius*, le seul auquel il sera permis d'avoir confiance : heureux si nous pouvons échapper à la baguette des nécromans, aux philtres magiques, aux colliers merveilleux ; trop heureux si les médecins d'alors ne nous apparaissent pas comme autrefois les Morgane et les Obéron !

» Vous paraissez m'entendre avec incrédulité. Eh bien ! écoutez-moi : admettez un instant que moi aussi je me sois livré à des études microscopiques; supposez que j'aie perfectionné le microscope, modifié mon instrument de manière à voir mille choses que vous ne pouvez voir encore, puis examinons ensemble les découvertes que j'ai pu faire.

» Que penseriez-vous alors si je vous disais que j'ai pu étudier le virus vénérien molécule par molécule ? Que j'ai vu à la suite de l'administration du mercure les molécules malfaisantes neutralisées une à une par celles du métal ? Qu'en vertu de propriétés électriques différentes, les deux molécules antagonistes se sont réunies pour former un composé binaire qui n'a plus d'influence pernicieuse sur les tissus ? On en viendra pourtant à affirmer des choses semblables.

» Poursuivons l'examen de mes découvertes. J'ai vu dans l'épaisseur des tissus une multitude infinie de molécules de toutes formes et de toutes couleurs, s'arrangeant et se postant stratégiquement, si je puis m'exprimer ainsi. Il y en avait de resplendissantes comme la plus belle nacre; d'autres étaient safranées comme la brillante poussière de l'aile de certains papillons; elles étaient bronzées, argentées, pourprées, lisses comme un diamant, chatoyantes, ou bien couvertes d'aspérités qui produisaient les effets de lumière les plus surprenans, les plus inimaginables. Toutes ces molécules étaient rangées à leur place, semblables aux nombreux bataillons d'une armée, chacun avec son uniforme particulier, chacun ayant ses chefs plus brillans ou plus forts, et tout cela gradué comme dans un camp. Telles molécules brillantes montées sur d'autres rembrunies ressemblaient à des cuirassiers ou à des carabiniers en grande tenue; telles, avec des couleurs moins riches, ressemblaient à des régimens de fantassins. Tous ces bataillons formaient par leur arrangement des figures diverses : les uns, se touchant par leurs points extrêmes, formaient comme des bataillons carrés ou losangiques, la base probablement d'autant de cellules ; les autres, rangés par longues files comme les colonnes d'une armée qui défile, me parurent destinés à former des fibres de toutes sortes. Puis j'ai vu une effrayante collision, un tumulte, une agitation incroyables au milieu de toutes ces molécules. En effet, d'autres molécules s'élancèrent bientôt en colonnes serrées, comme des agresseurs, de l'extrémité d'une multitude de petits canaux, faisant irruption comme à travers les mille portes d'une immense ville entourée par l'ennemi. Elles culbutèrent rapidement les rangs qui leur barraient le chemin ; alors je ne pus apercevoir qu'une mêlée effroyable, une agitation tumultueuse, un mélange indicible de couleurs, comme des éclairs lancés çà et là par les plus brillantes qui paraissaient et disparaissaient subitement. Puis, un instant après, les rangs se rétablirent, et j'aperçus comme des fuyards, mais abîmés, souillés, moins beaux et moins brillans, qui s'écoulaient rapidement et disparaissaient à travers des ouvertures comme souterraines, mais rentrant probablement dans le torrent de la circulation.

» Parfois, j'ai vu aussi des molécules inconnues, autres que celles que j'observais habituellement, faire irruption soudaine au milieu des tissus et y consti-

1° Que, dans l'état normal, les proportions des deux côtés de la poitrine, mesurés circulairement, ou d'avant en arrière, varient chez les différens sujets, et qu'on ne peut regarder comme constante ni l'égalité des deux côtés, ni la prédominance d'un côté sur l'autre;

2° Que, dans l'état de maladie, l'un des deux côtés ne saurait servir de terme de comparaison relativement à l'autre.

Il semble d'après cela que la mensuration doit être abandonnée, puisqu'il n'existe pas de mesure fixe à laquelle on puisse comparer les dimensions observées. Mais il ne faut pas trop se hâter de tirer cette conclusion.

Il reste deux hypothèses favorables à la mensuration, savoir : le cas où les différences observées dans l'état de maladie, entre les deux côtés, dépasseraient notablement celles qu'on trouve chez l'homme sain.

En second lieu, celui où, sur une poitrine préalablement mesurée, les dimensions viendraient à changer dans le cours d'une maladie. Je parle de changemens qui auraient lieu par suite d'une lésion intérieure, indépendamment du plus ou moins d'embonpoint, ou de toute autre circonstance extérieure qui ferait varier les dimensions.

Nous allons discuter ces deux hypothèses; mais avant tout, pour que le lecteur soit à même de vérifier l'exactitude de ces données, voici les numéros des sujets qui m'ont présenté telle ou telle disposition de la poitrine. Il eût été plus clair sans doute d'en faire des catégories; mais il eût fallu pour cela multiplier les tableaux, les résultats de la mensuration circulaire ne s'accordant pas avec ceux de la mensuration antéro-postérieure.

1° Relativement à la mensuration circulaire,

Les deux côtés étaient égaux chez les sujets rangés sous les numéros suivans: 2, 8, 18, 21, 29, 43, 45, 61, 86, 88; total, 10 sujets.

Le côté gauche était plus volumineux que le droit chez les sujets, numéros 12, 17, 26, 51, 52, 60, 62, 66, 71, 76, 92; total, 11 sujets.

Chez tous les autres, formant un total de 71, le côté droit était plus volumineux que le gauche.

2° Relativement à la mensuration antéro-postérieure,

Les deux côtés étaient égaux chez les sujets numéros 6, 8, 12, 16, 18, 22, 24, 32, 37, 40, 43, 45, 46, 49, 50, 54, 56, 58, 60, 66, 71, 77, 81, 84, 88; total, 25 sujets.

Le côté gauche était plus volumineux que le droit chez les sujets numéros 11, 17, 26, 29, 51, 52, 57, 61, 62, 74, 76, 92; total, 12 sujets.

Chez tous les autres, formant un total de 55, le côté droit était plus volumineux que le gauche.

Si l'on est curieux de comparer les résultats des deux méthodes, on voit, comme on pouvait le prévoir, pour la différence numérique des catégories que ces résultats ne s'accordent pas entre eux et ne peuvent conduire à aucune règle fixe.

Sur 10 sujets, chez lesquels le côté droit était égal au gauche circulairement, 5, savoir: les numéros 8, 18, 43, 45, 88, l'avaient égal au gauche d'avant en arrière; 3, savoir: les numéros 2, 21, 86, l'avaient plus petit; 2, savoir: les numéros 29, 61 l'avaient plus gros.

Sur 11 sujets, chez lesquels le côté droit était plus petit que le gauche circulairement, 7, savoir: les numéros 17, 26, 51, 52, 62, 76, 92 l'avaient plus petit d'avant en arrière; 4, savoir: les numéros 12, 60, 66, 71 l'avaient égal.

Je ne pousse pas plus loin cette comparaison, qui ne jette aucune lumière sur la question. Je laisse de côté, par la même raison, les observations relatives aux variations de la poitrine, suivant l'âge et suivant la taille des sujets, deux points d'ailleurs sur lesquels je n'ai rien trouvé de bien fixe.

Enfin si l'on désire tirer de tous ces chiffres une notion générale relativement aux dimensions de la poitrine chez l'homme adulte (1), on obtient les moyennes ci-après, auxquelles je suis arrivé en additionnant chaque colonne et en divisant le total par 92, nombre des sujets observés.

La circonférence du côté droit, mesurée de l'épine dorsale au milieu du sternum, à la hauteur du mamelon, est de.	1 pied	3 pouces	6 lignes;
(2) du côté gauche, est de	1	3	0
Différence. . .	0	0	6
Le diamètre antéro-postérieur du côté droit, mesuré au niveau du mamelon, est de		7 pouces	11 lignes 1/2;
du côté gauche, est de.		7	5 1/2.
Différence. . .		0	6

Ces mesures, comme toutes les moyennes, ne sont que des à peu près dont on peut tenir compte en anatomie et en physiologie, mais qui ne sont point un guide assez sûr pour la pathologie. On serait loin de compte si l'on partait de là. Il suffira, pour s'en convaincre, d'un simple coup d'œil sur le tableau, où l'on trouvera des quantités qui diffèrent énormément de ces moyennes. Ceci nous ramène à la question principale.

Des faits que nous avons exposés sans doute il ne faudra rien conclure contre la mensuration dans les deux hypothèses indiquées, savoir :

1° Si les différences observées entre les deux côtés dans l'état de maladie excèdent notablement celles qu'on trouve dans l'état normal;

2° Si on a mesuré la poitrine à une époque donnée, et qu'on constate plus tard une différence dans les proportions des deux côtés.

Relativement au premier point, d'après le tableau précédent, la mensuration circulaire dans l'état normal donne quelquefois, comme excédant du côté droit sur le côté gauche, des différences de 1 pouce. Exemples: les numéros 82, 85, 90; quelquefois 15 lignes, comme chez le numéro 78; une fois même, chez le numéro 48, nous trouvons une différence de 21 lignes en plus du côté droit.

La différence en moins du côté droit, relativement au gauche, ou, ce qui revient au même, la différence en plus du côté gauche, est beaucoup moindre. Cependant, elle s'élève quelquefois à 11 lignes, comme chez le numéro 60.

Or, je ne crains pas de l'affirmer, en invoquant le témoignage de tous ceux qui ont pratiqué la mensuration, les différences qu'on observe chez

(1) Il y a, dans le tableau, quelques sujets au-dessous de 20 ans, aucun au-dessous de 25; le nombre des premiers est fort petit, et n'a pas pu faire varier notablement les résultats.

(2) Ces deux dimensions réunies donnent, pour la circonférence totale de la poitrine, 2 pieds, 6 pouces, 6 lignes, mesure qu'on peut obtenir, pour tous les sujets du tableau ci-dessus, en additionnant les six colonnes relatives à la mensuration circulaire.

---

tuer des maladies. J'ai vu la molécule inflammatoire (car il y a une molécule inflammatoire); j'ai connu ses caractères et son mode d'action; j'ai vu celle qui produit le cancer; j'ai examiné celles qui produisent toutes les dégénérescences possibles, et j'ai pu comprendre les mystères les plus cachés de la pathogénie. J'ai étudié toutes les transformations qu'elles pouvaient subir, leur mode d'accroissement, et tout ce qui se rattache à des phénomènes encore entièrement inconnus. J'ai découvert des animalcules infiniment variés dans les maladies de la peau, les uns labourant les tissus ou se nichant dans leur épaisseur, les autres suçant, léchant, courant de tous côtés et produisant des désordres variés.

« Puis j'ai voulu connaître les forces qui mouvaient tous ces êtres, toutes ces particules, les forces occultes qui présidaient à tous ces changemens, à toutes ces mutations si incompréhensibles; j'ai cherché à trouver des lois à ce monde mu perpétuellement. J'ai erré dans les routes obscures de la métaphysique; j'ai suivi aveuglément les lueurs trompeuses du mysticisme; je me suis cramponné à toutes les explications les plus bizarres et les plus invraisemblables, et je suis arrivé au doute, au doute dont la lampe est sans clarté, à qui l'incrédulité tend chaque jour une main plus amie. Enfin, j'ai vu que, malgré tout ce que j'avais découvert, je ne savais rien.

» Voilà où nous mèneront le microscope et ses auxiliaires. Et enfin que deviendra notre art? Que deviendra la société? Que deviendront toutes les sciences? Quelque peuple barbare échappé aux progrès de l'esprit humain viendra fondre sur les nations civilisées le fer d'une main, le feu de l'autre, exterminant les savans et brûlant les bibliothèques. Le vent emportera la cendre de nos livres, notre science sera anéantie, et les descendans recommenceront sur de nouveaux frais. C'est ainsi que nous marchons. »

Je fus tout étourdi de ce discours : il me semblait voir Bernardin de Saint-Pierre me racontant ses fantastiques rêveries. J'écrivis à la hâte les pensées originales de mon docteur misantrope, et puis, malgré cette verte leçon, je repris mon microscope avec plus d'amour que jamais. Je vous transcris ce bizarre discours tel que je l'ai entendu, et

Je rappelle au lecteur qu'ici comme là-bas,
C'est mon héros qui parle; et je mourrais de honte,
S'il croyait un instant que ce que je raconte
Ici plus que jamais ne me révolte pas.

O. C.

— M. le doyen de la Faculté de médecine de Paris croit devoir rappeler à MM. les docteurs en médecine et en chirurgie qui auraient intention de concourir pour l'agrégation, que les registres d'inscription pour les trois sections (médecine, chirurgie et sciences accessoires) seront clos le samedi 3 mars au soir.

les malades, d'un côté à l'autre, et qu'on regarde comme indiquant le rétrécissement ou la dilatation, sont habituellement inférieures, ou *tout au plus* égales à celles-là. C'est généralement d'un demi-pouce, d'un pouce de différence, ou un peu plus, dans la circonférence des deux côtés, qu'il s'agit dans Laënnec. « Si on le mesure (le côté malade) avec un cordon, on trouve souvent plus d'un pouce de différence entre son contour et celui du côté sain. » (t. II, p. 156.) C'est la plus grande différence indiquée par Laënnec, quand il parle d'une manière générale. S'il en note de plus fortes dans quelques observations, par exemple à la page 175 du tome deuxième (2e édit.), il est facile de voir, par le vague de ses expressions (« le côté gauche de la poitrine était d'un tiers plus petit que le droit »), qu'il n'a point mesuré. Et il faut d'ailleurs se rappeler, relativement à ces différences estimées à l'œil, ce que Laënnec dit à la page 157 du même volume, et dont on vérifie tous les jours la justesse : « La différence des deux côtés est si frappante, qu'au premier coup-d'œil on la croirait beaucoup plus grande qu'on ne la trouve en mesurant. »

Voilà pour ce qui est habituel. Si l'on veut nous tenir compte des faits exceptionnels, j'en possède un qui sort de la règle que je viens d'établir. Il s'agit d'un malade arrivé au soixantième jour d'un épanchement pleurétique, dont la plus grande partie était résorbée; chez lequel je trouve entre le côté gauche (côté malade et rétréci), et le côté droit (côté sain), l'énorme différence de deux pouces 4 lignes, qui l'emporte de 7 lignes sur la plus grande différence que j'aie trouvée dans l'état sain (21 lignes).

Voici les mesures, et je donne en même temps celles du diametre antéro-postérieur :

Circonférence du côté droit.	1 pied	3 pouces	9 lignes
— du côté gauche	1	1	5
Différence	0	2	4
Diamètre antéro-postérieur du côté droit		7 p.	4 l. 1/2
— du côté gauche		6	11
Différence		0	5 1/2

C'était un malade nommé Marchant, âgé de 25 ans, couché le 16 juillet 1830, au numéro 18 de la salle St-Charles.

Puis j'en trouve deux autres : l'un affecté de pleurésie chronique du côté droit (dilaté?) avec épanchement; l'autre de tubercules ramollis, situés au côté gauche (rétréci?), chez lesquels le côté droit présente une différence en plus de 16 lignes; différence qui ne l'emporte que d'une ligne sur celle que nous avons notée chez le numéro 78, et qui est inférieure de 5 lignes à celle qu'offrait le numéro 48. (V. le tableau.)

En admettant toutefois qu'on tienne compte de ces deux faits, cela fait trois cas en tout, dans lesquels la différence d'un côté à l'autre s'écarte plus ou moins de ce qu'on observe dans l'état normal. Ces trois cas sont pris sur une masse de 36 sujets, chez lesquels j'ai mesuré des poitrines malades ou mal conformées (1).

Que le lecteur apprécie cette proportion, qu'il se rappelle les cas tels qu'ils sont, et je crois qu'infailliblement il conclura avec moi : 1° que, dans le plus grand nombre des cas, il n'est pas possible d'affirmer qu'il y a dilatation ou rétrécissement de la poitrine, la différence d'un côté à l'autre n'étant pas plus considérable que celle qu'on observe quelquefois dans l'état normal.

2° Que, même dans les cas exceptionnels, où cette différence est plus considérable, en admettant qu'il y ait dilatation ou rétrécissement, on ne saurait en apprécier le degré; cette différence se composant de deux quantités, l'une qui résulte de l'altération des dimensions produite par la maladie; l'autre qui peut provenir de l'état normal, et qui est indéterminée.

Les résultats sont à peu de chose près les mêmes pour la mensuration antéro-postérieure.

Chez les sujets sains dont le côté droit était plus volumineux d'un côté à l'autre que le gauche, la plus grande différence est de 8 lignes, ainsi qu'on peut le voir chez le numéro 5; puis on trouve des différences de 7 lignes, comme chez les numéros 15 et 30; et chez beaucoup d'autres des différences de 6 et 5 lignes.

Chez ceux dont le côté gauche l'emportait sur le droit, la plus grande différence est de 7 lignes et demie, comme on en trouve un exemple dans le numéro 52; on trouve ensuite une différence de 6 lignes chez le numéro 61, et des différences de 5 lignes chez les numéros 17 et 29. Les autres sont beaucoup moindres.

Dans les mesures prises sur des malades, la plus grande différence que je trouve entre un côté et l'autre, est de 9 lignes. Je n'ai trouvé cette différence que chez un seul sujet sur 36, dans un cas très compliqué, un hydro-pneumo-thorax du côté gauche, observé sur une jeune femme, à la clinique de la Charité, dans le mois de juin 1830. Voici les dimensions de la poitrine.

Diamètre antéro-postérieur du côté gauche pris au-dessous de la mamelle		6 pouces	7 lignes.
Diamètre antéro-postérieur du côté droit		5	10
Différence		0	9
Circonférence du côté gauche, mesurée au-dessous de la mamelle	1 pied	1 pouce	0 lignes.
Circonférence du côté droit	1	0	6
Différence	0	0	6

C'est là encore un fait exceptionnel, comme les trois que j'ai cités plus haut, relativement à la mensuration circulaire; et l'on ne trouve qu'une ligne en plus quand on compare ces mesures aux dimensions de l'état normal. Dans la plupart des cas de rétrécissement ou de dilatation, la différence n'est que de 5 à 6 lignes, comme chez le nommé Marchant, cité plus haut (5 l. 1/2), et qui présentait une si énorme différence dans la circonférence des deux côtés. Or, ces différences de 5 à 6 lignes, nous venons de le voir, se rencontrent à chaque instant dans l'état naturel.

Ainsi, soit que nous comparions entre eux les cas extrêmes ou les cas habituels, nous ne trouvons pas de différence sensible entre les résultats fournis par la mensuration dans l'état de santé et dans la maladie: nous n'en trouvons pas même autant cette fois que dans les résultats de la mensuration circulaire; nous tirons donc, et avec plus de force encore, des conclusions identiques, savoir :

1° Que dans la plupart des cas la mensuration antéro-postérieure ne permet pas d'affirmer qu'il y a dilatation ou rétrécissement, la différence, entre les deux côtés n'étant pas plus considérable que celle qu'on observe quelquefois dans l'état normal.

2° Que, dans les cas exceptionnels, où cette différence est plus considérable, on ne saurait apprécier le degré du rétrécissement ou de la dilatation; la différence se composant de deux quantités, l'une qui résulte de l'altération des dimensions produite par la maladie; l'autre qui peut provenir de l'état normal et qui est indéterminée.

Dans toutes ces considérations, nous avons comparé en bloc les résultats de la mensuration, quelque fût le côté malade. Ces résultats, il est bon de le dire, ne sont pas exactement les mêmes dans les maladies des deux côtés; de même que, dans l'état de santé, le côté droit, quand il est le plus volumineux, présente généralement un excédant plus considérable (12, 15, 21 lignes) que le côté gauche, dans le cas inverse (11 lignes, v. plus haut), de même, dans l'état de maladie, c'est *généralement* à droite qu'on observe la dilatation, à gauche le rétrécissement *à un degré très prononcé*.

Ceci a trait plus spécialement à la mensuration circulaire; la différence en question ne s'observant pas, à un degré égal, dans les résultats de la mensuration antéro-postérieure; et c'est un fait dont on ne saurait guère tirer de conclusion. Il semble, au premier coup d'œil, devoir conduire à une règle fixe. On entrevoit que la maladie ne fait *en général* que modifier des différences préexistantes entre les deux côtés, mais c'est tout. Et comme ces différences naturelles, ou, ce qui revient au même, les proportions des deux côtés sont variables d'une part et de l'autre indéterminées (chaque côté pouvant offrir les proportions suivantes + = — ; à des degrés divers), il reste toujours impossible de faire la part de la maladie, ou, comme je l'ai dit plusieurs fois, d'apprécier le degré du rétrécissement ou de la dilatation.

J'arrive à la seconde hypothèse, savoir, au cas où, sur une poitrine préalablement mesurée, la proportion des deux côtés viendrait à changer dans le cours d'une maladie.

Cela c'est vu plusieurs fois; dans des maladies longues, on a mesuré à diverses époques, et l'on a constaté des changements. Ici il n'y a plus rien à dire; les différences signalées par la mensuration, quel que soit le procédé employé, doivent être acceptées comme des faits positifs et incontestables. On a, pour les contrôler, ce qui manquait aux autres observations faites sur des poitrines inconnues et non mesurées, savoir, une mesure fixe, à laquelle on peut comparer les dimensions nouvelles, modifiées par la maladie.

Il est bien entendu qu'on tient compte du plus au moins d'embonpoint, et des lésions extérieures qui pourraient faire varier les dimensions.

Soumettre l'observateur à ces conditions, c'est, je le sens, restreindre beaucoup l'usage de la mensuration; mais je ne vois de conclusion que les faits recueillis d'après cette méthode. On n'en a guère publié que je

(1) Je n'ai pas cru devoir joindre ici le tableau de ces 36 cas, qui sont fort disparates, et dont une partie seulement se rattache au sujet. Je donnerai en extrait à la fin de ce travail ce qu'ils offrent de plus curieux.

sache; et peut-être sera-ce une raison pour que j'en imprime un entre autres qui me semble fort intéressant, c'est l'histoire de la jeune femme citée plus haut, qu'on a traitée pendant quinze mois à l'hôpital de la Charité, dont on a mesuré la poitrine à diverses époques, et chez laquelle on a trouvé chaque fois des différences notables dans les dimensions du côté malade.

Je renvoie à la même époque quelques remarques de détail; car, si ce travail est minutieux et pénible pour moi, je crains qu'il ne fasse le même effet sur le lecteur. Je n'ajoute plus que quelques réflexions.

Je ne prétends pas révoquer en doute le rétrécissement ni la dilatation de la poitrine dans les cas signalés par les auteurs: ce serait nier l'évidence. J'ai vu beaucoup de faits de ce genre, et j'en ai même cité quelques-uns dans ce travail. Ce n'est pas seulement la poitrine, mais le crâne lui-même qui se dilate dans les épanchemens et se rétrécit quelquefois à la suite.

Je n'ai en vue qu'une seule chose, c'est d'apprécier le procédé en usage pour constater le rétrécissement ou la dilatation de la poitrine. On sait à quelles conclusions je suis arrivé.

Peut-être ne trouvera-t-on pas assez imposans les nombres sur lesquels je m'appuie. Il serait facile alors de poursuivre ces recherches. Convaincu, comme je l'étais, du peu d'utilité de la mensuration, dans la plupart des cas, j'avoue que je n'ai pas eu le courage d'aller plus loin (1).

Si l'on voulait vérifier mes observations, il faudrait nécessairement employer les deux méthodes. Dans toute autre occasion et notamment dans les conditions où la mensuration me semble exclusivement admissible, je conseillerais de préférence la mensuration antéro-postérieure, quoiqu'elle exige l'embarras d'un instrument. La mensuration circulaire, lors même qu'on est aidé par une autre personne, présente quelques difficultés (*v.* au commencement le passage emprunté à Laennec); et, comme elle ne peut se pratiquer que sur la poitrine nue, elle a de grands inconvéniens pour le malade. La mensuration d'avant en arrière est beaucoup plus facile, et on peut, sans qu'il en résulte aucune erreur, la pratiquer sur une poitrine couverte d'un vêtement. On tiendrait compte alors de l'épaisseur du vêtement, ou même on le négligerait, si c'était toujours le même. Les différences signalées par ce procédé sont moindres, il est vrai; mais qu'importe une différence de quatre ou cinq lignes dans le diamètre antéro-postérieur est tout aussi valable qu'une différence double ou triple dans la circonférence.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

NOTE SUR DES APPAREILS A FRACTURES, employés par les Arabes de nos possessions d'Afrique; par le docteur SÉDILLOT, professeur au Val-de-Grâce.

J'ai présenté il y a peu de jours à l'Académie royale de médecine un appareil à fracture employé par les Arabes, que j'ai rapporté de Constantine lors de notre dernière expédition.

Cet appareil m'a paru fort curieux par la précision avec laquelle il remplit les plus importantes indications des fractures compliquées, et par l'extrême simplicité de sa composition, qui nous rappelle les premiers temps de la civilisation, car l'emploi de la peau des animaux, grossièrement préparée, et le cordage de la laine des troupeaux a dû marquer l'enfance de l'industrie humaine, surtout chez des peuples pasteurs, comme les Arabes de nos terres d'Afrique.

Il m'a semblé exister un contraste frappant entre l'habileté avec laquelle le but est rempli et les idées pour ainsi dire d'instinct qui y ont conduit, puisqu'à l'époque où un semblable bandage a été primitivement construit, il n'existait probablement pas de corps de science. Aussi en cela, comme en beaucoup d'autres choses, nous voyons l'instinct arriver en ligne droite et sans tâtonnement aux résultats les plus vrais et les plus sûrs, et ce n'est que beaucoup plus tard que la science, après mille détours et mille erreurs, parvient au même point pour les confirmer. Je suis loin toutefois de donner à cette hypothèse, si souvent débattue, plus de valeur qu'elle n'en mérite; mais elle ne manque pas de vérité dans le cas qui va nous occuper, à moins que l'on ne conteste l'ancienneté de l'appareil, ce qui serait matière à une autre discussion.

La femme d'un des habitans de Constantine, ayant eu le bras gauche brisé par l'éclat d'une de nos bombes, fut abandonnée par les médecins arabes qui la soignaient lors de la prise de la ville, et je fus prié de la part du gouverneur, par le capitaine d'état-major D., de suivre le traitement de cette malade.

Une large perte de substance existait au côté externe du milieu du bras et laissait apercevoir l'extrémité de fragmens osseux, nécrosés dans une petite étendue, le membre reposait sur des coussins, et la fracture était maintenue réduite par l'appareil suivant:

Treize planchettes de palmier de neuf pouces environ de longueur sur huit lignes de largeur, convexe sur une de leurs faces, plane sur l'autre et épaisse de deux à trois lignes, avaient été assujéties par leur face plane et à des intervalles égaux de trois à quatre lignes sur un morceau de peau de mouton, dont les bords, reployés sur les extrémités des attelles, servaient à les fixer par quelques points de suture. Dans l'espace qui séparait la première attelle de la seconde, on avait pratiqué trois ouvertures destinées à recevoir trois lanières de deux pouces de long, qui avaient été taillées aux dépens de la peau qui dépassait la treizième attelle: ces lanières introduites dans les ouvertures correspondantes servaient à serrer l'appareil autour du membre, à la manière de bandages unissans, et on les fixait, en les traversant d'une petite cheville de bois, plus longue que l'intervalle des attelles sur lesquelles elles reposait. Ce moyen eût difficilement donné à l'appareil un degré de constriction suffisant, et on y avait suppléé, en y ajoutant trois cordons de laine lâchement noués, pour pouvoir les tordre avec trois petits bâtonnets de roseau creux qui remplissaient l'office de tourniquets et pouvaient serrer l'appareil avec toute la force convenable; pour les maintenir, on passait dans leur intérieur une aiguille de bois et rien de plus aisé que de diminuer ou d'augmenter à volonté d'un ou de trois cordons sans imprimer la moindre secousse au membre.

Ainsi composé, cet appareil eût été parfaitement applicable à une fracture simple; mais ici la plaie présentait une grave complication, et pour la panser, juger de la situation des fragmens et favoriser l'écoulement du pus, on avait enlevé une portion de deux attelles et de la peau qui les recouvrait, et on avait ainsi pratiqué à l'appareil une perte de substance un peu moins grande que celle subie par le bras; il y avait là par conséquent un véritable bandage inamovible d'un usage facile, et offrant le même résultat que celui en plâtre de M. Dieffenbach qui assurait l'immobilité du membre, tout en laissant la plaie à découvert, par la soustraction du plâtre correspondant, ou que celui de M. Seutin qui enlève à coups de ciseaux un morceau de son bandage amidonné. M. Larrey reprocherait certainement à cette méthode de ne pas comprendre la plaie dans l'appareil, puisqu'il a posé en principe qu'on prévient ainsi la suppuration, ou au moins qu'on la diminue en hâtant la cicatrisation; mais c'est là un progrès scientifique, encore, il est vrai, contesté par plusieurs personnes, et l'observation que je rapporte peut servir à prouver que les Arabes ne l'ont pas connu.

Si l'on accuse notre confrère arabe de Constantine de ne pas avoir prévenu, par un bandage compressif, l'engorgement de tout le membre, nous dirons que la position y avait remédié; la malade remuait très bien les doigts qui n'étaient que médiocrement engourdis, et d'ailleurs l'emploi des bandes d'étoffe de fil ou de laine est bien postérieur sans doute à l'époque où notre appareil a été inventé, et il paraîtrait en ceci, comme en beaucoup d'autres choses, que les Arabes actuels, oubliant leurs belles années de civilisation, sont complètement revenus aux habitudes primitives de leur vie nomade, et n'ont rien voulu conserver de la splendeur dont ils ont un moment brillé dans la carrière des arts et des sciences.

Quoi qu'il en soit, nous devons remarquer que, tel qu'il est, ce bandage remplit parfaitement les principales indications des fractures compliquées de plaie; les fragmens sont maintenus immobiles sans empêcher le pansement de la blessure, l'extraction des aiguilles et l'application des substances médicamenteuses; le membre soumis à une compression uniforme, variable à volonté, sans secousses et sans le moindre ébranlement des parties malades; et en y ajoutant l'emploi de la bande roulée, on le rendrait, je crois, presque aussi avantageux qu'aucun de ceux qui sont employés parmi nous aujourd'hui.

J'ai sous les yeux une lettre du docteur Rodichon, dans laquelle est décrit un autre mode d'appareil à fracture également en usage parmi les Arabes. Ce médecin n'en a pas vu faire l'application; ce qui laisse peut-être quelque chose à désirer, comme nous le ferons remarquer; en voici les principales dispositions:

(1) M. le docteur Woillez vient de remplir le vœu de M. Corbin. Nous avons annoncé récemment un ouvrage *sur la mensuration de la poitrine*, dans lequel M. Woillez a poursuivi, avec beaucoup de développement, les recherches de M. Corbin. Nous croyons devoir déclarer, pour éloigner toute idée d'emprunt (ce que la date des observations préviendrait d'ailleurs), que le travail de M. Corbin était entre nos mains depuis longtemps lorsqu'a paru le livre de M. Woillez. Il sera curieux de comparer les conclusions auxquelles les deux auteurs sont arrivés chacun de leur côté. (*Note du rédact.*)

Un morceau de cuir, épais, résistant et proportionné aux dimensions du membre fracturé, est percé à des distances égales d'une suite de boutonnières représentant une série d'ouvertures placées en colonne les unes au-dessous des autres. Huit ou douze rangées de trous sont ainsi pratiqués selon que le cuir est plus ou moins large, de manière à lui donner l'apparence d'une compresse régulièrement fenêtrée.

Dans chaque rangée de boutonnières, on passe en guise d'attelles des lames de roseau, de saule, de peuplier, ou de tout autre bois facile à polir, et l'on forme ainsi un bandage résistant composé d'une seule pièce et généralement plus long de quelques pouces que le membre lésé et assez large pour l'emboiter complètement. On le maintient sur la fracture au moyen de tours de bande.

Lorsqu'on veut donner issue au pus, laver la plaie, enlever les esquilles d'os, examiner les progrès du cal, on n'a pas besoin de défaire l'appareil, il suffit de retirer une ou deux attelles, et par les boutonnières qui se trouvent libres, on peut faire sortir le pus, les esquilles et observer la blessure; on remet ensuite les attelles en place et rien ne se trouve dérangé.

Quand les médecins arabes appliquent ce bandage dont ils se servent pour les membres supérieurs et inférieurs, ils rendent la pression plus douce et plus uniforme, en garnissant les membres de mousse; ils en font en outre un appareil inamovible en le recouvrant d'une couche de terre glaise qui acquiert en se desséchant la solidité du plâtre.

Des objections assez nombreuses peuvent être adressées à ce bandage qui me paraît loin de valoir le premier que nous avons décrit dans le cas de fractures compliquées de plaie. Mais je ne sais si les reproches qu'il soulève sont réellement mérités par les Arabes ou par M. Rodichon, qui, n'ayant pas vu employer l'appareil, a pu mettre quelques suppositions à la place des faits, ou aura été abusé par le rapport du reboûteur arabe qui lui transmettait des renseignemens.

Ainsi, dans le plus grand nombre des cas, il est impossible qu'un semblable appareil puisse dépasser de quelques pouces le membre fracturé; c'est une conséquence nécessaire des renflemens articulaires, ou de la direction et de l'élargissement des segmens de membres continus, tels que la main et le pied pour l'avant-bras et la jambe.

De simples tours de bande maintiendraient très mal un tel appareil, et si l'on avait affaire à une fracture compliquée de plaie, on ne pourrait le mettre à découvert par la seule soustraction des attelles, puisque la bande empêcherait de rien observer, et si la bande était enlevée, l'appareil ne serait plus soutenu et se trouverait défait. Toutefois, malgré ces objections qui pourraient être multipliées, le placement des attelles multiples que présente ce bandage est une disposition ingénieuse dont on pourrait tirer parti dans quelques circonstances, et elle méritait certainement d'être signalée.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

LETTRE SUR QUELQUES POINTS DE L'HISTOIRE DE LA MÉDECINE; par M. KUHNHOLTZ, professeur-agrégé et bibliothécaire de la Faculté de médecine de Montpellier, correspondant de l'Académie royale de médecine, etc.

Vous obligerez beaucoup un de vos confrères et abonnés si vous voulez bien donner place, dans votre excellent journal, à la lettre que j'ai l'honneur de vous adresser en ce jour.

Conformément au désir de M. Florent Cunier, vous avez publié (pages 827 et 828 de l'année 1837 de la GAZ. MÉD.) quelques reproches que me fait ce médecin belge, à l'occasion de mon *Cours d'histoire de la médecine et de bibliographie médicale* (imprimé en 1837, annoncé et analysé à la page 496 de la GAZ. MÉD. de cette même année); il était naturel dès lors de souhaiter que la réputation de cette critique dénuée de fondement, insérée aussi dans vos feuilles périodiques, passât à son tour entre les mains et sous les yeux des mêmes lecteurs.

J'ai fait d'ailleurs tout ce qui a dépendu de moi, pour que « n'ayant trouvé dans ma réponse que des renseignemens scientifiques utiles à la vérité, vous crussiez devoir l'accueillir. »

Dans une lettre sur le bandage amidonné de M. Seutin pour le traitement des fractures, après avoir regardé comme un progrès réel et très remarquable, en thérapeutique chirurgicale, l'idée qu'a eue ce médecin belge de substituer l'amidon au mélange employé par M. le baron Larrey, et surtout « le grand principe de la déambulation rendue possible et innocente, au moyen de son bandage, pendant toute la durée du traitement des fractures de cuisse et de jambe, » M. Cunier ajoute : « Ceux qui écrivent l'histoire de la médecine ne se croient pas obligés de parler de nous (Belges). Lisez le *Cours d'histoire de la médecine*, publié par M. Kühnholtz, de Montpellier, et vous verrez qu'en aucun lieu de son livre il ne parle de la Belgique; c'est comme si ce pays n'existait point sur la carte, c'est comme si ma patrie n'avait aucun titre à la reconnaissance des médecins; et pourtant elle a donné le jour à Jean de Saint-Amand, à Vésale, à Van Helmont, à Deleboë Sylvius, à Réga, à Palfyn, à Brisseau et à tant d'autres. »

I. Dans une vue d'ensemble, dans un précis rapide de l'histoire de la médecine, depuis les temps les plus reculés jusques à nos jours, précis auquel il ne m'avait été permis, d'après mon plan, de ne consacrer que quatre leçons seulement, aurais-je dû, quand bien même je l'eusse pu, faire des articles à part, pour signaler les progrès de la médecine en Belgique, à chacune des huit époques que j'avais choisies? Aurait-il fallu, en outre, subdiviser ce qui eût concerné la Belgique, à chaque époque, en six parties distinctes, afin de pouvoir rapporter les idées nouvelles à chacune des divisions de la science dans lesquelles j'avais jugé convenable d'examiner le progrès? Devais-je enfin avoir le soin de traiter la Belgique comme si, depuis Hippocrate jusqu'à nous, elle eût été constamment indépendante et constitutionnelle, ainsi qu'elle l'est aujourd'hui en quelque sorte depuis hier? Non, sans doute. Pourquoi ne pas exiger aussi que l'histoire des progrès de la médecine dans la Grande-Bretagne, par exemple, eût présenté d'une manière distincte les progrès de l'Angleterre proprement dite, ceux de l'Ecosse, de l'Irlande et du royaume de Hanovre, au lieu de signaler en masse les progrès de cette science, aux huit époques choisies, dans la Grande-Bretagne considérée comme comprenant les autres états ou provinces? Ce que j'avais à dire de la Belgique, avant sa séparation si récente d'avec la Hollande, à l'occasion d'un semblable travail, ne pouvait que se fondre principalement avec ce qui concernait les Pays-Bas.

Après, je suis forcé de le dire, c'est ne pas m'avoir lu, que me reprocher de n'avoir point cité comme je le devais, Vésale, Van Helmont, Deleboë, Palfyn, etc. Sous la rubrique *Pays-Bas*, il est question, dans mon précis historique, de Van Helmont, à la page 192, mais surtout depuis la page 195 jusqu'à la page 198; de Sylvius, encore à la page 192, mais surtout aux pages 198 et 199; de Palfyn à la page 207, etc.

Il est d'ailleurs une circonstance de mon plan qui pourrait bien n'avoir pas été suffisamment remarquée, c'est qu'il tend particulièrement à faire distinguer le véritable progrès de la science, c'est-à-dire l'acquisition de nouveaux dogmes, d'avec la modification des procédés, qui ne sont que le perfectionnement de l'art. On m'eût trouvé peut-être de plus en plus excusable, si l'on eût mieux senti que ce que j'avais en vue dans mon livre était moins la désignation du perfectionnement de l'art, que celle du véritable progrès de la science, tel que je l'ai conçu.

II. Mais il est surtout, dans la lettre de M. Cunier, un passage qui a dû naturellement fixer mon attention. Après avoir dit : « Nous autres Belges, *nous sommes si bien tenus au courant du mouvement scientifique de la France*, que nous croyons avoir le droit de nous montrer étonnés que les Français *ignorent presque toujours ce qui se fait dans notre monde médical...* » L'auteur ajoute : « M. Kühnholtz, qui se montre si ardent défenseur des dogmes de Barthez, *ne doit cependant pas avoir oublié que ce grand médecin a trouvé la base de la doctrine du principe vital dans les idées du flamand Van Helmont, qui ne sont en dernière analyse que les principes hippocratiques poussés à un plus haut degré de développement...* »

Je répondrai à cela que M. Florent Cunier me donne plus de mérite que je n'en ai dans cette circonstance. Je ne me contenterai pas de dire, en effet, que j'ai oublié que Barthez avait trouvé la base de la doctrine du principe vital dans les idées du flamand Van Helmont; je dirai bien plus, je dirai que je n'ai jamais su que ni Barthez, ni M. Cunier, ni bien d'autres, eussent trouvé la base de cette doctrine parmi les idées propres à Van Helmont, ce qui, comme on le voit, donne nécessairement un degré de plus à mon ignorance. A la vérité il est une idée qui vient promptement me consoler, c'est que M. Cunier reconnaît lui-même, comme malgré lui, que les vérités doctrinales dont il s'agit non seulement n'appartiennent pas à Van Helmont, mais encore qu'elles lui sont de beaucoup antérieures, puisqu'il ajoute immédiatement après : que « les idées de Van Helmont ne sont, en dernière analyse, que les principes hippocratiques », ce que je reconnais pour très vrai, tout comme lui. Mais quand je vois cet auteur avancer ensuite que : « les principes hippocratiques ont été poussés à un si haut degré de développement » par Van Helmont, je ne puis m'empêcher de dire, qu'au contraire, ces principes n'ont été que dégradés, détériorés par le médecin flamand.

Je vais entrer dans quelques détails relatifs au point de doctrine dont il s'agit : j'examinerai d'abord si M. Cunier connaît notre Barthez aussi

bien qu'il le pense, et, ensuite, si ce critique connaît mieux son Van Helmont, tout Flamand qu'il est.

1° Quiconque a convenablement étudié la médecine hippocratique, la doctrine médicale de Barthez ou de Montpellier, c'est-à-dire le vitalisme pur, doit savoir que, dans cette doctrine, la cause de la vie est considérée constamment comme abstraite, et nullement comme une substance ayant un corps, une intelligence, une volonté, et constituant, en un mot, un individu, une personne.

C'est précisément dans le livre qui a servi de texte aux reproches dirigés contre moi par M. Cunier, que j'ai consigné les preuves les plus convaincantes de cette assertion (1). Or, comme s'imaginer que, dans la doctrine dont il s'agit, on personnifie la cause vitale, est, à mes yeux, ainsi qu'à ceux de tout médecin suffisamment instruit et sans prévention, une cause presque palpable que l'on ne connaît pas l'idée fondamentale de la doctrine médicale de Barthez, il s'ensuit rigoureusement que M. Cunier, quoi qu'il en dise, a mal compris cet auteur, puisqu'il sait si peu, même aujourd'hui, en quoi consiste ce qu'il appelle la base de la doctrine du principe vital.

Je ne saurais donc avoir oublié que Barthez avait trouvé la base de la doctrine du principe vital dans les propres idées du Flamand Van Helmont, puisque cette base n'est point dans les propres idées de cet auteur : je n'ai jamais su, en effet, que Van Helmont eût considéré la cause de la vie d'une manière abstraite, et j'ai constamment pensé, au contraire, que Barthez et Van Helmont avaient eu des idées diamétralement opposées sur ce point fondamental du vitalisme.

2° M. Cunier lui-même a-t-il prouvé qu'il connaissait bien son Van Helmont quand il a dit que les idées du Flamand Van Helmont n'étaient, en dernière analyse, que les principes hippocratiques possédés un plus haut degré de développement... ? J'en suis bien fâché, par rapport à mon agresseur, mais je crois être en droit de répondre négativement à cette question.

Il est très certain que les idées de naturalisme ou de vitalisme purs, qui font la base de la doctrine de Barthez, sur la cause de la vie, constituent aussi le fond de la théorie imaginaire de Van Helmont. Il est certain que Barthez, Van Helmont et Hippocrate ont parfaitement connu un très grand nombre de faits d'où découlait naturellement l'établissement des dogmes fondamentaux concernant les divers modes d'action de la cause vitale; et, sous ce rapport, M. Cunier a eu raison de dire que les idées du Flamand Van Helmont n'étaient, en dernière analyse, que les principes hippocratiques. Cabanis, entre autres, l'avait déjà reconnu et exprimé d'une manière à la fois formelle et piquante, dans un passage que je vais transcrire ici, puisque M. Cunier ne l'a pas remarqué, quoique cité tout au long à la page 196 de mon livre : « Malgré toutes les injures que Van Helmont ne cesse de vomir contre les écoles, malgré l'espèce de fureur avec laquelle il parle des anciens, *c'est dans Hippocrate qu'il puise ses idées du* PRINCIPE VIVANT. Ce que le médecin de Cos appelait *Nature*, il l'appelle *Archée*. Il s'imagine, par un mot nouveau, mériter le nom de créateur de l'état (2). »

Mais, puisque M. Cunier s'exprime comme il le fait ; puisqu'il savait très bien, ainsi que nous tous, que la base de la doctrine du principe vital était toute dans les principes hippocratiques, ne doit-on pas être au moins étrangement surpris de voir ce médecin belge me blâmer d'avoir oublié que la base de la doctrine du principe vital avait été trouvée par Barthez dans le Flamand Van Helmont, quand il reconnaît lui-même que le Flamand Van Helmont avait emprunté au Grec Hippocrate les seules des idées doctrinales dont il s'agit, qui devront constamment être regardées comme bonnes, uniquement parce qu'elles ne sont que l'expression pure et simple des faits !

Je devais faire remonter les dogmes du vitalisme pur, non pas seulement jusqu'à Van Helmont, qui les a altérés, dégradés ou infectés, ainsi que le dit M. Lordat, et comme on en verra bientôt la preuve, mais bien jusqu'à Hippocrate, qui les avait établis le premier, en avant, en outre, soin de les dégager de toute hypothèse.

Il est à craindre que mon confrère, M. Cunier, si recommandable, d'ailleurs, sous tant d'autres rapports, n'ait lu mon livre comme on lit un roman, et qu'il n'ait lu Van Helmont comme il a lu mon livre : sans cela il n'aurait pas manqué de reconnaître que, s'il était des idées communes à Barthez, à Van Helmont, et à Hippocrate, il en était aussi d'autres, réellement propres à Van Helmont, qu'Hippocrate n'avait jamais eues, et que Barthez se serait bien gardé d'adopter, précisément parce que ces deux hommes si supérieurs, ou plutôt ces deux génies en médecine, avaient la tête trop forte et l'esprit trop solide pour se laisser séduire par des fictions ou des hypothèses analogues à celles de la théorie hypothétique superstitieuse du médecin flamand.

M. Cunier n'a pas su voir que ni Hippocrate ni Barthez ne personnifiaient nullement la cause vitale, qu'ils considéraient constamment d'une manière abstraite; et comme une cause dont ils ignoraient complètement la nature; et il n'a pas mieux vu que Van Helmont, au contraire, allant de beaucoup au-delà des faits, personnifiait cette même cause vitale, en se mettant ainsi en opposition avec les principes de la saine philosophie, celle d'Hippocrate et de Bacon. Quelques passages d'une leçon de physiologie, du professeur Lordat suffiront pour fournir la démonstation la plus satisfaisante de cette double assertion.

Dans la seconde des *Deux leçons de physiologie*, faites par M. Lordat, en 1832, et que j'ai moi-même rédigées et publiées en 1833, ce professeur s'exprime ainsi qu'il suit : « Bien des gens, et surtout les jeunes, trouvent mieux leur compte à emprunter à l'imagination une substance fictive qui s'incorpore avec les notions abstraites dont on s'occupe, afin que l'esprit puisse mieux s'en servir dans les théories. Il a bien fallu consentir à ce soulagement; mais il est aisé de s'apercevoir que dès qu'on s'éloigne du *vitalisme pur*, les propositions doctrinales ne sont plus irréprochables : à la vérité médicale ainsi rédigée se trouve surajoutée une idée *superstitieuse qui l'infecte*. Nous l'appellerons *superstitieuse*, pour nous conformer à l'étymologie de ce mot, la superstition n'étant absolument qu'une *croyance surajoutée à la vérité*. »

Les exemples de vitalisme superstitieux que M. Lordat s'est contenté de citer sont : l'*animisme* de Stahl, l'HELMONTISME, le *vitalisme des névrosistes*, pour employer l'expression de M. Broussais, et la *Doctrine physiologique*.

« L'helmontisme, dit encore le professeur Lordat (voyez les *Deux leçons de physiologie* citées, p. 25) est pour le moins aussi commode que l'animisme de Stahl : il reçoit tous les faits; il se prête à l'enchaînement que l'expérience nous fait apercevoir; car les *causes toutes poétiques* n'ont été *imaginées* que pour les rendre propres à cet effet.

» Qu'est-ce que cette doctrine? C'est une histoire des principaux phénomènes qui constituent la vie humaine; phénomènes dont les causes sont censées être des *substances à demi-spirituelles* semblables aux *êtres fictifs qui forment le merveilleux des poèmes épiques*.

» Philosophiquement parlant, c'est un mal, sans doute, que des hommes destinés à une science aussi profonde laissent pour ainsi dire rouiller leur entendement, ou ne le fassent mouvoir qu'à la remorque de l'imagination. Mais enfin, s'il est des hommes qui, par imperfection de leur éducation ou par paresse, sont incapables de combiner des notions abstraites sans le secours de cet adminicule, il serait cruel de le leur refuser.

» On assure, ajoute M. Lordat, que des physiciens d'un grand mérite ont encouragé ceux qui expliquent les phénomènes vitaux au moyen de l'électricité. Vous pensez bien que, pour faire un principe de la vie avec l'électricité, il a fallu autant d'industrie au moins que pour former un archée. La façon me semble de part et d'autre également ingénieuse : la préférence que les juges ont donnée à un des produits paraît venir de ce que l'étoffe avait été prise à leur boutique (Leç. cit., p. 26). »

3° Voilà en quoi consistent les idées propres à Van Helmont.

« M. Kühnholtz, dit enfin M. Cunier en terminant sa phrase, devait surtout songer à citer le nom d'un pays, où, depuis Van Helmont, on a toujours reconnu solennellement une nature conservatrice et harmonisatrice. »

Je répondrai à cela que M. Cunier entend mal les intérêts de sa patrie, quand il me blâme, comme il lui a plu de le faire en ce lieu : les idées concernant l'existence d'une nature conservatrice et harmonisatrice, dans le corps humain vivant, sont encore la propriété du père de la médecine; et ces idées ont été constamment vérifiées et adoptées par tous les médecins réellement observateurs, qui se sont succédé dans tous les pays civilisés, depuis Hippocrate jusques à nous. S'il était vrai que, comme l'assure M. Cunier, c'est seulement depuis Van Helmont qu'on a reconnu une nature conservatrice et harmonisatrice en Belgique, on serait dans l'obligation de regarder cette province comme étant alors fort arriérée, par rapport au reste de l'Europe, où presque personne n'ignorait que les idées dont il s'agit reconnaissaient Hippocrate pour leur véritable auteur.

Les conclusions qui me paraissent devoir être le plus naturellement tirées de tout ce qui précède sont :

1° Que M. Cunier aurait très bien pu faire l'éloge de l'activité scientifique des Belges, ses compatriotes, sans avoir besoin pour cela de mettre cette précieuse qualité en opposition avec la prétendue ignorance des Français.

2° Que les idées peu précises de M. Cunier sur le vitalisme d'Hippo-

(1) Voy. mon *Cours d'histoire de la Médecine et de Bibliographie médicale*, etc. Paris et Mont. 1837, in-8°. Pag. 228, 230, 232, 233, mais surtout de 234 à 238.

(2) *Du degré de la certitude de la médecine*. Paris, an VI. In-8°. Pag. 21 et 22.

crate, de Van Helmont et de Barthez, n'ont absolument aucun rapport avec l'idée qu'a eue M. Sentin de substituer l'amidon au mélange employé par le baron Larrey.

3° Que j'ai parlé avec assez d'étendue des médecins belges dans mon livre, quoique M. Cunier m'ait accusé de ne parler de la Belgique en aucun lieu.

4° Que loin de regarder la Belgique comme n'ayant aucun titre à la reconnaissance des médecins, j'avais au contraire convenablement signalé les principaux services que ce pays avait rendus à la médecine à diverses époques.

5° Que les idées propres à Van Helmont sur la cause vitale sont diamétralement opposées à celles de Barthez et d'Hippocrate, en ce que l'un personnifie, tandis que les autres ne personnifient point cette cause.

6° Que, malgré les reproches de M. Cunier, j'ai eu raison de dire que Van Helmont avait dégradé, détérioré les idées d'Hippocrate sur la cause vitale; tandis que Barthez, répétant les idées propres à Van Helmont sur cet objet, avait su au contraire conserver le vitalisme pur d'Hippocrate, en adoptant les principes de cette saine philosophie des sciences que le vieillard de Cos avait eu le génie de créer.

7° Que, regarder les idées propres à Van Helmont comme n'étant que les principes hippocratiques poussés à un plus haut degré de développement, c'était commettre une erreur des plus graves.

8° Enfin que si depuis Van Helmont la Belgique a toujours reconnu solennellement une nature conservatrice et harmonisatrice, elle aurait dû au moins conserver dans toute sa pureté cette idée fondamentale de médecine hippocratique, au lieu de ne l'adopter que tout infectée, comme l'a dit M. Lordat (voyez les *Deux Leç. de phys.* cit., p. 22) par la théorie hypothétique, superstitieuse, du médecin flamand Van Helmont.

J'ai l'honneur, etc.

Observation de sangsue dans la trachée artère. — Bronchotomie. — Guérison; par M. A. Vital, médecin-adjoint détaché à l'armée d'Afrique.

Le nommé Lantoine, soldat à la légion étrangère, âgé de 25 ans, d'un tempérament franchement sanguin, était affecté d'un crachement de sang qui depuis plus d'un mois se reproduisait plusieurs fois en vingt-quatre heures. Le jour même où il commença à cracher du sang, il travaillait sous un soleil brûlant, et, tout baigné de sueur, alla boire au bassin d'une fontaine publique. Un quart d'heure après avoir bu, il ressentit à la gorge des picotemens très forts, de la gêne, et rendit le sang par gorgées. Le chirurgien de son régiment le saigna trois fois; puis, comme les accidens persistaient, il se détermina à l'envoyer à l'hôpital de Mustapha. Là on le mit au régime, à l'usage des délayans, etc., etc.; ces moyens ne produisirent aucun effet, et Lantoine, qui avait contracté la gale, fut dirigé sur l'hôpital du dey, et placé dans mon service, baraque 5, n. 41.

Cet homme, soumis à notre observation le 6 septembre 1837, possédait toutes les apparences de la vigueur et de la force; ni son pouls, ni l'état de sa peau n'indiquaient trace de fièvre, et pourtant la face était fortement colorée; les conjonctives présentaient de l'injection; les jugulaires formaient sous la peau un relief très sensible. Sa voix était sourde et grave: il se plaignait d'une douleur à la partie antérieure du cou; la trachée artère interrogée avec le stéthoscope faisait entendre un gros râle. La respiration du malade était facile dans la station verticale, laborieuse dans le décubitus sur le dos, au point de rendre cette position insoutenable; il ne pouvait dormir que sur l'un des côtés, et encore était-il obligé de se mettre sur son séant de demi-heure en demi-heure.

L'idée qui devait naturellement se présenter la première était celle-ci: le malade étant en sueur a bu de l'eau très froide; ce n'est qu'après cette ingestion que le crachement de sang a eu lieu; il y a là rapport de cause à effet, et c'est probablement à une maladie du parenchyme pulmonaire qu'il faut demander compte du sang expué. Evidemment, c'est à cette préoccupation que Lantoine a dû les trois saignées qui lui ont d'abord été pratiquées. Cette préoccupation nous fit à notre tour diriger, avant tout, notre examen du côté de la poitrine; mais nos prévisions furent trompées: la percussion rendait partout un son clair, l'auscultation la plus minutieuse, répétée à différens intervalles, et en faisant prendre au malade des positions variées, fit entendre partout un murmure respiratoire franc et soyeux, si ce n'est au niveau de l'origine des bronches où ce murmure, comme cela devait être, se rapprochait un peu du bruit du souffle; pas le plus léger râle; pas de retentissement anormal de la voix; les battemens du cœur n'avaient ni trop, ni trop peu d'étendue, ni trop, ni trop peu d'énergie, et comme d'ailleurs Lantoine n'avait jamais toussé, jamais souffert de la poitrine, il fallait bien conclure que le crachement de sang tenait à la lésion d'un autre organe.

On ne pouvait accuser l'estomac. L'appétit, la facilité des digestions, la vigueur de la santé générale écartaient sans réplique l'idée d'une gastrorrhagie. Il me fut facile de me convaincre que le sang ne provenait ni des fosses nasales, ni de la cavité buccale. Restait donc à se décider entre le pharynx et le tube aérifère.

La paroi postérieure du pharynx était tapissée d'une nappe de sang qui avait environ deux lignes d'épaisseur, et qui descendait aussi loin que le doigt pouvait atteindre, le reste de la cavité paraissait en bon état. Enfin, le doigt poussé sur le larynx sentait l'épiglotte relevée et fortement appuyée contre la base de la langue. Il n'y avait là aucun caractère décisif qui pût faire pencher la balance d'un côté plutôt que de l'autre. Mais, à mesure que s'était rétréci le cercle des suppositions, les renseignemens fournis par le malade avaient acquis plus d'importance. Ceux qui tout à l'heure paraissaient les plus vagues avaient maintenant une signification très positive; et, sans aller plus loin, j'avais déjà la conviction que le tube laryngien était le siége de l'hémorragie, que celle-ci était entretenue par la présence d'un corps étranger, et que ce corps étranger était une sangsue.

Néanmoins, je ne pus faire partager ma conviction à tous ceux qui m'entouraient. D'un côté, on m'objecta qu'il n'y avait pas d'exemple qu'une sangsue se fût introduite dans le larynx; qu'une sangsue n'aurait pu vivre en pareil lieu pendant quarante jours sans produire des accidens généraux, des phénomènes graves du côté de la respiration, tels que la suffocation, etc., que le crachement de sang devait tenir à une affection plus ou moins ancienne du larynx. D'un autre côté, on admettait la présence de la sangsue; mais on se fondait sur la masse sanguine qui existait dans le pharynx, sur ce que jamais les sangsues ne s'introduisent dans le larynx pour avancer que l'annélide devait être logé à l'origine de l'œsophage; on expliquait d'ailleurs le râle trachéal par le passage du sang de l'arrière-bouche dans les voies aériennes.

J'aurais pu répondre aux uns que l'introduction d'une sangsue dans le conduit aérien n'était pas une chose impossible, puisque M. Lacretelle, un de nos anciens maîtres, en a consigné dans les mémoires de médecine et de chirurgie militaires un exemple qui, à la vérité, est unique dans la science: que le peu de gravité des phénomènes observés chez Lantoine était une bien faible objection quand on se rappelait la facilité avec laquelle les voies aériennes s'habituaient au contact actuel des corps étrangers, pourvu qu'ils ne fussent pas trop mobiles: ainsi le cas cité par Desault, d'un individu qui, depuis deux ans, portait un noyau de cerise dans l'un des ventricules laryngiens, le cas cité par Tulpius, d'une écaille de noisette qui resta sept ans dans le larynx, le cas cité par Sue d'un os de poulet qui, si ma mémoire est fidèle, resta dix-sept ans dans les voies aériennes; le cas plus extraordinaire encore rapporté par M. Hippolyte Royer-Collard (*Bulletins de la Soc. anat.*), de clous avalés par un fou, qu'on retrouva plusieurs années après, à l'autopsie, dans les bronches et le larynx, et qui jamais n'avaient donné lieu au plus léger phénomène.

Aux autres, j'aurais pu répondre que l'opinion qu'ils voulaient substituer à la mienne était appuyée sur des données bien vagues, bien douteuses; mais déjà ma conviction était inébranlable; la filière d'idées que j'avais parcourue était venue abontir à une conclusion si saisissante qu'elle ne pouvait être que la vérité même, et qu'y a-t-il à ajouter à l'évidence de l'évidence?

1° Lantoine ne souffre que dans un point du corps très limité, c'est à la partie antérieure du cou; il accuse là une gêne habituelle, et de temps à autre des picotemens très forts; sa voix a subi une modification profonde; le stéthoscope fait entendre dans la trachée un râle non douteux; donc le conduit trachéo-laryngien est le siège de la maladie.

2° Au moment où le crachement de sang se manifesta inopinément, tout attestait que ce conduit trachéo-laryngien était dans un parfait état d'intégrité; le crachement de sang persiste, en dépit du traitement et du régime, la santé générale n'en paraît pas autrement compromise; premier ordre de faits qui rend probable que les accidens sont dus à une cause externe. Le sujet a le visage très coloré, les conjonctives injectées, les jugulaires saillantes; cet état ne se lie à aucun mouvement fébrile, ne s'explique par aucune cause idiopathique; deuxième ordre de faits qui rend la probabilité de la présence d'un corps étranger dans les voies aériennes plus voisine de la certitude. Enfin, lorsque le sujet nous dit que la respiration est facile dans la station verticale, et qu'elle devient très laborieuse dans la position horizontale, comment ne pas se rappeler le marchand dont parle Louis, qui, pendant plusieurs années, conserva à l'origine des bronches une pièce d'or dont la présence ne gênait les actes respiratoires que dans la position horizontale? Comment encore conserver l'ombre d'un doute?

3° Un quart d'heure à peine s'est écoulé entre le moment où le malade a été boire à la fontaine, et celui où le crachement de sang a commencé: il est impossible de ne pas reconnaître la liaison qui existe entre ces deux faits; et comme déjà nous savons que tout le mal est causé par la présence

d'un corps étranger, nous devons ajouter que c'est dans l'action de boire que ce corps étranger s'est introduit. Or, quel corps étranger autre qu'une sangsue le malade pouvait-il avaler en buvant à une fontaine publique? A Alger comme en Syrie, comme en Egypte, les fontaines et les sources sont remplies de sangsues, et il est très fréquent de les voir s'introduire dans les fosses nasales, la bouche, le pharynx, et même dans l'œsophage des hommes et des animaux qui vont s'y désaltérer. D'ailleurs, la présence d'une sangsue explique seule ces picotemens qui se montrèrent un quart d'heure après l'ingestion de l'eau, et qui se reproduisent chaque jour quelques minutes avant que le sang soit rendu; seule elle explique cette perte journalière d'une même quantité de sang (un peu plus de deux onces). Enfin, si j'avais pu conserver des doutes, ils auraient été dissipés par la manière dont le malade adopta mon diagnostic : il fut frappé comme d'un trait de lumière, et se rappela que la fontaine à laquelle il avait bu contenait un grand nombre de sangsues filiformes et longues de 8 à 10 lignes ; puis son esprit travailla sur cette donnée, il se mit à étudier ses sensations, et nous affirma les jours suivans qu'il sentait les allées et venues de la sangsue.

Une fois le diagnostic établi, il fallait opérer. On sait, en effet, qu'un corps étranger, quelque inoffensive que paraisse d'abord sa présence, ne demeure jamais impunément dans les voies aériennes. La laryngotomie de Desault qui, dans tous les cas où il s'agit de l'extraction d'un corps étranger, me parait de beaucoup supérieure aux autres méthodes de bronchotomie, fut pratiquée au malade le 11 septembre 1837, quarante-sixième jour depuis l'accident.

Une incision d'un pouce et demi allant de l'os hyoïde au cartilage cricoïde intéressa la peau et le tissu cellulaire l'aponévrose cervicale fut incisée sur la sonde canelée et le cartilage thyroïde apparut avec sa saillie angulaire. L'espace crico-thyroïdien fut reconnu, l'artère crico-thyroïdienne abaissée avec l'ongle et la membrane perforée à l'aide d'un bistouri très aigu; puis le même bistouri, non boutonné, divisa le cartilage sur sa ligne moyenne. Très peu de sang s'écoula. Restait à écarter l'une de l'autre les deux moitiés du cartilage thyroïde: cette petite manœuvre, si facile sur le cadavre, présenta quelque difficulté; il est probable que la résistance que j'eus à surmonter tenait au passage des sterno-hyoïdiens qui, chacun de leur côté, bridaient une moitié du cartilage, et aux attaches des sterno-thyroïdiens, et des hyo-thyroïdiens qui, par le fait de la contraction musculaire, maintenaient les moitiés du larynx en position. Quoi qu'il en soit, le manche d'un scalpel fut introduit dans la section cartilagineuse, et servit à en écarter les lèvres de quatre lignes environ. Une pince fut introduite, elle chercha en vain à saisir le corps étranger; mais une minute ne s'était pas écoulée qu'une forte expiration chassa par la plaie des mucosités, un peu de sang, et fit saillir une grosse sangsue par son milieu. Celle-ci fut saisie immédiatement avec le pouce et l'indicateur; elle continuait d'adhérer par ses deux extrémités sur la muqueuse trachéale, et il fallut une traction assez forte pour l'enlever. De suite, il y eut un soulagement marqué. Deux points de suture furent placés sur les lèvres de la plaie; compresse fenêtrée, charpie, compresse, bande. Nous laissâmes dire quelques mots au malade, sa voix était claire, il ne souffrait pas.

A la visite du soir, Lantoine était bien; il ne souffrait que lorsque le besoin de tousser ou d'avaler sa salive communiquait quelque brusque mouvement au larynx; ses crachats étaient fortement sanglans.

12 sept. La nuit a été assez bonne quoique sans sommeil; il y a un peu de fièvre; les crachats ne présentent plus de sang; diète; eau de gomme; potion gommeuse.

15. Le malade parle sans souffrir; il se promène, ses nuits sont bonnes. Pour la première fois, je lève l'appareil; la plaie était cicatrisée dans les cinq sixièmes de son étendue. La partie non cicatrisée répondait au milieu de l'incision et à la saillie angulaire du cartilage thyroïde, elle n'avait pas plus de trois lignes d'étendue. Les deux aiguilles à suture furent enlevées, et une bandelette agglutinative rapprocha les lèvres de la petite plaie. La suture, dans les cas de bronchotomie, compte des adversaires et des appuis également célèbres, le cas actuel plaide évidemment en faveur des derniers. J'accorde au malade la semouille au lait, matin et soir.

La plaie est entièrement cicatrisée le 21, dixième jour depuis l'opération; mais, le 24, un peu de picotement s'est fait sentir à l'endroit même de la cicatrice; à l'inspection, j'y trouve une poche de deux lignes de longueur et remplie de gaz : un coup de lancette en détermina l'affaissement. Deux jours après, la cicatrisation était parfaite, le malade fut mis à la demi-portion, et je lui donnai sa sortie le 11 octobre.

Quant à la sangsue, elle avait cinq pouces de long; sa ventouse postérieure offrait six lignes de diamètre; elle présentait de chaque côté une bande jaune orangé, et sur le dos six lignes noires ponctuées : c'était l'hœmopis vorax, si commune à Alger. Je la mis dans de l'eau avec une petite sangsue médicinale, elle la mangea; puis quinze jours après, elle en mangea une autre.

Depuis plus de deux mois, je garde cette sangsue, elle n'a pas grandi, si, comme cela est probable, on admet qu'elle était filiforme au moment où elle fut avalée, on conclura que 46 jours au plus sont nécessaires aux annélides pour arriver à tout leur développement.

Lettre sur quelques points relatifs a l'art des accouchemens; par M. le docteur Nægelé fils.

Heidelberg, le 15 février 1838.

Monsieur et très honoré confrère,

L'intérêt que j'ai toujours porté à la doctrine du mécanisme de la parturition, autant que le désir sincère de rectifier des erreurs, m'engage à avoir recours à l'équité et à l'impartialité partout également reconnues de votre excellent journal. Permettez-moi d'espérer que vous voudrez bien y insérer quelques remarques sur le *Compte-rendu des accouchemens faits a l'école et hospice de la Maternité de Marseille, etc.; par le professeur Villeneuve, chirurgien en chef de cet établissement*, inséré dans le dernier numéro de la Gazette médicale (N. 6, 10 février 1838).

M. Villeneuve a eu l'occasion d'observer à la Maternité de Marseille, pendant l'année scolaire de 1836 à 1837, soixante-treize positions du vertex, parmi lesquelles il y avait 47 premières positions et 24 secondes. L'observateur, après avoir reconnu et constaté parmi ces dernières 10 troisièmes positions, c'est-à-dire fronto-cotyloïdiennes gauches au détroit supérieur, tandis que pendant l'année précédente de 1835 à 1836, il n'avait reconnu, sur 34 secondes positions, qu'une seule, comme ayant été primitivement troisième, se voit obligé « de rendre une plus grande justice au professeur Nægelé, de Heidelberg », dont la prétention est, qu'on rencontre très rarement la seconde position primitive; mais le plus souvent la première ou la troisième. Un an auparavant, M. Villeneuve avait traité cette prétention d'exagérée, en accusant mon père d'avoir pris pour règle générale ce qui ne devait être considéré que comme une exception. Cet aveu témoigne des progrès que M. Villeneuve a faits, dans l'espace d'une année, en matière d'exploration obstétricale, autant qu'il honore son caractère. Il justifie également des plus nobles qualités, qui caractérisent le véritable observateur, à savoir, celles qui écartent toute vue personnelle, lorsqu'il s'agit de la vérité. Comme nous, M. Villeneuve pense que la découverte de la conversion de la troisième position en la seconde, est aussi importante que curieuse. Mais c'est cette importance elle-même qui nous fait demander à M. Villeneuve la permission de donner à cet égard quelques explications nécessaires.

Tout en reconnaissant la juste valeur de l'assertion de M. Villeneuve, que bien des circonstances peuvent rendre difficile le diagnostic de la troisième position au début du travail, nous regrettons vivement qu'il se soit borné à citer quelques-unes de ces circonstances seulement, telles que la tension des membranes par les eaux de l'amnios, et l'époque tardive du travail à laquelle on exerce le toucher. Ces circonstances, tout essentielles qu'elles sont, n'auraient pas dû en faire oublier d'autres assurément aussi graves, comme par exemple la facilité avec laquelle on confond la suture frontale et la branche gauche de la suture coronale avec la suture lambdoïde; en second lieu, l'analogie de la dépression de l'os frontal gauche avec celle qu'éprouve ordinairement l'os occipital. Ces ressemblances ont souvent induit en erreur des hommes qui jouissent, dans l'art d'explorer, de la plus grande réputation. On comprend d'ailleurs aisément comment cette erreur est facile à commettre à une époque du travail où la tête de l'enfant est à peine accessible au doigt. On peut trouver encore plusieurs autres circonstances de la même nature dans un mémoire de mon père, inséré dans les *Archives de Meckel*, t. v, n. 4, et dans mon ouvrage sur le mécanisme de l'accouchement naturel, etc., récemment publié à Mayence, p. 34 et suiv. La certitude que j'ai du zèle de M. Villeneuve à reconnaître et à confesser la vérité partout où elle se trouve, me donne la conviction que, dans son prochain compte-rendu, il reconnaîtra avoir rencontré la seconde position du vertex encore plus rarement qu'il ne l'avait d'abord pensé, tandis que la troisième position se sera présentée en rapport inverse de la seconde. Je ne doute pas un seul instant qu'il ne rende, en conséquence, justice pleine et entière aux assertions de Nægelé. Toutefois, je ne puis m'empêcher d'être étonné au plus haut degré des paroles que M. Villeneuve prête à mon père; il lui fait dire, en effet, que sur 1,000 cas de troisième position, il a vu la conversion en la deuxième position s'opérer 999 fois. M. Villeneuve m'obligerait de m'indiquer la source où il a puisé cette donnée. Mais jusque-là je dois à la vérité de dire que M. Villeneuve a été mal informé. Les opinions de mon père sont toutes livrées à la publicité; il est au pouvoir de chacun d'en prendre con-

naissance, et si M. Villeneuve veut se donner la peine de les lire, il y trouvera que ses allégations sont entièrement inexactes. Voici les paroles de mon père, telles qu'elles se trouvent dans les *Archives de Merkel*, s. e.: « Sur 96 cas de troisième position du vertex, que j'ai eu l'occasion d'observer avec plus d'exactitude que jamais, et qui se trouvent notés dans mes tablettes, *j'ai vu 3 cas où la tête ne changeât pas de position.* » Dans mon ouvrage cité plus haut, un peut voir que sur 1,244 cas de troisième position *la conversion ne s'opéra pas dix-sept fois.* L'exposé de ces faits, qui ne doit être considéré que comme un hommage rendu à la vérité, suffira pour rectifier ou prévenir les opinions erronées qui peuvent se former sous l'autorité des paroles de M. Villeneuve.

Il est encore dans le compte-rendu de Marseille une inexactitude que je suis dans la nécessité de relever. M. Villeneuve dit en effet : « Ces recherches attentives sur le diagnostic des transformations de positions du vertex nous ont conduits à une *découverte inattendue et dont M. Nægelé lui-même n'a pas parlé.* C'est la conversion d'une quatrième position fronto-cotyloïdienne droite en première. Ce fait, qui est le second, d'après ce que je crois, dans les annales de la science, a été constaté le 29 janvier 1837. Le premier a été signalé en 1817 par Mme Lachapelle. »

Cette *découverte inattendue* a été faite il y a déjà long-temps par un homme, que M. Villeneuve peut s'honorer de nommer son compatriote, et les écrits duquel on ne devrait pas chercher en vain dans les mains de qui aspire à bon droit à la réputation d'un accoucheur instruit. M. Villeneuve est aussi peu fondé à dire que mon père n'en a jamais parlé, qu'il l'est à prétendre que madame Lachapelle a décrit un cas pareil en 1817, puisque cette dernière n'a publié ses observations qu'en 1821. Quant à mon père, il avait dès 1816 exposé dans un compte-rendu de la clinique d'accouchemens de Heidelberg un cas de conversion spontanée de la quatrième position en la première (V. *la Gaz. méd. de Salzbourg*, t. III, 1817). Le résultat de ses longues et continnelles recherches sur le mécanisme de la parturition a été consigné ensuite par lui-même dans un mémoire inséré dans les *Archives de Merkel* en 1819. Je regrette sincèrement que cet écrit ne soit pas parvenu à la connaissance de M. Villeneuve, soit dans le texte original, soit dans la traduction qui en a été publiée dans le t. IX du *Journal complém. du Dic. des sciences médic.* en 1821. Enfin mon père dit en propres termes, dans son *Manuel d'accouchement*, imprimé à Heidelberg en 1830, et dont le chapitre sur le mécanisme de la parturition a été traduit en français par M. le docteur Bazin (V. *les Archives gén. de méd.* de 1834) : « Dans les cas extrêmement rares où la tête présente le pariétal droit en avant et la fontanelle antérieure dirigée à droite et un peu en avant, il se fait en général un mouvement de rotation comme celui qui a lieu dans la seconde, mais dans une direction opposée, etc.; alors la tête s'engage et vient franchir un dehors tout-à-fait de la même manière que dans la première position, etc., etc. »

Il était de mon devoir de rétablir tous ces faits dans leur vérité première, afin de rendre justice à qui de droit. Si M. Villeneuve y perd l'illusion d'avoir enrichi la science d'un fait nouveau, il est trop ami de l'équité et de la vérité pour ne pas renoncer aisément à ses prétentions. D'ailleurs la conviction où je suis que cet estimable professeur partage avec moi le désir sincère d'être utile à la science me donne la certitude qu'il approuvera le motif qui m'a dicté ces observations.

Agréez, etc. NÆGELÉ.

LETTRE RELATIVE A L'ENSEIGNEMENT PARTICULIER A L'ÉCOLE DE MONTPELLIER; par M. le docteur EUGÈNE DELMAS, agrégé en exercice (1).

Le 25 novembre 1837.

Mon cher confrère,

La lettre de M. le docteur Chrestien, insérée dans l'un des derniers numéros de l'année 1837, a fait naitre dans mon esprit quelques réflexions que j'ai l'honneur de vous adresser, et qui, ne m'étant nullement personnelles, seront plus applicables à la question que ce médecin a soulevée.

Lors de la création de la Faculté de médecine de Montpellier, l'enseignement confié à un petit nombre de professeurs dut nécessairement être incomplet, et le besoin d'acquérir des connaissances de détail fit surgir à côté du professeur un certain nombre de personnes qui, par des motifs différens, se livrèrent à l'enseignement particulier. C'est en s'exerçant d'abord dans les plus humbles réduits que tant de notabilités médicales se sont montrées au grand jour, et du rang le plus modeste où la naissance les avait placés se sont élevés par leur mérite et par leurs travaux aux chaires professorales qu'ils ont occupées ou occupent aujourd'hui. Si l'auteur de la lettre que vous avez insérée dans votre intéressant journal avait voulu chercher des preuves dans le passé, il aurait été certes bien à l'aise, et aurait présenté une liste fort nombreuse contenant des noms bien connus, puisque les Dumas, les Fages et les Lordat y auraient figuré; mais comme il s'agissait seulement de prouver que l'enseignement particulier existe au temps présent, nous comprenons qu'il a dû abandonner une mine aussi féconde. Pour moi, qui veux examiner cette question dans son ensemble, en faisant abstraction du temps et des personnes, je dis pour le passé que l'enseignement particulier a eu lieu avec quelque gloire pour ceux qui s'y sont livrés, et j'en puise la preuve dans la biographie d'un grand nombre de nos professeurs.

Quant à l'état actuel de l'enseignement particulier, j'avoue que cet enseignement n'existe pas à Montpellier, et je dis même qu'il ne peut exister dans la position précaire où se trouvent placés ceux là même qui, par leurs talens et leur position, pourraient s'y livrer avec succès; en effet, les modifications qui ont été successivement apportées dans l'enseignement médical, ont dû aussi modifier les idées des jeunes médecins qui avaient la noble ambition d'arriver au professorat. L'agrégation, en leur donnant une position médicale plus élevée que celle de leurs confrères, leur fournit de nombreuses occasions de s'exercer et de se faire connaitre de ceux qui, plus tard, devaient les juger. Et, d'abord, le concours, par lequel il fallait obtenir le titre d'agrégé, placé, pour ainsi dire, à l'entrée de sa carrière, pouvait être considéré comme une épreuve aussi concluante que le concours pour le professorat, rétabli de nos jours; puisque c'est à la manière brillante dont quelques-uns d'entre eux ont subi cette épreuve qu'est due en partie leur nomination à la chaire qu'ils occupent aujourd'hui. La nature variée des épreuves, tout en permettant aux candidats de développer l'étendue de leurs connaissances dans une improvisation écrite, n'exclut pas les autres qualités nécessaires à un professeur. Ainsi, l'élocution brillante, la méthode et la clarté ont un champ assez vaste dans les questions orales. La maturité du jugement, la portée plus ou moins philosophique de l'esprit et les qualités réelles de l'écrivain trouvent facilement place dans la dissertation écrite, qui, comme un résumé de toutes les épreuves, doit être offerte aux juges, aux concurrens et au public. La discussion, enfin, tout en prouvant le jugement, la logique, la souplesse d'esprit et la facilité plus ou moins grande pour la discussion fait même reconnaître le caractère des personnes.

Ces premières difficultés vaincues, en donnant aux vainqueurs une palme académique, les rapprochent de ceux dont ils doivent compléter l'enseignement, ou, pour mieux dire, qu'ils peuvent remplacer d'un jour à l'autre. De plus, après trois années d'attente et de préparation, l'agrégé qui entre en exercice vient se soumettre, pour ainsi dire, à des épreuves journalières. Sa présence aux actes de la Faculté le met dans l'obligation d'improviser sur les divers sujets qui sont l'objet des discussions, et cet enseignement journalier n'est certainement pas le moins utile aux élèves.

Le classement des agrégés en trois sections n'a pas manqué d'exercer quelque influence sur l'enseignement particulier. Il peut en effet résulter de ce classement que le hasard seul appelle les agrégés à professer telle ou telle branche des sciences médicales, exigeant des études spéciales. Ce fait seul a suffi pour déterminer chacun d'eux à acquérir des connaissances générales, en évitant de suivre trop exclusivement les spécialités. On comprend facilement que dans de telles circonstances le nombre des professeurs particuliers dût sensiblement diminuer; aussi vit-on la plupart d'entre eux se soumettre aux exigeances de leur nouvelle position.

Ce que je viens de dire peut servir à expliquer pourquoi la plupart de ceux qui se livraient à l'enseignement particulier y ont renoncé. Mon intention n'est point d'accuser ou de défendre la conduite d'aucun de mes confrères; je soumets seulement mes réflexions sur une question que je crois du plus haut intérêt, car l'avenir de l'enseignement médical me parait essentiellement lié aux modifications qu'il va recevoir dans la nouvelle organisation.

L'opinion assez clairement exprimée par M. Orfila, dans son rapport sur les écoles de médecine, les améliorations proposées et les changemens qui dans quelques-unes ont eu lieu, exercent déjà une heureuse influence, et semblent promettre à l'enseignement particulier une ère nouvelle.

Cet élan, presque unanime, qui coïncide avec les changemens que l'avenir promet à la position précaire et incertaine des agrégés, peut servir de preuve à ce que j'ai dit en recherchant les causes de l'anéantissement dans lequel se trouve aujourd'hui cet enseignement à Montpellier. J'ai dit que le nombre des professeurs que les agrégés pouvaient être appelés à remplacer ne leur permettait pas de se livrer à une spécialité, parce qu'ils avaient à craindre d'être désignés pour faire un cours autre que celui pour lequel ils auraient acquis à grands frais des connaissances spéciales, tandis que, désormais attaché, n'importe à quel titre, à un enseignement déterminé, chaque agrégé aura devant lui une route à suivre et un but qu'il faudra atteindre. Ce sera donc en fixant la position de ces hommes jeunes et laborieux qu'on leur permettra de se livrer sans crainte et avec confiance à des spécialités, seul moyen d'obtenir le perfectionnement dans les sciences comme dans les arts.

Dans l'école de Montpellier, les élémens de progrès n'ont jamais manqué, et si quelquefois ils n'ont point manifesté leur présence à l'extérieur, du moins leur vie d'intérieur a toujours été forte et puissante; aussi, ne doit-on attribuer cette alternative d'activité et d'inaction qu'à des circonstances qu'il n'est pas toujours facile de bien apprécier de loin.

Pour me résumer, enfin, M. le rédacteur, je vous dirai que, depuis la création de l'école de Montpellier jusqu'à l'institution des agrégés l'enseignement particulier fut professé avec succès par des hommes qui, pour la plupart, ont illustré ou illustrent encore l'école qui les a nourris; que depuis 1825 une grande partie des docteurs qui se livraient à cet enseignement, occupés désormais à l'enseignement public qui était dans leurs nouvelles attributions comme agrégés, l'ont presque entièrement abandonné.

Quant à l'avenir, il ne m'est pas donné de le prédire; mais s'il faut en juger d'après le mouvement d'impulsion que vous avez signalé, nous devons espérer qu'il sera plus brillant qu'à aucune des époques précédentes; car, quoiqu'ils n'aient point fait des cours particuliers, ne croyez point que ces jeunes hommes soient restés inactifs; bien au contraire, le relevé des cours de la Faculté prouve que, par suite d'impossibilité de la part du professeur titulaire, quatorze cours ont été faits par des agrégés, et le nom d'un grand nombre d'entre eux se retrouve dans la liste de ceux qui ont demandé l'autorisation ministérielle. Aussi, M. Orfila, en s'occupant de l'enseignement libre et parti-

(1) L'abondance des matières nous a empêché de publier plus tôt la lettre de M. Delmas.

culier à Montpellier, tout en voyant qu'il n'existait que bien incomplet, a bien reconnu les élémens nécessaires pour l'organiser plus tard. Espérons qu'après avoir connu le mal et proposé le remède, il rencontrera pour l'exécution le bon vouloir dont il a donné tant de preuves.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 19 FÉVRIER.

CARBOVINATES ET CARBOMÉTHYLATES.

M. Dumas, en présentant en son nom et en celui de M. Peligot, un mémoire sur les deux genres de sels et sur la véritable constitution du sucre de cannes, donne en peu de mots une idée des principaux résultats auxquels ils ont été conduits dans ce travail.

L'acide carbonique donne, en présence de l'esprit de bois ou de l'alcool et des bases de l'acide carbométhylique ou carboviuique, des acides entièrement comparables à ceux formés par le sulfure de carbone, avec les élémens de l'alcool et de l'esprit de bois. L'acide carbovinique ne peut plus, d'après les recherches de MM. Dumas et Peligot, être confondu avec le sucre de cannes. Outre que ces deux corps sont séparés par leur nature propre, ils le sont encore par leur formule, et même par leur poids atomique qui n'avait pu, jusqu'à présent, être pris en considération, puisque le poids atomique du sucre pouvait, à la rigueur, être représenté de diverses manières.

PROPRIÉTÉS CHIMIQUES DU SUCRE.

Le même académicien, en déposant un mémoire de M. Peligot sur ce sujet, en donne une courte analyse.

On connaît deux variétés principales de sucre fermentescible: 1° le sucre ordinaire de cannes ou de betteraves, en cristaux géométriques réguliers, d'une saveur douce très franche; 2° le sucre de raisin plus difficile à obtenir à l'état solide, ne cristallisant presque jamais régulièrement, d'une saveur beaucoup moins agréable, sucre qu'on peut obtenir des raisins et de presque tous les fruits sucrés qui présentent une réaction acide.

On a confondu avec le sucre de raisins le sucre des diabètes, le sucre d'amidon, le sucre dit ligneux, de la gomme, et les sucres provenant du sucre ordinaire lui-même, modifié par les acides de la fermentation. Cette identité n'existe pas, du moins pour plusieurs de ces sucres, d'après les expériences de M. Biot.

En combinant le sucre avec les alcalis, M. Peligot a obtenu un saccharate de baryte et un saccharate de chaux. Celui-ci, qui est fort remarquable et qui s'obtient en précipitant par l'alcool une dissolution de chaux dans le sirop de sucre, a la même composition que le saccharate de baryte. Il présente une grande solubilité à la température ordinaire, et devient presque insoluble vers 100°; de sorte que la liqueur se prend en une sorte d'empois, mais par le refroidissement elle reprend sa fluibilité. C'est là un phénomène analogue à celui que présente le tartrate basique de potasse et de chaux, et qui paraît jouer un rôle dans la dessiccation du jus de betterave. M. Peligot a en outre formé le saccharate de plomb et le saccharate de chlorure de sodium. D'ailleurs, après beaucoup d'analyses, il a reconnu que la formule $C^{24} H^{22} O^{11}$, adoptée depuis long-temps, s'accorde le mieux avec l'expérience.

Après s'être assuré de l'identité élémentaire du sucre de raisin et du sucre d'amidon, M. Peligot s'est occupé du sucre de diabète, auquel il assigne la formule $C^{24} H^{28} O^{14}$.

Il a vu que si le sucre ordinaire se combine avec les alcalis sans s'altérer, le sucre d'amidon et tous les autres sucres connus se combinent d'abord avec ces mêmes corps, puis se détruisent graduellement en donnant naissance à deux produits distincts, selon les circonstances du contact établi entre ces corps.

D'après M. Peligot, l'action de la chaleur sur les sucres, appliquée avec discernement, fournit des résultats très simples. En opérant à 210°, il se dégage de l'eau seulement, et il reste un produit non entièrement soluble dans l'eau, auquel M. Peligot a conservé le nom de caramel.

Ce corps, purifié par l'alcool, offre un corps sans saveur qui ne fermente pas. Sa composition, très simple, est $C^{48} H^{56} O^{18}$, qui ne diffère de celle du sucre que par une perte d'eau.

Ces expériences modifient singulièrement les idées sur le poids atomique des sucres, tout en confirmant les analyses déjà faites pour le sucre de cannes et pour le sucre d'amidon. Elles sont aussi de nature à jeter un grand jour sur les divers procédés industriels dont les sucres sont l'objet. Mais ces conséquences seront traitées dans un prochain mémoire dont l'auteur annonce la présentation comme prochaine.

COMPOSITION DES ALCALIS ORGANIQUES.

M. V. Regnault adresse un mémoire sur ce sujet.

Il résulte de son travail que la loi généralement admise pour la composition des alcalis organiques n'est pas exacte; que ces bases ne renferment pas toujours deux atomes d'azote pour un atome de base, comme on avait cru le remarquer jusqu'ici; mais que plusieurs d'entre elles renferment quatre atomes d'azote: telles sont la quinine, la cinchonine, la strychnine et la brucine, tandis que la morphine, la codéine et la narcotine ont bien en effet, comme on l'avait annoncé, seulement deux atomes d'azote pour un atome de base.

Il résulte également des recherches de l'auteur, que tous les sels formés par les bases organiques avec les oxacides renferment un atome d'eau qu'on ne peut leur enlever sans les décomposer. Ainsi, ces bases présentent une analogie complète avec l'ammoniaque.

Les substances azotées, si remarquables, découvertes dans ces derniers temps par M. Liebig, l'ammeline et la mélanine, renferment un atome d'eau dans les sels avec les oxacides qui ont été examinés. M. Regnault a reconnu qu'il en est de même pour l'urée; les oxalate et nitrate d'urée, qu'on avait regardés jusqu'ici comme anhydres, renferment un atome d'eau.

On est ainsi conduit à former un même groupe des substances basiques que nous présente le règne organique. Ces substances se distinguent, non seulement par ce caractère remarquable qu'elles renferment toutes de l'azote, mais encore par leur manière de se comporter avec les acides. Ainsi, ces bases se combinent directement avec les hydracides, sans les décomposer, comme cela a lieu avec les bases oxidées du règne minéral; et avec les oxacides dissous dans l'eau, elles forment des sels qui retiennent toujours un atome d'eau qu'on ne peut leur enlever sans les décomposer.

ACTION DU CHLORE SUR LES BASES SALIFIABLES.

M. Peltier présente un mémoire concernant les recherches qu'il a entreprises sur ce sujet pour faire suite à celles qu'il a déjà fait connaître sur l'action de l'iode.

Les résultats auxquels il est arrivé sont les suivans:

1. Le chlore ne se combine point aux bases salifiables organiques.
2. Il agit sur elles en les décomposant: il se porte principalement sur l'hydrogène et forme de l'acide hydrochlorique.
3. Le résultat de cette action est la formation d'une substance particulière pour chaque base. Ces matières sont neutres, incapables de saturer: un petit nombre paraissent susceptibles de cristallisation.
4. La strychnine est la substance alcaloïde qui fournit les résultats les plus positifs.
5. L'extrême sensibilité du chlore comme réactif de la strychnine (réactif qui était encore à trouver), devient un moyen précieux d'investigation dans les recherches toxicologiques relatives à cette substance si éminemment vénéneuse.

SÉANCE DU 26 FÉVRIER.

ANTHROPOLOGIE. — RACES HUMAINES DANS LA RÉGENCE D'ALGER.

M. Flourens communique l'extrait d'une lettre de M. Guyon, chirurgien en chef de l'armée d'Afrique, contenant plusieurs détails sur les caractères physiques et ethnographiques des différentes races qu'on trouve dans la régence d'Alger, et principalement sur les Kabyles et les Arabes.

EXAMEN DES POMMES DE TERRE QUI ONT SUBI LA CONGÉLATION.

M. Payen présente le résultat des recherches qu'il a entreprises pour reconnaître à quoi tient la détérioration des pommes de terre qui ont subi la congélation. On sait que dans ce cas la quantité de fécules qu'elles donnent lorsqu'on veut les appliquer à la fabrication de l'amidon est à peine le quart de ce qu'on en aurait obtenu avant la gelée, et on avait pensé qu'elles éprouvaient une altération qui rendait le principe immédiat soluble et susceptible d'être entraîné par les lavages. L'analyse chimique a prouvé à l'auteur du mémoire que cette opinion n'était pas fondée, et que la proportion de substance soluble n'était point augmentée; dès-lors, il soupçonna que le changement était principalement mécanique, et l'examen microscopique lui montra, en effet, qu'il y avait désorganisation du tissu cellulaire, d'où résultait une tendance des utricules à se désagréger au moindre effort, sans présenter aux dentures de la rape, lorsqu'elles étaient soumises à son action, assez de résistance pour que leur enveloppe fût déchirée. Le rapage, dans ce cas, ne peut donc mettre en liberté qu'une petite proportion de la fécule. Celle-ci seule est facile à extraire; quant à celle qui reste enfermée dans les utricules isolées ou groupées, elle demeure naturellement sur les toiles avec le résidu pulpeux.

DE L'INFLUENCE QU'EXERCENT LA LUMIÈRE ET LES ANIMALCULES DE COULEUR VERTE CONTENUS DANS LES EAUX TRANQUILLES, SUR LA QUALITÉ ET LA QUANTITÉ DES GAZ QUE CES EAUX PEUVENT DISSOUDRE.

M. Morren, professeur à Angers, adresse pour le concours au prix de physiologie expérimentale un mémoire qui contient l'exposé des recherches auxquelles il s'est livré à ce sujet, recherches entreprises à la suite de discussions qui s'étaient élevées au sein du conseil municipal de cette ville, sur la question des fontaines publiques. Ayant eu à faire l'analyse de l'eau d'un grand nombre de puits et de fontaines, ainsi que l'examen des gaz que ces eaux pouvaient contenir, il eut la pensée de soumettre aux mêmes épreuves l'eau de quelques étangs voisins, et il trouva, non sans surprise, que cette eau, imprégnée d'une assez grande quantité de substances végétales et animales, tenait en dissolution, malgré le contact d'une atmosphère sans cesse renouvelée, un gaz souvent moins riche en oxigène que l'eau des rivières voisines, et même que l'eau des puits et des fontaines.

Nous ne pouvons suivre l'auteur dans le détail des expériences qui sont rapportées dans son mémoire, nous nous contenterons d'en indiquer les principaux résultats, qui peuvent être ainsi résumés:

Les eaux tranquilles, sous la double influence de la lumière solaire (directe ou diffuse) et les animalcules verts qui y sont répandus avec profusion, tiennent en dissolution un gaz dont la composition est très variable.

L'azote est, de tous les gaz dissous, celui dont la quantité varie le moins;

mais il n'en est pas ainsi pour l'acide carbonique et l'oxigène que l'eau dissout aussi.

C'est par les jours les plus beaux et les plus chauds de l'année que l'oxigène est dissous en plus grande abondance. Toutefois, dans les beaux jours du printemps, l'oxigénation peut s'élever aussi haut qu'en été, mais il faut alors une plus longue succession de beaux jours. En été, un seul jour suffit pour que l'oxigène soit au maximum.

Si les animalcules disparaissent, le maximum d'oxigène que le gaz dissout par l'eau peut contenir est de 40 à 42 pour cent. En présence des animalcules, au contraire, ce maximum peut s'élever jusqu'à 61 pour cent; l'oxigène et l'acide carbonique semblent, dans ces circonstances, être en raison inverse l'un de l'autre.

L'oxigénation varie dans les différens momens de la journée : elle est au minimum au lever du soleil, elle croit sans cesse ensuite, et atteint un maximum vers quatre à cinq heures du soir. Un temps couvert, froid et pluvieux, fait disparaître et l'intensité et la succession régulière de ces phénomènes journaliers.

ORGANISATION ET MODE DE REPRODUCTION DES CAULERPÉES.

M. Ad. Brongniart fait, en son nom et celui de M. Bory-Saint-Vincent, un rapport très favorable sur un mémoire de M. Montagne, mémoire dont nous avons donné, il y a peu de temps, une analyse détaillée.

RECHERCHES SUR LES STRUCTURES COMPARÉES DE LA MEMBRANE CUTANÉE ET DE LA MEMBRANE MUQUEUSE.

M. Flourens lit un mémoire sur ce sujet. Nous en publierons un extrait détaillé dans le prochain numéro.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 27 FÉVRIER 1838. — PRÉSIDENCE DE M. MOREAU.

La CORRESPONDANCE OFFICIELLE ne comprend qu'une seule pièce, c'est une lettre ministérielle avec envoi d'un rapport du médecin inspecteur des eaux minérales de Bains.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

1° Un mémoire sur l'introduction de l'air pendant les opérations chirurgicales, par M. Putegnat.

2° Un cas de métrorrhagie traitée par l'eau froide en irrigations continues, par M. Foucauld.

3° Deux mémoires envoyés au concours, par M. Michel-Cirticux, sur l'influence de la *surexcitation de la sensibilité nerveuse* (paroles *du testament*).

ENGORGEMENT TESTICULAIRE.

— M. Rochoux demande la parole à l'occasion du procès-verbal. Il revient encore sur l'orchite, et répète que jamais le testicule ne participe à l'inflammation, et conséquemment qu'il n'entre pour rien dans la tuméfaction des bourses; mais il n'a pas dit que l'épididyme y restait étranger; il n'a pas parlé de cet organe; et en bonne logique, on devrait conclure de son silence qu'il ne l'exclut pas, en vertu de ce dicton tant soit peu connu : *Qui ne dit rien consent.*

— M. VELPEAU. J'ai exprimé, dans la dernière séance, le désir que l'Académie voulût bien reprendre la discussion sur ce sujet, et je le renouvelle encore aujourd'hui. Ma raison est que l'orchite est une maladie extrêmement commune, et par conséquent une maladie que chacun a intérêt de bien connaître. Pour moi mes idées sont parfaitement arrêtées; je crois que l'inflammation commence vers le canal déférent, se propage à l'épididyme et gagne souvent le testicule. Dans la plupart des cas, il y a épanchement dans la tunique vaginale. M. Rochoux au contraire a soutenu que le testicule reste intact, et que le volume que prennent les bourses dépend tout entier de la sérosité qui s'amasse dans l'intérieur de la tunique vaginale, ce qui lui fait désigner la maladie sous le nom de *vaginalite*. A la vérité, il a publié un second mémoire où il a tant soit peu modifié sa première opinion, et où il a admis l'épididyme au partage de l'inflammation; mais c'est une concession qu'il fait plutôt qu'une opinion qu'il exprime.

M. Rochoux s'autorise, non seulement de son expérience, mais encore de l'expérience de M. Ricord; suivant lui, M. Ricord aurait observé 4 ou 500 cas d'orchite, et sur ce nombre, c'est à peine s'il a trouvé le testicule enflammé trois ou quatre fois. Mais comment M. Ricord s'est-il assuré que le testicule n'était pas enflammé? Pour moi, voici comment je m'y suis pris, je l'ai dit dans la dernière séance. Comme il se fait souvent un épanchement dans la tunique vaginale, j'ai imaginé de lui donner issue, et pour cela, j'ai fait ce qu'on fait dans les cas analogues, j'ai pratiqué la ponction. La sérosité s'est évacuée, et au volume qui restait j'ai pu juger de celui du testicule. Or je déclare que c'est beaucoup si le volume total diminuait d'un quart ou d'un cinquième.

M. Rochoux dit que l'ouverture des corps est pour lui; mais non certainement elle n'est pas pour lui. M. Rochoux rappelle ici trois faits d'orchite où tout était malade, le canal déférent, l'épididyme, le testicule et la tunique vaginale.

A l'égard de la ponction, j'ai été heureux, dit-il, d'entendre M. Cullerier déclarer dans cette enceinte que c'était la plus innocente de toutes les opérations. A son expérience j'ajoute donc la mienne, et quoiqu'elle ne soit pas à beaucoup près aussi étendue que celle de notre honorable collègue, elle n'est pourtant pas à dédaigner. J'ai bien fait cette opération soixante fois et plus, et j'affirme de nouveau que je ne l'ai jamais vue suivie du moindre accident.

Je ne suis pas de l'avis de ceux qui regardent comme inefficace l'usage des bandelettes dans le traitement de l'orchite (méthode de Fricke); il est certain pour moi que lorsqu'elles sont bien appliquées, elles hâtent la résolution qui, en ce cas, s'opère communément dans l'espace de quatre à cinq jours; je dis expressément lorsqu'elles sont bien appliquées, car dans le cas contraire le testicule peut éprouver une sorte d'étranglement et suppurer, ainsi que cela m'est arrivé deux ou trois fois.

DES BREVETS D'INVENTION POUR REMÈDES.

M. ADELON. Messieurs, vous n'avez pas sans doute oublié que, dans la séance du 14 novembre dernier, j'eus l'honneur de vous lire un projet de lettre qui fut approuvé. Il s'agissait de la concession des brevets d'invention pour remèdes. Il est inutile de reproduire ici cette lettre; il me suffira de vous rappeler qu'elle signalait de la manière la plus formelle une contradiction évidente entre la loi relative à la concession des brevets d'invention et la loi qui régit l'exercice de la médecine et de la pharmacie.

Cette lettre, le conseil d'administration réuni à la commission de votre choix, la porta à M. le ministre du commerce, qui, après explications, sentit tout ce qu'elle renfermait de juste et de bon.

M. le ministre promit d'y avoir égard. En effet, il vient d'envoyer à l'Académie un projet de loi sur la matière avec prière de lui donner ses avis si elle en a de bons à lui donner. L'Académie a renvoyé ce projet à la même commission qui l'a examiné avec toute l'attention dont elle est capable.

L'article 3 prohibe les brevets pour remèdes; mais la rédaction n'en est peut-être pas parfaitement claire. La commission propose celle-ci :

« Ne seront pas susceptibles d'être brevetées les substances simples ou composées, employées soit à titre de cosmétiques, soit à titre de remèdes, lesdits objets demeurant soumis aux lois qui régissent la pharmacie. »

L'Académie adopte.

Enfin la commission propose d'étendre cette législation et de prohiber les brevets d'importation pour remèdes ou pour cosmétiques.

L'Académie adopte.

Cependant M. Nacquart aurait voulu qu'on séparât les cosmétiques des remèdes. Les cosmétiques sont des objets de commerce qui ne regardent pas la pharmacie; c'est l'affaire des parfumeurs. Il est bien vrai qu'on y fait entrer quelquefois des substances fort actives et même dangereuses; mais pour ce qui est dans ce cas, il en est cent qui sont complètement insignifians.

— M. BOULLAY. La meilleure réponse à faire à M. Nacquart, c'est que le gouvernement a pris l'initiative et confond les cosmétiques avec les remèdes; et en cela il fait bien, car les cosmétiques ne sont souvent qu'un prétexte, qu'un voile à l'aide duquel le charlatanisme répand une foule de moyens dangereux pour la santé.

— M. Lodibert appuie M. Boullay et rappelle que Galien assimilait les cosmétiques avec les remèdes.

— M. ADELON. Je ne suis pas de l'avis de M. Nacquart; mais quand même je penserais comme lui, il est une raison qui me ferait rejeter sa proposition; c'est que dans la lettre que l'Académie a adressée au ministre à ce sujet, elle a demandé la prohibition des cosmétiques. Elle ne peut donc revenir sur une chose jugée, et pousser l'inconséquence jusqu'à se contredire à deux mois de distance.

— M. CORNAC. Ce n'est pas seulement parce que les cosmétiques contiennent souvent des substances actives qu'il faut les proscrire, c'est surtout parce qu'on fait passer sous ce nom des remèdes insignifians et dangereux. Au reste quoi qu'on fasse, je suis très persuadé qu'il y aura toujours des cosmétiques dans le commerce; mais du moins les inventeurs ne pourront s'autoriser de l'approbation de l'Académie.

— M. BOUILLAUD : J'avoue que je penche pour l'opinion de M. Nacquart; mais je ne m'y arrête pas, et j'appelle l'attention de l'Académie sur un autre objet. On a dit que le charlatanisme parviendrait à éluder la législation, et on a cité l'exemple d'un médecin qui, breveté pour une filature, débitait un remède secret, et se disait breveté du gouvernement. Je demande si, avec un peu de réflexion, il n'eût pas été possible de proposer une mesure pour prévenir de pareils abus.

— M. Adelon répond qu'il ne s'agit pas de cette question. La commission avait à s'occuper des brevets d'invention pour remèdes : les observations de M. Bouillaud concernent la police médicale.

— M. Desportes trouve que le mot *cosmétique* n'est pas parfaitement clair, et voudrait qu'on le fît suivre ou précéder d'une phrase incidente qui en expliquât le sens.

UNE VOIX : C'est une affaire de dictionnaire.

RAPPORT DE M. VILLENEUVE SUR UNE OPÉRATION CÉSARIENNE, PRATIQUÉE DEUX FOIS AVEC SUCCÈS SUR LA MÊME FEMME, PAR M. BOUVIN.

Une femme de 32 ans, brune, petite, à membres arqués, surtout les membres inférieurs, arrivée au terme de sa première grossesse, réclama les services de M. Bouvin. A l'inspection du sujet, il prévit les difficultés qui l'attendaient. Le toucher eut bientôt justifié ses prévisions. Cependant, de la saillie du sacrum à la symphise du pubis, il n'y avait pas moins de quatre pouces et demi; mais l'étendue du diamètre antéro-postérieur semblait s'être fait aux dépens du diamètre transversal; celui-ci n'avait que dix-huit à vingt lignes.

Malheureusement la poche des eaux était rompue; à cela près, la femme était dans des conditions assez favorables.

Quoi qu'il en soit, la certitude une fois acquise que l'accouchement ne pouvait se faire naturellement, M. Bouvin résolut d'extraire l'enfant par l'opération césarienne.

Il fit avec un bistouri convexe, sur la ligne blanche, à six lignes à droite de l'ombilic, une incision qu'il prolongea jusqu'à 18 lignes du pubis. Quelque précaution qu'il prît pour ouvrir la matrice, elle était si exactement appliquée

sur le corps de l'enfant, qu'il l'effleura légèrement à l'épaule; il est vrai que, comme il a été dit, les eaux étaient écoulées. La matrice ouverte, on fit l'extraction de l'enfant et du placenta, qui suivit immédiatement. A peine la matrice fut-elle vidée, que les intestins se présentèrent à l'ouverture de la plaie, menaçant de faire hernie. On les contint par quelques tours de suture.

La nuit qui suivit l'opération fut très agitée par une toux presque convulsive et par des vomissemens continuels si violens, qu'outre le bandage posé sur les sutures, on fut obligé d'y tenir une main pour lutter sans cesse contre les efforts qui portaient les intestins à s'échapper. Cet état d'angoisse dura 36 heures; après quoi, il se calma peu à peu, à mesure que les lochies coulèrent.

Enfin, au bout de trente-sept jours, la plaie était cicatrisée, et la malade touchait à la convalescence.

Deux ans après, nouvelle grossesse, nouvelle opération. Les deux enfans, tous deux du sexe féminin, ont vécu. L'aînée est l'image parfaite de la mère.

— M. Capuron ouvre la discussion. Les faits qu'on vient de citer sont sans doute curieux; mais ils n'avancent pas la science. Le rapport dit que l'opération césarienne serait plus heureuse si elle était pratiquée plus tôt; mais ce n'est pas assez dire; il fallait dire les conditions qui peuvent assurer le succès : or, je suis convaincu que le moment d'opérer est celui où les parties molles sont assez dilatées pour livrer passage à l'enfant.

— M. Villeneuve : M. Capuron a répondu à la question qu'il m'a adressée. Je n'ai plus rien à ajouter.

— M. Castel : On dit qu'il faut se hâter de pratiquer l'opération césarienne lorsqu'on la juge nécessaire. Oui, mais le point difficile est de reconnaître cette nécessité.

Il y a des années qu'une femme était en travail à l'hospice de perfectionnement. Les professeurs étaient tous rassemblés, et l'opération césarienne était résolue. L'affluence des élèves était telle, que M. Deschamps dit qu'il fallait envoyer chercher une escadre pour contenir la foule. Pendant ce temps, la femme accoucha naturellement.

— M. Gimelle rappelle qu'il a vu à l'hospice de M. Dubois une petite femme qui avait subi cinq fois l'opération césarienne; elle accoucha naturelement à la sixième.

— M. Gerdy : De quelque manière qu'on s'y prenne, et pour si bien qu'on choisisse le moment, l'opération césarienne est des plus dangereuses. En pareil cas, il faut d'abord bien déterminer les indications. Deux partis se présentent: ouvrir le ventre de la mère; briser la tête de l'enfant. Ouvrir le ventre de la mère, c'est l'exposer à une mort presque certaine. Briser la tête de l'enfant est moins dangereux et plus sage. On sait que l'accouchement de l'impératrice Marie-Louise n'alla pas tout seul. Que fit M. Dubois? Il fit part à l'empereur des difficultés qui se présentaient, et demanda s'il devait préférer la mère à l'enfant. Napoléon répondit : Sauvez la mère. C'est le cri de la nature. Je ne sais pas bien au juste quel est le degré d'étroitesse du bassin qui s'oppose invinciblement à l'application du céphalotribe; mais ce degré déterminé, je dis qu'il n'y a pas à hésiter; il faut toujours sacrifier l'enfant à la mère.

Le rapport est mis aux voix et adopté.

— M. Ségalas présente un calcul énorme qu'il a extrait la veille de la vessie d'un homme de 77 ans. Il ne pèse pas moins de 7 onces 3 gros, et chose singulière, ce malade en était peu incommodé.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Nouvelles observations de guérisons des calculs urinaires, au moyen des eaux thermales de Vichy, suivies d'autres observations sur l'efficacité de ces mêmes eaux employées contre la goutte; par Ch. Petit, D. M., adjoint des eaux de Vichy. — 100 pag. in-8°, avec des planches. Paris, 1837. Chez Crochard, libraire-éditeur, place de l'École-de-Médecine, 13.

De l'or dans le traitement des scrofules, premier mémoire; par le docteur A. Legrand; précédé d'un rapport fait à l'Institut. — Paris, 1837. 90 pag. in-8°. Chez J.-B. Baillière, rue de l'École-de-Médecine, 15 *bis*.

Recherches et observations sur l'emploi thérapeutique du seigle ergoté; par M. Levrat-Perrotton, médecin de l'hospice de l'Antiquaille de Lyon, etc. — 135 pag. in-8°. Paris, 1837. Chez Germer-Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 13.

La première de ces trois brochures, qui n'ont d'autre rapport entre elles que de s'occuper de thérapeutique, est divisée en deux parties entièrement distinctes : l'une contient les nouvelles observations que l'auteur a recueillies sur le traitement des calculeux, au moyen des eaux thermales de Vichy; la seconde, celles qu'il a observées, depuis deux années, sur l'efficacité de ces mêmes eaux dans le traitement de la goutte. Déjà ces deux questions ont été traitées par l'auteur dans un premier mémoire (voy. Gazette Médicale, an 1836, p. 350.). Mais il fallait de nouveaux faits pour éclairer cette discussion, qui a pris un nouvel intérêt depuis qu'elle a été agitée entre un habile chirurgien de notre époque et un chimiste non moins habile (1); c'est ce qu'a parfaitement compris M. le docteur Petit, qui rapporte ici quatre cas où des sujets portant des pierres plus ou moins volumineuses, depuis un temps plus ou moins long, ont guéri sans aucune opération chirurgicale et seulement par l'usage des eaux de Vichy, prises en boissons et en bain.

Nous n'avons pas besoin de rappeler quelles sont les propriétés des eaux de Vichy et comment ces eaux peuvent opérer sur les calculs de la vessie pour les détruire; la théorie est d'accord avec les faits pratiques, dont il faut distinguer deux ordres : ceux qui sont représentés par les quatre observations recueillies chez des calculeux dont nous parlions à l'instant, et les expériences faites par M. Petit, avec des calculs anciens, placés, pendant un temps limité, dans les sources mêmes des eaux de Vichy, et où ils ont tous éprouvé une décomposition plus ou moins avancée. Ces expériences sont complètement d'accord avec celles que M. Chevallier a publiées de son côté, et ne permettent pas de douter de l'action qu'exerce l'eau de Vichy sur les calculs de la vessie, bien qu'on ne doive pas en induire que cette eau agisse avec la même activité lorsqu'elle se trouve mélangée avec les urines.

L'une des plus grandes difficultés que présente ce mode de traitement, c'est que l'efficacité de l'eau de Vichy varie suivant la nature du calcul sur lequel elle exerce son action. Voici ce que l'auteur dit à cette occasion : « Il résulte de mes expériences et de celles de M. Chevallier que les calculs les plus communs, ceux d'acide urique et de phosphate ammoniaco-magnésien, peuvent être facilement détruits, soit par des solutions, soit par des agrégations, et que ceux d'oxalate et de phosphate de chaux pourront être désagrégés toutes les fois qu'ils seront mélangés d'acide urique et de phosphate ammoniaco-magnésien, à cause de l'action que les alkalis exercent sur l'acide urique et de la facilité avec laquelle ils désagrègent le phosphate ammoniaco-magnésien.

» Les calculs contre lesquels les eaux de Vichy présentent le moins de chances de succès sont ceux qui seraient exclusivement composés d'oxalate ou de phosphate de chaux; mais heureusement ces calculs sont rares; et encore est-il probable que, dans ce cas, l'on parviendrait, avec un temps beaucoup plus long, il est vrai, à les désagréger, en dissolvant la matière animale qui leur sert de lien. »

Cette question est d'une haute importance, puisqu'elle tend à agrandir la science et à remplacer des opérations sanglantes ou au moins toujours douloureuses par un moyen sans danger et dont on a beaucoup exagéré les difficultés. Mais il y a un obstacle à éviter. On ne doit pas examiner d'une manière générale et absolue, comme on l'a fait dernièrement à l'Académie de médecine dans la discussion sur la prééminence de la lithotritie sur la lithotomie, ou de cette dernière sur la lithotritie, lequel des trois moyens qu'on peut employer maintenant contre la pierre réussit le plus souvent, mais on doit chercher à déterminer dans quelles circonstances chacun d'eux est efficace et conséquemment doit être employé, et dans quelles conditions, au contraire, chacun d'eux échoue et doit être évité. C'est vers ce but que nous engageons M. Petit à diriger ses efforts, qui, malgré quelques prédictions peu encourageantes, seront, nous l'espérons, couronnées de succès.

Les premières remarques que l'auteur avait faites sur l'efficacité des eaux de Vichy dans le traitement de la goutte n'ont point été démenties, et, bien plus, ont été confirmées par de nouvelles observations. Depuis l'époque de la première publication de son mémoire, M. Petit dit avoir observé les bons effets de ces eaux sur un assez grand nombre de malades, pour pouvoir parler maintenant avec plus d'assurance de leur efficacité contre cette affection. Quatorze observations sont rapportées à l'appui de cette opinion, qui, si elle n'est pas démontrée pour nous, acquiert chaque jour un nouveau degré de probabilité.

Le mémoire de M. Levrat-Perrotton est un excellent plaidoyer en faveur du seigle ergoté dans les cas d'inertie de la matrice pendant l'accouchement, de convulsions, de coliques puerpérales, de rétention du placenta, de métrorrhagie, etc. Sur 70 cas qui ont été observés par l'auteur, ou empruntés par lui à des recueils, il n'y en a qu'un seul où le seigle ergoté ait produit des effets fâcheux. Nous regrettons que l'auteur, en raison de la rareté des faits analogues, n'ait pas rapporté avec plus de détails l'histoire d'une femme à laquelle une sage-femme ignorante avait prescrit, pour hâter l'accouchement, une dose énorme de seigle ergoté, et qui de-

(1) Voy. Gazette Médicale, an 1837, la lettre de M. Civiale, p. 515, et celles de MM. Chevallier, p. 632, et Petit, p. 730.

vait s'élever à plusieurs gros. Cette malade éprouva, peu de temps après son accouchement, des douleurs excessives dans les extrémités des doigts, et des engorgemens lymphatiques remarquables dans l'épaisseur des tégumens du bras. Cet état, qui dura fort long-temps, se termina par la perte de l'extrémité de plusieurs doigts.

Le mémoire de M. le docteur Legrand contient trente-cinq observations de guérisons obtenues de l'emploi de l'or ou de ses préparations dans le traitement des maladies scrofuleuses du système glanduleux ou des parties molles. Nous aurions sans doute désiré que ces observations eussent été dans quelques cas plus complètes, que l'auteur eût à côté de cette longue série de succès placé la série des insuccès, ou au moins qu'il eût affirmé positivement qu'il n'y en avait point eu; nous aurions surtout désiré que la méthode de traitement adoptée par M. Legrand eût été comparée sous les divers points de vue du mode d'action, du degré d'efficacité, des conditions de succès, avec celle qui consiste dans l'emploi des préparations d'iode, et dont on ne peut nier l'efficacité; mais toutes ces observations n'ont pas été recueillies par l'auteur du mémoire; un bon nombre lui ont été communiquées par des praticiens, tous habitans des pays différens; et, d'ailleurs, M. Legrand promet un second mémoire, dans lequel il démontrera les avantages qu'on peut retirer de la méthode aurifère au traitement des maladies des os. Peut-être alors remplira-t-il quelqu'une des lacunes que nous signalons ici. En attendant, la lecture de ce mémoire ne nous permet pas de douter que les préparations d'or n'exercent une influence favorable dans le traitement des maladies scrofuleuses des ganglions lymphitiques et des autres parties molles.

VARIÉTÉS.

L'ACADÉMIE ET LA PRESSE MÉDICALE.

L'arrivée tardive de la lettre suivante ne nous a pas permis de la publier dans notre dernier numéro. Quoiqu'elle eût été insérée dans d'autres journaux, nous nous empressons de la reproduire dans la GAZETTE MÉDICALE comme un témoignage de notre gratitude pour les efforts honorables et éclairés de son auteur à défendre la cause de la presse médicale.

Paris, le 22 février.

Monsieur,

Dans l'intérêt de la presse médicale tout entière, dans l'intérêt *bien entendu* de l'Académie royale de médecine, et surtout dans l'intérêt de la science, j'ai demandé, mardi dernier, que tous les documens qui parviennent à ce corps savant soient communiqués à MM. les rédacteurs des journaux, comme cela se pratique à l'Académie royale des sciences, et comme cela a eu lieu à l'Académie de médecine elle-même pendant l'année qui a précédé la publication du *bulletin de ses séances*.

Depuis fort long-temps, non seulement l'Académie de médecine ne donnait aucune communication de sa correspondance à MM. les journalistes, mais elle employait tous les moyens en son pouvoir pour que les mémoires lus dans son sein ne fussent point communiqués aux journaux, pour y être analysés d'une manière exacte et convenable. L'Académie prenait ces mesures, à la vérité peu en harmonie avec le but de son institution, dans le seul intérêt de ses *mémoires*, ouvrage dont la publication se fait nécessairement long-temps attendre, et qui par sa nature même ne peut avoir qu'une circulation limitée.

Les choses se passaient ainsi, lorsque, il y a environ deux ans, sur la proposition de notre honorable collègue, M. Double, le conseil d'administration de l'Académie décida qu'à la fin de chaque séance la correspondance du jour serait mise à la disposition de MM. les journalistes. Par suite de cette sage mesure, les comptes-rendus des séances de l'Académie éprouvèrent une grande amélioration. Ils furent rédigés avec plus d'exactitude, plus de netteté et plus de précision que par le passé, et le public médical eut des notions claires et exactes sur les communications scientifiques que recevait hebdomadairement ce corps savant.

On n'avait qu'à s'applaudir de cette tardive mais heureuse innovation, lorsque, au mois d'octobre 1836, le conseil d'administration résolut, de sa propre autorité, de faire paraître un *bulletin des séances de l'Académie*, et, à dater de ce jour, les communications qui étaient faites à MM. les journalistes furent supprimées; on rétablit en faveur du *bulletin* le monopole qui avait long-temps existé en faveur des *mémoires de l'Académie*, et absolument en pure perte.

Les honorables membres qui composaient alors le conseil ne réfléchirent pas que si le monopole entraîne généralement après lui des conséquences graves, c'est surtout lorsqu'on l'applique aux sciences et particulièrement aux sciences médicales qui ont pour but le soulagement de l'humanité tout entière.

L'objet des corps savans étant de favoriser la propagation des lumières, ils doivent faciliter les moyens propres à rendre cette propagation aussi rapide, aussi sûre, aussi exacte et aussi étendue que possible. Or, ces moyens sont les journaux; mais pour que les journaux puissent répandre des nouvelles scientifiques vraiment profitables, il ne faut point leur interdire l'accès des documens dans lesquels ces nouvelles se trouvent; il ne faut point les mettre dans le cas de donner à leurs lecteurs des renseignemens superficiels, incomplets, ou même erronés.

C'est ce que l'Académie des sciences a bien senti; aussi donne-t-elle à MM. les journalistes toutes les facilités qu'ils peuvent désirer pour rendre un compte exact et approfondi de ses séances, et, de plus, elle leur fait remettre gratuitement un exemplaire de son *Compte-rendu hebdomadaire*. La science gagne à cette manière vraiment libérale de procéder, et l'Académie aussi; car tout corps savant qui restreint la publicité porte atteinte à sa considération et même à son existence. Si les travaux de l'Académie des sciences sont connus de tout le monde civilisé, cela est dû évidemment à toutes les facilités qu'elle accorde aux journalistes pour rendre compte de ses séances. D'ailleurs il ne faut point oublier que les auteurs adresseront toujours de préférence le fruit de leurs veilles là où il seront sûrs de trouver une plus grande publicité.

Le conseil d'administration de l'Académie de médecine a craint de nuire au succès de son bulletin en communiquant, comme par le passé, les pièces de sa correspondance aux journalistes; une pareille crainte ne me paraît point fondée, vu que le bulletin est une publication tout-à-fait spéciale, que les journaux de médecine ne sauraient remplacer, de même qu'elle ne saurait tenir lieu de ces journaux.

Mais dans la supposition que les facilités que je réclame pour MM. les journalistes seraient préjudiciables au bulletin académique, je pense qu'il n'y aurait point à hésiter: l'intérêt de la science doit l'emporter sur l'intérêt privé, et le premier corps médical de France doit voir les choses de plus haut que ne l'a fait son conseil de 1836.

En 1835, l'Académie des sciences se décida aussi à publier un bulletin de ses séances sous le titre de *Compte-rendu*, mais elle n'en a pas moins continué à communiquer sa nombreuse correspondance à MM. les rédacteurs des journaux. L'Académie de médecine voudrait-elle se montrer moins libérale que notre premier corps savant? Je ne le pense pas. Je suis même persuadé qu'en y réfléchissant un peu, M. le président sentira qu'il aurait fort bien pu me permettre de développer ma proposition, qui, quoi qu'il en dise, intéresse vivement la science.

Au surplus, cette proposition, qui a été fortement appuyée par mon honorable collègue, M. Dubois (d'Amiens), a été renvoyée au conseil d'administration par l'Académie, et il est à croire que ce conseil ne voudra pas assumer la responsabilité de la décision illibérale et anti-scientifique qui fut prise par le conseil de 1836, et qui enleva aux journalistes la faculté qu'ils avaient de consulter la correspondance de l'Académie.

Enfin si le conseil d'administration rejette ma proposition, je pense qu'il voudra bien exposer devant l'Académie les motifs de son rejet, et le public jugera.

Je vous prie, M. le rédacteur, d'avoir la bonté de publier cette lettre dans votre estimable journal.

Agréez, etc.

CHERVIN, D. M. P.

— DE L'ALBUMINURIE OU HYDROPISIE causée par maladie des reins; modifications de l'urine dans cet état morbide, à l'époque critique des maladies aiguës, et durant le cours de quelques affections bilieuses; par M. Martin Solon, médecin de l'hôpital Beaujon, agrégé à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie royale de médecine, etc., etc.; 1 vol. in-8. Prix 6 f. et 7 f. 50 c., franc de port, par la poste.

A Paris, chez Béchet jeune, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine, 4.

NOUVELLES PUBLICATIONS A LA LIBRAIRIE DE J.-B. BAILLIÈRE, rue de l'Ecole-de-Médecine, 13 bis.

— TRAITÉ DE PHYSIOLOGIE considérée comme science d'observation, par Ch.-Fr. Burdach, professeur à l'université de Kœnisberg; avec des additions par les professeurs Baer, Meyen, Meyer, J. Muller, Rathke, Valentin et Wagner; traduit de l'allemand sur la deuxième édition, par A.-J.-L. Jourdan, D. M. P., membre de l'Académie royale de médecine. 8 vol. in-8°, fig. Prix de chaque volume: 7 fr.

Quatre volumes sont en vente.

— CLINIQUE MÉDICALE DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ, ou exposition statistique des diverses maladies traitées à la clinique de cet hôpital, par J. Bouillaud, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital de la Charité. 3 vol. in-8°. Prix: 21 fr.

— TRAITÉ PRATIQUE DE LA PHTHISIE LARYNGÉE, de la laryngite chronique et des maladies DE LA VOIX, par A. Trousseau, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux, et H. Belloc, D. M. P. — Ouvrage couronné par l'Académie royale de médecine. 1 vol. in-8° accompagné de neuf planches gravées. Prix: 7 fr.

— Le même, fig. coloriées. Prix: 12 fr.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE DE FÉLIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 10. (TOME VI. — 1838.) SAMEDI 10 MARS 1838.

Gazette Médicale

DE PARIS.

LA GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°.—Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Poissonnière*, n° 5, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

ANATOMIE GÉNÉRALE.

RECHERCHES ANATOMIQUES SUR LES STRUCTURES COMPARÉES DE LA MEMBRANE CUTANÉE ET DE LA MEMBRANE MUQUEUSE;

(Extrait d'un mémoire lu à l'Académie des sciences le 25 février 1838);

Par M. FLOURENS.

On a vu, par mes précédentes recherches (1), que, dans la peau de l'homme blanc, le derme est recouvert par deux épidermes, l'un interne et l'autre externe; que, sous ces deux épidermes, se trouve dans l'homme de race colorée, l'appareil pigmental ou de coloration; que dans la langue, soit de l'homme, soit des quadrupèdes, il existe entre le derme et l'épiderme un corps particulier, nommé corps muqueux, lequel corps parut réticulaire à Malpighi, qui ne l'avait obtenu que par le procédé de l'ébullition, et se montre réellement continu, membraneux, quand il est donné par le procédé plus exact de la macération; que, des deux épidermes de l'homme blanc, c'est l'interne qui est le plus coloré; et que, dans la langue, c'est toujours le corps muqueux qui est le siége de toute tache ou coloration partielle.

C'est la suite de ces premières recherches que j'ai l'honneur de communiquer aujourd'hui à l'Académie.

Dans l'espèce humaine, le mamelon est entouré d'une aréole ou cercle coloré, plus ou moins brun ou couleur de bistre. Il importait de déterminer avec précision le siége de cette coloration remarquable.

J'ai soumis à une macération méthodique la peau colorée dont il s'agit. La macération a détaché peu à peu les deux épidermes, et la coloration plus prononcée de l'épiderme interne a paru dès-lors avec évidence. L'épiderme externe, couché sur l'interne, affaiblit l'intensité de la couleur de celui-ci, qui, de brun foncé qu'il est en effet, ne paraît plus que grisâtre, quand il est vu sous l'externe, après la macération.

La première des deux planches que je mets sous les yeux de l'Académie, montre, sur deux mamelles de femme, les deux épidermes et la coloration différente de chacun d'eux.

(1) Voyez *Compte-rendu de l'Academie des sciences*, 1836, 2e sem., p. 699, et 1837, 1er sem., p. 445.

Feuilleton.

QUELQUES APPLICATIONS DE LA MÉDECINE ET DE LA PHYSIOLOGIE A L'ÉTUDE DE L'HISTOIRE.

Par M. LISLE, élève des hôpitaux.

(Deuxième article. Voir GAZETTE MÉDICALE, n. 7, 1838.)

TIBERIUS CLAUDIUS (CLAUDE).

Dans un précédent article, j'ai prouvé suffisamment, je crois, que Caius Caligula était fou. Son successeur, Tibérius Claudius Drusus, plus communément connu sous le nom de Claude, va nous offrir l'étrange spectacle d'un homme en démence, appelé presque malgré lui à régner en despote sur le monde. C'est en effet quelque chose de bien étrange que de voir cette société romaine, à peine sortie du siècle d'Auguste, qui lui avait imprimé une direction si forte et si intelligente, déjà assez avilie, assez profondément déchue pour subir tranquillement le joug, aujourd'hui d'un fou, furieux, demain, d'un véritable dément. Ce dernier fait ressort si bien de toute l'histoire de Claude, que je vais me contenter d'en rapporter les principaux traits, en m'abstenant de toute espèce de réflexions.

Claude fut tourmenté pendant son enfance et pendant toute sa jeunesse de maladies cruelles et opiniâtres, sur la nature desquelles les historiens ne nous donnent aucune notion certaine; cependant ils s'accordent tous à reconnaître qu'elles énervèrent également son corps et son esprit. Lorsqu'il fut parvenu à sa majorité, Auguste et Tibère, tous deux ses parens, le jugèrent trop *dépourvu d'intelligence*, trop *stupide*, ce sont les expressions dont ils se servent dans leurs lettres, conservées par Suétone, pour oser lui confier quelque charge publique, pour oser même lui permettre de paraître devant le peuple dans les cérémonies et dans les fêtes. Il se retira alors dans une villa qu'il possédait dans la Campanie, et se plongea dans les excès les plus honteux et les plus dégradans. Caligula, son neveu, le rappela à la cour, où il devint le jouet du tyran et de ses affranchis, et fut abreuvé de toute espèce d'affronts.

Porté à l'empire presque malgré lui, par les prétoriens, après la mort de Caligula, il se montra tellement ridicule, qu'il se fit mépriser par l'universalité des citoyens. Il s'occupait sérieusement des choses les plus frivoles, et négligeait pour elles les affaires de l'empire. Un jour, il rendit deux décrets : l'un pour enjoindre aux Romains de bien enduire de poix leurs tonneaux, à cause de la beauté de la récolte; l'autre, pour leur recommander le suc de l'If, comme le meilleur remède contre la morsure de la vipère. Il fut toujours l'esclave soumis de ses femmes et de ses affranchis. Je me contenterai d'un seul fait pour mon-

Sur la première mamelle, les deux épidermes sont détachés et flottans; l'externe a une couleur cendrée; l'interne est brun; le derme est blanc (1).

Sur la seconde mamelle, les deux épidermes sont soulevés en un point; en un autre point l'externe seul est soulevé, l'interne est resté appliqué sur le derme. Là où l'externe se superpose sur l'interne, il en affaiblit la coloration; là où celui-ci paraît à nu, il se montre brun foncé, le derme est toujours blanc.

Dans la peau de l'homme blanc, le siége de la coloration est donc le second épiderme. Partout ce second épiderme est plus coloré que l'externe; dans la peau brune par le hâle, il est le siége du hâle (2); et, comme on voit, il est encore le siége de la coloration si singulièrement remarquable du sein de la femme.

Il n'y a que ces taches particulières, connues sous le nom de lentilles, etc., et dont j'ai déjà parlé dans un autre Mémoire (3), qui aient leur siége dans le derme même.

Cette même planche qui est sous les yeux de l'Académie montre sur une langue d'homme, et nettement séparés l'un de l'autre, les trois élémens constitutifs des tégumens de la langue: d'abord l'épiderme; sous l'épiderme, le corps muqueux; et, sous le corps muqueux, le derme avec ses papilles.

La langue, par la structure de ses tégumens, peut être donnée comme le type de la structure d'un groupe entier de membranes muqueuses. On voit ainsi réunis sur la même planche, et à côté l'un de l'autre, un type de structure cutanée et un type de structure muqueuse.

On y voit encore, sur la muqueuse du palais et sur celle des joues, deux muqueuses qui appartiennent au même groupe que la muqueuse de la langue, l'épiderme, le corps muqueux et le derme, séparés et détachés en trois membranes distinctes.

Et ce n'est pas tout. Le corps muqueux qui règne sur la langue, sur le palais, sur les joues, en un mot sur toute la cavité buccale, s'étend plus loin encore. La planche qui est sous les yeux de l'Académie le montre sur l'œsophage, et toujours placé sur le derme, et toujours recouvert par l'épiderme.

Il y a donc, comme je viens de le dire, un groupe entier de muqueuses dont la structure est la même que celle de la muqueuse de la langue; et ce groupe comprend la muqueuse de la langue, celle du palais, celle des joues, en un mot, celle de toute la cavité buccale, et celle de l'œsophage: Au point où l'œsophage finit et où l'estomac commence, cette structure donnée finit, et il en commence une autre toute nouvelle, laquelle sera l'objet d'un autre Mémoire.

Les caractères du corps muqueux sont partout les mêmes. Dans l'homme, il est partout blanc; dans le bœuf, il est le siége de ces taches, de ces colorations partielles qui se voient souvent, soit sur le palais, soit sur la langue de cet animal; il est d'un tissu propre, que l'ébullition rend plus compacte, plus blanc (lorsqu'il est de cette couleur), et qui se compose de couches adhérentes et superposées (4).

Quant au second épiderme, il est très mince, très fin, recouvert, à l'aréole des mamelles, d'un enduit coloré ou pigmentum, plus ou moins marqué; il passe très facilement à un état diffluent. On ne peut douter, à cause de cette diffluence même, que ce ne soit à ce second épiderme qu'il faille rapporter tout ce que les anatomistes ont dit du prétendu corps muqueux de la peau.

On ne l'obtient que par un degré déterminé de macération, degré qu'il serait très difficile de saisir sans un examen suivi. Si la macération est trop peu avancée, il s'enlève avec l'épiderme externe, si elle est trop avancée, il tombe en diffluence. Entre ces deux termes, il est un point où il se détache en membrane continue et distincte. Les anatomistes qui n'ont pas poussé la macération assez loin ont refusé toute espèce de corps muqueux à la peau; ceux qui ont poussé la macération trop loin ont attribué à la peau un corps muqueux, sorte de mucosité, de liquide muqueux et gélatineux (Meckel). La macération, méthodiquement conduite, montre à la place de cette mucosité une véritable membrane continue, fine, colorée, et qui est le second épiderme.

Le second épiderme et le corps muqueux, comparés l'un à l'autre, forment donc deux tissus, deux corps essentiellement distincts. Et cependant il est évident que le corps muqueux est au groupe particulier de muqueuses qui nous occupe, ce que le second épiderme est à la peau. On sent donc combien il importait de déterminer le point précis où finit le second épiderme et où le corps muqueux commence.

La figure six de la première des deux planches que je présente à l'Académie, offre les deux lèvres de la bouche, vues par leur côté externe. Sur un point de la lèvre supérieure, l'épiderme est soulevé, flottant. On voit ainsi, d'une manière évidente, la continuité parfaite du derme de la peau et du derme de la muqueuse; et, ce qui est plus remarquable, la continuité parfaite de l'épiderme de l'une de ces membranes avec l'épiderme de l'autre.

Mais, au point où le tégument de la lèvre se transforme de cutané en muqueux, au point où sa coloration, sa nature changent, l'épiderme interne change aussi de nature et de coloration, et l'épiderme interne devient corps muqueux. C'est ce qui se voit clairement dans la figure 4 de la planche dont il s'agit. La lèvre, vue par sa face interne, y montre encore la continuation du derme et l'épiderme, et de plus elle y montre la continuation du second épiderme de la peau avec le corps muqueux de la muqueuse.

La peau a donc deux épidermes, l'un interne et l'autre externe; la muqueuse de la langue, du palais, des joues, de toute la cavité buccale, de l'œsophage, a un corps muqueux et un épiderme externe; et sur les lèvres de la bouche, au point où la peau devient membrane muqueuse, l'épiderme interne devient corps muqueux. D'un côté des lèvres est la peau avec ses deux épidermes; de l'autre côté est la membrane muqueuse avec son épiderme externe et son corps muqueux.

Dans mon précédent mémoire sur la structure des tégumens de la langue (1), j'ai particulièrement insisté sur la langue du bœuf, parce que c'était sur cette langue que Malpighi avait vu ce beau réseau muqueux qu'il prit pour une disposition naturelle, et que j'ai montré n'être qu'une disposition factice et produite par la décoction. Il m'a paru important de suivre le corps muqueux de la langue du bœuf dans toutes les parties où il s'étend, c'est-à-dire, comme on va le voir, dans toute la cavité buccale, dans le pharynx, dans l'œsophage, et dans les trois premiers estomacs: la panse, le bonnet et le feuillet.

Voici le résultat de ces nouvelles recherches:

Dans le bœuf comme dans le cheval, dont je parlerai tout-à-l'heure, l'extrémité du museau, le mufle, est un appendice de la cavité buccale; et déjà dans le mufle se montre un épais corps muqueux, souvent marqué de points colorés plus ou moins noirs.

Cet épais corps muqueux s'amincit sur les parois internes des joues. Ces joues sont garnies de chaque côté, vers les lèvres, de longues et nombreuses papilles. Or, la structure de ces papilles est exactement la même que celle des papilles de la langue. Chaque papille, production du derme, est enveloppée par deux gaînes, l'une fournie par le corps muqueux, et l'autre par l'épiderme. C'est ce qu'on voit nettement sur la figure 2 de la seconde des deux planches que je présente à l'Académie.

Le derme du palais du bœuf est disposé par lignes transversales, saillantes et hérissées de papilles. Chaque ligne saillante, chaque papille du derme, a une double gaîne, l'une muqueuse, l'autre épidermique; et ces deux gaînes s'enlèvent facilement, en conservant les moules des papilles qu'elles recouvrent. C'est ce que montre la première figure de ma seconde planche.

Le corps muqueux seul est le siége des taches, des plaques colorées que présente si souvent le palais du bœuf. Ce corps muqueux est composé de couches superposées, et ces couches elles-mêmes de brins perpendiculaires.

L'œsophage a un corps muqueux très marqué, et que l'ébullition rend encore

(1) Et présente une surface granulée, déjà signalée par Morgagni et par Winslow.

(2) Voyez *Compte rendu*, 1835, 2e sem., p. 699.

(3) Voyez *Compte rendu*, *ibid.*

(4) L'ébullition rend le corps muqueux plus compacte, plus blanc, et par conséquent plus discernable du derme et de l'épiderme. Dans toutes ces recherches, je me suis aidé tour à tour de l'ébullition et de la macération, afin de confirmer, de compléter, par l'un de ces procédés, les résultats que j'avais obtenus par l'autre.

(1) Voyez *Compte-rendu*, 1837, 1er semestre, p. 445, — *Idem* 1838, 1er s., t. VI, n. 9.

---

trer jusqu'où allait sa dépendance: il ferma toujours les yeux sur les débordemens de sa femme Messaline, qui poussa l'impudence jusqu'à lui faire signer publiquement son contrat de mariage avec l'adultère Silius.

Rien n'égalait sa peur et sa défiance; il faisait fouiller sans cérémonie tous ceux qui venaient le visiter, quel que fût leur rang, leur âge ou leur sexe. Il n'avait pas du tout de mémoire: le jour que, cédant aux sollicitations du sénat et des ennemis de Messaline, il donna ordre de la faire mourir, il demanda en se mettant à table pourquoi elle ne venait pas. Il envoya souvent inviter à venir dîner avec lui des citoyens que, la veille, il avait fait mourir. Il mangeait avec une voracité et une gloutonnerie sans égales; après ses repas, on le couchait sur le dos, et pendant qu'il dormait, la bouche entr'ouverte, on lui insérait une plume dans la gorge pour l'aider à décharger son estomac.

Que faut-il de plus pour caractériser la démence? Et cet homme a régné pendant quatorze ans! Pendant quatorze ans, le monde a été le jouet patient et docile de tous ses caprices, le plus souvent peu dangereux, il est vrai, mais quelquefois féroces et sanguinaires. A voir tous ces successeurs d'Auguste, de caractères et de mœurs si diverses s'accorder tous dans un seul point, la cruauté froide et sanguinaire, l'instinct, pour ainsi dire, du sang pour le sang, il semblerait qu'il y avait dans cette puissance quelque chose de fatal qui corrompait les meilleures natures, et rendait féroces ceux qui d'abord avaient été bons et humains; c'est ce que nous avons déjà trouvé dans l'histoire de Caligula; c'est ce que nous allons retrouver dans celle de Néron, le successeur de Claude.

DOMITIUS NÉRON.

Voltaire dit, en parlant de Néron, dans le chapitre XIII de son livre sur le pyrrhonisme dans l'histoire; « Toutes les fois que j'ai lu l'abominable histoire de Néron et de sa mère Agrippine, j'ai été tenté de n'en rien croire. L'intérêt du genre humain est que tant d'horreurs aient été exagérées; elles font trop de honte à la nature humaine. » Et, cependant, l'opinion de Voltaire ne me paraît guère admissible. Cette histoire si terrible est racontée par tant d'historiens dignes de foi, qui tous s'accordent à noircir à l'envi la sombre figure de Néron, que le doute est impossible devant des témoignages si nombreux et si imposans; il faut en lire les détails dans Tacite et Suétone; dans Pétrone surtout, l'un des ministres des plaisirs du tyran, et qui fut l'une de ses premières victimes, pour comprendre le doute de Voltaire; car je doute qu'il ait jamais existé un homme plus profondément corrompu, plus froidement et plus impitoyablement féroce que l'a été Néron.

Mais n'y aurait-il pas un autre moyen d'expliquer cette époque et cet homme? Ne serait-il pas possible de le ranger dans une classe d'hommes reconnus maintenant comme atteints d'une maladie funeste; car, après les beaux travaux de Pinel et des pathologistes modernes, on ne peut plus douter qu'il n'existe des aliénés dont la folie est caractérisée par une sorte d'instinct de fureur, par un penchant aveugle au meurtre et à la destruction de tout ce qui les entoure. Voyons si, par un examen attentif des faits de la vie de Néron, et par l'étude de son caractère, il ne serait pas possible de reconnaître chez lui tous les symptômes de ce genre de manie.

Néron était fils de Domitius Ænobarbus, et de la fameuse Agrippine, fille de

plus manifeste, plus compacte, plus blanc, plus discernable du derme et de l'épiderme. La troisième figure de ma seconde planche montre, distinctes et séparées, les trois membranes de l'œsophage : le derme, l'épiderme et le corps muqueux.

De l'œsophage, le corps muqueux s'étend sur la panse, sur le bonnet, sur le feuillet, et il finit brusquement avec le feuillet, au point où la caillette commence. Il règne ainsi sur les trois premiers estomacs, où nul anatomiste encore ne s'était avisé de le soupçonner, pas plus qu'à l'œsophage.

Il est partout recouvert par l'épiderme. Les papilles de la panse, les petites cloisons du bonnet, les papilles si curieuses du feuillet, offrent exactement encore la même structure que celles de la langue et des parois internes des joues. Chaque papille, chaque cloison a toujours une double gaine, une gaine muqueuse et une gaine épidermique.

Les papilles de la panse sont larges, plates, de grandeur inégale ; Duverney les compare à des semences de courge. Celles du feuillet sont plus remarquables encore ; on les a comparées à des grains de millet, et avec assez de raison pour les plus petites; les plus grandes ressemblent à des grains d'orge; il y en a quelques-unes, vers l'ouverture supérieure de cet estomac, qui sont surmontées d'un véritable prolongement corné, d'une sorte d'ongle. Après une macération convénable, l'épiderme et le corps muqueux se détachent de toutes ces papilles, et particulièrement de celles du feuillet, comme les doigts d'un gant se détachent des doigts de la main. Il arrive même souvent, aux papilles du feuillet, que le doigt épidermique ou muqueux, si je puis m'exprimer ainsi, se renverse en se détachant, comme fait un doigtier de gant lorsqu'il se retourne.

Il suffit de jeter un simple coup d'œil sur les trois premiers estomacs pour y distinguer l'épiderme. Duverney, tout en donnant mal à propos le nom de tunique nerveuse (1) au véritable derme, a parfaitement vu et décrit l'épiderme, qui, je me sers de ses expressions, fait autant de gaines qu'il y a d'éminences dans la tunique nerveuse, et les revêt exactement. « Partout, dit M. Cuvier, la surface interne des trois premiers estomacs, sans en excepter les papilles, est recouverte d'un épiderme mince, qui s'enlève facilement par grands lambeaux, en conservant les moules des papilles, et se distingue par sa couleur jaunâtre de la membrane interne qui est blanche. » Mais, je le répète, ni Duverney, ni M. Cuvier, ni aucun autre, n'avaient soupçonné, sous cet épiderme, un véritable corps muqueux, s'enlevant aussi par lambeaux, et formant aussi, à chaque papille, une seconde gaine, une gaine interne, comme l'épiderme lui en fournit une externe.

La quatrième figure de ma seconde planche montre les trois membranes qui nous occupent, le derme, le corps muqueux et l'épiderme sur la panse; la cinquième les montre sur le bonnet, et les sixième et septième les montrent sur le feuillet. On voit par les papilles du feuillet, mieux encore peut-être que par tout le reste, comment l'épiderme, comment le corps muqueux forment des membranes continues; comment les gaines dont ces membranes enveloppent les papilles du derme sont elles-mêmes continues, et représentent de véritables doigts de gant complets, et complets à ce point qu'ils peuvent, ainsi que je l'ai déjà dit, se retourner, se renverser, quand on les détache de leurs papilles.

Dans le cheval, comme dans le bœuf, le corps muqueux règne sur le mufle, sur les lèvres, sur le palais, sur les joues, sur la langue, sur l'œsophage, sur toute la première partie de l'estomac, et partout il est recouvert par l'épiderme.

Le derme du palais du cheval est disposé, comme celui du palais du bœuf, par lignes transversales saillantes, mais plates et sans papilles; et partout il est recouvert d'une lame ou membrane muqueuse et d'une lame ou membrane épidermique.

L'estomac du cheval se compose de deux parties essentiellement distinctes par leur structure. La première, vraie continuation de l'œsophage, répond, par sa structure, aux trois premiers estomacs des animaux ruminans; et comme ces trois premiers estomacs, comme l'œsophage, elle a un véritable corps muqueux recouvert par un épiderme. La seconde répond à la caillette; et, avec cette seconde partie, commence une nouvelle structure, semblable à celle de la caillette.

L'épiderme et le corps muqueux de l'œsophage et de la première partie de l'estomac du cheval ne sont ni moins nettement tranchés, ni moins remarquables que l'épiderme et le corps muqueux de l'œsophage et des trois premiers estomacs du bœuf.

La huitième figure de ma seconde planche montre les trois membranes, le derme, le corps muqueux et l'épiderme, sur le palais du cheval; la neuvième les montre sur son œsophage, et la dixième les montre sur la première partie de son estomac.

Dans le cheval comme dans le bœuf, il y a donc un groupe entier de muqueuses, dont la structure est la même que celle de la muqueuse de la langue. Ce groupe comprend, dans le cheval comme dans le bœuf, les muqueuses du mufle, des lèvres, des joues, du palais, de la langue, en un mot, de toute la cavité buccale; il comprend encore dans le cheval la muqueuse de l'œsophage et celle de la première partie de l'estomac; et dans le bœuf, la muqueuse de l'œsophage et celle des trois premiers estomacs, la panse, le bonnet et le feuillet.

Avec la seconde partie de l'estomac dans le cheval, avec la caillette dans le bœuf, commence une nouvelle structure, et, avec cette nouvelle structure, de nouvelles fonctions; là commence, en d'autres termes, un nouveau groupe de muqueuses, lequel, comme je l'ai déjà dit, fera l'objet d'un autre mémoire.

(1) C'est-à-dire, comme on s'exprimerait aujourd'hui, cellulaire. Dans les trois premiers estomacs, le derme est presque confondu avec la tunique cellulaire; c'est pourquoi Duverney n'a point distingué l'une de ces membranes de l'autre.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS DES DÉPARTEMENS.

I. ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE GAND.

Les cahiers du tome troisième contiennent les articles suivans :

1° *Recherches sur les usages de la capsule dite de Glisson, pour servir à l'histoire de la circulation hépatique*; par M. Pétrequin, chirurgien en chef désigné de l'hôtel-dieu de Lyon (1); 2° *Considérations sur les granulations palpébrales*; deuxième mémoire; par M. Lutens jeune, chirurgien militaire; 3° *Considérations sur les causes et la nature des fièvres intermittentes*; par M. Gouzée, médecin principal à l'hôpital militaire d'Anvers; 4° *Observation remarquable de fracture du crâne avec épanchement*; par M. Lados; 5° *Rétraction de la jambe guérie à l'aide d'une opération*; par M. Lutens jeune; 6° *Deux opérations césariennes pratiquées sans succès*; par M. Janson fils; 6° *Diarrhée chronique guérie par le mercure*; par M. de Neubourg, médecin militaire; 7° *Note sur l'emploi du seigle ergoté dans la pratique des accouchemens*; par M. Blariau; 8° *Remarques sur le délire*; par M. Figueira, médecin à Madère; 9° *Grossesse extra-utérine abdominale, opérée avec succès*; par M. Segers, chirurgien de l'hospice civil de Saint-Nicolas; 10° *Considérations sur les procédés employés pour la mensuration des diamètres du bassin*; par M. Boddaert; 11° *Cas d'inflammation de la capsule cristalline*; par M. Vottens; 12° *Sur les préparations anatomiques de M. le professeur Burggraave*; par M. Kluyskens fils; 13° *Expériences sur l'asphyxie par submersion*; par M. Matthyssens; 14° *Observation d'amaurose et d'hypertrophie du cœur*; par M. Raikem.

(1) Nous reproduirons ce travail en entier dans un de nos prochains numéros.

Germanicus : c'était une terrible famille que celle des Domitius. Les ancêtres de Néron s'étaient presque tous distingués par leur férocité; son père tua, dans sa jeunesse, un affranchi qui refusait de boire autant qu'il l'aurait voulu ; il broya sous les roues de son char, avec la plus cruelle préméditation, un enfant qui se trouvait sur son passage. Néron, à son tour, se fit remarquer, pendant sa jeunesse, par son humeur sanguinaire; il assistait avec un plaisir indicible aux combats de gladiateurs et de bêtes féroces, qui étaient si fréquens à Rome; il y oubliait jusqu'à l'heure de ses repas; cependant, dès qu'il fut parvenu à l'empire, il sembla vouloir faire oublier les égaremens de sa jeunesse par la sagesse et la justice qu'il déploya dans la gestion des affaires publiques; il se laissait guider par les conseils de Sénèque et de Burrhus, l'un son précepteur, l'autre chef des cohortes prétoriennes. Le peuple romain respirait enfin; ce n'étaient à Rome, et dans les diverses parties de l'empire, que fêtes et réjouissances publiques; on faisait dans tous les temples les vœux les plus ardens pour la conservation d'un si bon empereur; mais cet état des choses ne dura pas longtemps, Néron se lassa d'être vertueux; il rejeta les conseils de Sénèque et de Burrhus, pour ceux de ses deux affranchis Narcisse et Pallas, qui tous deux flattaient ses passions les plus honteuses et l'aidait à les satisfaire.

Il ne tarda pas à se défaire de toute espèce de contrainte; sa mère, l'ambitieuse Agrippine, le gênait dans ses débordemens : il s'en débarrassa en la faisant mourir. Sénèque et Burrhus étaient la satire vivante de ses vices : il força l'un à s'ouvrir les veines; il envoya à l'autre du poison. Il se défit de la même manière de sa première femme Octavie, et, quelque temps après, de Poppée qu'il avait épousée après la mort d'Octavie, et qu'il tua d'un coup de pied dans le ventre pendant qu'elle était enceinte. Dès-lors, rien ne s'opposa plus à la satisfaction de ses passions; il se plongea dans la débauche et dans le libertinage le plus hideux; il fit mutiler un de ses affranchis, lui fit ouvrir le ventre, et épousa solennellement cette femme d'une nouvelle espèce. Dans une fête qu'il donna au peuple, il changea lui-même de sexe, et se fit épouser publiquement par un de ses courtisans; rien ne manqua à cet étrange spectacle, ni le voile, ni la couronne de la mariée, ni les cris de la virginité expirante.

Au milieu de tous ces débordemens, le véritable caractère, l'instinct sanguinaire le tigre dominait toujours. Il découvrit une conspiration, à la suite de laquelle il fit exterminer la plus grande partie de la noblesse romaine. Le prétexte le plus frivole lui suffisait pour faire mourir ceux qui lui déplaisaient ou dont il convoitait les richesses. Il ordonna le supplice de Thraséas, l'homme le plus vertueux de son temps, à cause, dit-il, de sa mine austère de pédant. Bientôt ces exécutions partielles ne lui suffirent plus : il trouvait trop lent l'office du bourreau. Résolu d'atteindre, d'un même coup, petits et grands, peuple et patriciens, il fit mettre le feu en même temps dans plusieurs parties de Rome : l'incendie dura six jours et sept nuits. Il consuma la plus grande partie de la ville, une infinité de monumens publics et particuliers et toutes les antiquités de la capitale du monde. Et Néron, que faisait-il pendant ce temps-là? Il contemplait cet incendie du haut de la tour de Mécène. Il ne pouvait se lasser, disait-il, d'admirer la beauté de la flamme. Et prenant son habit de théâtre, il se mit à chanter l'embrasement de Troie.

Car Néron avait encore une passion qui semblerait tout à fait inconciliable avec un caractère semblable au sien, tant il est vrai qu'il y a dans le cœur humain des secrets qu'il ne nous est pas donné de pénétrer. Il aimait la musique autant et plus peut-être que la débauche et le meurtre. Aussi ne craignit-il pas

DES GRANULATIONS PALPÉBRALES; par M. LUTENS jeune, chirurgien militaire.

(Deuxième mémoire.)

Nous avons dans le temps rendu compte du premier travail de M. Lutens; il avait pour but de faire connaître les résultats du traitement employé par M. Gouzée pour prévenir la formation des granulations conjonctivoles, et les heureux effets que M. Lutens avait obtenus à l'aide de l'excision. Dans ce second mémoire, l'auteur revient sur la méthode de l'excision qu'il croit nouvelle, et la développe davantage en précisant 1° les cas où la muqueuse doit être ébarbée en même temps que les granulations; 2° les cas où la membrane qui sert de base aux granulations doit être respectée; 3° enfin, ceux dans lesquels les seuls attouchemens avec le sulfate de cuivre et l'emploi des pommades résolutives peuvent suffire pour la guérison.

Disons d'abord que l'excellente méthode curative que M. Lutens expose dans son travail est loin d'être neuve, et que les opinions qu'il attribue à quelques auteurs sont loin aussi de leur appartenir réellement. Dès 1706 Reid, célèbre ophthalmologue anglais, avait établi d'après l'expérience que la meilleure méthode curative des granulations palpébrales était d'en enfiler la base avec une lancette portée à plat, et de les exciser ainsi successivement en une ou plusieurs séances. Il touchait ensuite les petites plaies avec la pierre infernale. Plus tard, Saunders a prouvé qu'il était plus simple de renverser la paupière et d'en exciser à plat les granulations avec des ciseaux courbes sur leur face. Il est curieux de voir de nos jours quelques personnes s'attribuer ce dernier procédé, qu'on trouve d'ailleurs décrit dans une foule d'ouvrages anglais, et en particulier dans le traité de Middlemore.

Après le retour des armées de l'expédition d'Égypte, William Adams se donna pour l'inventeur de la méthode de l'excision qu'il pratiquait à l'aide d'un histouri et de pinces, et demanda une récompense nationale pour sa prétendue découverte. Dès lors tous les traités d'ophthalmologie anglais se sont arrêtés sur la médication dont il s'agit, et ont proposé des modifications diverses que quelques personnes sur le continent ont essayé de s'approprier en différentes circonstances.

Voici l'état de la science à ce sujet. Considérons d'abord les granulations sous le point de vue pathologique, ainsi que le fait M. Lutens.

D'après l'acception adoptée par les ophthalmologues compétens, le mot granulation a une signification plus étendue qu'on ne lui donne communément. Ce ne sont pas les végétations sarcomateuses seulement qu'ils comprennent sous ce terme : tout boursoufflement chronique, toute rugosité, inégalité, croûte, endurcissement de la conjonctive est par eux rangée dans la catégorie des granulations et traitée comme telle. Ainsi les maladies décrites pour la première fois par Sauvage sous le nom de *trachoma* (asperitudo palpebrœ in parte interna), de *dasymma* (herpes conjonctivæ), de *tylosis* (sive palpebra callosa), de *sycosis* (sive palpebra ficosa), etc., ne sont aujourd'hui que des degrés ou des variétés d'une même maladie, de l'affection granuleuse des paupières. Cette manière d'envisager ces lésions peut être bonne sous le point de vue thérapeutique, elles reconnaissent toutes en effet la même cause (les affections catarrhales) et n'exigent que le même traitement, à des degrés près.

M. Lutens examine la question relative à la nature des granulations; il les regarde comme le résultat d'un travail morbide dans le tissu sous-muqueux. Cette opinion est exacte pour le plus grand nombre des cas, elle est aussi celle de Middlemore. Lawrence cependant l'avait combattue. Mackensie s'était arrêté à la seule idée de l'hypertrophie des glandes de Meibomius qu'il regarde comme constituant les granulations; le docteur Smith d'Edimbourg pense au contraire que la maladie consiste dans un développement morbide des crytes de la membrane muqueuse avec endurcissement de leur tissu.

Il est peut-être plus juste de dire que tous ces états peuvent exister en même temps ou isolément, et que c'est à cela que tiennent les différentes formes connues des granulations. D'après les recherches qui nous sont propres sur cette maladie, nous sommes portés à conclure que la conjonctive subit dans ces cas les mêmes altérations que la muqueuse urétrale, c'est-à-dire que, par suite de la phlogose lente et prolongée, le tissu sous-muqueux s'engorge, s'épaissit; des flocons de lymphe plastique se déposent entre ses mailles, qui y fixent la membrane muqueuse et la soulèvent par places, en faisant naître des petites bosselures. D'un autre côté, les deux ordres de cryptes qui existent dans la même région (muqueux et sébacés) s'hypertrophient plus ou moins; des ulcérations peuvent aussi s'y établir et donner naissance à de véritables fongus saignans, ainsi que cela s'observe souvent dans le vagin et dans le rectum.

Une distinction importante, néanmoins, établie par M. Lutens, distinction qui trouve son application immédiate dans le traitement, est celle-ci: les granulations existent avec ou sans hypertrophie de la muqueuse qui leur sert de base; dans le premier cas, l'excision doit comprendre la membrane et les végétations à la fois, tandis que dans le second la conjonctive doit être respectée.

Le boursoufflement conjonctival, en outre, peut exister sans granulations, et, dans ce cas, s'il ne cède pas aux applications répétées du sulfate de cuivre et des pommades résolutives, l'excision devient également indispensable pour la guérison.

Nous ne suivrons pas l'auteur dans les détails auxquels il se livre, concernant les symptômes qui accompagnent les granulations : ces symptômes sont connus; nous nous contenterons de rappeler qu'elles se rapportent presque tous à l'action irritante et mécanique que les granulations exercent sur le globe de l'œil par leur contact continu pendant les mouvemens incessans des paupières; elles produisent en d'autres termes les mêmes phénomènes que des corps étrangers qui seraient pendant long-temps fichés dans le tissu conjonctival des paupières. Parmi ces phénomènes, il y en a un qui mérite la plus grande attention, et qui n'a point été mentionné par M. Lutens; nous voulons parler de l'opacité vasculaire de la cornée qu'on appelle *pannus*. On trouve dans plusieurs traités d'ophthalmologie, une description très exacte de la genèse de cette maladie, dépendant de l'action irritante des granulations cachées sous la paupière supérieure, et que nous avons eu l'occasion de constater plusieurs fois, et de faire constater dans nos cours. Afin d'éviter tout équivoque à ce sujet, nous allons traduire mot à mot l'idée dont il s'agit de l'un des ouvrages anglais qui en ont parlé depuis long-temps.

« Si la conjonctive palpébrale, dit Middlemore (t. I, p. 121. *Chap. de l'opht. purul.*), devient rugueuse et granuleuse, le frottement de ce corps irrégulier sur la membrane qui couvre la cornée produit une grande irritation. L'effet de l'irritation prolongée sur sa structure délicate donne naissance à une inflammation chronique qui entraîne généralement l'épaississement, l'opacité et la vascularité de son tissu. La partie devient

---

de monter plusieurs fois sur le théâtre pour briguer les applaudissemens du peuple. Ses courtisans avaient organisé une phalange nombreuse *d'applaudisseurs*, qui suivaient partout Néron. Poussé toujours par sa passion pour la musique, il alla dans la Grèce pour disputer le prix du chant dans tous les jeux de ce pays. Il mendiait les suffrages des juges, et, lorsque quelque rival lui faisait ombrage, il le faisait mourir. A son retour, il se fit accorder les honneurs du triomphe, comme s'il avait remporté de grandes victoires.

Cette vie sanguinaire et ridicule dura treize ans. Enfin les Gaules et l'Espagne se révoltèrent. A cette nouvelle, Néron fut saisi d'un violent accès de fureur, pendant lequel, au rapport de Suétone, il forma les projets les plus affreux pour faire face à l'orage : il voulut, entr'autres choses, embraser Rome une seconde fois et lâcher des bêtes féroces contre le peuple, pour l'empêcher d'éteindre l'incendie. Il voulut encore empoisonner tous les patriciens dans un festin : mais son accès se calma probablement, et ces projets furent abandonnés. Il se prépara à marcher contre les rebelles avec une imprévoyance qui tient de la folie. Il ne douta pas un moment de la victoire; et lorsque toutes ses armées se furent déclarées contre lui, lorsque ses affidés, ses courtisans, ses gardes l'eurent abandonné, il tomba de l'excès de confiance dans l'excès du découragement et de la terreur. Il n'eut pas le courage de se tuer, et il fallut que son secrétaire l'aidât à se poignarder lorsqu'il entendit les pas des cavaliers qui venaient pour s'emparer de lui.

Je vais essayer de comparer maintenant cette histoire de Néron à celle d'un maniaque, qui est rapportée par Pinel dans son *Traité de la manie*. Je transcris l'observation telle que nous la raconte Pinel.

« Un homme, livré autrefois à un art mécanique, et renfermé maintenant à Bicêtre, éprouve, par intervalles irréguliers, des accès de fureur, marqués par les symptômes suivans : d'abord sentiment d'une ardeur brûlante dans le bas-ventre, puis dans la poitrine et enfin à la face; coloris des joues, regard étincelant, forte distension des veines et des artères de la tête, marche progressive de cette affection nerveuse vers le cerveau, et alors invasion subite d'une fureur forcenée, qui le portait, avec un penchant irrésistible, à saisir un instrument ou une arme offensive pour verser le sang du premier homme qui s'offrait à sa vue; combat intérieur, qu'il disait sans cesse éprouver entre l'impulsion féroce d'un instinct destructeur, et l'horreur profonde que lui inspirait le sentiment d'un forfait. Nulle marque de lésion dans la mémoire, l'imagination ou le jugement. Il me faisait l'aveu dans son étroite réclusion que son impulsion au meurtre était absolument forcée et involontaire; que sa femme, malgré sa tendresse pour elle, avait été un jour sur le point d'en être la victime, et qu'il n'avait eu que le temps de l'avertir de prendre la fuite. Dans ses longs intervalles de calme, ses propos étaient les mêmes, et il avait conçu un tel dégoût de la vie qu'il avait cherché plusieurs fois à la terminer par un dernier attentat en lui-même. Quelle raison aurais-je, disait-il, d'égorger le surveillant de l'hospice, qui nous traite avec tant d'humanité? Cependant, dans mes momens de fureur, je n'aspire qu'à me jeter sur lui, comme sur les autres, et à lui plonger un stylet dans le sein. C'est ce malheureux et irrésistible penchant qui me réduit au désespoir et qui me porte à attenter à ma vie plutôt que de commettre un crime sur un autre et de verser un sang innocent. »

Est-il nécessaire de faire remarquer la grande analogie qui existe entre ces deux histoires? N'est-ce pas, en effet, la même fureur aveugle, le même penchant sanguinaire et irrésistible, revenant à des intervalles irréguliers; la même

enflammée par l'irritation continue, et l'inflammation occasionne des dépôts de matière opaque semblable à de la lymphe; cette lymphe s'organise, les vaisseaux qui l'organisent restent, et, de là, l'épaississement, la vascularité et l'opacité de la surface cornéale, etc. »

Cette observation est encore mieux développée à l'article *pannus* du même auteur.

Arrivons maintenant au traitement suivi avec tant de succès par M. Lutens. A part la médication résolutive qui n'est pas différente de celle qu'on trouve conseillée dans tous les livres, voici comment l'auteur s'explique relativement à la cure éradicative.

« Si le sujet, dit-il, est affecté de boursoufflement chronique de la muqueuse, je soulève, au moyen d'une pince, la partie surabondante, et j'en pratique l'excision, en m'écartant le moins possible du bord libre de la paupière, et en ménageant le repli oculo-palpébral. Pendant la cicatrisation, les deux lèvres de la plaie se rapprochent, et la guérison a lieu sans brides.

» Si le repli lui-même est malade, il convient de l'exciser seul, alors qu'on présume que le boursoufflement muqueux qui accompagne son état d'engorgement est susceptible de pouvoir se dissiper par cette opération.

» Si le boursoufflement muqueux est compliqué de granulations, la maladie doit être attaquée par l'excision, de même qu'il faut exciser le repli dans le cas où il présente la même disposition.

» Enfin, si, comme j'ai eu l'occasion de l'observer, la muqueuse palpébrale et le repli oculo-palpébral sont boursoufflés et granulés en même temps, l'excision doit être pratiquée sur les deux endroits malades, au risque de voir naître une bride. »

Dans le cas ensuite où les granulations existent sans boursoufflement conjonctival, M. Lutens adopte le procédé de Saunders indiqué par Mackensie et par d'autres, et qui consiste à renverser les paupières et les exciser au niveau de la muqueuse, à l'aide de ciseaux courbes sur le plat.

Telle est la substance du mémoire de M. Lutens; un assez grand nombre de faits pratiques sont rapportés à la fin de son travail.

Considérations sur les causes et la nature des fièvres intermittentes; par le docteur Gouzée.

L'auteur a pour but de démontrer, dans ce travail, que le siége des fièvres intermittentes est dans les nerfs du centre épigastrique et que l'altération spéciale de ces nerfs est produite par une cause également tonte spéciale : les miasmes qui se dégagent des matières végétales, surtout lorsque leur décomposition est activée par la chaleur et le contact d'un mélange d'eaux douces et d'eaux salées. M. Gouzée regarde comme démontré qu'une constitution médicale nouvelle imprime, depuis quelques années, aux affections morbides des nuances différentes de celles qu'elles présentaient antérieurement. Si l'on embrasse les faits dans leur ensemble pour les comparer dans leur succession, on remarque qu'elles n'offrent plus un caractère inflammatoire aussi généralement, aussi franchement dessiné, et qu'on développement plus fréquent de troubles nerveux leur donne aujourd'hui une physionomie particulière. Les fièvres intermittentes ont éprouvé aussi les mêmes modifications, en même temps qu'elles se sont répandues davantage et qu'elles sont devenues fréquentes dans des lieux où elles se montraient rarement autrefois. L'auteur attribue leur plus grande fréquence, depuis quelques années, même dans des lieux qui ne sont pas infectés par les miasmes marécageux, à cette disposition aux troubles nerveux dont nous parlions, le corps humain se laissant aujourd'hui plus facilement impressionner par des circonstances bien moins actives, mais de même nature, dont le développement est plus ou moins provoqué par diverses circonstances, telles que le remuement des terres, le curage des canaux, etc.

Rétraction de la jambe, guérie a l'aide d'une opération sanglante; par le même.

Le nommé Brilat (Gérard), matelot, fit une chute du haut d'un mât, et tomba la face postérieure de la cuisse droite sur la vergue (sorte de mât horizontal). Il fut traité à bord du navire pendant seize jours pour une contusion des parties molles, et envoyé à l'hôpital d'Anvers, le 29 juillet 1836. Quelques plaques jaunâtres et le gonflement douloureux de la cuisse dénotaient l'existence d'une extravasation sanguine, et le commencement du travail de l'absorption. On le mit pendant trois mois à l'usage des bains tièdes et des frictions camphrées.

Dans le courant du mois d'octobre, le malade a été confié aux soins de M. Lutens jeune, chirurgien de service au même hôpital. A l'examen, il trouve la cuisse droite n'offrant aucune trace d'ecchymose ni d'engorgement inflammatoire; elle est plus maigre que la gauche; la pression y occasionne des douleurs fort vives; à partir de l'ischion jusqu'au genou, on sent une rénitence et une dureté analogues à la tension d'une grosse corde de chanvre. La jambe est fléchie sur la cuisse et ne peut être ramenée à l'extension. En cherchant à l'étendre, on fait saillir deux brides qui se rendent évidemment aux parties latérales du genou et communiquent une grande tension au tendon du demi-tendineux, qui semble faire corps avec elles. Dans quelque position qu'on place le membre, et malgré tous les soins qu'on prenne à détourner l'attention du malade, on ne peut obtenir le moindre relâchement des muscles. Le malade peut soulever le membre en totalité, et le fléchir sur le bassin : pour marcher, il est obligé de se servir d'une canne ou d'une béquille, porter la pointe du pied droit en dehors et le talon en dedans; fléchir la jambe, et faire ainsi tomber tout le poids du corps sur le pied gauche.

Les articulations coxo-fémorale et fémoro-tibiale sont exemptes de toute lésion.

Interrogé sur la cause de son infirmité, le malade raconte les circonstances de sa chute, et ajoute que la flexion de sa jambe est survenue lentement et d'une manière insensible.

M. Lutens essaie d'abord sans succès le redressement de la jambe, à l'aide de l'appareil à fracture de Desault pendant quinze jours. Puis, l'application d'une attelle droite, matelassée, dans le creux du jarret, sans plus d'avantage.

Des ventouses scarifiées, cataplasmes émolliens, bains tièdes, flagellations avec une solution d'hydrochlorate d'ammoniaque, massage des muscles, vésicatoires, moxas, tractions répétées avec les mains des aides, tout a été essayé inutilement.

« Je n'avais pu jusqu'alors, dit l'auteur, me former une idée précise de la nature du mal; je croyais cependant qu'en pratiquant deux incisions latérales sur les côtés du genou, et en incisant les parties les plus tendues, il m'aurait été possible de redresser la jambe. Mais avant d'entreprendre cette opération, je voulus m'éclairer de l'avis de M. le médecin de bataillon Decondé. M. Gouzée, pensant que la rétraction de la jambe dépendait d'une inflammation du paquet des muscles biceps, demi-tendineux et demi-membraneux, et d'une adhérence de ces parties entre elles par le tissu cellulaire, fut d'avis de ne rien faire. M. Decondé, qui partagea à peu près cette opinion, crut néanmoins convenable d'inciser une partie de l'épaisseur des muscles vers la hauteur de l'ischion, espérant par ce moyen obtenir un écartement suffisant pour maintenir la jambe dans une extension permanente. »

Deux mois se sont passés encore sans rien faire. Au bout de ce temps, M. Lutens s'est décidé à mettre à exécution son idée première, de pratiquer deux débridemens sur les côtés du genou. L'opération fut faite dans le mois de février 1837, sept mois après l'entrée du malade à l'hôpital.

Opération. « Un bistouri droit fut glissé à plat sous le tendon demi-tendineux, à deux travers de doigts au-dessus de son attache inférieure, et j'incisai

---

lucidité dans les idées, la même absence de délire? Il existe cependant une différence essentielle, qu'il n'est pas bien difficile d'expliquer. Le malade de Pinel reconnaît toute l'horreur de sa situation; il est pénétré de remords, comme s'il avait à se reprocher son penchant funeste; il se laisse aller au désespoir et veut se donner la mort. Néron, au contraire, loin de combattre son terrible penchant, s'y livre avec délices. Il fait tous les jours de nouvelles victimes. Mais combien est différente la position de ces deux hommes! L'un est condamné à une réclusion sévère; il vit dans un temps où son penchant serait puni comme un crime, s'il n'était pas regardé comme l'effet d'une maladie. L'autre règne en despote; il trouve des applaudissemens à toutes ses actions; le sénat courbe servilement la tête sous la hache du bourreau.

L'instinct sanguinaire n'a pas une domination continuelle sur Néron; il ne revient que par accès, pour ainsi dire, comme de véritables accès de manie, et, dans l'intervalle, le tyran assouvit ses autres passions, qui, chez lui, sont toutes portées à l'excès. Mais ces accès de fureur reviennent toujours plus fréquens et plus terribles; et ce n'est que lorsqu'il se voit seul, en présence d'un ennemi plus fort que lui que la terreur, la crainte de la mort, deux passions si fréquentes chez les aliénés, reprennent le dessus dans son âme, et le dominent jusqu'à la fin.

Je ne sais pas si je suis parvenu à faire passer ma conviction dans l'esprit de mes lecteurs; cependant je pense que tout le monde conviendra que, si le doute de Voltaire doit être rejeté, mon explication est la seule qui concilie la vérité avec la dignité de la nature humaine, si gravement compromise par cette abominable histoire.

—Traité pratique des accouchemens; par M. Moreau, professeur d'accouchemens, des maladies des femmes et des enfans, à la Faculté de médecine de Paris, etc. — Texte, 1re partie, un vol. in-8° de 308 pages; planches, livraisons 5 et 6, contenant les diverses coupes du bassin, avec les parties molles qui le revêtent : les fibres, les veines, les artères, les vaisseaux lymphatiques et la texture vasculaire de l'uterus. Prix de chaque livraison, figures noires : 4 fr.; figures coloriées, 8 fr.

Toutes les personnes qui souscriront à cet ouvrage avant la terminaison de l'atlas, qui formera douze livraisons in-folio, recevront *gratis* les deux volumes in-8° de texte.

On peut souscrire séparément pour le texte en deux volumes in-8°. Prix : 14 fr.

—Mémoire sur les maladies dites cancéreuses de la matrice; par J.-F.-B. Maurice Treille, docteur en médecine de la Faculté de médecine de Turin, membre de plusieurs sociétés médicales, ancien chirurgien militaire. Premier mémoire; brochure in-8°, 92 pages; 2 fr.

—Aperçu d'une nouvelle doctrine médicale, d'après les phénomènes chimiques de la vie; par M. Wanner de By, docteur en médecine de la Faculté de Paris. Brochure in-8° de 106 pages. 2 fr.

d'un seul trait le tendon, l'aponévrose fémorale et la peau. En dehors, je pratiquai une incision horizontale au-dessus du condyle externe, et en sens opposé à la direction des fibres des muscles biceps; l'aponévrose qui l'enveloppe et qui lui forme une gaine fut largement débridée de manière à mettre ce muscle à nu. »

Cette opération fut faite en peu d'instans et ne donna lieu à aucun accident; le tendon demi-tendineux se rétracta fortement en haut, et le malade fut invité à faire lui-même quelques essais pour étendre la jambe. Le lendemain on ne sentit plus aucune dureté à la cuisse, la pression des doigts n'occasiona plus la moindre douleur, et on put ramener avec la plus grande facilité la jambe à une extension parfaite. L'opéré passa une bonne journée; il ne se manifesta plus chez lui la moindre tendance des parties à se rétracter, et il ne se ressentit aucunement de l'application d'un bandage inamovible qu'on avait mis sur le membre pour le maintenir dans une rectitude parfaite.

Depuis ce moment, il a pu marcher sans soutien dans la salle. Le bandage inamovible a été enlevé le trentième jour de son application, et les plaies du genou ont été mollement pansées avec un peu de charpie. La cicatrisation ne s'est faite que très lentement et sans brides.

Trois mois après l'opération, le malade marche assez régulièrement et sans canne; il a quelque peine à fléchir la jambe sur la cuisse, et n'y parvient qu'en contractant lentement ses muscles. La marche se ressent un peu de la raideur du membre, et tout fait espérer que l'exercice et l'usage de quelques bains finiront par donner aux parties molles toute leur souplesse.

Deux ordres de considérations se rattachent à l'observation qui précède; les unes concernent la cause de la maladie, les autres la médication qu'on a mise en usage. Aucun doute ne saurait être élevé sur le premier point: le malade avait éprouvé une forte contusion sur la région postérieure de la cuisse; les muscles fléchisseurs de la jambe s'étaient petit à petit contractés d'une manière permanente et avaient mis la jambe en télégraphe.

Il est clair que la phlogose occasionée par la contusion s'était communiquée au canevas celluleux des mêmes muscles; les petites gaînes celluleuses qui enveloppent chaque filament musculaire s'étant petit à petit coarctées ont réagi naturellement sur l'élément fibrineux et déterminé un raccourcissement des fibres musculaires; de là la rétraction lente des muscles, etc.

Quant à la médication employée, elle a été basée sur les véritables indications de la maladie. Nous avons cependant une observation capitale à faire relativement à son mode d'exécution. L'allongement des tendons des muscles biceps, demi-tendineux et demi-membraneux offrant dans ce cas les mêmes conditions que celui du tendon d'Achille dans le traitement du pied-bot, c'était par le procédé que Stromayer a employé pour la section de ce dernier tendon qu'il convenait d'opérer; on aurait de la sorte simplifié de beaucoup la manœuvre de la section et évité tout accident de réaction grave qui est toujours à craindre lorsqu'on opère d'après le procédé suivi par M. Lutens. La même opération a été faite dernièrement à Paris par M. Duval avec succès et d'après le procédé que nous venons d'indiquer; mais celle de M. Lutens a le mérite de la priorité et est digne de fixer l'attention.

Note sur l'emploi du seigle ergoté dans la pratique des accouchemens; par M. Blariau.

Tout en reconnaissant l'utilité incontestable du seigle ergoté dont il est lui-même grand partisan, l'auteur de cette note appelle l'attention sur les effets funestes de cette substance non sur la mère mais sur l'enfant. Il pose en fait, d'après sa propre observation, que l'emploi du seigle ergoté chez les femmes en couche fait mourir un enfant sur cinq naissances, et cela par la compression incessante qu'éprouve le cordon ombilical sous les contractions continues de la matrice que le médicament provoque. Ces contractions artificielles ou provoquées n'ont, d'après l'auteur, un résultat aussi fâcheux que parce qu'elles ne sont pas intermittentes comme les contractions naturelles. La permanence des contractions ergotiques fait éprouver au corps de l'enfant une compression continue qui, joint à la compression du cordon dans la matrice elle-même, finit souvent par lui devenir funeste.

« J'ai acquis la conviction, dit l'auteur, que l'ergot du seigle est éminemment nuisible à l'enfant; après son administration j'ai observé que les enfans naissaient morts dans la proportion d'un sur cinq. Plusieurs de ceux qui naissaient vivans étaient pâles, les battemens du cordon faibles, les mouvemens du cœur presque imperceptibles, et ce n'était que péniblement et à force de soins que la respiration parvenait à s'établir. Les observations de quelques-uns de nos confrères sont en harmonie avec les miennes, leur expérience tend également à prouver les effets nuisibles de l'ergot sur l'enfant. »

M. Blariau est allé plus loin; il a fait un relevé à l'état civil de la ville de Gand du nombre des enfans morts-nés depuis l'année 1826 jusqu'à l'année 1835, relevé qu'il a comparé au nombre des enfans morts-nés de l'année 1836, et il a trouvé que depuis un an et demi le nombre des enfans morts-nés a augmenté du double dans la ville de Gand, résultat qu'il ne peut attribuer qu'à l'usage fréquent du seigle ergoté.

L'observation relative à l'action nuisible du seigle ergoté sur l'enfant n'est certainement pas neuve, mais le résultat que M. Blariau signale semblera exagéré à beaucoup de praticiens; il ne peut cependant pas manquer d'appeler l'attention sur cet objet et d'occasioner de nouvelles recherches. L'auteur termine sa note par les phrases suivantes:

« Mon but en communiquant cette note à la société n'est pas de jeter du discrédit sur l'usage du seigle ergoté: je considère au contraire cette substance comme une des plus précieuses ressources thérapeutiques que possède l'art des accouchemens. J'ai seulement voulu combattre la réputation d'innocuité que les auteurs ont faite à ce médicament, afin de déterminer les praticiens à ne plus l'employer que dans les cas d'absolue nécessité, et ces cas deviendront d'autant plus rares, que la patience de l'accoucheur donnera à la nature le temps de développer ses moyens, dont on désespère souvent trop tôt. »

Grossesse extra-utérine abdominale opérée heureusement par le rectum, après huit années d'existence; par M. Ségers, chirurgien de l'hôpital civil de Gand.

Obs. — Caroline Verbracken, journalière, âgée de 37 ans, taille élevée, brune, tempérament bilieux, constitution délicate et nerveuse, bien réglée dès l'âge de quinze ans, éprouva pour la première fois, vers la fin du mois de janvier 1837, un retard dans la menstruation, et plus tard la plupart des signes ordinaires de grossesse. A quatre mois, les mouvemens de l'enfant sont sensibles, puis ils deviennent incommodes. Au commencement d'octobre lorsqu'elle comptait huit mois de grossesse, les premières douleurs de l'enfantement se déclarent vers le soir; elles durent la nuit et se dissipent le lendemain. Quinze jours plus tard, nouvelles douleurs dans la nuit, qui s'évanouissent le lendemain; léger écoulement de sang par la vulve.

Depuis ce moment la femme n'a plus senti les mouvemens actifs de l'enfant; mais dès qu'étant couchée elle changeait de position, elle éprouvait les mouvemens que les accoucheurs ont appelés passifs.

A compter de cette époque, elle fut maladive, souvent alitée, sujette à des coliques et à des indigestions; ses menstrues revenaient périodiquement mais peu abondantes.

Au quinzième mois, les douleurs revinrent et furent tellement fortes, qu'il en survint un délire de trois heures; elles étaient alors accompagnées d'un tremblement dans tous les membres, qui ne cessa que par une métrorrhagie très grave et la disparition des règles.

Vers la fin de la seconde année, les douleurs reparurent pour la dernière fois; mais le travail se dissipa vers le matin.

Plus tard la femme a été vue par M. le professeur Verbeeck qui ne se trompa nullement sur son état.

Quatre années ensuite elle a été examinée par M. Ségers qui a constaté l'état suivant:

Matrice dans sa position naturelle, ainsi que son col; le palpement abdominal fait sentir distinctement la tête d'un fœtus située du côté de l'aine droite, les jambes étant du côté opposé, mais plus haut. Plus tard, la tête s'approche insensiblement du pubis, pour s'engager dans le bassin, et il en survint une incontinence d'urine.

Jusqu'au milieu du mois d'octobre 1834 (trois mois avant l'opération), toutes les fonctions s'exécutèrent assez régulièrement, ainsi que la menstruation; mais de la compression constante sur le rectum résulta une escarrhe gangreneuse, des coliques et un état fébrile. Des matières fécales et putride s'écoulaient continuellement par l'anus, lorsque la malade était couchée sur le côté. Il est à remarquer que la tête du fœtus bouchait complétement l'intestin, lorsque la femme était couchée sur le dos.

Le 12 janvier 1835, M. Ségers est appelé auprès de la malade; sa position était très critique: depuis sept semaines, elle n'avait pour ainsi dire plus dormi: douleurs constantes, fièvre de résorption avec marasme. Un liquide sanieux et très fétide sortant continuellement par le rectum a enflammé et excorié les parties environnantes. Le toucher par l'anus fait reconnaître à deux pouces de hauteur la tête du fœtus, privée de sa partie charnue.

Opération. « Le 15 janvier au matin, aidé par deux de mes collègues, MM. Van-Malcote et Parmentier, nous plaçâmes, dit l'auteur, la malade sur le bord de son lit, comme dans l'opération de la fistule. J'introduisis alors le doigt indicateur dans le rectum jusque sur les os de la tête. Un bistouri introduit jusqu'à la même hauteur trancha d'un seul coup l'intestin et les sphincters de l'anus jusqu'au coccyx. L'hémorragie fut peu considérable. Un spéculum à trois branches fut à son tour introduit. Malgré cette grande plaie et la dilatation produite par cet instrument, qui nous était d'une grande utilité, il nous fut impossible d'extraire la tête en entier, à cause de son trop grand volume; mais la putréfaction étant assez avancée, il me fut permis de prendre séparément les os du crâne avec de fortes pinces à polype. Leur extraction causa à la femme des douleurs atroces, parce que leurs bords saillans blessaient l'intestin. Une fois que ces os furent sortis, un crochet mousse appliqué sous la mâchoire inférieure fit sortir en peu de temps le tronc avec les extrémités et une certaine partie de la matière putride mêlée de débris de viscères. Le bas-ventre et les organes thoraciques et abdominaux étaient tous en putréfaction, les fesses étaient encore à peu près intactes, et l'on pouvait facilement distinguer que l'enfant était du sexe féminin. A la longueur et au degré d'ossification, nous le jugeâmes de 8 à 9 mois. Un linge fenêtré, enduit de cérat, un gâteau de charpie et un bandage en T composèrent tout l'appareil de pansement. »

Les suites de cette opération ont été heureuses, et la malade a guéri.

L'observation qui précède est digne de considération et mérite d'être rapprochée d'un autre cas analogue de M. le professeur Petranti, de Naples (Gazette Médicale, 1835, p. 216). Nous renvoyons à ce numéro du journal pour les considérations théoriques et pratiques qui s'y rattachent.

Note concernant quelques expériences sur l'asphixie par submersion; par le docteur Matthysens.

La question si longtemps agitée de l'introduction de l'air dans l'intérieur des voies aériennes pendant la mort par submersion laisse encore quelques points litigieux. Les expériences du docteur Matthysens, faites sur des animaux, sont de nature à jeter quelque lumière sur plusieurs de ces points. Cependant il est important de ne point oublier qu'il résulte de ces expériences et de celles qui ont été faites par la commission nommée à cette occasion par la société de médecine de Gand, que les animaux que l'on noie de force, et qui meurent par asphixie, exécutent des mouvemens d'inspiration et d'expiration, et que, par conséquent, de l'eau et de l'air s'introduisent dans les voies respiratoires; il résulte encore de ces mêmes expériences qu'on trouve de l'eau écumeuse en aussi grande quantité dans les voies respiratoires des animaux que l'on noie en leur tenant constamment la tête sous l'eau que dans le cas contraire. On trouve d'autant plus d'écume dans les voies respiratoires des noyés qu'on les examine plus promptement après la submersion, et la cause de la disparition de l'écume réside essentiellement dans le développement de la putréfaction gazeuse; car les gaz qui se développent dans un cadavre chassent par la compression cette écume hors des conduits qui la renferment. On ne doit pas oublier cependant qu'il est impossible d'appliquer exactement à l'homme ce qui a été observé chez les animaux asphixiés par submersion.

II. Journal de la Société royale de médecine de Bordeaux.

Les cahiers du dernier semestre de l'année 1837 contiennent les articles originaux suivans : 1° *Mémoire sur la syphilis*; par M. Venot; travail judicieux, mais n'offrant rien de bien neuf; 2° *Cas remarquable d'ulcère syphilitique de la langue*; par M. Faget; 3° *Deux cas d'herpes guéris à l'aide du jus de citron*; par M. Ardusset père; 4° *Lésion singulière de la peau*; par M. Dubreuilh; 5° *De la suette miliaire qui a régné à Vesoul*, pendant les mois de mars et avril 1837; par M. Pratbernon; 6° *Fièvre grave; apoplexie pulmonaire, avec hémorragie extérieure, ossification du diaphragme*; par M. Lefèvre, professeur à l'école de médecine navale de Rochefort; 7° *Nouvelle espèce de moxa*; par M. Lepelletier, pharmacien de la marine; 8° *Des onctions mercurielles dans l'érysipèle*; par M. Emile Dégranges; 9° *Cas de pourpre hémorragique*; par M. Faget; 10° *Observations de gangrène spontanée*; par M. Brulatour.

Hématurie a type quotidien; par le docteur Gergerès.

L'observation suivante mérite quelque attention, en raison de la rareté des cas analogues, et de la manière dont la maladie était dessinée.

Obs. — M. Gergerès est appelé auprès d'un jeune homme, capitaine de navire, jouissant habituellement d'une bonne santé, qui fut pris pendant deux heures de frissons très vifs, et après lesquels se développa une forte chaleur : pendant cette période, le malade eut besoin d'uriner; mais au lieu d'urine, il rendit par l'urètre une grande quantité de sang. Quelques heures après, une sueur s'établit, et le malade se crut guéri. Le lendemain, à la même heure, retour des mêmes accidens fébriles et de l'évacuation du sang. M. Gergeres prescrit un traitement émollient tant interne qu'externe. Les symptômes cédèrent encore à la même heure que dans le premier accès. Le troisième jour, les mêmes phénomènes se reproduisirent encore avec plus de violence. Dès lors on s'empressa, vers la fin de l'accès, d'administrer le sulfate de quinine à la dose de vingt-cinq grains; ce moyen mit fin à tous les accidens et empêcha leur retour.

Enclavement d'une balle dans les os du crane a la suite d'un coup de feu; encéphalite chronique et aigue; mort au bout de 7 ans; par le docteur Bax.

Obs.—Lacroix, âgé de 29 ans, avait reçu au siége d'Alger en 1830 un coup de feu à l'extrémité gauche de la suture lambdoïde, au-dessus de la courbure du sinus latéral. Contrairement à l'opinion des officiers de santé qui le soignerent après l'action, il avait toujours persisté à soutenir qu'il sentait la balle dans la tête. Sa blessure ayant guéri, il fut réformé; mais il ne put reprendre la profession de menuisier qu'il exerçait auparavant. Tout travail rude ou bruyant produisait des douleurs. Cependant on n'apercevait habituellement chez lui ni altération physique ni dérangement des facultés intellectuelles. Mais, dans l'ivresse, il était furieux et se livrait à des actes de forcené.

Le 6 novembre 1837, étant aux lieux d'aisance, après le repas du soir, il est pris d'un étourdissement, et reste sans connaissance pendant dix minutes; rentré dans la chambre commune, il vomit son souper.

Le lendemain 7, il se plaignait d'une violente hémicrânie du côté gauche, et correspondant à l'endroit où il avait reçu le coup de feu.

Le 8, la céphalalgie avait augmenté; néanmoins il rendait bien compte de son état.

Le 9, sa démarche devint vacillante; sur le soir, il perdit l'usage de la parole; soit instinctivement, soit par l'habitude, la main ne cessait d'indiquer le siége de la douleur.

Quelques sangsues sont appliquées au col, et le malade succombe le 11.

Autopsie. Au moment où on détache la calotte, il sort une grande quantité de sang (4 onces environ) de l'hémisphère gauche qui est d'une mollesse comme déliquescente, ce qui empêche de reconnaître exactement le siége de cette hémorragie. La balle est solidement fixée à l'extrémité gauche de la suture lambdoïde, au-dessus du *sinus* latéral qu'elle déprime; la dure-mère lui forme un chaton; elle correspond au lobe postérieur, et offre une saillie intérieure de plus de son demi-diamètre. Cette protubérance occupe le milieu de la base d'un foyer purulent, situé dans le parenchyme du cerveau, rayonnant à un pouce autour d'elle. Ce foyer, séparé de la collection sanguine, s'étend en profondeur dans les deux substances, jusqu'au ventricule du même côté, pourtant sans y communiquer. Il contient un pus épaissi, d'un aspect jaunâtre, tuberculeux, qui provient de la dégénérescence organique d'une portion des lobes postérieur et moyen. Ce résultat morbide paraît être l'effet d'un travail de longue date. L'hémisphère droit a subi un commencement de ramollissement.

Cette observation est curieuse sous plus d'un rapport, et d'abord elle nous offre encore un exemple de la marche insidieuse que suivent les altérations chroniques du cerveau : avec une destruction d'une partie d'un hémisphère, il n'y avait pas d'autres symptômes qu'une céphalalgie légère et sans aucune altération des facultés intellectuelles. Bien que l'auteur n'ait pas décrit, à notre grand regret, l'état des parois de ce vaste abcès, cette observation nous fournit une donnée sur la lenteur avec laquelle ces abcès se forment dans le cerveau, et sur la longue durée du temps pendant lequel ils peuvent ne donner lieu à aucun accident qui puisse déceler leur présence; car la formation de cet abcès remontait à huit ans.

Y a-t-il identité entre la goutte et le rhumatisme? Non; par M. Coste, D. M.

M. le docteur Coste combat, dans cet article, avec quelque vivacité, l'opinion émise dans un ouvrage publié assez récemment à Paris sur le rhumatisme, et d'après laquelle le rhumatisme et la goutte seraient une seule et même maladie. Cette question, qui s'éloigne un peu de celles qu'on agite aujourd'hui, nous paraît offrir assez d'intérêt pour que nous présentions une courte analyse de ce mémoire. L'auteur commence par faire l'historique de ces deux maladies, dont il fait ressortir les symptômes les plus saillans; puis, après avoir comparé les symptômes, il tire de son travail un certain nombre de conclusions qui peuvent se réduire aux suivantes :

1° La goutte et le rhumatisme articulaire ont des traits de ressemblance qui consistent à occuper surtout les parties fibreuses des articulations, où elles déterminent une phlegmasie incomplète, facile à déplacer, et jouissant de la propriété de récidiver avec une grande facilité. Bien qu'elles se compliquent fréquemment l'une avec l'autre, on voit plus souvent, cependant, la goutte succéder ou se réunir au rhumatisme, que celui-ci à la goutte.

2° La goutte et le rhumatisme ont des différences assez tranchées pour en faire deux maladies distinctes. La première, qui reconnaît pour cause un état général spécifique de l'organisme, occupe de préférence les petites articulations; le rhumatisme qui, pour l'auteur, est une maladie le plus souvent locale, occupe les grandes. La goutte tient à une cause interne, tandis que le rhumatisme reconnaît pour cause, en général, des agens extérieurs. L'une est précédée de prodrômes qui le plus souvent cessent au moment de l'accès; l'autre arrive tout à coup et sans préludes. Le plus souvent le rhumatisme ne laisse pas de traces dans les parties affectées; le plus ordinairement la goutte dépose des concrétions particulières. Les métastases rhumatismales, moins fréquentes et moins graves, ne se portent guère que sur des tissus fibreux. Les métastases goutteuses se portent sur le parenchyme des organes les plus importans. Le rhumatisme articulaire affecte le plus souvent une forme aiguë; la goutte se montre plus souvent sous forme chronique. Les conditions dans lesquelles se développent ces deux maladies ne diffèrent pas moins que toutes les circonstances précédentes; pour le rhumatisme : la jeunesse, le tempérament actif; pour la goutte : l'âge mûr et la vieillesse, l'abus des plaisirs de la table et du lit. La goutte a, avec la gravelle, de grandes analogies qu'on ne retrouve pas dans le rhumatisme. Enfin, quand le rhumatisme articulaire a souvent récidivé, il se rapproche en quelque sorte des affections goutteuses, et mérite alors souvent le nom de rhumatisme goutteux.

Anthrax; érysipèle autour de la plaie. Onction mercurielle a petite dose. Guérison prompte; par M. E. Dégranges.

Une femme avait eu plusieurs anthrax dans différentes régions du corps; un

dernier, du volume d'une pomme, s'est déclaré sur la partie externe et inférieure de la jambe droite, à quatre travers de doigts au-dessus de la malléole. La douleur était très vive, et la malade n'ayant pas voulu consentir à laisser fendre la tumeur crucialement, son état s'est compliqué de gonflement et de tension brûlante des tissus. La nature, par une petite crevasse, amena au dehors une suppuration grumeleuse. La douleur locale était si vive que le sommeil était interrompu, et que la femme éprouvait des spasmes nerveux généraux. Cataplasmes, repos.

Huit jours se passent dans cet état; alors la peau des environs de l'anthrax est saisie d'érysipèle intense, qui s'étend à tout le mollet et au pied. M. Dégranges prescrit des onctions de cérat mercuriel (un gros de pommade mercurielle par once de cérat). Immédiatement après la première onction, la douleur brûlante s'apaise. Une seconde onction est faite, le calme et le sommeil la suivent. Le lendemain, l'amélioration est encore plus marquée: on continue le même remède, l'érysipèle se dissipe promptement, l'état de l'anthrax se civilise et marche à son tour vers la guérison.

Nous voyons rarement l'anthrax dans nos hôpitaux de Paris; il est assez fréquent au contraire à la campagne. Il serait difficile de donner de ce fait une raison bien satisfaisante. Ne connaissant pas la véritable cause productrice de cette maladie, l'art ne peut, sous ce rapport, que se borner à noter les phénomènes.

L'observation qu'on vient de lire offre de l'intérêt sous le point de vue de l'action salutaire du mercure sur les souffrances que la malade éprouvait. Ce n'est pas sur l'érysipèle seulement que ce médicament a porté son action; le travail morbide lui-même de l'anthrax en a ressenti l'heureuse influence, et il serait à désirer que le même moyen fût essayé généralement dans le traitement de l'anthrax, en frottant souvent la base de la tumeur avec une forte quantité de pommade mercurielle affaiblie à toutes les périodes de la maladie. Cela n'empêcherait pas, bien entendu, d'employer en même temps les autres remèdes généraux et locaux qu'on a l'habitude de prescrire.

III. JOURNAL DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE LA LOIRE-INFÉRIEURE.

Les numéros 55 et 56 contiennent les articles suivans : 1° *Sur la dyssenterie qui a régné en 1834 et 1835, dans le département de la Loire-Inférieure*; par MM. Fouré, Bonamy et Delamare; 2° *Observations pratiques de médecine*; par M. Sallion 3° *Sur la fièvre typhoïde qui a régné épidémiquement à Vieillevigne en 1835*; par M. Fouré; 4° *Observation remarquable de hernie étranglée*; par M. Gely; 5° *Polype de la membrane de l'hymen*; par M. Guénier.

Exposé des phénomènes de propagation des fièvres typhoïdes qui ont régné épidémiquement a Vieille-Vigne, en 1835; par le docteur Fouré.

La commune de Vieille-Vigne, située à six lieues de la ville, a été frappée en 1835 d'une épidémie de fièvre typhoïde, qui y a fait beaucoup de ravages; près de cinq cents habitans en furent atteints dont cent quarante-sept succombèrent. Elle commença vers la fin de décembre 1834 et se termina avec le mois d'avril. Les circonstances dans lesquelles elle se développa sont assez remarquables pour que nous croyions devoir les faire connaître.

Le 26 décembre, lendemain du jour de Noël, un grand nombre de familles se trouvèrent indisposées; les unes légèrement, les autres d'une manière plus grave. Au milieu de ce grand nombre d'indispositions, le caractère épidémique de la fièvre typhoïde commença à éclater; mais elle frappa surtout sur deux écoles, une de filles et une de garçons qui se trouvaient à peu de distance du cimetière. Sur 90 enfans, il y en eut à peine 10 qui n'en furent pas atteints. Elle se manifesta plus tard, et frappa un bien moins grand nombre d'enfans dans la troisième école qui est à l'extrémité la plus élevée du bourg, loin du cimetière et dans une belle exposition. Il en fut de même dans tout le bourg. De nombreux cas de fièvre s'y manifestèrent soudainement et s'y multiplièrent avec rapidité, surtout dans les environs du cimetière. Ce cimetière, situé au milieu du bourg, est remarquable par son exiguité extrême. Les inhumations y sont beaucoup trop rapprochées; il est rare que les terres y restent plus de trois ans sans y être remuées. Le terrain ne permet pas toujours d'y creuser les fosses à une profondeur convenable. La terre jetée au-dessus du cercueil n'est ordinairement que de 18 pouces. Les miasmes qui s'élèvent pendant la putréfaction des corps disposés dans ces fosses se répandent à l'entour en couches plus ou moins épaisses. Lorsque les terres qui avoisinent l'église viennent à être remuées à leur tour, ce qui eut lieu à l'époque de l'épidémie de 1835, ces miasmes peuvent y pénétrer et frapper ceux qui s'y réunissent surtout les jours de grandes fêtes, comme celle de Noël, où les offices se succèdent et se prolongent depuis minuit jusqu'à la fin de la journée.

Grand nombre de personnes ont assuré avoir ressenti, le jour de Noël qui précéda l'invasion de la maladie, une odeur désagréable dans l'église, d'une nature particulière qui leur fit éprouver des nausées, des vertiges et des indispositions plus ou moins prononcées.

Le docteur Fouré dit avoir déjà cru reconnaître les fâcheux résultats des mauvaises dispositions de ce cimetière dans une autre épidémie de fièvre typhoïde qui eut lieu à Vieille-Vigne en 1820. Cette épidémie présenta avec celle de 1835 des rapprochemens remarquables; elle commença en décembre 1819 et ne se termina qu'en juillet et août; et, comme en 1835, tous les malades sur lesquels l'épidémie débuta dans les villages voisins l'y avaient apportée du bourg.

Polype de la membrane de l'hymen; par M. Guénier.

Obs. I. — Une jeune fille, âgée de 12 ans, se plaignait, depuis huit jours, de douleurs excessives dans les parties sexuelles, et qui lui permettaient à peine de s'asseoir. L'examen a montré à M. Guénier une petite végétation muqueuse et mollasse, rouge vif, de cinq lignes de longueur, ressemblant un peu à la luette, quoique plus mince et pulpeuse, au point que le plus petit contact la faisait saigner. Elle sortait de l'ouverture de l'hymen. Avec quelque précaution qu'on touchât ce polype, la jeune malade jetait de hauts cris au moindre contact. Cette végétation, dont le pédicule semblait implanté sur la face interne de l'hymen, fut saisie avec des pinces et tordue; il s'écoula un peu de sang, et, depuis cette époque, il y a maintenant six mois, la malade n'a plus rien ressenti.

Obs. II. — Une demoiselle, âgée de plus de 30 ans, éprouvait des douleurs vives et continuelles dans la vulve, les reins, les cuisses et la région sus-pubienne. Elle avait été saignée à Tours deux ans auparavant pour cette affection, qu'un médecin crut devoir attribuer à un calcul dans la vessie. La sonde, portée dans cet organe, n'y démontra la présence d'aucun corps étranger. M. Guénier employa inutilement les cataplasmes, les demi-bains, la pommade de belladone, etc. La malade refusant de se laisser explorer l'intérieur de la vulve, il ne fut plus question de traitement pendant deux ans et demi. Il y a cinq mois cependant, la malade, amaigrie, exténuée, vaincue par la souffrance et l'insomnie, et ne pouvant presque plus marcher, se soumit enfin à l'exploration. Un polype, semblable à celui de la jeune fille citée plus haut, se présenta; il offrait cette différence seulement qu'il était un peu plus consistant, formé de deux lentilles charnues, réunies par une membrane muqueuse, lâche et très vasculaire. Au reste, mêmes dimensions, même couleur et même sensibilité. De plus, il paraissait implanté comme l'autre sur la face interne de l'hymen, dont l'ouverture le laissait descendre dans la fosse naviculaire. Son extirpation, opérée par torsion, fut effectuée séance tenante. Le lendemain, il n'était plus question de douleurs; le sommeil, l'appétit, l'embonpoint ont reparu et la guérison a eu lieu. Depuis trois ans que cette opération a été pratiquée, la guérison ne s'est point démentie.

Bien que les polypes puissent naître sur toutes les régions convertes par les membranes muqueuses, nous ne savons point qu'on en eût encore observé sur la membrane hymen. Le diaphragme hyménique ne se rencontrant qu'à un âge où les polypes ne s'observent pas ordinairement, on conçoit pourquoi les deux faits précédens doivent être regardés comme rares, si toutefois notre confrère ne s'est point fait illusion sur leur véritable siége. Les symptômes indiqués par M. Guénier paraissent plutôt avoir de l'analogie avec ceux attribués par Boyer à une végétation sarcomateuse du bord inférieur du méat urinaire, qu'il a signalé le premier chez la femme, qu'avec ceux des véritables polypes.

IV. BULLETIN MÉDICAL DU MIDI.

Les six derniers cahiers contiennent les articles originaux suivans : 1° *Plusieurs faits observés à la clinique de M. Moulinié*, chirurgien en chef de l'hôpital de Bordeaux; 2° *Note sur la kératoplastique et la sclérectomie*, par M. Cuoier, médecin militaire belge; 3° *De la pellagre dans les landes de Bordeaux*; 4° *Sur les causes de la torsion des pieds appelés pieds-bots*, par M. Cazenave. 5° *Considérations hygiéniques sur l'état hygrométrique de l'air*, par M. Dupac; 6° *Analyse de la poudre contre la teigne, des frères Mahon*, par M. Figuier, pharmacien à Montpellier.

De la pellagre dans les landes de Bordeaux.

Parmi les faits que contient le rapport annuel des travaux du conseil central de salubrité du département de la Gironde, il en est un qui semble devoir exciter vivement l'attention des médecins et des magistrats chargés de surveiller sur la santé publique; nous voulons parler de la pellagre milanaise dans les landes qui avoisinent le bassin d'Arcachon. Signalée pour la première fois en 1818, cette maladie fut décrite, en 1819, par le docteur Hameau de La Teste, et mise en doute par quelques praticiens. Mais le nombre de ses victimes paraissant croître chaque jour, M. le préfet a invité le conseil de salubrité à prendre les mesures les plus convenables pour arriver promptement à la connaissance de la cause et du traitement de cette cruelle maladie. M. Marchant, médecin des épidémies et secrétaire du conseil de salubrité, vient de se transporter tout récemment sur les lieux envahis, où il a observé plusieurs individus atteints de

cette affection. Il est donc bien prouvé aujourd'hui qu'il existe dans les communes voisines du bassin d'Arcachon une maladie qui règne endémiquement, et qui, selon toutes les probabilités, est la même que le *mal de la rosa* des Asturies, ou peut-être la pellagre milanaise. Cette communication contient, outre ce rapport, une circulaire du conseil de salubrité, une série de questions sur cette maladie, et une notice sur cette maladie, par le docteur Hameau, extraite du *Journal pratique de la société royale de médecine de* 1829.

OBSERVATION D'UN CAS DE NÉVRALGIE RADIALE; par le docteur DUPAC.

La rareté de la névralgie radiale, la diversité des types sous lesquels elle s'est offerte dans l'observation suivante, et différentes circonstances dignes d'attention nous engagent à la reproduire ici d'une manière abrégée.

OBS. — G..., charpentier de marine, âgé de 72 ans, se plaint, au commencement de février, d'une vive douleur qui se fait sentir, par intervalles, dans le bras gauche; elle part de la profondeur de l'épaule, suit le trajet du nerf radial, jusqu'au poignet, d'où elle va se perdre dans les trois derniers doigts. Cette douleur, qui ne pouvait être attribuée à aucune cause appréciable, apparaissait subitement, et le bras n'offrait rien d'anormal. Sous l'influence de frictions avec le carbonate de plomb et des pilules de Méglin, les douleurs disparaissent au bout de sept jours, puis reviennent dans les derniers jours de mars, et ne cèdent plus au traitement précédent. La douleur, qui était excessivement aiguë, s'accompagnait alors de contractions involontaires des membres. De *descendante* qu'elle était d'abord, elle était devenue *ascendante*; elle partait des trois derniers doigts de la main, et montait, avec la rapidité de l'éclair, le long de la face dorsale de cette dernière, du côté externe de l'avant-bras, pour, après avoir contourné l'humérus en arrière, se rendre à l'épaule. Les paroxismes qui se compliquent de céphalalgie, injection de la face, dureté du pouls, sont si fréquens qu'ils ne laissent au malade que de courts instans de relâche. Il y avait insomnie complète. Comme le malade avait l'habitude de se faire saigner souvent et qu'il ne l'a pas été depuis longtemps, on lui pratique une saignée de huit onces, après laquelle il prend un quart de grain d'acétate de morphine, et il éprouve une légère amélioration pendant quelques heures seulement; un vésicatoire est appliqué sur le point où le nerf radial contourne l'humérus, et est pansé ensuite avec un quart de grain d'acétate de morphine; mais les douleurs ayant été notablement exaspérées, on a recours, et aussi inutilement, aux pilules de Méglin, puis au sous-carbonate de fer. Une légère amélioration se manifeste à la suite d'une application de quinze sangsues derrière l'épaule, puis, au bout de quelques jours, la douleur se réveille sous forme d'accès, commençant par un frisson de courte durée, et ensuite une chaleur assez forte qui accompagne la douleur pendant la nuit. Le *sulfate de quinine* est prescrit avec *l'extrait mou de quinquina*, et pris assez irrégulièrement, mais avec une amélioration notable et graduelle dans les symptômes.

Le 15 avril, la névralgie, qui d'abord avait été quotidienne, se présente sous le type tierce, et l'accès a une tendance manifeste à s'effacer; *expectation*.

Le 25 avril, on ne remarque plus au bras que de l'émaciation et un léger engourdissement, qui se termine en douleur un peu vive, lorsque le malade veut exécuter des mouvemens un peu étendus. *Bains sulfureux et affusion de même nature sur le bras gauche.*

Le 10 mars, le malade avait repris sa santé première; il ne lui reste plus qu'une sensation à l'époque où arrivaient ses accès, qui, partant du moignon de l'épaule, s'étend à toute la tête et le met dans un état d'excitation cérébrale assez grand pour l'empêcher de dormir une partie de la nuit. Une application de sangsues au siége et des pédiluves sinapisés la font entièrement disparaître.

Le passage qu'a offert cette névralgie de la forme descendante à la forme ascendante, sa marche irrégulière d'abord, puis rémittente, puis intermittente double le tierce, enfin avec le type tierce, et l'amélioration, qui n'est survenue que très graduellement, après que les moyens les plus actifs avaient échoué, sont dignes d'une attention toute spéciale, et donnent un grand intérêt à cette observation.

DE LA FORME DES DOIGTS COMME UN DES SIGNES DE PHTHISIE PULMONAIRE; par M. ALQUIÉ.

Voici comment l'auteur résume lui-même cette communication: « Sur près de cinquante malades, dont l'auscultation m'a donné la certitude de l'existence de tubercules ou de cavernes dans les poumons, j'ai reconnu cet état par la seule inspection des doigts, chez cinq malades, traités pour toute autre lésion; chez vingt sujets, la forme hippocratique des doigts a été en rapport avec l'ancienneté de la maladie pulmonaire; chez huit sujets, dans le dernier degré de la phthisie, les doigts étaient identiques à ceux qui forment ce qu'on appelle *la main hippocratique*; chez huit malades, le même rapport n'existait pas; sept malades n'en présentaient aucune trace. » L'auteur dit avoir observé, d'après des observations multipliées, que si les doigts hippocratiques ne se rencontrent pas chez tous les sujets qui succombent à la phthisie pulmonaire, ces exceptions ont toujours porté sur des malades affectés d'une phthisie accidentelle, acquise par des excès de toute nature, et presque jamais chez des phthisiques de naissance, issus de parens tuberbuleux, etc.

ANALYSE DE LA POUDRE CONTRE LA TEIGNE, DES FRÈRES MAHON; par M. FIGUIER, pharmacien à Montpellier.

M. Moulinié s'étant procuré à l'hôpital Saint-Louis, de la poudre des frères Mahon pour le traitement des teigneux de l'hôpital de Bordeaux, a chargé M. Figuier d'en faire l'analyse chimique. Il résulte du travail de ce pharmacien que la poudre dont il s'agit est uniquement composée de cendres végétales; pas un atome de plomb, ni de mercure, ni d'autre métal n'existe dans sa composition; et d'après la liste des principes qu'elle contient, M. Figuier a cru pouvoir déduire que le corps qui agit efficacement dans ces poudres pour combattre la teigne, c'est le *carbonate de potasse*. On sait, d'ailleurs, par expérience que les carbonates alcalins sont journellement employés avec succès dans les hôpitaux pour combattre les maladies herpétiques.

Voici la liste et les proportions de la poudre en question:

	POUDRE N° 1.	N° 2.
Carbonate de potasse	12, 20	17, 21
Carbonate de chaux	34, 10	21, 51
Carbonate de magnésie	2, 40	3, 42
Chlorure de potassium	1, 57	2, 79
Phosphate de potasse	2, 03	2, 27
Phosphate de chaux	9, 27	10, 3
Phosphate de magnésie	5, 28	7, 41
Phosphate de fer	2, 91	5, 81
Sulphate de potasse	2, 14	2, 33
Alumine	1, 00	1, 02
Oxide de fer et de manganèse	2, 13	2, 63
Silice	1, 34	2, 43
Charbon	3, 40	3, 01
Eau et perte	21, 24	20, 03
	100, 00	100, 00

HYDRORACHIS CONGÉNIAL chez un homme âgé de 37 ans; PIERRE VÉSICALE; CYSTOTOMIE; par M. MOULINIÉ, chirurgien en chef de l'hôpital Saint-André de Bordeaux.

OBS. — Jacques Péru, âgé de 37 ans, portait dès son enfance une tumeur hydrorachique, au bas de la colonne vertébrale, près du sacrum. Elle avait petit à petit acquis un volume considérable. Mesurée verticalement, elle offre deux pieds trois pouces de circonférence; transversalement, deux pieds de circonférence. La tumeur est pendante et mobile, resserrée et comme pédiculée à son insertion. La peau est distendue, rouge et menace souvent de se perforer. Cependant l'hypérémie n'est qu'accidentelle et se dissipe pour reparaître. Le malade ne peut souffrir le moindre contact, il porte instantanément la main au front où il éprouve une forte douleur; il a des vertiges; si l'on fait des investigations par le toucher il appréhende excessivement toute espèce de rapports. Cet état de choses cependant n'avait pas empêché le sujet de se bien porter d'ailleurs et de se livrer aux rudes travaux des champs; il n'aurait pas demandé un asile à l'hôpital sans une autre affection, moins grave à la vérité, mais plus incommode accompagnée de fistules périnéales: il souffrait beaucoup d'une difficulté d'uriner:

A l'examen, M. Moulinié trouve: plusieurs fistules urinaires au périnée; pénis d'une longueur extraordinaire et orifice urétral presque bouché par un prépuce excessivement long et rétréci; l'urine sort par le périnée et par l'urètre; le malade accuse des douleurs vésicales semblables à celles qui caractérisent la strangurie.

M. Moulinié commence par amputer le prépuce excédant à l'aide de la circoncision et mettre le gland et le méat urinaire à découvert. Il sonde et trouve un rétrécissement qu'il combat; puis il entre dans la vessie, et constate la présence d'une ou plusieurs pierres.

Dans ces entrefaites une tumeur urineuse se forme au périnée, on l'ouvre, on entre par cette ouverture dans la vessie, on y passe un lithotome caché, on dilate la fistule, et l'on tire par là plusieurs pierres. La guérison des souffrances, des fistules et de la rétention urinaire a eu lieu; mais le malade conserve son affection spinale; il est retourné à la campagne reprendre ses travaux ruraux.

L'auteur se demande s'il n'y aurait pas de rapports immédiats entre l'affection hydrorachique et celle de l'appareil urinaire, et si la lésion de l'épine ne se rattache pas à une maladie coëxistante du cerveau. Il répond affirmativement sur l'une et l'autre question. A part cela, le fait qui précède offre un grand intérêt sous le double rapport physiologique et pathologique, et il serait à désirer que l'auteur en pût plus tard compléter les détails en joignant la nécropsie à l'historique ci-dessus. Disons en attendant que la science ne manque pas d'observations de sujets hydrorachiques qui ont vécu jusqu'à un âge avancé: Ruysch, Bonn, Warner, Camper, et plusieurs recueils scientifiques nous ont transmis des cas de ce genre. Ajoutons que depuis les belles expériences cliniques de sir A. Cooper l'hydrorachis n'est plus de nos jours une maladie toujours incurable.

V. JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE TOULOUSE.

RUPTURE SPONTANÉE DE LA TUNIQUE VAGINALE DANS L'HYDROCÈLE; par M. NOULET.

Un cultivateur, âgé de 60 ans, bonne constitution, robuste, portait une

double hydrocèle par épanchement. Celle du côté droit avait quatorze à quinze ans d'existence : la gauche datait seulement de deux ans. Celle-ci, quoique la plus récente, offrait un volume presque double de la droite, elle-même très développée. La tumeur gauche, très dure, était coupée par son milieu par un étranglement, ce qui la faisait rentrer dans la classe des *hydrocèles en gourde*, ainsi nommées à cause de leur configuration extérieure. Par l'effet de sa grande distension, son extrémité supérieure s'engageait sensiblement dans le commencement du canal inguinal, si bien que les contractions subites et un peu fortes des muscles abdominaux communiquaient au liquide épanché un mouvement de fluctuation manifeste. Au reste, la demi-transparence du liquide ne permettait pas de se méprendre sur la valeur réelle de ce dernier symptôme. Le malade s'est refusé à la ponction que M. Noulet lui avait proposée.

Le 29 juillet 1834, se livrant à de pénibles efforts pour soulever un fardeau, l'homme ressent tout à coup dans le scrotum du côté gauche une douleur subite et tellement vive, qu'il se sentit défaillir. Revenu de cet état qui ne dura que quelques instans, et ayant porté la main aux parties génitales, il trouva la verge fortement distendue et tellement hors de ses proportions naturelles que l'alarme s'empara de lui.

Appelé à son secours, M. Noulet trouve (trois heures après l'accident), la verge très volumineuse et dans un état semblable à celui qu'affecte cet organe dans l'infiltration séreuse des tégumens; le côté droit du scrotum est tel que M. Noulet l'avait vu quelques jours auparavant; la tumeur gauche a disparu en partie, et se trouve remplacée par un empâtement considérable de la bourse du même côté; véritable œdème qui s'étend jusqu'au devant du pubis, en se continuant sous la peau du pénis.

M. Noulet a jugé que la tunique vaginale s'était rompue sous l'impulsion des muscles abdominaux contre le liquide, et que sa sérosité s'échappant par la crevasse, s'était infiltrée dans le tissu cellulaire environnant.

Le repos au lit et des fomentations résolutives ont fait disparaître l'œdème dans l'espace de trois jours. En reprenant ses occupations habituelles, le malade a dès-lors fait usage d'un suspensoir; mais la collection se reproduisit, l'hydrocèle reparut avec les mêmes formes, et atteignit après quelques mois un volume considérable.

La science possède plusieurs faits de rupture traumatique ou accidentelle de la poche séreuse de l'hydrocèle, avec ou sans guérison radicale consécutive : ces faits, personne ne les conteste. Il n'en est pas de même de la rupture spontanée de la même poche; la plupart des auteurs en ont à peine parlé; Boyer n'en a pas dit le mot dans son ouvrage, et quelques chirurgiens modernes en ont presque nié la possibilité. L'analogie pourtant avec la rupture spontanée du sac herniaire, qui est incontestable, aurait dû en faire admettre la possibilité. D'ailleurs, Bertrandi et Sabatier n'avaient pas balancé à se prononcer affirmativement sur cette question, et les deux faits qu'ils ont rapportés, conjointement à celui de M. Noulet, paraissent établir la chose d'une manière presque certaine. La dernière démonstration, cependant, la dissection anatomique, manque jusqu'à ce jour.

De la salivation mercurielle considérée comme moyen thérapeutique; par M. Naudin.

Sept observations d'engorgemens chroniques de diverses natures, et qui, après avoir résisté aux divers fondans préconisés par les anciens et les modernes, se dissipèrent sous l'influence de la salivation mercurielle plus ou moins prolongée, sont rapportées avec détail dans cet article, et démontrent que la salivation ne devrait pas être entièrement bannie de la thérapeutique : c'est, au contraire, dans quelques cas, un des moyens les plus énergiques que l'on puisse employer, et l'influence qu'exerce cet état morbide sur toute l'économie, la réaction fébrile qu'elle détermine promptement, l'amaigrissement qui survient si rapidement, indiquent bien suffisamment tout le secours qu'on peut espérer de ce moyen dans les cas où une fluxion dérivative est indiquée. Mais quels sont les cas où elle peut être utile? Quels sont ceux, au contraire, où elle est contre-indiquée? Combien de temps peut-elle être continuée? Voilà autant de questions sur lesquelles nous ne possédons que des documens fort imparfaits. Le travail de M. Naudin nous prouve l'efficacité de la salivation mercurielle dans trois cas d'engorgement chronique de divers organes; nous y voyons même qu'elle peut être continuée pendant longtemps sans nuire beaucoup à la santé du malade. Ainsi, sur les sept cas qu'il rapporte il n'y en a que deux où elle ait persisté moins de trente jours. Mais ses effets sont loin d'être constans, ainsi que le dit l'auteur, qui l'a reconnu par sa pratique. Il recommande spécialement au praticien, avant de se déterminer à mettre en usage cette méthode, trop négligée, de s'assurer que l'organe malade est dans un état d'engorgement et d'induration, et qu'il n'est pas transformé en tissu accidentel hétérogène, cas où cette méthode pourrait même être dangereuse.

Des propriétés médicales et chimiques du colchique d'automne; par M. Magnes-Lahens.

L'auteur de ce mémoire voudrait qu'on récoltât le bulbe de colchique au printemps, époque où le principe sucré est changé en principe âcre; mais comme il serait impossible de le trouver à cette époque de l'année, puisque la fleur ne se montre qu'en automne, c'est uniquement à cette dernière saison de l'année qu'on peut le récolter; mais alors il n'est pas indifférent de savoir si le colchique qu'offre le commerce à l'état de dessication contient de la vératrine comme à l'état frais. A cet effet, il a traité le bulbe de colchique dans ces deux états naturels par le procédé de MM. Pelletier et Caventou, c'est-à-dire par l'alcool bouillant et la magnésie décarbonatée, pour saturer l'acide gallique, et isoler ainsi la vératrine, que l'on reprend encore par l'alcool. Celle-ci s'est trouvée réellement dans le bulbe frais, comme dans celui qui avait subi la dessication. Il y avait une autre question non moins importante à examiner et dont nous regrettons que l'auteur n'ait pas cherché à donner la solution; il aurait dû examiner la quantité comparative de vératrine dans le bulbe aux deux états indiqués ci-dessus.

VI. Recueil des travaux de la Société médicale du département d'Indre-et-Loire.

Observation sur une masse tuberculeuse développée dans le lobe gauche du cervelet; par M. le docteur Lacrèse fils.

Obs. — Trapenard, entré au service en 1832, a constamment joui depuis cette époque d'une bonne santé; il était sobre sur le boire et le manger, et on n'a pas remarqué qu'il fût plus qu'un autre porté à rechercher les femmes, ni qu'il se livrât à la masturbation. Ses facultés intellectuelles étaient saines sans cependant être des plus développées.

Au commencement d'avril 1837, il éprouve un mal de tête qui persiste avec violence et s'accompagne de redoublement fébrile nocturne. Cet état, quoique combattu activement par les sangsues, les évacuans, les révulsifs, ne subit aucune modification jusqu'au 10 avril. Alors la céphalalgie devient atroce et occupe toute la tête; mais la région occipitale était le siége des douleurs lancinantes les plus aiguës. Le malade ne pouvait supporter la plus faible lumière, le bruit le plus léger redoublait les douleurs; il passait les jours et les nuits couché sur le ventre, la face profondément ensevelie dans ses oreillers. La parole était difficile, les idées confuses et inextricables pour le malade; la figure exprimait une stupeur profonde; la fièvre était intense et continue. Il y avait jusqu'à dix, douze et quinze vomissemens bilieux par jour.

Le 25 avril, les douleurs diminuèrent et revinrent sous le type tierce; la fièvre diminua un peu, et l'appétit se fit sentir.

Le 3 mai, au réveil, cécité complète sans lésion perceptible de l'organe de la vue; un cautère est appliqué à la nuque, les douleurs céphalalgiques étaient fort éloignées, le malade distinguait certains objets, mais confusément.

Le 6 juin, accès épileptiforme qui se renouvelle vers le 20 du même mois.

Le 22 juillet, ayant obtenu un congé de convalescence avant de partir et pour contenir ses forces, il se charge l'estomac d'une alimentation abondante et substantielle; la voiture et la chaleur lui donnent une grande soif qu'il cherche à apaiser par des boissons et du vin pur. Le soir, il se plaint d'une grande fatigue et de n'y presque plus voir, de ne pouvoir se tenir sur les jambes et d'une soif continuelle; le lendemain matin il fait encore quelques courses; mais en rentrant il se plaint de n'y plus voir du tout, de ne pouvoir se tenir sur les jambes; il s'assied près d'une table, s'appuie la tête sur le bras, et meurt à l'instant même et sans agonie.

Autopsie. — Le cerveau seul a offert des altérations importantes. Au sommet de la substance blanche du lobe gauche du cervelet, on trouve deux masses tuberculeuses réunies à leur base, dont l'une, d'une forme ovoïde régulière, avait 18 lignes de longueur sur 11 de largeur; et la seconde, d'une forme plus irrégulière, 22 lignes de longueur sur 1 pouce de largeur. Ces deux corps étaient très durs à leur sommet et dans toute leur circonférence; mais au centre de la partie interne de chacun, ils étaient mous, rénitens, amincis, contenant une sérosité jaunâtre, floconneuse, qui en sortant, par une incision, laissa dans chaque une cavité anfractueuse cellulaire, capable de contenir d'un côté une forte noisette, et de l'autre un haricot. Aucune membrane ne les recouvrait. Ils étaient entièrement contenus dans le lobe et paraissaient surtout développés aux dépens de la substance grise. On n'a découvert de tubercules dans aucun autre organe que le cervelet. L'appareil de la génération présentait l'aspect ordinaire.

Cette observation intéressante, et dont les points principaux ont été indiqués avec soin par l'auteur, nous fournit encore un exemple de la difficulté qu'offre le diagnostic des maladies du cerveau et du cervelet. La seule circonstance remarquable est la rémission qu'ont présentée les symptômes quelque temps après le début. M. Andral a observé 29 fois sur 36 cette rémission dans des cas de tumeurs développées dans le cervelet ou autour de lui. Malgré la longueur de la maladie, il n'y a eu aucun symptôme appréciable du côté des organes de la génération.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 5 MARS.

Recherches microscopiques sur les globules du lait à l'état pathologique.

Dans un mémoire sur les globules du lait, lu à l'Académie au mois de dé-

cembre dernier, M. Turpin arrivait, ainsi qu'on a pu le voir dans l'analyse que nous avons donnée alors de son travail, à conclure :

1° Que le globule vésiculaire du lait, malgré le lieu où il prend son origine, n'a qu'une vie purement végétale, et que, comme la séminule des conferves, il se compose de deux vésicules emboîtées, dont l'intérieur sécrète l'huile butyreuse, et produit en même temps les nombreux globulins intérieurs;

2° Que ce globule est doué de la faculté végétative, et qu'en se développant il donne naissance à une mucédinée bien connue, le *penicillium glaucum*;

3° Que ce globule, s'il est arrêté dans les vaisseaux mammaires, peut s'y développer encore, quoique d'une manière moins complète, et sans arriver jusqu'à la fructification, mais que les longues tigellules qu'il pousse dans ce cas occasionnent ces engorgemens de la mamelle, désignés vulgairement sous le nom de *poil*.

Aujourd'hui le même académicien présente des recherches sur les mêmes globules, mais à l'état pathologique; ces observations ont été faites sur un liquide puriforme retiré d'un phlegmon au sein, chez une jeune femme de dix-sept ans.

Le liquide recueilli par M. Breschet, au moment de l'ouverture du sein engorgé, était divisé dans deux flacons; dans l'un, la couleur était grisâtre, tirant sur le vert, dans l'autre, elle était rosée par suite du mélange d'une petite quantité de sang écoulé pendant l'opération. Aucune odeur ne s'exhalait de l'un ni de l'autre liquide, si ce n'est celle de la pomme de reinette et à un très faible degré, même après avoir été exposée à l'air pendant plus de quinze jours, par une température d'environ 20° cent. Ce défaut presque absolu d'odeur dans des matières organiques à l'état purulent, qui ordinairement se corrompent et deviennent d'une fétidité insupportable, m'a paru, dit M. Turpin, un fait digne d'être signalé.

Le liquide non mélangé de sang, examiné sous le microscope, offrait, comme le lait naturel, une quantité considérable de corps globuleux et vésiculeux suspendus dans l'eau séreuse; ces corps étaient de grandeur variable, les plus gros ayant jusqu'à 1/25 de millimètre. D'innombrables globulins couvraient comme d'un ponctué très fin tout le champ du microscope sur lequel ils étaient entièrement immobiles.

Parmi ces globulins immobiles se trouvaient une foule de globules de lait de grosseur différente, dont les uns, en se dessinant nettement dans leur contour sphérique par un double cercle noir, étaient, dit M. Turpin, comme à l'état normal, transparens et incolores; tandis qu'un bien plus grand nombre, évidemment altérés et passés à l'état pathologiques ou morts, étaient devenus verdâtres et comme flétris à leur surface. C'était à la couleur verdâtre de ces nombreux globules malades qu'était due celle du liquide laiteux vu à l'œil nu, comme cela arrive aux autres globules de l'organisation animale lorsqu'ils s'altèrent et forment les divers pus qui, blancs d'abord, verdissent ensuite plus ou moins.

Ayant vu sur quelques-uns de ces globules verdâtres et comme fraisés sortir peu à peu de leur intérieur des extensions sphériques qui ressemblaient beaucoup à celles que M. Turpin avait précédemment indiquées comme des germinations naissantes des globules de lait à l'état sain, cet observateur crut d'abord que les globules du liquide purulent, quoique malades, commençaient cependant à végéter; mais un examen plus attentif lui montra qu'il n'y avait dans la production de ces expansions qu'une action toute mécanique et non une action, qu'un défaut de proportions survenant entre le contenant et le contenu, provenant, soit d'un rétrécissement de la vésicule externe, soit d'une augmentation de volume de l'interne, par suite de l'absorption d'une partie du liquide ambiant.

Parmi tous ces globules de lait, les uns étaient entiers, les autres dans l'acte d'expulser la vésicule interne qui s'allongeait pour sortir, et figurait ainsi une tigellule naissante; d'autres, réduits à la seule vésicule externe plus ou moins déclarée, laissaient voir près d'eux la vésicule interne et transparente qui venait d'en sortir. Au bout de quelques heures, la décortication avait eu lieu pour tous les globules, mais il ne s'était développé aucune production filamenteuse par extension vitale de la vésicule interne. Il semblait donc que ces globules de lait, vu leur état pathologique, avaient perdu la propriété germinative. Cependant, en examinant, au bout de quinze jours, des préparations de ce lait, faites entre deux lames de verre, on a observé qu'un grand nombre de vésicules internes s'étaient ovalisées, que plusieurs s'étaient allongées et paraissaient germer; du reste, aucune n'arriva à un développement normal, ce qui tenait peut-être en partie à la rigueur de la saison.

La seconde partie du mémoire de M. Turpin a pour objet l'examen de la portion du liquide coloré par un peu de sang. Ce liquide, en perdant par l'évaporation une partie de son eau, prit la consistance, la couleur et tout l'aspect d'un morceau de foie. Cette ressemblance, qui était très frappante au premier aspect, se soutiendrait-elle jusque dans les détails? C'est ce qu'il était curieux de vérifier.

L'examen microscopique montre la chair artificielle formée d'un mélange de vésicules sphériques et organisées de lait, contenant dans leur intérieur des globulins très ténus, et de globules vésiculeux de sang remplis de globulins rouges, et servant à colorer la masse charnue en rouge-brun. Un nombre prodigieux de globulins incolores font, en quelque sorte, l'office de ciment ou de liaison entre les vésicules agglomérées en tissu cellulaire factice.

Dans la chair naturelle du foie, on trouve que la masse est formée, abstraction faite des vaisseaux et des nerfs, d'un tissu cellulaire composé par simple rapprochement d'un grand nombre de vésicules molles, fauves, transparentes, de grandeur variable; les moyennes, ayant environ 1/33 de millimètre, et contenant dans leur intérieur des globules vésiculeux d'inégale grosseur, paraissant destinés à reproduire et à multiplier la vésicule maternelle, tant que la masse du foie a besoin de grandir.

Entre toutes ces vésicules, on voit une infinité de globules vésiculeux de formes et de grandeurs diverses, jaunâtres, et se dessinant nettement par un contour rouge-brun. Ces globules, qui occasionnent par leur nombre et leur couleur, la teinte rembrunie du foie, sont parfaitement distincts des vésicules du tissu cellulaire et des globules sanguins extravasés; ils paraissent être les organes sécréteurs de la bile.

Il n'y a, dit M. Turpin, rien qui soit plus semblable au tissu cellulaire du foie que les tissus cellulaires végétaux, particulièrement ceux des pulpes ou ceux à l'état naissant qu'on désigne sous le nom de cambium. C'est à cette organisation du tissu cellulaire du foie, à la simple contiguité de ses vésicules composantes qu'est due le peu de consistance qu'offre cette chair à l'état cru, et sa friabilité ou sa division facile à l'état cuit, état dans lequel on retrouve toujours, dit M. Turpin, les *vésicules maternelles*, mais dont les globules internes plus tendres sont en grande partie anéantis. Une structure analogue dans la pomme de terre donne lieu à un semblable changement de consistance par suite de la cuisson.

Après cette digression, l'auteur revenant à la question qui forme la question principale de son mémoire, l'état pathologique des globules contenus dans les liquides animaux, poursuit dans les termes suivans :

Comme corps organisés distincts, comme individus ayant chacun leur centre vital d'absorption, d'assimilation et d'accroissement, les globules vésiculeux du lait, ceux de la lymphe et ceux du sang sont susceptibles d'éprouver des altérations particulières, d'être affectés, ensemble ou individuellement, par diverses maladies subordonnées à l'état de leur organisme. Ils peuvent, dans de certaines limites, s'atrophier ou s'hypertrophier individuellement, être malades ou mourir sans que l'organisation générale de l'animal en souffre, pourvu toutefois que ces pertes soient partielles et réparées successivement dans ce qui regarde les globules de la lymphe, et surtout ceux du sang, si nécessaires à la vie d'association.

Comme dans une population composée d'un grand nombre d'individus distincts, les globules rouges du sang, ainsi que les divers autres globules de l'organisation, ont leurs albinos, leurs monstres, leurs malades et leurs cadavres, toutes choses qui ne sont que des états défectueux des globules parfaits chez lesquels (pour ceux du sang) les globulins rouges ne se sont point développés ou sont restés incolores (albinisme), ou ils se sont éteints ou dispersés (mort du globule); dans ce dernier cas, les globules frappés de mort s'affaissent, se froncent, et montrent par conséquent un bord dentelé, offrant ainsi tous les caractères que M. Donné a récemment signalés pour ce qu'il nomme les globules blancs du sang.

M. Donné a fait voir que ces globules blancs deviennent proportionnellement aux globules rouges infiniment plus nombreux dans les cas d'hydropisie : c'est qu'alors, dit M. Turpin, il y a pour les globules du sang une sorte d'épidémie mortelle, d'où il résulte que l'organisation générale est elle-même plus ou moins menacée.

Les globules blancs du sang distendus et gonflés d'eau comme des noyés, méritent, dit en terminant M. Turpin, d'être étudiés sous le rapport de la pathologie animale; car il est bon de s'assurer de l'effectif et de l'état sanitaire de cette immense population de globules, si indispensables à l'existence composée de l'animal. Ils n'ont pas tout à fait le même intérêt pour la physiologie; car celle-ci sait que partout où il existe des agglomérations naturelles d'individus organisés, il faut nécessairement que, pendant toute la durée de l'association, il y ait des nouveaux nés, des adultes, des vieillards et des cadavres. D'après cela, on ne peut s'étonner de rencontrer dans tous les sangs un nombre plus ou moins considérable de ces derniers qui, en attendant leur entière dissolution, circulent pêle-mêle avec les globules sains dans le serum, par lequel ils sont tous entraînés sans distinction d'état.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 6 MARS 1838. — PRÉSIDENCE DE M. MOREAU.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Une seule pièce; c'est une lettre ministérielle avec envoi d'un remède secret dont on ne dit pas les propriétés.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

1° Un mémoire sur l'hygiène des ouvriers; par M. Oustalet;
2° Un mémoire sur l'hygiène des campagnes; par le même;
3° Un mémoire sur la contagion de la fièvre typhoïde; par le même;
4° Six mémoires envoyés aux concours : quatre au concours Michel-Livrions; deux au concours de l'Académie.

Après le dépouillement de la correspondance, M. Dubois d'Amiens demande la parole à l'occasion du procès-verval. M. Bouillaud, dit-il, a exprimé, dans la dernière séance, le regret que M. Adelon n'avait pas compris dans son rapport quelques bonnes mesures propres à réprimer le charlatanisme. M. Adelon a répondu avec beaucoup d'à propos que ce n'était pas là le lieu. Cela m'a rappelé que l'Academie a commencé la discussion d'un rapport considérable sur l'exercice de la médecine, et qu'après de longs débats, elle l'a abandonnée. Je lui propose de la reprendre; et je prie M. le président d'inviter M. le rapporteur à se mettre en mesure.

M. Double. C'est de moi qu'il s'agit, et quelque délicat qu'il soit de parler de sa personne, je dirai que j'ai été étonné qu'ayant à donner son avis sur les brevets d'invention pour remèdes, la commission n'ait pas trouvé à dire un mot de ce rapport que M. Dubois vient de rappeler. Je croyais que la matière y était traitée avec quelque soin, et tel est aussi le sentiment de l'autorité supérieure.

M. Adelon. Je m'associe de toute mon ame à la proposition de M. Dubois d'Amiens. A l'égard du reproche fait à la commission dont j'ai été l'organe, je dirai que sa mission était toute spéciale, et qu'il s'agissait uniquement de la prohibition des remèdes secrets. Du reste, je suis fort d'avis que la législation du 18 août 1810 est susceptible de grandes améliorations.

— M. Boullay parle dans le même sens que M. Adelon; il ajoute que la nou-

velle législation touchant les brevets d'invention pour remèdes secrets est d'autant plus urgente que l'ancienne est insuffisante.

— M. Lodibert s'attache à prouver que la tâche des deux commissions est fort distincte, et que le travail de la dernière ne saurait empêcher de reprendre la discussion sur le projet de loi touchant l'exercice de la médecine.

L'Académie consultée invite M. Double à vouloir bien reprendre la suite d'un rapport honorable pour lui et pour la compagnie.

Recherches sur le seigle ergoté; par M. Debourge. — Rapport de M. Villeneuve.

Quelle est la cause de l'ergot? Il y a plusieurs théories sur ce point d'histoire naturelle. La dernière et la plus accréditée est celle de M. Léveillé, lequel fait consister l'ergot dans une espèce de champignon (*sclerotium clavus*). M. Debourge s'élève contre cette opinion. Il pense que l'ergot est un produit animal, ou du moins le produit d'un animal. Cet animal est un insecte, lequel va déposer une liqueur de sa composition sur un grain de seigle et y produit l'ergot; d'où il suit qu'on peut produire l'ergot à volonté en exprimant cette liqueur sur tous les grains de seigle qui ne sont ni trop près ni trop éloignés de leur maturité.

Cet insecte est de la famille des téléphores.

La macération de cet insecte dans l'alcool produit une liqueur à laquelle M. Debourge a donné le nom de *liqueur obstétricale*: quoiqu'elle n'exerce aucune action sur l'utérus pendant la gestation, elle agit très énergiquement au moment du part. Il cite en preuve une chatte en travail; la délivrance ne marchait pas, et à la lenteur des contractions utérines on pouvait croire qu'elle se ferait attendre long-temps. M. Debourge lui fit avaler dix gouttes de sa liqueur, et quelques minutes après l'expulsion des petits a eu lieu.

— M. H. Cloquet ne croit pas que les coléoptères puissent mordre le seigle; leurs aiguillons sont trop faibles. Il n'est pas à sa connaissance qu'ils sécrètent aucune liqueur. Quant à la macération dans l'alcool, tous les individus de la même famille produiraient le même résultat.

M. Delens. Si j'ai bien entendu, on engage M. Debourge à poursuivre ses recherches; mais je crains qu'il ne soit pas dans la bonne voie. Avant d'émettre une nouvelle théorie de l'ergot, il aurait dû commencer par constater les anciennes, et notamment celle de M. Léveillé qui me paraît la plus spécieuse. On sait que ce naturaliste considère l'ergot comme un champignon; et ce qu'il y a de plus remarquable, c'est que ce champignon ne se développe que dans les temps d'orage. Cette production appelle les insectes en détruisant les organes de la fécondation. On voit combien il est facile de prendre l'effet pour la cause.

M. J. Cloquet: En effet, M. de Candolle a pris l'ergot pour les champignons, et les botanistes allemands ont suivi cet exemple.

M. Duméril. M. Cloquet a dit, en grande partie, ce que je pourrais dire. J'ajoute que les téléphores ne se nourrissent que de substances animales. S'ils vont sur le seigle, il est à croire qu'ils y trouvent de quoi se nourrir. Quant aux expériences de M. Debourge, je n'oserais me prononcer: il faut les suivre avant de porter un jugement.

— M. Virey parle dans le sens de M. Delens.

Forceps de M. Bernard. — Rapport de M. Villeneuve.

Ce forceps a reçu le nom de *forceps assemblé*, parce que les deux branches sont réunies et glissent l'une sur l'autre pour se développer. Entr'autres avantages, cet instrument jouit de celui de pouvoir être introduit d'ensemble et par une seule main, ce qui fait que l'accoucheur peut se passer d'un aide.

L'académie a donné son approbation au principe de cet instrument, mais elle s'est réservé de le juger plus tard dans ses applications.

— M. Bernard réclame contre cette décision. A la vérité, il ne l'a encore employé que trois fois; mais il essaie de prouver, par le raisonnement, qu'il est d'une application générale, et qu'il n'a aucun des inconvéniens qu'on lui a reprochés.

La nouvelle commission maintient les conclusions de la première, et ordonne le dépôt aux archives de la note de M. Deroard, comme un document qui pourra servir à l'histoire du forceps.

Note de M. le docteur Sanaan, de Dublin, sur l'efficacité du tartre stibié contre la rigidité de l'utérus et du vagin. — Rapport de M. Villeneuve.

Lorsque la rigidité du vagin et de l'utérus retardent le travail de l'accouchement, ce qui, selon le médecin de Dublin, est très fréquent, il emploie, pour vaincre cette rigidité, le tartre stibié à la dose de deux ou trois grains. Il y a six ans qu'il suit cette pratique, et il n'a qu'à s'en louer.

M. Capuron: On parle de la rigidité de l'utérus, et on ne dit pas dans quelles circonstances elle se rencontre. Est-ce chez les jeunes femmes? chez les femmes primipares? Elle se conçoit à la première couche, mais on ne la rencontre jamais à la seconde, bien moins encore à la troisième. Je dis que le col de la matrice peut être dur, résistant à une première couche; cela est surtout fréquent chez les femmes d'un certain âge. Tel était le cas de cette femme de Toulouse, sur laquelle Dubosc fut obligé d'employer le bistouri pour vaincre la résistance d'un col presque cartilagineux.

M. Velpeau: J'engage M. le rapporteur à prendre des conclusions plus sévères. Premièrement, que signifie rigidité du vagin? que signifie rigidité de l'utérus? Ajoutons à cela que la méthode n'est pas nouvelle. On sait que dans le dernier siècle, Lebas s'était acquis parmi les femmes la réputation de les faire accoucher. Eh bien! savez-vous comment il s'y prenait? Comme M. Sanaan, il les faisait vomir.

M. Baudelocque: Mais Lebas employait l'émétique à dose vomitive, et le médecin de Dublin l'emploie à dose rasorienne.

— Erreur, répond M. Velpeau, le médecin de Dublin n'emploie que deux ou trois grains d'émétique.

— Dans tous les cas, reprend M. Baudelocque, c'est une question de pratique et non de théorie, et si M. Sanaan a employé l'émétique 600 fois; il est à croire qu'il n'est pas dangereux.

— M. Villeneuve avoue qu'il s'est trompé; ce n'est pas 600 fois que M. Sanaan emploie l'émétique, mais depuis six ans.

M. Moreau: Puisqu'il y a divergence d'opinion, je crois devoir faire connaître mon sentiment sur le point de pratique. M. Velpeau a dit que ce n'est pas sans danger qu'on fait vomir les femmes en travail, et je crois qu'il a raison. Sans doute, elles vomissent quelquefois naturellement dans ce moment critique; mais c'est par le développement, par les contractions de la matrice, qui réagissent sur l'estomac; tandis que dans le vomissement artificiel, il peut arriver que les contractions de l'estomac se fassent lorsque l'utérus est au repos, et alors on conçoit qu'il soit inégalement comprimé, et que rupture peut s'en suivre; c'est ce qui a fait abandonner la méthode de Lebas.

— M. Beaudelocque reproche à M. Moreau de convertir une question de pratique en une question de théorie.

— M. Collineau cite à l'appui de l'opinion de M. Moreau l'exemple d'une femme qui fit une fausse couche pour avoir soulevé no fardeau. Elle mourut. A l'ouverture, on trouva l'utérus déchiré.

Enfin, M. Villeneuve fait un quatrième rapport sur un biberon proposé par un potier d'étain.

Ce biberon ne présentant aucun avantage, la commission conclut purement et simplement au rejet.

Ces lectures terminées, M. Roux demande un tour de faveur pour lire quelques pages sur son voyage en Hollande.

Plusieurs personnes font sentir les inconvéniens de ces tours de faveur. Le moindre est de retarder indéfiniment les rapports qui doivent avoir la priorité, aux termes du règlement.

M. Adelon: Les rapports qui sont demandés par l'autorité doivent être présentés à l'Académie aussitôt qu'ils sont faits, et rien ne doit les primer; mais, à l'égard des autres, la compagnie est parfaitement libre, et peut user de sa liberté comme il lui plait.

—M. Gerdy proteste de son respect pour M. Roux, mais il voit, avant tout, les intérêts de l'Académie, et il est d'avis qu'elle ne doit rien admettre de ce qui pourrait gêner la liberté de ses discussions. Il y a tant de rapports indifférens et pourtant obligés que l'Académie doit se réserver tout son temps pour les discussions savantes instructives, qui, comme la discussion sur l'entrée de l'air dans les veines, etc., ne peuvent que tourner à sa gloire et à l'intérêt de la science. Il propose de diviser la séance en deux, une pour les rapports, une autre pour les lectures.

—M. Bouillaud parle dans le même sens.

— M. Dubois d'Amiens propose une séance supplémentaire.

M. Bousquet: L'ordre des lectures est fixé par un article du règlement. Cet article met, à la vérité, les rapports avant les lectures; mais il y est dit que l'Académie peut intervertir cet ordre, lorsqu'elle le juge convenable. Ainsi, M. Roux a fait une demande. Que devait faire M. le président? Une seule chose: consulter l'Académie pour savoir si elle voulait accorder la parole à M. Roux; mais il ne devait permettre ni discussion, ni proposition incidentes. Que si l'Académie maintenait son ordre du jour; alors, mais alors seulement, M. Dubois pouvait proposer une séance supplémentaire.

— M. le président consulte l'Académie, laquelle décide qu'elle entendra M. Roux dans la prochaine séance.

— M. Fournel présente une femme qu'il a opérée de la laryngotomie pour cause d'une laryngite chronique.

Le procédé opératoire présente cela de particulier que pour diviser le cartilage et pénétrer dans la tranchée, il a saisi le commencement de l'opération, afin que l'air en sortant chassât le sang en-dehors.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Quelques mots de réponse a la lettre de M. Velpeau sur l'introduction de l'air dans les veines; par M. Amussat (1).

Monsieur,

Permettez-moi de vous adresser mes dernières observations sur l'introduction de l'air dans les veines de l'homme, en réponse à l'article publié par M. Velpeau dans la Gazette Médicale du 24 février dernier.

Le but que s'est proposé M. Velpeau est *d'être utile à ses confrères*, en cherchant à démontrer que les faits existant dans la science ne prouvent pas que l'introduction de l'air dans les veines de l'homme ait quelquefois eu lieu pendant les opérations chirurgicales, et que l'art n'offre pas d'ailleurs de moyens de prévenir ou de combattre cet accident. Je laisse à M. Velpeau les conséquences de cette fâcheuse doctrine; désirant aussi, mais dans un autre sens, être utile à mes confrères, je crois devoir combattre, une dernière fois, les conclusions de M. Velpeau, et rechercher si les faits qu'ils a analysés l'ont été avec assez de rigueur, de logique et d'impartialité pour maintenir la science dans le doute où il s'est renfermé.

Je ne m'arrêterai pas à discuter les faits particuliers rassemblés par M. Velpeau, il me suffira de signaler quelques-unes des graves inexactitudes

(1) L'abondance des matières nous a empêché de publier cette lettre dans notre dernier numéro.

qu'il a commises. Ainsi pour les faits de Dupuytren, de MM. Roux (1832) et Mirault, M. Velpeau dit qu'on ne sait pas positivement quelles sont les veines dont l'ouverture a pu donner passage à l'air; cependant, dans l'observation de Dupuytren, on dit que c'est une veine de communication allant de la jugulaire externe à la jugulaire interne; dans la première de M. Roux, la veine jugulaire interne; dans l'observation de M. Mirault, la veine jugulaire interne ouverte dans la moitié de son calibre.

Ces inexactitudes ne sont pas sans conséquence, car elles tendent à faire croire que ces faits n'ont pas été publiés avec tous les détails propres à entraîner la conviction.

Quant au dernier fait de M. Roux, M. Velpeau aurait pu dire que le gaz trouvé dans le cœur a été recueilli, et que l'analyse qui en a été faite a démontré que c'était de l'air atmosphérique.

Après avoir énuméré tous les faits observés sur l'homme, M. Velpeau dit: « Si maintenant nous reprenons la question de plus haut, nous sommes, en quelque sorte, forcé d'admettre la conclusion suivante: on les expériences auxquelles on s'est livré jusqu'ici sur les animaux vivans sont incomplètes et trompeuses, ou bien les observations d'introduction d'air dans les veines de l'homme dont il est question ne sont pas concluantes, *en y regardant avec la plus grande impartialité*, etc. » Et il termine en disant: « Enfin l'autopsie ne montre dans aucun ce que l'expérience directe nous a permis de constater. » Et en résumé il ajoute, page 119: « Aux yeux de la science *il n'est pas un fait qui puisse entraîner une conviction absolue*. »

Quoique M. Velpeau ait assisté aux expériences les plus concluantes, en faveur de la solution de la question, on voit clairement qu'il persiste à jeter du doute sur les expériences et les faits.

Disons d'abord que les expériences ne sont ni trompeuses, ni incomplètes, et que quelques-unes des observations faites sur l'homme sont on ne peut plus concluantes, *quand on y regarde avec impartialité* comme l'ont fait MM. Bouilland et Chervin. En effet, il est facile de prouver que l'opinion de M. Velpeau n'est point motivée, puisque, si l'on consulte les faits les plus authentiques sur l'homme, comme ceux de Beauchêne, de Dupuytren, de Delpech, de MM. Castara et Roux, on trouve qu'ils ont la plus grande analogie avec les résultats obtenus sur les animaux. En effet l'opéré de Beauchêne est mort après un quart d'heure. Celui de Dupuytren a vécu plus de temps encore, quoiqu'on n'ait pas indiqué l'intervalle qui s'est écoulé entre l'accident et la mort; mais tout ce qu'on a fait pour le rappeler à la vie le prouve. On dit que ceux de Delpech, de M. Castara et de M. Roux sont morts subitement; mais il est bon de faire observer que l'on appelle morts subites celles qui arrivent en peu de temps (comme les apoplexies dites foudroyantes), c'est-à-dire un quart d'heure, une demi-heure et plus, enfin quand les opérés meurent sur la table où ils ont été opérés. D'ailleurs, si nous nous rappelons que les lapins meurent d'une à cinq minutes, les chiens de trois à vingt-sept minutes, les chevaux de treize à trente-cinq minutes, nous trouverons qu'il n'est pas exact de dire qu'il n'y a pas d'analogie entre les expériences sur les animaux et les faits observés sur l'homme; du reste il est bien évident qu'on ne peut rigoureusement préciser le temps; car on ne prend pas la montre à la main, quand l'accident commence, pour mesurer le temps qui s'écoule jusqu'à la mort, comme on le fait dans les expériences.

Pour les autopsies, prouvons que la proposition de M. Velpeau est en opposition directe avec les faits. Remarquons d'abord que les ouvertures de corps n'ont été faites que vingt-quatre heures au moins après la mort, tandis que nos autopsies sur les animaux ont été faites immédiatement.

Dans le fait de Beauchêne, le premier de tous, on a trouvé un mélange de sang et de bulles d'air dans l'aorte, les artères crurales, la veine cave inférieure et les veines iliaques, et des bulles d'air dans tous les vaisseaux du cerveau assez gros pour les rendre visibles.

Dans le fait de Dupuytren « L'oreillette droite était distendue par de l'air qui lui donnait une tension élastique, et, lorsque les parois furent incisées, cet air s'échappa en grande quantité sans aucun mélange de sang. Cette cavité contenait cependant une petite quantité de ce liquide non concrété. Du sang, également à l'état liquide, se rencontra dans les autres cavités du cœur qui étaient saines et dans les artères et dans les veines du corps, des membres et du cerveau; il y était mêlé à une si grande quantité d'air, que les vaisseaux piqués de distance en distance laissaient partout échapper des bulles d'air. »

Dans le fait de Delpech le cadavre fut « mis dans l'eau, et à l'incision des vaisseaux et du cœur, on vit s'échapper une quantité prodigieuse de bulles d'air. »

Dans le fait de Castara, on dit: « L'oreillette et le ventricule droits distendus offrent une élasticité et une crépitation manifestes au toucher. L'oreillette incisée dans l'étendue de quelques lignes s'affaisse ainsi que le ventricule, et du sang noir liquide sort mélangé à une grande quantité de bulles d'air. Le ventricule gauche et son oreillette ne contiennent qu'un peu de sang noirâtre mélangé de quelques bulles d'air. L'aorte et les artères qui partent de la crosse sont vides et on ne peut apprécier s'il s'y trouve de l'air. Les veines caves, supérieure, sous-clavières droites sont remplies de sang mêlé d'une quantité considérable de bulles d'air. Le sang de la veine cave inférieure est sans mélange de gaz. »

Dans le deuxième fait de M. Roux, on dit: « Le péricarde incisé, le ventricule droit offrit au toucher une mollesse, une élasticité insolites qui toutes préventions à part, ne s'expliquent bien que par la présence d'un gaz.

» En examinant avec attention la surface extérieure du cœur, *on vit dans les veines coronaires des globules de gaz divisant en plusieurs points la colonne du liquide que les vaisseaux contenaient*. Voilà le caractère qui donne à ce fait la plus forte analogie avec ce qu'on observe sur les animaux. On reconnaissait ce qui se passe quand une bulle d'air a pénétré dans un tube thermométrique. On avisa alors, vu la quantité d'air que l'on s'attendait à trouver dans le cœur, à le recueillir pour l'analyser ensuite; mais avant d'ouvrir cet organe, on voulut constater l'état de quelques grosses veines, et l'on choisit la veine cave inférieure. Celle-ci, disséquée avec soin, faisait éprouver au toucher la même sensation que le ventricule droit. Une portion fut circonscrite avec deux ligatures, après qu'on y eut enfermé le plus qu'on pût de ce fluide, qu'on ne reconnaissait encore qu'avec les doigts. De l'eau fut versée dans ce côté de l'abdomen, de manière à former un petit bassin dont le niveau dépassait au moins d'un pouce la veine qui, incisée avec un scalpel, laissa d'abord écouler du sang rougissant l'eau, puis une assez grande quantité de bulles gazeuses assez grosses qu'on laissa perdre. On transforma de même la partie médiastine du thorax en un bassin rempli d'eau, au milieu duquel le cœur plongeait complètement, ce que la disposition des parties permit de faire avec la plus grande facilité. Dans ce bassin une éprouvette remplie d'eau fut renversée, dans laquelle on put recueillir, après avoir largement incisé le ventricule droit, onze centimètres cubes d'air que l'on conserva. Quelques bulles furent perdues, parce qu'on ne voulut pas se presser de placer l'éprouvette à cause des précautions qu'exigeait le peu de profondeur de cette cave chimique improvisée. L'éprouvette maintenue renversée dans une soucoupe remplie d'eau fut mise de côté, et l'autopsie continuée, on ne trouva pas de gaz dans les veines superficielles du cou; il n'y en avait point dans les veines profondes. Les veines axillaires et sous-clavières droites étaient remplies de sang. »

Ces deux dernières autopsies surtout sont les plus concluantes, parce que leurs résultats ont la plus grande analogie avec ceux qu'on obtient sur les animaux.

Evidemment M. Velpeau s'est trop hâté de conclure; il n'a pas assez médité comme M. Bouillaud les faits sur l'homme, et comparé ces faits aux résultats généraux obtenus sur les animaux; sans quoi il serait arrivé à la même conclusion.

Du reste, il suffit de lire comparativement le rapport de M. Bouillaud et la lettre à laquelle je réponds pour juger à sa juste valeur ce que M. Velpeau appelle *regarder les faits avec la plus grande impartialité*.

J'ai insisté sur ces spécieuses objections, parce qu'elles étaient les plus graves; je tenais beaucoup à les détruire, car les chirurgiens qui n'ont lu que la lettre de M. Velpeau auraient pu douter encore de la réalité des faits observés sur l'homme.

Maintenant j'arrive à un paragraphe de la lettre de M. Velpeau auquel je ne puis me dispenser de répondre. Il dit, pag. 118, 2e colonne:

« Je n'ai point à réfuter ici le langage de ceux qui, par inadvertance, sans doute, se sont toujours tenus, soit dans le cours de nos expériences, soit dans la discussion académique, en-dehors des points en litige, qui ont toujours raisonné comme si moi et plusieurs autres avions jamais nié la possibilité et les dangers de l'entrée de l'air dans les veines. Sans rechercher les motifs qui ont pu porter quelques-uns de nos confrères à retomber sans cesse dans ce cercle malheureux, il me suffira de renvoyer au *Bulletin de l'Académie* pour démontrer la fausseté d'un semblable raisonnement. »

Cette phrase demande une explication. Le renvoi au *Bulletin* ne prouve rien et voici pourquoi. Lorsque je communiquai mon fait à l'Académie, M. Velpeau émit des doutes, non seulement sur mon fait, mais même sur les faits et les expériences que je citais à l'appui, en un mot sur la *possibilité du phénomène*, comme le prouve le procès-verbal de cette séance (4 juillet). La réflexion a probablement éclairé et modifié l'opinion de M. Velpeau; car, dans la note qu'il a envoyée au *Bulletin* et qui n'a paru que le 31 août, où il fait preuve d'une grande érudition, il restreint de beaucoup les premiers doutes qu'il avait émis.

Relativement aux moyens thérapeutiques, M. Velpeau reproduit tous ceux que j'ai indiqués dans le résumé de mon mémoire, et ce qui a été dit dans la discussion; il cherche aussi à déprécier la plupart des moyens qui ont été proposés; il rejette même les seuls qui puissent réussir, et ce-

pendant les praticiens comprendront qu'ils doivent tout préparer quand ils opèrent dans la région dangereuse, et qu'après avoir épuisé les moyens ordinaires en pareil cas, ils doivent avoir recours à des moyens plus puissans, puisqu'on n'a rien à perdre. M. Velpeau et quelques autres adversaires n'ont pas assez pesé les conséquences de leur opinion sur la prétendue inutilité de ces moyens. Certes, c'est bien ici le cas de dire : mieux vaut employer un remède incertain que d'abandonner le malade à une mort certaine.

En résumé, rappelons qu'à l'origine de la discussion, c'est-à-dire le jour où j'ai fait ma communication à l'Académie, M. Velpeau doutait complètement de la réalité du fait, non seulement sur l'homme, mais même sur les animaux, comme je l'ai établi. Maintenant il voudrait douter encore relativement à l'homme, du moins d'après les faits publiés, et il cherche à faire partager ses doutes aux praticiens ; mais je crois pouvoir dire, sans avoir la prétention d'avoir épuisé la question, que, quand on se rappellera le point de départ de notre discussion et les aveux mêmes de nos adversaires les plus déclarés, on verra que la question n'est plus douteuse ; en conséquence, les praticiens doivent se tenir en garde contre le danger de l'introduction de l'air dans les veines.

Du reste, je me propose de publier incessamment mon travail et tous les documens relatifs à cette importante question. En attendant, on peut déjà la juger en lisant toute la discussion, et particulièrement :

1° Rapport de M. Bouillaud, Gaz. Méd., n. 48, 2 déc. 1837, p. 764 ;
2° Le résumé de mon mémoire, Gaz. Méd., n. 49, 9 déc. 1837, p. ;
3° L'attaque de M. Gerdy, Gaz. Méd., n. 49, 9 déc., 1837, p. ;
4° Ma réponse à M. Gerdy, Gaz. Méd., n. 50, 16 déc. 1837, p. 799 ;
5° Le premier article de M. Guérin, Gaz. Méd., n. 50, 16 déc. 1837, p. 785.
6° Le discours de M. Barthelemy, Gaz. Méd., n. 1, 6 janv. 1838, p. 13, et n. 4, 27 janv., p. 61 ;
7° Les discours de MM. Castel, Roux, etc., Gaz. Méd., n. 6, 10 fév. 1838, p. 90 ;
8° Les discours de MM. Blandin et Velpeau, Gaz. Méd., n. 50, 16 déc. 1837, p. 799 ;
9° L'article de M. Chervin dans la *Gaz. des hôpit.*, 13 fév. 1838 ;
10° Le résumé de M. Bouillaud, Gaz. Méd., n. 7, 17 fév. ;
11° Le deuxième article de M. Guérin, Gaz. Méd., n. 7, 17 février.

28 février 1838.

BIBLIOGRAPHIE.

Considérations pratiques sur les rétrécissemens du canal de l'urètre ; suivies d'un essai sur les tubercules, d'après les travaux cliniques les plus récens de M. le professeur Lallemand ; par M. Eugène Bermond, chirurgien interne de l'Hôtel-Dieu de Montpellier. Broch. in-8 de 151 pages ; 1837.

Le travail que nous avons sous les yeux renferme des faits pratiques du plus haut intérêt ; il a pour but de compléter certaines connaissances relatives aux maladies du canal de l'urètre, et d'exposer une doctrine pathogénique *quasi* nouvelle sur les tubercules.

Les rétrécissemens du méat urinaire, ou de cette portion de l'urètre comprise dans le gland, occupent d'abord M. Bermond. Le mode de formation de ces rétrécissemens ne diffère pas de ceux qui ont lieu dans le reste du canal ; ce sont toujours des dépositions de tissu inodulaire, de véritables cicatrices, ou bien des épanchemens plus ou moins diffus de matière plastique, à la suite de chancres, de blessures, ou bien d'épiphlogoses établis à l'embouchure urétrale, qui les occasionnent. En saisissant avec les extrémités des doigts la portion correspondante au méat, on sent que le tissu qui entre dans sa composition est devenu presque corné ; c'est une sorte de noyau dur, entourant l'orifice en manière d'anneau plus ou moins épais, se prolongeant quelquefois dans l'intérieur en forme d'entonnoir ; et contrastant par sa coloration blanchâtre, autant que par sa consistance avec l'aspect rosé et la souplesse élastique du reste du gland.

Un premier fait important à noter, c'est que les rétrécissemens du méat urinaire peuvent aller jusqu'à l'oblitération complète, et déterminer des accidens extrêmement graves. Voici un exemple remarquable de ce cas que M. Bermond a recueilli, en 1834, dans le service de M. Lallemand.

Oblitération du méat urinaire. Rupture consécutive de l'urètre membraneuse. Mort. Autopsie intéressante.

Obs. — Saury, soldat congédié du 5e régiment de ligne, avait eu, en 1822, une blénorragie qui ne fut qu'imparfaitement guérie, et se renouvela avec intensité à diverses reprises, accompagnée de gêne dans l'excrétion urinaire. Cinq ans plus tard, une sonde qu'on introduisit dans l'urètre occasionna de très vives douleurs et des abcès urineux au périnée, bien qu'elle n'eût pas été laissé à demeure. Au commencement de l'année 1833, il se manifesta un gonflement inflammatoire à la verge : les abcès du périnée, qui s'étaient cicatrisés, se rouvrirent, et il s'en établit de nouveaux. Les symptômes s'amendèrent une seconde fois, mais reprirent, en janvier 1834, une gravité plus grande encore. La verge devint le siége d'une phlogose violente et d'une infiltration urinaire. Les tégumens de cet organe et une partie des corps caverneux furent envahis en peu de temps par la gangrène : des escarres considérables se formèrent, et leur élimination incomplète fut achevée par le bistouri.

Entré à l'Hôtel-Dieu le 24 janvier, Saury est taciturne, morose, miné par un profond chagrin. C'est avec beaucoup de peine que l'on peut obtenir de lui les renseignemens précités. Une teinte jaune-paille est répandue sur toute la peau. La verge est réduite à une sorte de moignon irrégulier dont la surface sécrète une suppuration exhalant l'odeur caractéristique des plaies gangréneuses. Une pellicule bouche l'extrémité antérieure du canal. A la région iliaque gauche existent plusieurs ouvertures fistuleuses à travers lesquelles des pressions méthodiques, faites au voisinage, font fluer de l'urine. A l'entour de ces ouvertures, les tégumens, d'un rouge violacé, sont parsemés de phlyctènes noirâtres ; dans quelques endroits, la gangrène est plus avancée.

Pendant son séjour à l'hôpital, Saury se refuse obstinément à toutes les manœuvres que veut tenter M. Lallemand contre l'obstacle placé à l'orifice de l'urètre. Réduit à un marasme squélettique, le malade s'éteint le 26 février 1834.

Autopsie. Le méat urinaire est oblitéré, ainsi qu'on l'avait déjà constaté pendant la vie, par une sorte de pellicule percée de petits trous. Il existe une rupture dans la portion membraneuse du canal de l'urètre.

Les orifices éjaculateurs sont tellement dilatés, qu'un cathéter ordinaire, dont on venait de se servir pour des opérations de taille sur des cadavres, s'étant trouvé sous la main, on l'y introduit sans trop de difficultés. La muqueuse de la vessie est rouge et violacée ; ses parois ont acquis une épaisseur quatre fois plus grande qu'à l'état normal ; l'urine qu'elle contient est purulente. Les uretères distendus égalent le volume du petit doigt.

La membrane interne de ces conduits est d'un rouge foncé, comme celle de la cavité vésicale. Le rein gauche est sain, à l'exception de la muqueuse du bassinet qui est injectée. Dans le rein droit existe une multitude de petits foyers purulens.

Les lésions dévoilées par cette autopsie ont leur point de départ dans l'obstruction du méat urinaire. Il est même facile d'indiquer *à priori* leur mode de génération, lorsqu'on se rappelle qu'une fois arrêté dans son cours, le liquide urinaire, soumis aux impulsions incessantes de la vessie, peut déterminer des éraillures dans la portion de l'urètre, placée entre l'obstacle et la prostate, et, par conséquent, des épanchemens fâcheux, l'hypertrophie de la poche vésicale, la dilatation consécutive des uretères, etc. Ce qu'il y a de plus remarquable dans l'observation qui précède, c'est le développement considérable des canaux éjaculateurs, développement qui est lui-même la conséquence du reflux de l'urine et des épreintes incessantes de tout l'appareil génito-urinaire. L'on explique par là comment des rétrécissemens anciens de l'urètre peuvent produire des pollutions involontaires par la propagation de l'inflammation de la muqueuse urétrale à celle des organes spermatiques. « Aussi, dit l'auteur, l'état de dilatation extraordinaire dans lequel on a trouvé les conduits éjaculateurs chez le même sujet fait-il présumer qu'il avait dû éprouver des pertes séminales abondantes, lesquelles ont amené probablement à leur suite cette morosité chagrine qui l'a rendu hostile à tous les soins de l'art. Et cependant le rôle du chirurgien était fort simple : il suffisait de donner un coup de lancette à la pellicule mince placée à l'extrémité antérieure du canal, d'autant plus qu'aucun rétrécissement n'a été rencontré ailleurs ; mais toutes les fois que M. Lallemand se disposait à le faire, le malade se refusait à ce qu'on touchât à sa verge. »

Cette donnée explique aussi pourquoi le début de la blénorragie est très souvent accompagné de grandes envies de coït, et qu'une douleur sourde, avec une sorte de pesanteur incommode aux deux testicules, accompagne parfois les urétrites tant aiguës que chroniques. M. Lallemand a observé que la phlogose testiculaire, dans ces cas, s'annonce par une douleur et une tuméfaction des cordons spermatiques.

Les oblitérations du méat urinaire ne se terminent pas toujours d'une manière aussi fâcheuse. Il y a des cas où l'urètre ne se perfore que derrière l'obstacle, ou dans le tissu même du gland. Il s'y fait alors quelquefois plusieurs petites ouvertures très fines à la surface du gland par où l'urine s'échappe comme d'un arrosoir. Le liquide sortant par cette nouvelle voie, il ne se fait pas d'infiltration comme dans le cas précédent ; l'appareil urinaire intérieur peut conserver toute son intégrité, et l'endroit du méat naturel s'effacer complètement. Le devoir du chirurgien dans cette occurrence consiste à pratiquer une ouverture artificielle le plus près possible du méat naturel, et introduire une grosse sonde dans le canal pour l'entretenir béante. L'observation suivante vient à l'appui de cette pratique.

OBLITÉRATION DU MÉAT URINAIRE; PERFORATIONS MULTIPLES DU GLAND; OPÉRATION; GUÉRISON.

Obs. II. — Un notaire, âgé de 72 ans, s'était livré à de grands excès de coït, et avait contracté à diverses reprises la syphilis. L'ouverture antérieure du canal de l'urètre, occupée par un chancre, avait subi une diminution progressive de calibre, et plus tard une oblitération complète. Le gland s'était gonflé, enflammé et perforé d'une multitude de petits pertuis par lesquels s'échappait l'urine: on ne pouvait mieux le comparer qu'au bec d'un arrosoir. M. Lallemand, après avoir agrandi d'un coup de lancette celle des ouvertures qui se rapprochait le plus de la direction du canal, parvint ainsi à introduire une sonde de gros calibre; elle pénétra facilement jusqu'à la vessie. En moins de quinze jours tous les autres orifices fistuleux furent cicatrisés et le gland revint à son état normal.

Pour que des fistules capillaires s'établissent sur le gland, il n'est même pas nécessaire que le méat urinaire soit entièrement oblitéré. Voici comment M. Bermond s'explique à ce sujet: « L'inflammation blénorrhagique simple peut, dit-il, donner lieu à une diminution de calibre du méat, accompagnée aussi de fistules capillaires. C'est principalement au niveau du frein, endroit où les follicules sont très serrés et où le tissu du gland environnant le canal a le moins d'épaisseur, que s'établissent alors des suintemens muqueux auxquels s'ajoute une infiltration d'urine. Il est probable que les effets dont nous parlons doivent être attribués à la persistance avec laquelle l'activité du travail inflammatoire se trouve entretenue par le contact de l'urine dans un endroit où elle est gênée dans son cours. Ce travail ne peut manquer de provoquer dans les conditions dont il est ici question, une communication directe entre les cryptes qui s'abouchent dans la muqueuse urétrale et ceux qui s'ouvrent à l'extérieur. Pour s'assurer du passage de l'urine à travers ces pertuis, nous avons vu réussir un moyen bien simple qui consiste à comprimer fortement le méat urinaire, de manière à intercepter complètement l'issue de ce fluide; il transsude alors à la base du gland, de chaque côté du frein, comme des gouttelettes de rosée. »

On peut enfin rencontrer des exemples d'oblitération congénitale du méat. Un cas de ce genre s'est présenté dans la pratique de M. Lallemand. L'enfant qui portait ce vice de conformation avait le gland criblé d'une multitudes d'ouvertures fistuleuses capillaires: c'étaient des pores presque imperceptibles. Une incision pratiquée avec le bout d'une lancette, en se rapprochant le plus près possible du canal, eut un plein succès.

Une remarque assez importante, c'est que les fistules capillaires du gland, avec suintement muqueux et urinaire, non seulement s'établissent quelquefois sans rétrécissement, mais encore peuvent, dans certaines circonstances, survivre à la blénorrhagie qui a présidé à leur formation. Ces suintemens constituent une incommodité désagréable plutôt qu'une maladie fâcheuse. M. Lallemand est toujours parvenu à les faire cesser en pratiquant une cautérisation dans la fosse naviculaire.

Quelle que soit la cause des rétrécissemens du méat urinaire, leur guérison exige d'autres moyens que la dilatation ou la cautérisation ordinaires. La dilatation à l'aide des sondes de calibre progressif est ici très difficile à appliquer pour ne pas dire impossible. La résistance effectivement du tissu érectile du gland, sa tendance continue à la coarctation, et surtout la sensibilité exquise de cette portion de l'urètre rendent non seulement douloureuse la dilatation au point de provoquer quelquefois un gonflement assez grave des parties, mais encore les bienfaits de la sonde peu durables. On peut en dire autant de la cautérisation qui échoue le plus souvent, même lorsqu'on la combine à la dilatation. Convaincu par des essais répétés des inconvéniens de ces deux méthodes, M. Lallemand a été conduit à adopter l'incision proposée depuis par M. Despiney. Sa méthode est fort simple et ne réclame aucun instrument spécial. A l'aide de l'extrémité d'un bistouri très étroit conduit sur une sonde cannelée, il incise dans la direction du frein l'ouverture du canal. Dans les cas où il s'agit d'une simple pellicule, il se borne à la diviser d'un coup de lancette. Dans l'une et l'autre circonstance, une sonde est ensuite introduite afin d'obvier à la cicatrisation immédiate des parties.

Après ces considérations sur les coarctations et fistules de la portion glandulaire de l'urètre, l'auteur passe à l'examen des rétrécissemens accompagnés d'une saillie plus ou moins considérable à la surface cutanée.

Ces sortes de rétrécissemens avec induration sont dus à une déposition excessive de matière plastique dans le tissu sous-muqueux de l'urètre, matière qui est elle-même le résultat d'une phlogose intense, soit aiguë soit chronique, sur le point rétréci. La nature de la lésion est facilement reconnaissable au toucher. On sent une sorte de nodosité sous la peau qui peut avoir lieu d'ailleurs dans la portion, soit pénienne soit sous-pubienne du canal. Ces coarctations sont constamment traitées avec le bistouri par M. Lallemand; il se propose ainsi de déterminer une abcédation artificielle, ou plutôt la fonte suppurative de l'induration. M. Lallemand a été conduit à la méthode de l'incision par l'observation de plusieurs cas où la guérison des indurations du canal avait succédé avec une promptitude extraordinaire à la suppuration qui y avait été provoquée par le séjour plus ou moins prolongé d'une sonde à demeure. Le bistouri cependant est toujours préférable à la suppuration spontanée, car celle-ci détermine souvent des pertes irréparables du canal de l'urètre, ou bien des infiltrations fâcheuses du liquide rénal. La méthode de l'incision a constamment réussi entre les mains de M. Lallemand même dans les cas où la nodosité offrait une dureté pierreuse. Il est juste de dire cependant que l'idée de traiter les rétrécissemens de l'urètre à l'aide du bistouri a été aussi mis en pratique par d'autres chirurgiens.

Le 7 juin 1836, le docteur Dugas d'Amérique a opéré avec succès, à l'aide du bistouri, un rétrécissement urétral de la nature de ceux dont parle M. Bermond. Le fait se trouve consigné dans la Gaz. Méd., 1837, p. 299. D'autres faits pareils ont été publiés depuis dans les journaux de Londres.

Voici du reste comment M. Lallemand exécute l'opération dont il s'agit: « Inciser, couche par couche, la peau et le tissu cellulaire extérieur à la tumeur préalablement tendu; arriver ainsi progressivement jusque dans l'épaisseur de l'induration en ayant soin de s'arrêter en deçà de la muqueuse; ne pas craindre d'inciser la paroi dans toute son épaisseur, si la chose paraissait indispensable. »

L'observation suivante peut servir d'exemple au précepte qui précède.

RÉTRÉCISSEMENT URÉTRAL AVEC INDURATION SAILLANTE A L'EXTÉRIEUR. MÉTHODE DE L'INCISION CONCENTRIQUE. GUÉRISON.

Obs. III. — S..., âgé de 38 ans, eut, en 1833, la syphilis. Les symptômes variés qui l'annoncèrent, blénorragie, chancres, bubon, fistule anale, guérirent au bout de quatre mois de traitement, par la liqueur de Van Swieten, les pilules de Sedillot, la poudre d'oxide d'or. En 1829, deuxième blénorrhagie, qui se prolongea pendant six mois et fut entièrement négligée. A cette époque il se manifesta un rétrécissement sensible à l'extérieur, dans le milieu de l'urètre, avec émission pénible de l'urine, qui ne s'écoulait que goutte à goutte. Après deux années passées dans cet état, il entra à l'hôpital d'Aix, où il fut traité par les bains de siége, la tisane de sublimé et trente cautérisations, qui furent fort douloureuses. Il sortit le 15 décembre 1831 avec un peu d'amélioration. La difficulté d'uriner ne revenait que par intervalles, mais après un mois et demi elle fut continue; il urinait par gouttes ou en filet gros, disait-il, comme un poil de moustache. Il entra dans cette situation à l'Hôtel-Dieu-St-Eloi, le 4 décembre 1831.

Vers le milieu de la face inférieure du pénis, on observe une tumeur circulaire qui figure, avec ses prolongemens latéraux, le chaton et l'anneau d'une bague *chevalière*, le chaton regardant en bas. Cette tumeur, grande comme une noix, fait saillie à l'intérieur et obture le canal.

8 et 9 décembre. Impossibilité de sonder autrement qu'avec un mandrin d'argent très fin, qu'on peut remplacer le 9 par une bougie d'un fort petit calibre.

Le 25, on était parvenu à la sonde n° 12. On la retire, et on s'aperçoit bientôt qu'on n'a pas gagné une demi-ligne.

Le 26, M. Lallemand incise la tumeur du canal: inflammation et suppuration consécutives, et enfin détuméfaction complète.

Le 1er janvier 1832, la sonde fatigue le malade; on la retire, après deux jours de fièvre. Jusqu'au 5, la plaie est touchée avec le nitrate d'argent; la cicatrisation marche; le malade urine d'un jet presque naturel, et le besoin est moins fréquent. Les 7 et 9, autre cautérisation. Le rétrécissement n'existe plus. Après une quatrième cautérisation, la plaie est presque fermée.

Les 18 et 19, il ne restait plus de la tumeur qu'un noyau mobile sans influence sur le calibre interne du canal. On présume que les sondes pourront le dissiper. Les n. 6 et 12 se succèdent; la dernière est introduite avec quelque peine. Le lendemain on la retire, après une nuit agitée: la verge est enflée.

Le 20, le séjour de la sonde pendant les jours précédens, en déterminant un ramollissement inflammatoire dans le point du canal correspondant à la plaie de l'incision, a amené la réouverture de celle-ci.

Les 27 et 23, l'inflammation de la verge se dissipe; la fistule urétrale se ferme; l'excrétion urinaire se fait bien.

1er février. Le noyau du canal est réduit presqu'à rien.

Le 5, une sonde est engagée pour dilater l'urètre et le préparer à la cautérisation.

Le 9, le porte-caustique est introduit; mais le canal s'est tellement contracté sur l'instrument que celui-ci ne peut plus être retiré.

Le 10, on a pu en débarrasser le conduit, mais la fistule s'est rouverte et s'est refermée en quelques jours. Quelques jours plus tard, le malade sort parfaitement guéri.

Les rétrécissemens avec nodosités appréciables à l'extérieur ne sont pas les seuls où la méthode de l'incision puisse être employée. M. Lallemand l'a aussi appliquée avec succès dans des cas anomaux où toutes les autres méthodes avaient échoué. Sous ce rapport, l'observation suivante est digne d'attention.

COARCTATION ANOMALE DU CANAL DE L'URÈTRE. OPÉRATION SANGLANTE. GUÉRISON.

Obs. IV. — Un négociant de Gênes ayant pris, par erreur, deux onces de nitrate de potasse au lieu de sel d'Angleterre, que lui avait prescrit son médecin, ne tarda pas à éprouver une inflammation des plus violentes de la vessie

et du canal de l'urètre. Une sensibilité extrême existait dans le point coarcté. Ce fut après avoir vu échouer les diverses méthodes de traitement qu'avaient employées, pendant trente ans, les praticiens consultés, que ce négociant vint à Montpellier se confier à M. Lallemand. Le retrécissement fut facilement constaté : il n'était pas, à la vérité, très avancé, mais doué de la plus vive sensibilité. M. Lallemand voulut essayer la dilatation, après avoir usé des précautions convenables, et, à cet effet, il introduisit une sonde n° 3, qui ne fut gardée que pendant quelques heures, à cause de l'agitation et de la fièvre excessive qui en résultèrent. Les tentatives ultérieures reproduisirent les mêmes accidens. L'emploi de la belladone en injection non seulement fut inefficace, mais détermina de plus un délire furieux ; l'urine ne sortait qu'avec des douleurs violentes, qui témoignaient la grande exagération de la sensibilité du canal. Il y eut menace d'une rétention complète d'urine. La position du malade était si critique qu'elle commandait de la promptitude dans les décisions. C'est alors que M. Lallemand se laissa tout à fait entraîner à l'idée de recourir à l'incision, bien qu'il n'eût pour guide que la résistance transmise par la sonde à l'endroit du retrécissement. La peau, le tissu cellulaire, une partie du tissu spongieux, furent divisés par le bistouri dans l'étendue de deux pouces au-devant de la racine du scrotum ; mais le doigt ne rencontrait nulle part aucune nodosité correspondant à la saillie dure, qui avait été constatée en-dedans. Introduisant alors une sonde canulée dans l'urètre, l'opérateur va à la rencontre de la cannelure de l'instrument en incisant, dans l'étendue de cinq à six lignes, toute l'épaisseur de la paroi inférieure du canal au niveau du point qui lui est indiqué par la sensation de la dureté intérieure. Ce fut avec une vive satisfaction que M. Lallemand apprit, le soir même, que tout était au mieux ; que les accès de fièvre, qui tous les jours se déclaraient avec violence et duraient pendant douze heures, n'avaient pas paru, et, une chose heureuse encore, qui fut constatée à plusieurs reprises, c'est que l'urine sortait à plein jet par le méat, sans qu'il s'en échappât une goutte par la plaie extérieure. Ce qui semblerait devoir faire attribuer cette particularité à la turgescence inflammatoire des lèvres de la solution de continuité ; c'est que cette dernière ne laisse sortir quelques gouttes d'urine que vers le septième ou huitième jour, alors qu'un resserrement des bords s'était déjà effectué. Le quinzième jour il ne restait qu'un pertuis fistuleux presque imperceptible. Guérison.

Les faits et les considérations qui précèdent suffisent déjà pour faire sentir toute l'importance de cette première partie du travail de M. Bermond. Arrivons à la seconde, à la pathogénésie des tubercules.

D'après les idées généralement admises aujourd'hui, le tubercule n'est autre chose qu'une tumeur, de volume variable, formée d'une substance particulière qui n'a point d'analogue dans l'économie saine, se développant par des granulations, croissant par juxta-position, et non par intussusception, n'offrant aucune apparence de structure ni de propriétés vitales, et subissant, ou non, des changemens de consistance, suivant les conditions particulières qui l'accompagnent.

On s'accorde assez généralement à regarder les tubercules comme le produit d'une sécrétion morbide sous l'influence de causes particulières, sécrétion qui est nécessairement liquide d'abord, se concrète ensuite pour former un amas crétiforme, et subir enfin, dans des circonstances particulières, des changemens connus sous le nom de périodes de *ramollissement* et de *déliquescence ulcérative* ou *pyogénique*. (V. Meckel, Baillie, Bayle, Laënnec, Chaussier, Gendrin, Lobstein, etc., etc.)

M. Broussais, cependant, n'a pas adopté cette manière de voir, quant à la pathogénésie des tubercules. Pour lui, ces tumeurs sont toujours le résultat d'une phlogose, soit évidente, soit sourde. (*Examen des doct.*, t. I.) M. Bouillaud a adopté cette doctrine sans restriction aucune. M. Andral s'en est beaucoup rapproché en supposant l'existence d'une congestion active sur les points où la sécrétion tuberculeuse a, ou doit avoir lieu. (*Dict. de méd.*, t. XVI.)

Voici maintenant en quoi consiste la doctrine de M. Lallemand. Les tubercules ne sont en origine que des petits abcès. Le pus se concrète ensuite et forme les petits corps crétiformes qu'on nomme *tubercules à l'état de crudité.* Avant cependant que les petits foyers purulens ne se forment, il y a nécessairement sur ces points des petits phlegmons circonscrits dont la durée est plus ou moins longue. Ainsi donc, d'après M. Lallemand, la généalogie phénoménale de la tuberculisation doit se réduire à ceci : 1° phlegmon; 2° abcédation; 3° concrétion ou induration; 4° ramollissement; 5° déliquescence et réaction phlogistique.

Les preuves alléguées en faveur de cette doctrine se réduisent à deux: 1° si l'on délaie la matière tuberculeuse, on trouve les conditions physiques et chimiques du pus concrété; 2° en disséquant un grand nombre de sujets tuberculeux, M. Lallemand a trouvé sur les mêmes organes atteints de tuberculisation, ici des taches rouges (ce sont les petits phlegmons); là des petits abcès en voie de consolidation; plus loin des tubercules déjà formés à l'état de crudité; plus loin encore des tubercules ramollis, etc.

Nous ne ferons que deux seules observations sur les idées qui précèdent : 1° la matière tuberculeuse avait déjà été analysée avec beaucoup de soins par M. Hecht fils; cette analyse est loin de permettre de regarder la matière en question comme du pus concrété; 2° les faits rapportés par M. Bermond pourraient admettre une toute autre explication que la sienne.

Cela ne nous empêchera pas cependant de regarder comme fort intéressantes les recherches dont nous venons de rendre compte.

VARIÉTÉS.

— Le choléra s'est déclaré en Pologne, dans la petite ville de Calvarie (gouvernement d'Augustowo), et y a déjà enlevé sept cents personnes. Cette épidémie se présente avec une telle violence et une telle intensité, que les médecins s'accordent à lui reconnaître tous les caractères du choléra asiatique. On pense, mais ce n'est là qu'une simple conjecture, que ce mal a été apporté à Calvarie par deux officiers arrivés du Caucase, et qui sont morts subitement dans cette ville. Les églises et les écoles de Calvarie ont été fermées, et le gouvernement a ordonné qu'il serait établi un cordon sanitaire autour de la ville, et qu'on prendrait toutes les mesures de précaution dont on use ordinairement contre la peste.

— Trente-deux chirurgiens détachés de l'hôpital militaire de Lyon viennent d'être envoyés à l'armée d'Afrique. Chaque régiment d'infanterie de cette garnison fournit environ deux cents hommes pour la même destination.

— REMARQUES PRATIQUES SUR LES ULCÉRATIONS DU COL DE LA MATRICE ET SUR L'ABUS DU SPECULUM UTERI DANS LE TRAITEMENT DE CETTE MALADIE ; par C. M. GIBERT, médecin de l'hôpital de Lourcine (vénériens-femmes); avec fig. color. et dessin. d'après nature; par M. Max-Durand-Fardel, interne des hôpitaux de Paris, membre de la société anatomique. Broch. in-8 avec planche. Prix : 1 f. 25 c. Au bureau de la *Revue medicale*, rue Servandoni, 17, hôtel de la mairie.

L'auteur de cette brochure (auquel nous devons déjà un traité classique des maladies vénériennes) s'étant trouvé à même par sa position spéciale de soumettre au contrôle d'une expérience étendue et journalière la plupart des assertions sur les lésions du col de l'utérus révélées à l'aide du spéculum, s'est attaché à réunir, dans une courte esquisse, tout ce qu'il est essentiel que le médecin connaisse de ces lésions considérées sous le point de vue pratique. C'est, sans contredit, un éminent service rendu aux praticiens que la publication de ce qu'il y a de vrai dans les progrès annoncés au monde savant comme dus à l'intervention du spéculum uteri dans le diagnostic et la thérapeutique des maladies des femmes.

— RECHERCHES SUR L'ENCÉPHALE, SA STRUCTURE, SES FONCTIONS ET SES MALADIES; par M. PARCHAPPE, médecin en chef de l'asile des aliénés de la Seine-Inférieure, professeur à l'école secondaire de médecine de Rouen.

Deuxième mémoire : DES ALTÉRATIONS DE L'ENCÉPHALE DANS L'ALIÉNATION MENTALE. 1 vol. in-8. Prix : 3 fr. 50 c.

Le premier mémoire traite du *volume de la tête et de l'encéphale chez l'homme*. 1 vol. in-8. Prix : 3 fr. 50 c.

A Paris, à la librairie des sciences médicales de Just Rouvier et E. Le-bouvier, rue de l'Ecole-de-Médecine, 8.

MAISON DE SANTÉ ET DE MÉDECINE OPÉRATOIRE, BOULEVARD MONT-PARNASSE, 46.

Les malades atteints d'affections graves, chroniques, et qui nécessitent un traitement long et bien suivi, soit médical, soit chirurgical, ont besoin d'une parfaite tranquillité; il leur faut des soins assidus qu'ils trouvent difficilement dans les maisons de santé ordinaires, dont la plupart dégénèrent en pensions bourgeoises et deviennent des séjours bruyans et incommodes.

La maison de santé et de médecine opératoire a été fondée dans le but de suppléer à ce défaut de lieu convenable pour les maladies dont il est question. Elle est d'une élégance et d'une propreté remarquables. Un très petit nombre de malades y est reçu à la fois. A portée du Luxembourg, dans un lieu aéré, entièrement isolée, ayant un jardin spacieux, une vue agréable, elle réunit toutes les conditions de salubrité nécessaires.

Chaque malade est exclusivement confié au médecin ou au chirurgien qui l'a adressé; les secours d'urgence sont administrés par un docteur en médecine instruit qui est attaché à la maison.

Beaucoup de malades ont déjà été reçus et traités avec un succès complet dans cet établissement.

Les journaux de médecine ont publié plusieurs observations remarquables de guérison, dans lesquelles les médecins ont reconnu devoir en partie leur réussite aux soins éclairés et bienveillans que leurs malades ont reçus.

Parmi les médecins qui ont adressé des malades à la maison, nous citerons MM. les docteurs Lisfranc, Civiale, Ségalas, Lugol, J. Cloquet, etc.

Le prix de la pension est modéré.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE DE FÉLIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 11. (TOME VI. — 1838.) SAMEDI 17 MARS 1838.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé et Clinique des hôpitaux réunies*) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Poissonnière*, n° 5, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PHYSIOLOGIE.

MÉMOIRE SUR LES APPAREILS MUSCULAIRES ANNEXÉS AUX ORGANES DES SENS; par M. Diday, D. M. P., ancien interne des hôpitaux de Paris.

Parmi les fonctions dont l'exercice est indispensable à la vie, les unes s'accomplissent instinctivement et sans être en aucune manière influencées par la volonté; les autres sont soumises à l'empire immédiat de cette puissance; enfin il en est une, la respiration, qui, sous le rapport de la subordination à la volonté, peut être envisagée comme tenant le milieu entre les deux ordres de fonctions dont nous venons de rappeler les différences. En effet, quoiqu'il soit évidemment impossible d'interrompre, pour un temps indéfini, l'acte par lequel l'air est introduit dans nos poumons, il faut néanmoins avouer qu'il ne s'exécute pas à notre insu, mais que nous avons au contraire toujours le sentiment intime de son accomplissement; en outre, nous pouvons, à notre gré, le suspendre momentanément, le ralentir ou l'accélérer; et cette faculté était bien nécessaire pour assurer l'intégrité d'une fonction si directement liée à la conservation de l'individu, et dont la suspension ou l'activité plus grande peut être nécessitée à chaque instant par les variations diverses des circonstances extérieures au milieu desquelles nous vivons.

D'un autre côté, ces modifications des mouvemens respiratoires ont souvent besoin d'être, et sont souvent en effet instantanément produites, ainsi qu'on peut l'observer à l'approche d'un danger, dans l'émotion causée par un événement imprévu, ou bien encore lors de l'immersion au sein d'un milieu délétère; et comme nous ne sommes avertis de toutes ces circonstances que par une impression sensoriale l'on ne peut guères se refuser, sinon à admettre de prime abord, du moins à regarder comme très probable l'existence d'un certain rapport, d'une corrélation intime des organes des sens avec la respiration, rapport au moyen duquel leur influence modificatrice s'exerce immédiatement sur cette fonction sans l'intermédiaire de la volonté. La vue, l'ouïe et l'odorat sont les seuls sens qui puissent nous donner des notions sur la présence et les propriétés des corps placés à distance; c'est par conséquent à ces trois sens que devait être confié le soin de concilier les rapports de l'homme envers les objets extérieurs avec la conservation de la vie, et le maintien de la respiration qui en est le principal ressort.

L'observation de ce qui se passe dans le vomissement, l'éternument, la toux, etc., nous a d'ailleurs appris que certains muscles peuvent entrer

Feuilleton.

LETTRE MÉDICALE SUR PARIS.

Je vous signalais, dans ma dernière lettre, mon cher confrère, quelques mesures de police médicale, qui paraissaient annoncer une résolution plus ferme de faire respecter nos vieilles lois sur l'exercice de la médecine, en attendant le nouveau code tant de fois promis, si long-temps attendu, et encore si peu près d'arriver. Voici d'autres symptômes de ce salutaire et louable effort. Cinq médecins étrangers, résidant à Boulogne-sur-Mer et exerçant la médecine sans autorisation, viennent d'être traduits devant le tribunal de cette ville; malgré de bons antécédens, de puissantes recommandations, des plaidoiries habiles, tous ont été condamnés, en vertu de la loi du 19 ventôse an XI, pour exercice illégal de la médecine. Nous n'avons pas l'honneur de connaître ces messieurs, nous les tenons volontiers pour honorables et instruits; mais nous applaudissons de toutes nos forces à l'interdit dont ils viennent d'être frappés. Ne voyez dans cette déclaration aucun sentiment d'égoïsme national: nous applaudissons au jugement rendu par le tribunal de Boulogne, parce qu'il contribuera à purger la profusion d'une foule de médicastres exotiques jetés sur nos rivages par le reflux de la mer, et amènera ceux des médecins étrangers qui sont véritablement instruits à se munir du diplôme français. Des personnes bien intentionnées, tout en approuvant ce qu'on a fait, ont paru craindre qu'il n'en résultât des effets fâcheux pour la ville de Boulogne. De nombreuses familles anglaises forment la plus grande partie de la population boulonaise; elles ont besoin de médecins anglais, qui connaissent leurs habitudes, leurs tempéramens, leurs maladies; ces familles ne verront-elles pas, dans la mesure qui les force en quelque sorte d'avoir recours à des médecins français, un acte inhospitalier, hostile, vexatoire, et par suite ne quitteront-elles pas le pays? Pour prévenir cet inconvénient on conseillerait de délivrer un certain nombre d'autorisations nouvelles aux médecins les plus réputés, afin de concilier les besoins de la population nomade avec les exigences de la loi. Outre que nous ne croyons pas le séjour des Anglais à Boulogne ou ailleurs aussi étroitement subordonné à la présence de leurs médecins, ce serait, ce nous semble, rouvrir la porte à d'autres abus; le système des autorisations exceptionnelles est jugé depuis long-temps; il est peut-être plus vicieux que celui de la tolérance générale. Le conseil de l'université paraît avoir la même opinion: dans une de ses dernières séances, il a repoussé en masse dix demandes d'autorisation. Il espère avec raison que cette résolution une fois bien connue décidera les médecins étrangers, pourvus de capacité et d'instruction, à se faire recevoir en France, et le plus grand nombre à chercher fortune ailleurs. La médecine et les malades y gagneront certainement. Il y aurait moyen de rendre la pratique de ce système plus facile et plus libérale encore: ce serait d'admettre immédiatement aux examens et à

en action sous la seule influence d'une stimulation opérée sur des nerfs unis avec les leurs par une sympathie plus ou moins étroite. Ainsi cette corrélation si vraisemblable entre les organes des sens et les mouvemens respiratoires ne serait pas extra-normale, et trouverait des analogues parmi les phénomènes que l'on observe dans les limites des effets purement physiologiques; si nous démontrons maintenant que l'influence d'un nerf lié par des connexions multipliées à toutes les autres branches du système respiratoire, et ramifié au pourtour des orifices par lesquels s'opère l'entrée de l'air dans le thorax, que son influence, dis-je, est nécessaire à l'action complète de ces trois sens, il n'est pas douteux que l'explication par laquelle on chercherait dans la distribution de ce nerf la raison de la sympathie observée entre les sensations et la respiration, s'étayant sur des données anatomiques et physiologiques, ne réunît en faveur de sa vraisemblance plus de probabilités qu'une simple hypothèse. Or, nous allons immédiatement entrer dans les détails, et établir, pour chacun de ces trois sens, la vérité de cette double assertion :

1° Il existe, annexé à chacun des organes de l'olfaction, de la vision et de l'audition, un petit appareil musculaire dont l'action, sans être indispensable à l'exercice du sens, contribue cependant plus ou moins à lui donner toute son énergie.

2° Cet appareil musculaire est sous la dépendance du facial, source unique de laquelle il reçoit ses filets nerveux.

Prouvons successivement la vérité de ces deux propositions, dans ce qu'elles ont de relatif aux organes de l'odorat, de la vue et de l'ouïe.

§ I. — La description des muscles qui entourent l'orifice antérieur des fosses nasales laisse sans doute beaucoup à désirer sous le rapport anatomique et physiologique; il est néanmoins incontestable qu'ils sont tous animés par le facial; de plus, quelles que soient leurs insertions et l'action particulière de chacun d'eux, il est certain, et l'on peut en acquérir la preuve en observant sur soi-même, que leurs effets se bornent à la production de deux mouvemens bien distincts; l'un opère la dilatation des narines dans le but de faciliter l'introduction d'une plus grande quantité d'air dans les poumons; le second, qui a été bien indiqué par Ch. Bell (1), sert à la perception des odeurs et consiste dans le rétrécissement de l'ouverture des narines coïncidant avec un autre mouvement qui dirige cet orifice en bas. Par là se trouve constituée l'action de flairer dont on comprend bien le mécanisme en analysant chacun des mouvemens qui la composent; puisque l'un a pour effet d'augmenter la rapidité, l'autre de changer la direction du courant d'air véhicule des odeurs, qui les transporte alors plus directement et avec plus de force vers la partie supérieure des fosses nasales, lieu où s'opère principalement l'impression sensoriale. On s'assure que le rétrécissement de la narine a bien réellement lieu dans cette circonstance, en plaçant le doigt dans l'intérieur du nez, car l'on sent, au moment où l'on aspire l'air, comme pour flairer, que le doigt est manifestement comprimé par les parois de ce conduit.

Le raisonnement indiquait bien que ces modifications imprimées au courant d'air dans sa direction et sa rapidité devaient rendre l'olfaction plus parfaite; mais, depuis les observations de Ch. Bell, aucune expérience n'avait été tentée pour déterminer le degré de confiance que méritaient ces vues théoriques. Un fait remarquable observé par moi à la Salpêtrière en 1835, et dans lequel une malade (la femme Grégoire, division des Incurables) affectée d'hémiplégie faciale simple, mais à un degré très marqué, avait, du côté malade, perdu simultanément la faculté de flairer et celle de percevoir les odeurs, m'inspira l'idée d'ajouter, par la voie de l'expérimentation, quelques argumens à l'appui d'une observation déjà si probante par elle-même. Voici l'expérience à laquelle je m'arrêtai : un tube de verre d'un diamètre assez considérable pour ne pouvoir entrer qu'à frottement fut introduit dans ma narine droite; pour annihiler plus complètement encore l'action musculaire qui pouvait s'exercer malgré moi, j'ajoutai à l'effort de dedans en dehors que produisait cette dilatation, la pression de mes deux mains appliquées de manière à ce que l'une d'elles fermât la narine opposée, et que l'autre comprimât l'aile droite du nez sur le tube, de manière à prévenir le passage de l'air entre cet instrument et la surface interne de la narine; l'appareil ainsi disposé avait pour but, et réussit en effet à empêcher complètement l'action de flairer, et à faire en sorte que le mouvement, par lequel j'aurais pu instinctivement et malgré moi produire cet acte, n'exerçât sur la colonne d'air d'autre influence que celle d'une simple inspiration. L'ouverture du tube fut alors successivement placée sur deux flacons renfermant, l'un du tabac, l'autre du musc en poudre; aucune odeur ne fut perçue, malgré les mouvemens d'aspiration auxquels je me livrai. La même expérience, répétée par mon collègue A. Gras, donna lieu au même résultat négatif. On peut la reproduire plus simplement encore, lorsqu'on a, à force d'exercice, acquis la faculté de distinguer et de produire alternativement à son gré le mouvement de resserrement des narines qui correspond à l'action de flairer, et celui de dilatation du même orifice que l'on exécute instinctivement lorsqu'on veut faire une large inspiration; si, dans ces deux mouvemens, on place le nez au-dessus d'un corps odorant, la sensation perçue pendant le second est incomparablement moins forte que celle que l'on obtient par le premier. Si l'on désire savoir d'où vient cette différence, on n'a qu'à insuffler dans la narine un peu de tabac avec un tube étroit dirigé vers la paroi supérieure des fosses nasales; le double mécanisme par lequel l'action de flairer aide à la perception des odeurs se trouvant ainsi exagéré, la sensation qui en résulte est d'une intensité insupportable. Je suis loin de croire avoir prouvé par ces expériences que l'action des muscles d'où dépend le resserrement des narines est indispensable pour que l'olfaction ait lieu; mais peut-être serviront-elles du moins à faire mieux apprécier la part jusqu'ici trop peu étudiée que prend l'appareil musculaire des narines à l'accomplissement de cette sensation.

§ II. — La même confusion que nous avons signalée dans l'histoire des muscles qui entourent l'orifice antérieur des fosses nasales se retrouve, et même plus prononcée peut-être encore, lorsqu'il s'agit de déterminer l'usage de chacun des muscles du globe oculaire. Pourquoi trois paires de nerfs bien distinctes d'origine pour les mouvemens de rotation de ce globe, mouvemens si semblables entre eux? Pourquoi le jeu des paupières nécessite-t-il l'intervention de deux nerfs différens? Ce n'est pas ici le lieu d'approfondir ces questions sur lesquelles nous espérons pouvoir un jour revenir; le seul objet qui nous intéresse actuellement, c'est de chercher quel est l'appareil qui joue relativement à la vi-

(1) Ch. Bell, traduction de M. Genest, p. 160 et suiv.

1

la thèse tout médecin muni d'un diplôme étranger, et de réduire en sa faveur les frais de réception de moitié ou des deux tiers. L'école et l'université ont déjà usé de cette libéralité, mais très exceptionnellement; il suffirait de l'établir en règle générale; il n'y aurait plus d'objections à la proscription de tous les médecins étrangers non autorisés; et ce qu'on a fait à Boulogne, on le ferait, avec non moins de raison et d'utilité, au Hâvre, à Dieppe, à Calais, à Dunkerque, et partout où il y a des médecins étrangers.

Autre événement, mon cher confrère. Je vous ai souvent parlé de chaires nouvelles pour la faculté de médecine de Paris; il a fortement été question ces jours derniers de réaliser la mesure. On a parlé de chaires, de maladies des enfans, de maladies cutanées et syphilitiques, de maladies mentales, d'histoire et de philosophie médicales, et d'une chaire d'anatomie générale et comparée. C'est déjà la troisième ou quatrième fois qu'on a répandu ce bruit: est-ce prudence, adresse, diplomatie pour sonder l'opinion, ou la préparer insensiblement à ce petit coup d'état? Quoi qu'il en soit, on paraît y renoncer encore et le retarder indéfiniment. Cette temporisation, préjudiciable peut-être aux hommes qu'on doterait aujourd'hui de cette faveur, ne fera que mieux montrer l'utilité de la mesure, et celle-ci gagnera à être proposée et généralisée pour toutes les facultés, lorsqu'on présentera la loi sur l'enseignement et l'exercice de la médecine. Après tant de lois sur les chemins de fer, les rouages, les vices rédhibitoires, le sel, le sucre et le café, la médecine finira peut-être par avoir son tour.

Voici des choses moins sérieuses. L'Académie de médecine est en émoi : la presse, le magnétisme et l'esprit de révolution sont aux prises de nouveau avec la docte compagnie. C'est beaucoup plus qu'il ne fallait pour compromettre le calme, la gravité, la modération et les habitudes de bienséance du savant aréopage. On a jeté dans les dernières séances des bombes de discorde qui éclateront dans les séances prochaines. Vous perdez beaucoup, mon cher confrère, à ne pas assister aux débats si vifs, si piquans, si dramatiques, quelquefois si instructifs, et toujours si originaux de l'Académie: car nos comptes-rendus sont bien pâles à côté de l'aspect tumultueux de cette mer agitée, nos analyses bien froides à côté de ces débordemens d'éloquence véhémente, où le geste et le regard disent plus que la parole, et la voix plus que les mots. J'ai donc quelque peine et un grand désavantage à effleurer des sujets qui, dans huit jours, seront percés d'outre en outre par les traits incisifs de l'éloquence académique. Pour vous complaire, néanmoins, mon amour-propre s'exécute.

M. Chervin a demandé récemment que les rédacteurs de journaux fussent admis, comme par le passé, à consulter les pièces de correspondance et les rapports lus dans chaque séance. L'honorable membre, ainsi que vous avez pu en juger par sa lettre insérée dans l'avant-dernier numéro de la GAZETTE MÉDICALE, a déduit, avec la force de raison qui le caractérise, les motifs de sa proposition. La mesure dont il s'agit, obtenue une première fois par M. Double, avait été supprimée par des considérations que j'ai quelque répugnance à vous indiquer. La proposition de M. Chervin, si simple en apparence, éprouvera quelque opposition. L'Académie a un bulletin (il n'est malheureusement pas assez connu et il mériterait de l'être davantage) dont deux ou trois membres ont entrepris le succès à leurs risques et périls. On ne saurait trop applaudir à une aussi courageuse tentative: on aime à voir, dans ce siècle, où l'aristocratie nobiliaire, financière et scientifique, où toutes les aristocraties professent tant de dédain pour la presse, que les trois secrétaires d'une Académie royale consentent à honorer de leur nom et de leur caractère la profession de journa-

sion le rôle que nous avons vu, dans l'étude de l'olfaction, rempli par les muscles des narines. Or cet appareil est, selon nous, constitué par le muscle orbiculaire des paupières, et nous allons tâcher de prouver : 1° Que l'action de ce muscle, sans être indispensable à l'exercice de la vision, sert néanmoins à donner à cette fonction plus d'énergie ; 2° Qu'elle est sous la dépendance exclusive du facial.

1° Le phénomène du clignement qui résulte de la contraction instantanée de l'orbiculaire immédiatement suivie de celle du releveur de la paupière supérieure est complètement aboli dans les paralysies de la face résultant d'une lésion du nerf facial, l'action de l'orbiculaire est donc indispensable pour sa production, et je ne pense pas qu'il soit besoin d'autres preuves à l'effet d'établir que le relâchement seul du releveur serait insuffisant pour opérer l'abaissement de la paupière supérieure qui en constitue le premier temps.

Nous avons maintenant à rechercher en quoi le clignement peut contri- à rendre la vision plus parfaite. Or, les paupières balayant avec rapidité la surface de la cornée, entraînent les corpuscules ténus qui pourraient altérer la transparence de cette membrane ; le fluide lacrymal, sans cesse déposé au-devant du globe oculaire, se trouve aussi, par ce mouvement, répandu en une couche uniforme dont l'épaisseur partout la même prévient le trouble de la vision qu'aurait inévitablement amené la réfraction des rayons lumineux rendue irrégulière par l'inégale dimension des milieux à traverser, si la distribution des larmes à la surface de l'œil avait été abandonnée au seul effet de leur propre pesanteur. Mais il me semble que ce n'est pas là le seul but que s'est proposé la nature dans l'acte du clignement, et peut-être l'appareil lacrymal, loin d'être la source d'une sécrétion importante et dont le mouvement des paupières ne servirait qu'à employer les produits, doit-il, au contraire, être regardé comme uniquement fait pour faciliter le phénomène du clignement. En effet, si l'on jette un coup-d'œil général sur l'appareil locomoteur chez l'homme et les animaux, on peut aisément se convaincre que chacun des muscles qui le composent a ses momens d'action et ses temps de repos : le cœur et les muscles de la respiration qui semblent, au premier abord, agir d'une manière continuelle, restent néanmoins dans l'inaction pendant un temps à peu près égal à celui de leur exercice ; et remarquons bien que je ne parle pas ici de ce repos général où le sommeil plonge tous les muscles volontaires ; de sorte que, même abstraction faite de cette période de relâchement universel, il est encore vrai de dire qu'aucun muscle ne fonctionne d'une manière continue durant la veille. Le muscle releveur de la paupière supérieure doit donc, pour se conformer à cette loi générale, jouir de quelques instans de repos ; car sa contraction, indispensable à l'exercice de la vision, ne pourrait se prolonger sans interruption pendant toute la durée de la veille. M. Broussais, nous le savons, a émis la pensée que l'ouverture des paupières ne dépendait pas d'une contraction réelle de ce muscle ; mais il est trop facile d'acquérir la preuve du contraire, en observant ce qui se passe dans les paralysies de la troisième paire, pour que nous nous arrêtions à cette opinion. Cette nécessité du repos étant une fois admise pour le releveur de la paupière supérieure, nous sommes naturellement conduits à penser que le relâchement de ce muscle a lieu pendant l'occlusion des paupières, qui constitue la première partie du clignement, puisque c'est là le seul moment où l'on puisse supposer qu'il est dans l'inaction : le peu de durée de ce relâchement était d'ailleurs la seule manière dont ce besoin de repos pût se concilier avec la persévérance de la vision.

Quel que soit le but du clignement, on peut facilement apprécier toute son influence sur l'énergie de la vision, en observant une personne au moment où elle regarde dans le lointain, ou cherche à distinguer les nuances délicates, à examiner des objets ténus ; le clignement répété est un des traits qui servent le mieux à caractériser la physionomie d'un homme attentif : nous remarquons le clignement instinctif chez les aveugles, et il est aussi très prononcé lorsque, marchant dans l'obscurité, l'on a besoin de donner au sens de la vue toute l'activité dont il est capable, pour distinguer les formes à peine perceptibles des corps extérieurs.

2° Ce mouvement, si nécessaire pour augmenter l'énergie de la vision et pour garantir l'œil contre tout agent vulnérant devait s'exécuter sans avoir besoin d'être commandé par la volonté ; aussi le nerf facial, son seul agent, est-il du nombre de ceux qui impriment aux muscles de leur domaine une action qui, quoique susceptible d'être influencée par la volonté, est néanmoins le plus souvent indépendante de cette puissance, et s'accomplit ordinairement sans être perçue par la conscience.

§ III. — Nous voici maintenant arrivés à l'organe de l'ouïe ; mais, avant de commencer l'exposition des faits qui se rattachent à cette partie de la question, nous devons dire que les deux points dont nous avons jusqu'à présent cherché à établir la réalité à l'occasion de chaque sens, savoir l'existence d'un appareil musculaire annexé, et sa dépendance du nerf facial, que ces deux points, dis-je, paraissent ici plus difficiles à démontrer. Nous pourrions, sans doute, satisfaits d'une grossière analogie, et arguant de l'anatomie comparée, prendre pour notre appareil musculaire les trois faisceaux de fibres situés autour du pavillon de l'oreille ; mais leur action, bien qu'incontestable, est trop faible chez l'homme pour pouvoir servir d'utile auxiliaire à l'audition. Ce ne sont donc pas ces muscles qui constitueront pour nous l'appareil annexé à l'organe de l'ouïe, et les parties que nous regardons comme destinées à en remplir la fonction sont les muscles du voile du palais. En effet, ce voile est situé de manière à flotter librement sur le passage de l'air ; il est, d'un autre côté, placé tout à fait devant l'orifice de la trompe d'Eustachi ; par conséquent l'inspiration, lorsqu'elle s'effectue instinctivement, peut donner lieu, par le frottement de la colonne d'air contre cette partie, à des vibrations sonores qui, propagées le long de la base du crâne, ou, si l'on veut, à travers la trompe d'Eustachi, seraient, dans certains cas, susceptibles de masquer les bruits extérieurs, ou au moins d'en rendre la perception plus confuse et plus difficile. La nature a prévenu cet inconvénient en donnant au voile du palais des muscles capables de tendre transversalement, d'assujétir ses piliers, de relever la luette, en un mot, de fixer toutes ses parties de manière à ce que l'air ne puisse leur imprimer de vibrations lors de son passage qui s'opère sur l'une ou l'autre surface de cette soupape, selon qu'il est entré par la bouche ou par les narines. Il est facile de présenter sur le champ un exemple où cette théorie trouve son application. N'a-t-on pas, en effet, observé que, dans la perception des bruits lointains, des sons peu distincts, ou bien lorsqu'on veut prêter toute son attention à une musique délicieuse, on s'arrange naturellement de manière à respirer sans bruit, c'est à dire à ouvrir la bouche, dilater les narines (1), et faire, par une contraction

(1) On voit que je n'hésiterais pas non plus à ranger parmi les auxiliaires de

---

listes, et de journalistes entrepreneurs. Mais voyez comme l'intérêt gâte les meilleures choses. Ces savans académiciens ont eu la modestie de croire que les journaux ordinaires pourraient rivaliser avec eux, et ils n'ont pas trouvé de meilleur expédient que de leur couper les vivres et de les faire mettre à la porte. Vous penserez, avec raison, qu'une erreur pareille, mise au grand jour en présence d'une assemblée composée d'hommes sensés et instruits, n'eût eu qu'un éclair d'existence ; cependant, voilà près de deux années qu'elle dure. Je n'ai pas d'autre explication à vous donner de l'ostracisme dont nous avons été frappés. Ma perspicacité est probablement en défaut, et la séance prochaine vous révélera sans doute les bonnes raisons que je n'ai pu trouver aujourd'hui. Je me garde de vous dire celles plus irrévérencieuses que réelles, plus plaisantes que solides que la malice prête à une fraction des opposans. On prétend que bon nombre d'académiciens de l'ancien régime, dont les différentes espèces d'éducations ont été improvisées dans les camps, ont quelque motif plausible de ne pas laisser voir leurs manuscrits de trop près : médisance et calomnie, mon cher confrère, dont vous ne croirez pas un mot.

Encore le magnétisme, et cette fois escorté des noms les plus distingués et les plus honorables, des noms de Lallemand, de Lordat, de Kuhnholtz, de Amador, de Delmas, et de beaucoup d'autres médecins de Montpellier. Un praticien de cette ville, M. Pigeaire, a fait voir successivement à tous ces messieurs, réunis par trois ou quatre à la fois, sa fille lisant les yeux bandés. Le fait a été constaté par tant de personnes, entouré de tant de précautions, répété un si grand nombre de fois, il est raconté avec tant de naïveté et de bonne foi, qu'il a paru à M. Bousquet, rapporteur de la commission chargée de rendre compte de la communication de M. Pigeaire, difficile à rejeter. Une pareille révélation devait porter le trouble dans l'assemblée : aussi l'opposition n'a-t-elle pas attendu la fin du rapport de M. Bousquet. Une explosion de murmures, d'interruptions bruyantes, de propositions incidentes, ont amené une discussion des plus animées sur des faits à peine indiqués. Les uns prétendaient qu'en nommant la commission Burdin, l'Académie avait entendu implicitement ne plus s'occuper de magnétisme ; les autres, moins en peine de trouver des considérans, demandaient qu'on passât à l'ordre du jour sans entendre la fin du rapport. Un dernier trouvait extraordinaire, anti-logique, que l'Académie pût s'exposer à avoir une opinion différente de celle qu'elle avait exprimée il y a trois mois. Malgré tous ces argumens plausibles, M. Bousquet a continué la lecture de son rapport, moins le récit textuel de M. Pigeaire. Mais ce document a été suppléé par un autre beaucoup plus important, par un procès-verbal rédigé, signé et envoyé par M. Lordat, des expériences auxquelles ce savant et respectable professeur avait assisté. La communication de M. Pigeaire a présenté, comme vous allez le voir, un côté sérieux et un côté plaisant, dont nous devons faire un égal profit.

Sous le point de vue sérieux, les esprits les plus sceptiques et les plus sévères ne parviendront pas à anéantir le fait, si le fait existe. Or, qu'a-t-on sérieusement argué contre son existence ? On a dit qu'il avait laissé des doutes dans l'esprit de quelques témoins dignes de confiance : que la jeune fille avait pu voir par la gouttière oculo-nasale ; qu'en l'absence de la lumière, la clairvoyance cessait ; qu'elle cessait également par l'interposition d'un corps opaque, comme une feuille de papier placée entre l'objet à lire et les yeux. De toutes ces objections, une seule aurait quelque valeur si elle n'avait été anéantie par la connaissance des précautions prises pour fermer

instinctive du voile du palais, en sorte que l'air inspiré s'introduise doucement, peu à peu, et sans bruit; c'est ce qu'on appelle dans le monde retenir sa respiration. Je ne risque rien d'en appeler sur ce point à la vérification que chacun peut immédiatement faire sur soi-même. Le ronflement qui a lieu pendant le sommeil, où l'action de cette classe de muscles dont nous nous occupons est suspendue, prouve encore que, dans l'état de veille, le défaut d'un bruit semblable tenait à leur contraction active. Il est un moyen banalement employé dans les corps de garde pour se débarrasser du bruit fatigant qu'occasionne un ronfleur d'habitude, sans le réveiller: on n'a, pour cela, qu'à siffler brusquement à son oreille sur un ton très aigu; le ronflement cesse tout à coup pour quelque temps, sans que le sommeil ait été interrompu : ne voit-on pas dans cette expérience vulgaire l'analogue de celle qui consiste à faire clignoter quelqu'un en lui présentant un corps très-lumineux, et la cessation du ronflement peut-elle dépendre d'autre chose que d'une relation intime entre les muscles dont le relâchement permettait ce bruit, et l'excitation vive du sens correspondant qui réveille, pour un certain temps, leur contraction?

La participation du facial à ces mouvemens pourra sembler plus difficile à prouver, puisqu'on sait que les nerfs du voile du palais ne proviennent que du glosso-pharyngien, et des palatins fournis par le ganglion de Meckel. Ch. Bell (1) est, à ma connaissance, le seul qui ait représenté des filets du facial se distribuant au voile du palais; mais une considération qu'il faut présenter dès ce moment, parce qu'elle me semble capitale dans la discussion, c'est que dans tous les cas d'hémiplégie faciale très prononcée, où l'état de la luette a été indiqué, on la trouve déviée du côté sain, ce qui montre que la contraction des muscles de cette région est soumise à l'influence du facial. J'ai noté cette déviation dans une observation d'hémiplégie faciale, suite d'apoplexie (Gazette Médicale, janvier 1836), et M. Cruveilhier l'a également constaté deux fois devant moi à la Salpétrière. Nous avons dit à dessein : « Dans les cas où l'état de la luette a été noté », car beaucoup d'observateurs n'en ont pas tenu compte; mais l'absence de faits contradictoires prouve plus en faveur de la vérité de notre proposition qu'une longue série d'observations identiques : aussi la regardons-nous comme parfaitement établie; et c'est moins dans le but d'invoquer de nouveaux argumens à son appui que pour chercher à rendre raison d'une particularité aussi étrange, que nous rappellerons ici l'existence du rameau anastomotique qui établit constamment communication entre le glosso-pharyngien à sa sortie du crâne et la branche sous-mastoïdienne du facial. Il ne répugne dès-lors plus d'admettre que cette branche transmet au glosso-pharyngien l'influence du facial, ou si l'on veut, que c'est le même rameau qui, après s'être uni au glosso-pharyngien, va se ramifier dans les muscles du voile du palais, supposition que rend bien vraisemblable ce cas consigné dans l'anatomie de M. le professeur Cruveilhier (t. II, p. 416), où un rameau considérable du facial remplaçait en partie le glosso-pharyngien. Quoi qu'il en soit de cette hypothèse, qui nous a servi à rendre raison de l'influence exercée par le facial sur le voile du palais, la valeur des preuves que nous avons déduites de l'état de la luette dans l'hémiplégie faciale subsiste indépendante de toute explication.

Rapprochons encore de ces faits les observations des apoplectiques affectés d'hémiplégie faciale, et dont la respiration est toujours stertoreuse: leur adresse-t-on une question à haute voix, ils n'ont quelquefois pas l'intelligence nécessaire pour comprendre, ou la force suffisante pour faire la réponse; mais, même à ce degré d'affaiblissement, une certaine diminution ou la cessation complète du ronflement respiratoire vient annoncer au médecin qu'ils ont entendu; ces cas où l'intervention du cerveau est tout-à-fait impossible me semblent militer bien fortement en faveur de l'existence d'un rapport direct et immédiat entre l'audition et les muscles de l'arrière-gorge dont le relâchement produit le râle stertoreux.

Un autre fait à l'appui de cette communauté d'action est celui de la femme affectée d'hémiplégie faciale que j'ai déjà citée, et dont l'ouïe était devenue plus dure du côté malade, au point que toutes ses compagnes en avaient fait la remarque. M. le professeur Bérard parle aussi de cas où des dérangemens de l'ouïe ont coïncidé avec la paralysie de la face (1). Cette relation entre les nerfs facial et auditif ne pouvait-elle pas, du reste, être jusqu'à un certain point prévue d'après les connexions si intimes de leurs filets d'origine?

Les considérations précédentes, qui montrent le but de la jonction du facial avec le glosso-pharyngien, me semblent donner une explication satisfaisante de cette disposition anatomique dont les motifs sont mis par M. Bérard au nombre des *desiderata* les plus intéressans que présente encore l'histoire de la septième paire (2).

Les détails dans lesquels nous sommes entrés étaient nécessaires pour prouver la réalité de plusieurs des faits qu'il nous importait d'établir; à présent que ces notions préliminaires sont suffisamment éclaircies, nous allons ajouter quelques considérations plus générales à celles qui ont déjà été présentées.

L'existence de ces appareils musculaires autour des organes des sens, et la distribution du facial aux muscles qui les constituent me paraissent avoir pour but : 1° de lier plus étroitement entre eux les organes des sens; 2° de subordonner leur exercice aux exigences de la fonction qui leur est spécialement dévolue dans le cercle de la vie organique, savoir : celle de surveiller tout ce qui peut entraver l'accomplissement des mouvemens respiratoires.

1° La simultanéité d'action des appareils que nous avons signalés devient évidente dans plusieurs circonstances, par exemple lorsque l'attention est fortement dirigée sur un objet; dans ce cas, et surtout si le corps dont on veut connaître les qualités menace la conservation de la vie, le clignement redouble, la bouche est ouverte, et l'audition devient plus parfaite, grâce au mécanisme du voile du palais que nous avons indiqué; c'est ce qui s'observe lorsqu'on marche au milieu de l'obscurité; l'extrémité du nez est aussi agitée de mouvemens irréguliers manifestes chez plusieurs individus, et si ce phénomène n'est pas plus prononcé, c'est que l'olfaction n'est, chez l'homme, qu'à l'état rudimentaire ; le chien, le lapin, etc., lorsqu'ils sont attentifs, présentent au contraire ce tremblottement des narines bien marqué. C'est alors que l'on peut bien apprécier les différences qui existent entre *voir* et *regarder*; *entendre* et *écouter*;

l'audition les muscles dilatateurs de la bouche et des narines, muscles auxquels se distribuent aussi des filets du facial.

(1) Ouvrage cité, planche 3.

(1) *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, 3e année, p. 9.

(2) Même page.

toute espèce de communication aux rayons lumineux. M. Lordat dit expressément qu'on a exactement appliqué le bandeau sur le pourtour de l'orbite, et qu'on l'a fait adhérer contre son bord inférieur et dans l'anfractuosité formée par la réunion de la joue au nez, au moyen d'une substance emplastique : partant point de supercherie possible sous ce rapport. Restent les objections tirées de la cessation du phénomène par l'absence de la lumière et par l'interposition d'un corps opaque: mais ce ne sont point là des objections, ce sont des faits différens de ceux qu'on a dit exister, et qui n'impliquent nullement l'impossibilité de ces derniers. S'il fallait des explications pour prouver que le moindre changement dans les conditions de l'expérience permet d'admettre un changement dans ses produits, les explications ne manqueraient pas. Le tout est donc de s'assurer que le phénomène s'est montré tel qu'on l'a dit, et dans les conditions déterminées qu'on a indiquées : peu importe le reste ; car il ne serait pas plus logique de repousser son existence dans des conditions précises, parce qu'il ne se produit pas dans des conditions différentes, qu'il ne serait logique de conclure à la non existence accidentelle de tout phénomène chez un sujet, parce que ce phénomène ne se produirait pas toujours et à volonté sur le même sujet ou sur le premier venu. Les faits vitaux sont soumis à des conditions et s'observent dans des circonstances si variables, qu'il faut s'incliner devant la diversité des résultats, et non les repousser par leur opposition apparente. Telle est notre opinion sur la valeur logique du fait supposé : nous n'allons pas au-delà.

Le côté plaisant regarde les incrédules systématiques, et personnellement MM. Bouillaud et Dubois d'Amiens. M. Pigeaire porte à ces honorables membres un défi très raisonnable. Je vous invite, dit M. Pigeaire, à venir constater vous-mêmes à Montpellier la clairvoyance de ma fille : si l'expérience réussit, vous supporterez les frais de votre voyage; si elle manque, ils seront à ma charge. Avec ce terme seul, la partie n'eût pas été égale, car on ne dédommage pas à si bon marché le déplacement de deux académiciens. Jusque là MM. Dubois et Bouillaud ont eu raison de se récrier; mais ils se sont récriés trop tôt : ils ne connaissaient pas le second membre de la proposition. Ou bien, ajoute M. Pigeaire, je me rendrai à Paris avec ma fille : si l'expérience est telle que je l'ai annoncée, vous paierez les frais de notre voyage; si elle manque, le tout restera à ma charge. A cette provocation, tout le monde a ri dans la grave assemblée, excepté M. Dubois, qui y a vu une insulte à l'Académie. « L'état, c'est moi », a dit l'honorable membre. Mais le praticien de Montpellier a jugé l'affaire plus simplement : il a vu dans MM. Dubois et Bouillaud non l'Académie, mais deux ennemis quand même du magnétisme, deux incrédules endurcis, sur lesquels il s'est proposé de faire descendre la grâce. Je ne sais s'il acceptera la fin de non recevoir de M. Dubois, et s'il ne trouvera pas, comme nous, que les motifs dans lesquels sa dignité académique s'est retranchée font plus d'honneur à sa perspicacité qu'à ses convictions. Quoiqu'il en soit de cette difficulté, les faits constatés par M. Pigeaire n'en resteront pas là. Les termes du programme de M. Burdin, en spécifiant que les sujets devraient voir sans le secours de la lumière, plaçaient Mlle Pigeaire hors du concours. M. Burdin levera généreusement les difficultés : il se propose de présenter, dans la séance prochaine, une nouvelle rédaction et une simplification de son premier programme. De cette manière, l'Académie et la science sauront définitivement à quoi s'en tenir sur les faits annoncés par M. Pigeaire, sans qu'il en coûte un écu à M. Dubois d'Amiens.

Il me reste à vous parler, mon cher confrère, de quelques mesures nouvelles,

sentir et flairer; ces différences tiennent, ce me semble, uniquement à l'état passif ou actif des appareils musculaires indiqués.

Après avoir constaté la solidarité d'action de ces appareils, il est curieux d'étudier comparativement dans la circonstance opposée, c'est-à-dire, pendant le sommeil, les effets du lien sympathique qui paraît les unir; les puissances musculaires qui les constituent tombent alors dans le relâchement; ainsi, l'on cesse de cligner, de flairer et de s'opposer, par la contraction des muscles du voile du palais, aux vibrations que détermine contre lui le frottement de la colonne d'air, et c'est de la cessation d'action de ces muscles que dépend la possibilité du ronflement. Une observation importante se présente ici : le sommeil, ou la suspension de tous les phénomènes volontaires, ne peut, comme on le sait, avoir lieu qu'à la condition de l'absence plus ou moins complète de tout excitant extérieur; mais ces excitans n'exercent leur influence sur l'individu que par l'intermédiaire des sens; c'est pour cela qu'au moment où il éprouve le besoin du sommeil, l'homme cherche instinctivement à se mettre à l'abri de la lumière, du bruit, des variations de température, etc. Le relâchement des appareils musculaires surajoutés aux organes des sens contribue sans doute beaucoup alors à prévenir les impressions qu'ils pourraient sans cela transmettre involontairement jusqu'au cerveau. C'est ainsi que cesse le clignement et l'action de flairer, mouvemens que nous avons vu être si nécessaires à l'exercice intégral de la fonction sensoriale. Le sens de l'ouïe qui s'endort le dernier, se réveille le premier, et qui, dans l'intérêt même de l'individu, conserve, pendant le sommeil, la plus grande susceptibilité aux impressions venant du dehors, a été l'objet d'une précaution toute spéciale de la part de la nature : comme, en effet, cette susceptibilité si développée aurait pu empêcher le sommeil dans certains cas où la réparation qui en résulte est impérieusement réclamée par les besoins de l'économie, le frottement de l'air contre le voile du palais relâché donne lieu à un bruit qui n'est autre que le ronflement, et dont la persévérance et la monotonie contribuent à entretenir le sommeil en masquant les bruits extérieurs, et à la manière des chansons à l'aide desquelles on parvient à endormir les enfans. En admettant cette explication, le ronflement ne serait plus seulement l'indice, mais aussi la cause, du moins en partie, d'un sommeil profond; la coincidence entre ces deux faits est d'ailleurs établie par l'observation la plus vulgaire; et si, s'appuyant sur les causes finales, on voulait soutenir qu'une pareille suspension de l'ouïe exposerait le dormeur à subir l'action des causes de destruction qui l'entourent, nous ferions observer que le ronflement, quoiqu'il ne soit pas un phénomène pathologique, ne s'observe, ni chez tout le monde, ni constamment chez le même individu, mais qu'il accompagne en général un sommeil profond; que, par conséquent, dans les circonstances où le besoin d'un semblable sommeil se fait vivement sentir, il peut tout aussi bien entrer dans les vues de la nature de nous l'assurer par le moyen du ronflement, que de nous prémunir par l'absence de ce bruit contre les causes de destruction, puisque la sécurité qui en résulterait ne pourrait s'obtenir qu'en rendant le sommeil moins profond.

Le clignement cesse, avons-nous dit, pendant le sommeil; nous ne prétendons pas pour cela que l'orbiculaire soit alors dans le relâchement, et l'opinion généralement répandue que l'occlusion des paupières durant le sommeil tient uniquement au relâchement du muscle releveur, nous paraît au contraire fautive, puisque le globe de l'œil n'est qu'incomplètement recouvert dans les cas de blépharoptose par lésion de la troisième paire, et que d'un autre côté il reste à découvert pendant la nuit dans l'hémiplégie faciale. Ces deux ordres de faits me semblent de nature à prouver : le premier, que la contraction de l'orbiculaire est indispensable pour que les bords libres des paupières soient amenés jusqu'au contact, comme ils le sont dans le sommeil; le second, que cette contraction contribue par le fait à l'occlusion des paupières qui a lieu durant cet espace de temps. Mais, quoique bien réel, ce resserrement du muscle offre des caractères qui le distinguent de la contraction véritable, et dont nous ne pouvons mieux donner une idée qu'en renvoyant à ce qu'a dit de cet état particulier M. Bérard (article Anns du diction. en 25 vol.)

2° La distribution du nerf facial aux muscles de ces appareils n'a certainement pas pour seul objet de les unir entre eux par le lien dont nous venons de citer des exemples : les sens sont destinés à nous mettre en rapport avec le monde extérieur, et, pour remplir cette fonction, leur action devait rester soumise à la volonté, afin que les impressions fussent recherchées ou évitées, suivant leur plus ou moins de convenance avec l'individu qui les éprouve; aussi voyons-nous l'exercice des appareils musculaires que nous avons indiqués comme propres à activer la fonction sensoriale, s'effectuer dans les circonstances ordinaires sous l'empire de la volonté. Mais la respiration devant, dans l'intérêt même de son intégrité, être susceptible de se laisser modifier, et cela quelquefois d'une manière instantanée, suivant les propriétés diverses des agens extérieurs qui nous entourent; comme, d'un autre côté, leur nature bienfaisante ou nuisible ne peut nous être connue que par l'intermédiaire des sens, il fallait qu'une sympathie étroite unît l'action de ces sens avec la fonction de la respiration. Le degré d'influence exercé par la volonté sur les appareils annexés aux organes des sens est, comme on le voit, difficile à bien déterminer d'une manière générale; néanmoins, la distribution exclusive du facial à ces appareils, ses nombreuses anastomoses avec les autres branches nerveuses du système respiratoire, autorisent à penser que c'est à lui qu'est dévolue la fonction de soustraire les organes des sens à l'empire de la volonté, dans les cas où leur exercice doit nécessairement s'opérer d'une manière instinctive. Or, ces cas se rencontrent fréquemment : ce sont tous ceux où les propriétés des corps placés à notre portée sont de nature à entraver le jeu de la respiration. L'impression première qui nous avertit du danger qui menace l'existence s'étant transmise sans la participation des appareils annexés, ceux-ci commencent aussitôt à fonctionner plus activement pour favoriser l'examen du corps dont on redoute l'approche, en même temps que la respiration se trouve accélérée et ralentie suivant l'imminence ou la présence du danger.

C'est surtout avec les sens de l'olfaction et de l'ouïe que la respiration paraît avoir les rapports les plus intimes; car, si l'on veut bien relire ce que nous avons dit, en commençant, à l'occasion de chacun de ces sens, on reconnaîtra qu'il est impossible de flairer ou d'écouter avec attention, sans que le courant d'air qui s'introduit dans la poitrine au moment de l'inspiration, et, par conséquent, sans que l'inspiration elle-même éprouve les modifications les plus sensibles. Tout dépose donc en faveur de notre assertion, et semble prouver l'existence d'une certaine corrélation entre l'action des sens et l'exercice de la respiration, corrélation au moyen de laquelle ces différentes fonctions peuvent, dans quelques circonstances particulières, s'influencer d'une manière réciproque, sans le secours de la volonté.

L'éternnement, qui n'est autre chose que l'action spasmodique de tous

---

qui doivent régler l'ordre et la distribution des séances de l'Académie de médecine. Depuis que cette compagnie a sacrifié au goût du siecle pour l'art oratoire, la plus grande partie de ses séances est employée à l'escrime parlementaire. On improvise aujourd'ui, dans la rue de Poitiers, avec autant de chaleur et d'éloquence sur l'orchite blénorrhagique et les purgatifs qu'on le fait à l'Elysée-Bourbon sur les questions d'état les plus élevées. Ce progres a certainement son mérite et son agrément. Toutefois les hommes graves qui veulent conserver à l'Académie quelque chose de son decorum et de ses attributs ont demandé qu'il y eût des séances et des heures de séances consacrées à la discussion et aux lectures. Je vous donnerai une idée de l'utilité de cette mesure en vous disant que bon nombre de de nos confréres, inscrits depuis plus de dix-huit mois pour lire des mémoires, n'ont pu obtenir la parole. Pourquoi ne pas faire à l'Académie de médecine comme à l'Académie des sciences, diviser chaque séance en trois parties, l'une pour les lectures étrangéres, la seconde pour celles des membres de la compagnie, et la troisiéme pour la correspondance? En fixant, d'une part, à quinze ou vingt minutes la durée de toute lecture étrangére, et en augmentant la durée des séances, ou en faisant deux séances supplémentaires chaque mois, mais à jour fixe et convenu une fois pour toujours, on conciliera tous les besoins, ceux de la science, ceux de l'Académie et ceux de la medecine oratoire. Je vous ferai connaitre, mon cher confrére, ce qu'il aura plu à nos immortels de décider sur chacun de ces points.

— Le conseil général des hospices, toujours empressé d'accueillir ce qui peut intéresser la santé publique, vient de réaliser le vœu exprimé par la commission de médecins et de chirurgiens des hôpitaux, qu'il avait chargée de vérifier les nouveaux moyens proposés par M. le docteur Donné pour apprécier les qualités du lait des nourrices et en constater les altérations; il a provisoirement autorisé ce médecin à faire l'examen du lait des nourrices de la direction rue Ste-Appolline, par l'application de sa méthode; c'est une garantie de plus offerte aux familles pour la bonne constitution et la santé de leurs enfans; en effet, le rapport de la commission confirme en tout point les faits signalés par M. Donné, et il reconnait « que les bonnes et les mauvaises qualités du lait, sa pauvreté ou ses richesses nutritives, peuvent être appréciées au moyen du microscope, aidé de quelques réactifs chimiques; que cette appréciation était impossible jusqu'ici, et que l'ouvrage de M. le docteur Donné, en remplissant une lacune importante, satisfait à un besoin senti depuis long-temps par les praticiens; qu'enfin, il est à désirer que l'administration des hôpitaux puisse mettre à profit les résultats de l'expérience de M. Donné dans les établissemens qui lui sont confiés, et la commission fait des vœux pour que les difficultés qui pourraient s'élever à cet égard soient promptement levées. »

les muscles du système respiratoire est constamment précédé, et s'accompagne, même malgré nous, de clignotement et de tremblotement des lèvres et des ailes du nez; l'intervention du facial dans ce cas me semble prouvée par cette observation que j'ai bien des fois répétée; savoir que, pour éviter l'éternuement, il suffit de frictionner vivement, lorsqu'on éprouve le besoin de s'y livrer, une des parties auxquelles se distribue le facial, soit les paupières, l'extrémité du nez, les lèvres, ou le voile du palais à sa base, soit même le tronc de ce nerf au-devant du conduit auditif externe (1).

Ainsi, pour nous résumer :

1° Chacun des organes des sens de la vue, de l'odorat et de l'ouïe est pourvu d'un appareil musculaire.

2° Le nerf facial tient cet appareil sous sa dépendance exclusive.

3° L'action de cet appareil, sans être indispensable à l'exercice du sens, sert néanmoins à lui donner toute l'énergie dont il est susceptible.

4° Cet appareil agit tantôt volontairement, tantôt sans la participation de la volonté.

5° Dans le premier cas, c'est par son intervention que les actes de voir, entendre, *sentir*, sont convertis en ceux de regarder, écouter, flairer.

6° Dans le dernier cas, son action est principalement mise en jeu par le besoin instinctif de protéger la respiration contre les agens extérieurs que les sens jugent capables de nuire à cette fonction.

7° La distribution du facial aux orifices du nez et de la bouche, ainsi qu'à tous ces appareils, semble avoir pour but, d'abord de les lier étroitement entre eux, puis d'assurer cette sympathie qui les unit à la respiration, sympathie d'où résulte pour cette fonction une protection importante.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS.

I. JOURNAL DER CHIRURGIE UND AUGEN-HEILKUNDE; von GRAEFE und WALTHER.

Le quatrième cahier du 25e volume et le premier du 26e contiennent les articles originaux suivans : 1° *Sur les cliniques chirurgicales des hôpitaux de Paris*, par le docteur Bloest; 2° *Sur l'appareil de Gohier pour le traitement des fractures sur le col de fémur*, par le docteur Nevermann; 3° *Observations médico-chirurgicales pendant l'année 1831-1832*, par le professeur Balling; 4° *Description de l'appareil de Himly, perfectionné par W. Scheinlein, pour faire des douches dans les yeux*, par le docteur Foodt de Münich; c'est un appareil de luxe, qui ne présente aucun avantage pratique sur le clyso-pompe; 5° *Description d'un appareil très simple pour donner des douches dans les yeux*, par le docteur E. Graefe, de Berlin; c'est un syphon en verre, à l'extrémité duquel est adapté un tube flexible en gomme élastique; 6° *Sur l'influence favorable du climat et du soleil de Venise dans le traitement des scrofules et de la phthisie scrofuleuse*, par le docteur Brera, traduit du français par le docteur E. Graefe; 7° *Sur les eaux minérales de Rocoaro*, par le même; 8° *Episiorrhaphie, suivie de guérison*, par le docteur Koch, de Munich: on a préféré la suture enchévillée à la suture simple; 9° *Statistique sur les hernies*, traduit de l'anglais par le docteur Michaelis, de Berlin; 10° *Sur les luxations du fémur et le mérite pratique du procédé de Waltmann dans la réduction de ces luxations*, par le professeur Hinterberger; 11° *Sur la nomenclature et la classification pharmaceutique de Béral*; 12° *Description d'un appareil à suspension perfectionné pour le traitement des fractures de la jambe*, par le docteur Roekn; nouvel appareil inutile; 13° *Observations de médecine*, par le docteur Gottel; 14° *Sur les suites pernicieuses de l'usage immodéré de l'eau-de-vie*, par le docteur Starke. Beaucoup de développemens pour dire que l'ivrognerie est nuisible; 15° *Observations pratiques*, par le docteur Erdmann.

OBSERVATIONS SUR LES PLAIES EN GÉNÉRAL; par le professeur BALLING, à Würzbourg.

M. Balling cherche à démontrer, dans un long article, que l'inflammation n'est pas indispensable pour la cicatrisation des plaies; bien plus, il soutient que, quand elle existe, elle l'entrave et doit être combattue pour favoriser la guérison. Il appuie cette proposition sur des observations cliniques et des expériences faites sur des animaux. La réunion des plaies, selon lui, se fait de trois manières distinctes: 1° par simple adhésion; 2° par agglutination au moyen d'une lymphe plastique, qui s'épanche entre les deux lèvres de la plaie, et 3° par suppuration et granulation. Dans le premier cas, les symptômes de l'inflammation manquent complètement, parce que, lors de l'adhérence qui s'effectue quelquefois au bout d'une heure, on n'observe ni rougeur, ni chaleur, ni tumeur. Dans le deuxième cas, il y a bien quelquefois apparence d'inflammation; mais cette lymphe plastique n'est pas le produit d'un travail inflammatoire; c'est une séparation directe de la fibrine du sang. Dans le troisième cas, il se forme des tissus nouveaux, nerfs et vaisseaux, qui établissent la cicatrice; mais la production de ces tissus nouveaux, dont le mode de formation est complètement ignoré, n'a lieu qu'autant que l'inflammation est apaisée. Après ces propositions, il passe en revue les tissus dans lesquels il a observé ces différens modes de cicatrisation sans l'intervention de l'inflammation. Ce qui nous a paru le plus frappant, c'est la réunion immédiate de deux bouts d'artères sans inflammation de leurs lumières, vu qu'un caillot s'était déjà formé dans l'un des deux bouts. L'auteur a aussi fait des expériences sur des lapins et des oiseaux pour constater de quelle manière des nerfs coupés se rétablissent, et il en résulte que, dans des circonstances rares, les deux bouts bien affrontés se réunissent immédiatement; le plus souvent la réunion a lieu au moyen d'une substance intermédiaire, dans laquelle on peut distinguer, au moyen de la loupe, des fibres nerveuses. M. Balling fait suivre ces considérations générales d'un grand nombre d'observations tirées de la clinique, qui ne contiennent absolument rien de saillant.

FISTULE COMMENÇANT AU BORD SUPÉRIEUR DE L'OMOPLATE ET DESCENDANT LE LONG DU DOS JUSQU'AU PSOAS; par le docteur ERDMANN, de Dresde.

OBS.—Une fille de 20 ans, dont la mère, les frères et sœurs sont morts phthisiques, éprouva, pendant plusieurs années de la dyspnée, des hémoptysies, des douleurs à la poitrine et aux bronches, qui rendaient la marche pénible. La fièvre hectique était évidente. Un abcès se forma entre les deux épaules; celui-ci étant ouvert, on découvrit une fistule s'étendant le long des muscles du dos jusqu'au psoas. A l'aide de la compression, on fit sortir tous les jours une quantité très considérable de pus. On fit des injections avec une décoction aromatique unie à la myrrhe et au vinaigre; mais on n'osa pas fendre le canal, de peur de tomber dans la cavité abdominale. Ces injections ayant favorisé la sortie du pus, il devint possible à la malade de se redresser et de marcher sans gêne, ce qu'elle n'avait pas pu faire auparavant, et autant de fois que le pus s'accumulait de nouveau, elle était obligée d'avoir les cuisses fléchies sur le tronc. Cet état, qui dura pendant deux ans, se termina par une guérison complète, en ce que le canal diminua de longueur et se ferma peu à peu. La malade, depuis ce temps, jouit d'une santé florissante, se fortifia et se maria.

II. HUFELAND'S JOURNAL DER PRACTISCHEN HEILKUNDE, continué par OSANN.

Les cahiers de septembre et octobre contiennent les articles suivans: 1° *Observation d'une accumulation extraordinaire de graisse*; par le docteur Alexandre; 2° *Sur la constitution de Zunebourg*; par le docteur Fischer; 3° *Ischurie paralytique (maladie de Bright?)*; par le docteur Horst; contre laquelle on a employé avec un succès remarquable le seigle ergoté, tandis qu'une foule d'autres moyens sont restés sans effet. L'individu, âgé de 72 ans, est mort d'une apoplexie. L'autopsie n'a pas été faite; 4° *Sur l'emploi de l'hydrochlorate d'étain*; par le docteur Schlesinger; 5° *Sur le changement de composition des élémens de l'urine par l'usage de différens remèdes*; par le docteur Vetter (rien de saillant); 6° *Sur le choléra à Berlin* pendant 1837; par le même; 7° *Sur l'emploi interne de l'acétate de plomb*; par le docteur Malin. L'auteur dit avoir employé avec quelque succès ce médicament dans la gangrène primitive du poumon, dans la phthisie et les hémorragies passives (GAZ. MÉD., p. 27, 1835, et p. 710, 1837, etc., sur le même sujet); 8° *Sur l'inflammation du nerf vague*; par le docteur Rosch; 9° *Observations pratiques*; par le docteur Mehlhore (rien de marquant); 10° *Variétés*.

OBSERVATION D'UNE ACCUMULATION EXTRAORDINAIRE DE GRAISSE; par le professeur ALEXANDRE, d'Utrecht.

OBS.—M. N., officier d'état-major, âgé de 40 ans, de taille moyenne, gras, figure jaunâtre, souvent brun jaunâtre, tantôt brusque, colère; tantôt triste, mélancolique, avec sentiment d'une mort prochaine; en général, paresseux de corps, se plaignit souvent d'affections spasmodiques très vagues. N. mangeant et buvant beaucoup, préférait des alimens lourds et gras; à plusieurs reprises, il avait subi des traitemens mercuriels plus ou moins réguliers. Pendant l'été, le malade se plaignit d'une douleur à la poitrine gauche, ayant son siége principal dans les muscles, et s'étendant jusqu'aux extrémités supérieures, et qui fut regardé par plusieurs médecins comme étant de nature rhumatismale. Les digestions étaient difficiles; le malade, toujours très inquiet, croyait avoir une

(1) On pourrait utiliser ces notions pour prévenir l'éternuement après certaines opérations sur les suites desquelles il a quelquefois une influence fâcheuse, telles que celle du bec de lièvre, la staphyloraphie, l'abaissement de la cataracte, l'introduction d'une canule dans les voies lacrymales, les autoplasties de la face et du cou, etc.

hydropisie de poitrine. Ces différentes affections, diminuées par l'emploi des sudorifiques, devinrent plus intenses au commencement de l'hiver. Le malade, toujours agité, croyait mourir à la plus légère indigestion, et pourtant il commit très souvent des écarts de régime qui, deux fois, le rendirent bien malade. Depuis ce moment, il paraissait jouir d'une bonne santé; mais pourtant il continua à se plaindre de douleurs et de pression sur la poitrine, et sa respiration était extrêmement courte; après avoir mangé, il lui semblait que l'estomac était tiré avec force en bas. Le malade, ne faisant aucun exercice après des repas toujours copieux, eut encore souvent des indigestions. Au mois d'avril de l'année suivante, il consulta de nouveau M. Alexandre, qui, même cette fois-ci, après l'avoir examiné avec soin, regarda la douleur de N. comme rhumatismale, accompagnée d'un désordre des organes digestifs; et, à cet effet, il recommanda un traitement anti-rhumatismal, un vésicatoire au bras, puis de l'exercice, mais en vain; le lendemain, M. Alexandre fut appelé auprès du malade pour une indigestion, suite de débauche. Au moyen d'un purgatif, il fut soulagé. Comme le malade, légèrement habillé, se trouvait dans une chambre froide, et qu'il se plaignait de différentes douleurs, on prescrivit des sudorifiques et un vésicatoire loco dolente. Tous ces moyens furent très incomplétement employés; comme il eut des vomissemens, on lui fit prendre des calmans, et on appliqua de nouveau un vésicatoire. N., se plaignant de tiraillemens sur la poitrine et d'oppressions, avait une respiration régulière et assez libre; le pouls fréquent n'était ni plein, ni irrégulier. Au reste, rien d'anormal; les vomissemens avaient encore continué; le malade, qui se trouvait le plus oppressé vers le soir, est mort subitement.

Autopsie. Les reins, les hanches et la circonférence du bassin étaient absolument ceux d'une femme; les membres très musculeux et le corps bien nourri. En ouvrant la poitrine, on trouva à droite une forte couche de graisse; le poumon en entier adhérait complétement à la plèvre costale dont on ne pouvait le séparer qu'avec beaucoup de peine; le poumon gauche adhérait moins fortement; la substance pulmonaire était au reste saine; le médiastin antérieur était rempli de graisse, et le diaphragme en était complétement couvert; le péricarde couvert par deux grands morceaux de graisse contenait peu de liquide; le cœur était gros et enduit de graisse; les vaisseaux très distendus; dans la cavité du cœur il y avait des polypes graisseux qui s'étendaient jusque dans les gros vaisseaux; la graisse qui remplissait pour ainsi dire toute la poitrine était en quelques endroits aussi molle et liquide que de l'huile.

Abdomen. Une couche épaisse de graisse de consistance ordinaire couvrait le péritoine qui lui-même était changé en une masse de graisse difforme et pesante; ainsi le mésentère, les plis des gros intestins étaient remplis de graisse; la vessie en était couverte, et il n'y avait pas la moindre place, dans toute la cavité abdominale, où cette substance ne se trouvât; le pancréas, les reins avec les uretères étaient enfouis dans la graisse; le foie, très grand, avait une vésicule extrêmement petite; le rein était petit; les intestins sains; la tête ne fut pas ouverte.

Le résultat remarquable de cette autopsie cadavérique explique les affections si énigmatiques qu'on a observées pendant la vie; ainsi la masse graisseuse qui entourait le cœur et qui remplissait, pour ainsi dire, toute la poitrine, donnait évidemment lieu à ce sentiment d'oppression et d'anxiété qui tourmentait le malade; le tiraillement de l'estomac après avoir mangé doit être attribué à l'immense pesanteur du péritoine. La fonction respiratoire gênée et le manque de mouvement nous rendent compte du grand développement du foie, comme nous le voyons tous les jours sur des animaux qui sont mis dans ces conditions. Cette observation ressemble sous plusieurs rapports à une autre bien plus curieuse encore rapportée par Zimmermann. (*Traité de l'expérience en général*, trad. de l'allemand par Le Febvre de V. Paris, 1817, t. I, lib. III. ch. IV, p. 271.)

Sur l'emploi de l'hydrochlorate d'étain; par le docteur Schlesinger, à Stettin.

L'auteur, qui dit avoir expérimenté ce médicament pendant plusieurs années, le signale comme un calmant du système nerveux; en outre, il agit efficacement contre certaines dyscrasies de la peau. Il est contre-indiqué dans tous les cas qui sont accompagnés de fièvre, d'une affection gastrique et d'une grande instabilité de tout le système nerveux. M. Schlesinger l'a administré ordinairement à la dose d'1/16 — 1/4 de gr. à prendre 3 à 4 fois par jour; ou une solution d'un gr. dans un gros d'éther hydro-chlorique à prendre 5 gouttes 3 à 4 fois par jour, en augmentant tous les jours de quelques gouttes jusqu'à la dose de 2 gr. En prenant une plus forte dose, le pouls devint plus plein, et il se manifesta un sentiment de chaleur dans l'estomac. Chez quelques malades, les spasmes augmentèrent, et les affections cutanées se développèrent davantage; mais ces symptômes disparurent après quelques jours. Cette réaction était toujours d'un augure favorable. Tous les malades se sont plaints d'une sécheresse de la bouche; avec ce symptôme, on doit abandonner le médicament ou au moins diminuer la dose. L'auteur fait suivre ces considérations par trois observations.

Obs. I. — Un jeune homme de 22 ans, toujours bien portant, fut maltraité par son père devant des étrangers. La honte et la colère l'exaspérèrent au point qu'il se jeta à l'eau, dont il fut immédiatement retiré. Quelques jours plus tard, il fut atteint d'accès d'épilepsie précédés 10-15 minutes par les symptômes suivans : le malade devint tout à coup complétement rouge à la figure, il commença à délirer, ses yeux roulèrent dans l'orbite, et il tomba dans un état cataleptique qui dura deux minutes, et après survinrent des crampes épileptiques épouvantables. Des purgatifs, des vomitifs, des sudorifiques et un grand nombre d'autres moyens restèrent sans effet. Cet état avait déjà duré dix mois, lorsqu'on prescrivit un gros d'hydrochlorate d'étain dan un gros d'éther hydrochlorique; on commença à faire prendre 5 gouttes 3 à 4 fois par jour, et, dans la quinzaine, cette dose fut portée successivement à 20 gouttes; puis on prescrivit une décoction de quinquina et une diète convenable. Les symptômes de réaction indiqués ci-dessus se déclarèrent; les spasmes devinrent plus forts, et la corps se couvrit d'une éruption miliaire. En augmentant encore la dose, tous les symptômes diminuèrent, et au bout de cinq semaines de traitement, le malade fut complétement guéri; et, depuis ce moment, c'est-à-dire depuis plusieurs années, il n'a plus ressenti le moindre vestige de la maladie.

Obs. II. — Une femme de 38 ans était affectée depuis un temps assez long d'une dartre crustacée aux mains et souvent à la figure; l'éruption devint plus forte pendant l'époque menstruelle; mais surtout au printemps et en automne. Elle était quelquefois d'un aspect hideux; alors il se déclara de la fièvre; les mains et la figure devinrent rouges comme dans la scarlatine; la tension de la peau forte, et après un violent prurit, des croûtes se formèrent et furent suivies de repos. Une foule de moyens furent employés par différens médecins contre cette affection, entre autres le traitement par abstinence. Pendant plusieurs années, elle fréquenta les eaux de Tœplitz, et, dans l'intervalle, elle fit usage des bains de soufre, et ce n'est que ce dernier moyen qui apporta quelques soulagemens à la malade. Enfin, on eut recours à l'hydrochlorate d'étain : au bout de trois semaines de traitement, les dartres augmentèrent considérablement; mais après cinq semaines, la peau était nette et polie, et, au grand étonnement du médecin, la malade resta complétement guérie.

Obs. III.—Un homme de 50 ans, toujours bien portant et d'une constitution robuste, eut un matin au lit, sans cause connue, de violens spasmes de presque tous les muscles du corps, très douloureux, et qui, de temps en temps, augmentèrent en intensité. Ces accès, d'une certaine périodicité et d'un quart d'heure de durée à peu près, étaient suivis d'un sentiment de froid général; souvent ils ne se manifestaient pas pendant quinze jours, et étaient remplacés de temps en temps par un sentiment de fourmillement, surtout aux extrémités. A chaque accès, les battemens de cœur étaient forts, et en appliquant la main sur cet organe, on éprouvait distinctement un fort tremblement spasmodique; par l'auscultation, on entendait un râle crépitant et un bruissement dans la région du cœur; pendant ces mêmes accès, la déglutition était difficile; vers la fin du paroxisme, le malade avait un larmoiement involontaire et une forte transpiration. Excepté une grande faiblesse pendant le reste de la journée, les autres fonctions étaient à l'état normal. Pendant bien long-temps, on essaya sans succès différens médicamens contre cette affection évidemment nerveuse, et ce n'est qu'après avoir employé pendant un temps assez long l'hydrochlorate d'étain que le malade fut un peu soulagé; les accès devinrent plus rares et moins violens. Depuis ce temps, on fit usage de bains minéraux qui n'ont pas guéri le malade.

Dans ce cas, l'hydrochlorate d'étain n'a pas été suivi d'un succès très marqué; mais au moins on a obtenu par lui plus de soulagement que par aucun autre remède.

Sur l'inflammation du nerf vague; par le docteur Rosch, médecin à Schwenningen.

L'auteur de cet article, si avantageusement connu par ses travaux sur la pathologie humorale, commence par observer avec raison qu'on n'est pas d'accord sur la valeur du mot inflammation, et s'il y a un excès à craindre, c'est plutôt celui de trop étendre l'acception du mot; puis il cite un cas qu'il considère comme une inflammation du nerf vague; sans méconnaître une affection de ce nerf, nous ne voudrions pas affirmer avec certitude si les symptômes observés dans les organes où se distribue le nerf vague, dénotent plutôt une vraie inflammation qu'une simple névrose.

Obs. — Andréas G., domestique à Schwenningen, fut attaqué le 28 juin 1833, à huit heures du soir, par plusieurs individus, frappé et laissé sans connaissance sur le pavé; il fut porté dans la maison de son maître, qui était à 400 pas de cet endroit, et à neuf heures M. Rosch le trouva sans connaissance, la figure et la chemise étaient tachées de sang. Pour examiner les plaies de la tête, on lui coupa les cheveux. Pendant cette opération, le malade ouvrit les yeux ignorant d'où il venait, ce qui se passait et voulant partir; mais quoiqu'il affirmât être tout-à-fait bien, il poussait de temps en temps des gémissemens et portait la main à la tête sur laquelle on trouva douze blessures faites par un instrument tranchant, mais qui n'avait pas entamé les os; il y avait quelques plaies très légères aux mains. Le pouls, au commencement petit, devint toujours plus plein, et la figure rouge, le malade, les yeux hagards, parlait beaucoup sans suite (large saignée, sang normal, fomentations froides sur la tête rasée). Le malade, après avoir déliré pendant la nuit, devint tranquille vers le matin et reprit sa pleine connaissance.

A la visite du médecin, celui-ci nota les symptômes suivans :

Douleur dans la tête qui était chaude, pouls fréquent mais pas dur, figure rouge, soif, appétit nul, langue un peu sèche (émulsion avec nitre). A midi : douleur obtuse dans la poitrine, sentiment de constriction, respiration sèche, toux très rare, vertiges très forts, voix très faible, fièvre peu intense.

Les plaies de la tête et des mains commencèrent à se cicatriser. Le malade se souvenait alors qu'un de ses ennemis lui avait sauté sur la poitrine où on ne découvrit aucune lésion.

Le 30, oppression de poitrine plus forte, douleurs de tête moindres, peu de fièvre. Au soir, exacerbation très prononcée, mal de tête, forts vertiges.

Pendant toute la maladie, G. était tantôt découragé et abattu ; tantôt plein d'espérance (six boules d'un gr. de colomel chaque; une toutes les deux heures.) Les fomentations froides furent continuées. Le malade eut plusieurs selles et se trouvait bien soulagé. Vers le soir, nouvelle exacerbation.

Il y avait quelque chose de périodique dans les phénomènes Le premier juillet, douleurs très fortes au côté gauche de la poitrine, respiration et pulsation du cœur à l'état normal. Appétit nul, langue presque nette, un peu sèche. Au soir, exacerbation, céphalalgie intense.

Le 2, sangsues à la tête, potion avec nitre et sel ammoniac. Pour la première fois sommeil pénible pendant quelques heures de la nuit.

Le 3 au matin, état très satisfaisant, fièvre presque nulle, plus de céphalalgie, mais encore douleur de poitrine.

Le 4, à l'oppression et au sentiment de pesanteur se joignaient des douleurs pongitives traversant le côté gauche de la poitrine, s'étendant jusqu'au bas, ventre et ne s'augmentant qu'à peine par la pression. Toux presque nulle plus de fièvre, ni de céphalalgie, mais vertiges toujours très forts. A la suite de seize sangsues appliquées au côté gauche de la poitrine, les douleurs avaient presque complètement disparu. Nuit très bonne.

Le 5, toux violente, accompagnée pendant quelques heures d'une expectoration facile et non douloureuse d'une grande quantité de sang rouge mêlé à des mucosités. Voix plus faible qu'auparavant, pas de fièvre. A deux heures de l'après-diné, il fut atteint subitement d'un accès d'asthme et d'aphonie qui dura au moins un quart d'heure. Le médecin, appelé aussitôt, trouva le malade très pâle, la respiration très brève et fréquente, son pouls très petit et irrégulier. On lui donna une cuillerée de vin, et on appliqua des sinapismes sur la poitrine et les extrémités; mais avant leur action le malade respira plus librement et parla à voix basse. D'après son dire et les personnes qui l'entouraient, l'accès avait commencé par un sentiment de froid aux extrémités supérieures surtout à gauche avec perte complète de sentiment ; les yeux étaient dirigés en haut, les membres tendus, et on remarquait de longs spasmes aux extrémités supérieures. Le malade, toujours en pleine connaissance, était un peu troublé au commencement de l'accès ; les extrémités, la poitrine, et en général tout le corps était remarquablement froids. Après l'accès, la respiration devint libre, plus de toux ni d'expectoration, figure plus colorée, pouls plus plein, plus fréquent et plus régulier (Décoc. de racine de senega avec inf. de fleur d'arnica et d'acide nit. dulci); mais avant l'arrivée des médicamens, le malade eut un pareil accès au bout d'une heure (sinapisme, un peu de vin).

Le 6 au matin, nouvel accès, mais plus faible. Dans l'intervalle de ses attaques existait une oppression de poitrine non douloureuse; la voix était très basse, la peau fraîche même à une température très élevée et au lit, la toux rare et le pouls contracté. A la suite d'une consultation avec M. le docteur de Grass on prescrivit une infusion de fleur d'arnica avec sel ammoniac; sans cause apparente, le malade entra en convalescence; les vertiges disparurent, l'appétit revint, le sommeil était tranquille. L'oppression de poitrine accompagnée de temps en temps de douleurs pongitives surtout pendant le travail et une légère toux persistaient plus long-temps.

Le 18, on ordonna la dernière potion de sel ammoniac avec extrait de chardon bénit. Huit jours après, le malade fut complétement guéri.

III. GAZETTE MÉDICALE DE BERLIN.

SUR LES DÉCHIRURES DU PÉRINÉE CHEZ LA FEMME; par le professeur DIEFFENBACH.

Le nouveau travail du célèbre chirurgien de Berlin, que nous donnons ici presque en entier, se rattache à un autre bien plus long sur les fistules vésico-vaginales, publié dans le même journal en 1836, et dont nous aurons probablement occasion de parler sous peu.

La déchirure du périnée, ordinairement causée par des accouchemens laborieux ou des manœuvres maladroites, ne devient l'objet de soins chirurgicaux que lorsqu'elle est considérable et donne lieu à des accidens graves. On tient ordinairement peu compte des petites fissures, et on en abandonne la guérison aux seules forces de la nature, en recommandant toutefois le rapprochement des parties, le repos et la propreté. Lors même que le périnée est rompu dans sa plus grande étendue, on se repose encore sur les soins de la nature tant que la rupture du sphincter de l'anus ne fait pas craindre la sortie involontaire des gaz et des matières fécales; mais si l'on examine des femmes dont le périnée largement déchiré a été cicatrisé, on peut s'assurer que la nature n'a pas procédé d'une manière extrêmement satisfaisante. Les bords de la plaie ne s'agglutinent pas, mais ils se raccourcissent; les lèvres de la vulve se rapprochent de l'anus, le périnée devient plus petit et l'entrée de la vulve d'autant plus grande. De plus la totalité des parties semble se retirer vers le coccix; l'anus lui-même en paraît plus rapproché, parce que la résistance que les parties placées au-devant de lui opposaient aux fibres de son sphincter, a cessé, on ne s'en assure jamais mieux que quand on regarde la femme par derrière et debout. Dans les grandes déchirures du périnée auxquelles participe l'anus, une partie du rectum et la paroi postérieure du vagin, il se forme un cloaque dont les parois latérales sont parallèles et dures, et ne sont en rapport qu'avec la paroi postérieure du rectum restée intacte et froncée. Dans les cas récens, on rencontre les lèvres de la vulve fortement situées en arrière; avec le temps ce tiraillement devient moindre, parce que l'anus se reporte en avant, n'étant plus retenu en arrière par les fibres du sphincter.

De petites déchirures n'ont d'autres inconvéniens que de rendre le coït moins désirable; des grandes donnent lieu à des hernies; tantôt ce ne sont que quelques replis du vagin qui font saillie; d'autresfois c'est l'utérus lui-même; d'autres fois, c'est la paroi antérieure du rectum, et enfin la cloison vésico-vaginale. Les gaz s'échappent plus facilement, et les diarrhées deviennent plus pressantes. Les incommodités ne sont que légères, et on les supporte d'autant plus volontiers qu'elles sont cachées; mais lorsque la rupture du périnée s'étend au vagin, à l'anus et au rectum pour ne former qu'une seule cavité, cette maladie devient très pénible. Les matières fécales solides peuvent être retenues, mais les gaz et les selles liquides s'écoulent involontairement, et salissent les parties génitales et le linge. Les personnes affectées de cette infirmité deviennent par là bien plus dégoûtantes que si elles avaient une fistule vésico-vaginale, quoique sous d'autres rapports celle-ci soit bien plus grave.

M. Dieffenbach, qui a publié il y a quelques années un travail sur cette matière, s'en est occupé depuis, et nous communique aujourd'hui le résultat de ses nouvelles recherches; mais avant de donner ces observations, il exprime le vœu de voir les praticiens porter plus d'attention qu'on ne le fait communément aux petites déchirures du périnée, et de ne pas les abandonner aux seuls efforts de la nature, parce que des plaies du périnée qui se sont cicatrisées sans agglutination des bords rendent la vulve très ample, et il est très facile d'apprécier tous les inconvéniens de cette dernière circonstance.

OBS. I. — Une jeune femme primipare, âgée de 26 ans, ayant les parties génitales très étroites, fut atteinte d'une déchirure du périnée de la largeur d'un pouce. La lésion avait eu lieu six heures avant mon arrivée. La plaie étant lavée et débarrassée des caillots de sang qui la recouvraient, j'appliquai trois sutures, la moyenne entortillée, les deux autres en anse. De fréquentes lotions avec de l'eau tiède furent recommandées, et la plaie recouverte de charpie trempée dans une solution de sous-acétate de plomb. Le gonflement des parties postérieures des grandes lèvres disparut au bout de quelques jours. J'enlevai la suture en anse le troisième jour, et le quatrième la suture entortillée. La réunion immédiate s'était opérée.

OBS. II. — Une femme de 30 ans, d'une bonne constitution, eut, lors de son cinquième accouchement, une déchirure du périnée, de l'étendue d'un pouce et demi. Je fus appelé auprès de la malade dix heures après l'accident. La plaie qui était remplie de caillots de sang fut lavée. Quatre sutures furent appliquées, deux en anse et deux entortillées. Le traitement fut du reste le même que dans le cas précédent. Le quatrième jour, les bords de la plaie paraissaient réunis sans la commissure postérieure dont la suture avait déchiré les bords. Les trois autres furent laissées en place jusqu'au cinquième jour. Pendant une semaine entière, les genoux furent maintenus rapprochés. Après ce temps la réunion paraissait être solide. L'ouverture linéaire de la commissure se cicatrisa par granulations charnues, et les parties génitales recouvrèrent leur forme naturelle.

OBS. III. — Une jeune domestique, âgée de 22 ans, occupée à nettoyer des fenêtres, tomba de la hauteur de quelques pieds avec les parties génitales sur le coin d'un dossier de chaise. Les parties génitales étaient fortement gonflées, ecchymosées et éraillées; le vagin rempli de sang coagulé, et le côté gauche du périnée offrit une déchirure de la longueur d'un pouce. Deux sutures entortillées furent appliquées, et un traitement antiphlogistique vigoureux mis en usage. Des sangsues furent appliquées en grand nombre à plusieurs reprises, et les parties malades recouvertes de fomentations froides. L'inflammation diminua promptement. Le quatrième jour on put retirer la première aiguille, et le cinquième la seconde. La cicatrisation était complète. Un gonflement œdémateux persista néanmoins pendant quelques semaines, et céda aux applications d'une infusion de camomille unie à l'extrait de saturne.

OBS. IV. — Une jeune dame de 24 ans eut les parties génitales déchirées et meurtries dans différens endroits par un vase de nuit qui s'était brisé sous elle. Les grandes lèvres présentaient plusieurs plaies; l'une d'elles était presque entièrement divisée; un grand lambeau en était détaché, et la plaie de la longueur d'un pouce environ s'étendait jusqu'à la partie moyenne du périnée. Le vagin, duquel je retirai plusieurs débris du vase, était divisé en plusieurs endroits. La malade que je trouvai en syncope à mon arrivée avait perdu beaucoup de sang. Après avoir lavé les différentes plaies et débarrassé le vagin des fragmens de porcelaine, j'appliquai des sutures en anse en assez grande quantité dans l'intention de réunir les plaies les plus profondes et de maintenir les lambeaux en position. Des fomentations froides, l'application de sangsues, et un régime rafraîchissant obtinrent une prompte cicatrisation des plaies des parties génitales externes, ainsi que de celles du vagin; les plus superficielles qui n'avaient pas été réunies au moyen des sutures suppurèrent, et leur cicatrisation fut retardée de quelques semaines. Cette jeune femme est accouchée plusieurs fois depuis sans aucun accident fâcheux.

OBS. V. — Une jeune femme de 22 ans, d'une constitution délicate, fut atteinte, lors de son premier accouchement, d'une déchirure de la paroi postérieure du vagin; la plaie avait un pouce et demi à deux pouces de longueur. Le rectum et le périnée étaient intacts. Je ne vis la malade que quinze jours après l'accouchement; je rencontrai un gonflement considérable du périnée et des lèvres de la vulve, avec rétrécissement du vagin. La plus légère pression sur ces parties fit écouler de la vulve du pus délié mêlé aux lochies. Le toucher me fit reconnaître une plaie à la partie postérieure du vagin et du tissu cellulaire de la cloison. A l'aide du toucher exercé par le rectum, on put reconnaître que les deux doigts introduits n'étaient séparés que par la paroi antérieure de l'intestin. On pouvait craindre que le pus ne vînt à se faire jour à

travers le rectum ou le périnée, ce qui n'eut cependant pas lieu. Le traitement se composa d'injections réitérées d'une forte décoction de camomille, suivies d'un pansement avec de la charpie sèche. Au bout de quelques jours, suppuration moindre, pus de bonne qualité; la plaie fut recouverte de bourgeons charnus; la paroi correspondante du rectum s'appliqua contre la plaie du vagin dont la cicatrisation fut consolidée au bout de quelques semaines.

Obs. VI. — Une fille de 30 ans, d'une conduite déréglée, était atteinte d'un commencement de prolapsus de la matrice. Les parties génitales étaient extraordinairement lâches et dilatées, le périnée au contraire très petit. Il était difficile de reconnaître si l'ampleur de l'entrée du vagin et l'étroitesse du périnée avaient pour cause une légère déchirure du périnée, ou bien la dilatation des parties. Je me décidai à pratiquer l'opération ingénieuse de *Fricke*, par laquelle je parvins à faire disparaître cette disposition vicieuse. Après avoir enlevé avec les ciseaux les bandes postérieures de la vulve, j'appliquai huit sutures, tant entortillées qu'à pointes séparées. L'opération réussit parfaitement. Le périnée avait gagné considérablement en largeur, et l'entrée du vagin était devenue tellement étroite, que cette fille en tira parti pour augmenter les bénéfices de ses spéculations honteuses, qui ne tardèrent pas à lui faire contracter la syphilis.

Obs. VII.—Une jeune femme de 26 ans, d'une forte constitution, eut, lors de son premier accouchement, malgré toutes les précautions, une déchirure de la longueur de plusieurs pouces, du périnée, du vagin et du rectum. Appelé auprès de cette femme, huit heures après l'accident, je pratiquai aussitôt la réunion immédiate; les bords de la plaie vaginale furent traversés par une bande de fil, au moyen de laquelle je pus attirer la partie lésée au dehors; cinq à six sutures furent appliquées, et les parties remises en place; le rectum fut attiré au dehors de la même manière, et la plaie réunie au moyen de fils fins; en dernier lieu, la plaie du périnée fut réunie au moyen de fortes sutures entortillées et à anses. Je laissai pendre les fils de la suture vaginale par la vulve, et ceux du rectum par l'anus; de fréquentes lotions des parties malades furent prescrites, et le traitement anti-phlogistique mis en usage. L'embonpoint de la malade contraria le traitement local, et fut un obstacle à la réunion immédiate de toutes les parties; la plus grande portion de la plaie du périnée s'écarta de nouveau; les fils furent enlevés, et la cicatrisation ne se fit qu'à la partie postérieure près de l'anus, de manière qu'il y eut une séparation entre le rectum et le vagin. On n'a pu couper que les anses des sutures inférieures; pour enlever celles placées plus haut, il aurait fallu distendre les parties génitales outre mesure; je préférai donc les voir entraînées par la suppuration. Le succès n'a été ici que partiel; cependant, la malade put retenir les sels liquides et les gaz intestinaux.

Obs. VIII.—Une femme de 40 et quelques années, d'un embonpoint extraordinaire, mère de plusieurs enfans, eut, lors de son dernier accouchement, une déchirure du périnée, de la moitié du vagin et du rectum, dans l'étendue d'un pouce et demi environ; l'accident était arrivé la nuit, et je ne fus appelé que dans la matinée. Le principal obstacle à la réunion immédiate des parties lésées était cet embonpoint excessif de la malade; son bas-ventre retombait en avant jusqu'au milieu des cuisses, et les fesses de même en arrière; la malade ayant été placée convenablement et la plaie nettoyée, je réunis la plaie du rectum par quatre sutures, en laissant les fils pendre au dehors; ensuite j'appliquai une suture à anse de fil sur la plaie du vagin que je fis attirer de même par un aide, quatre autres sutures à anse furent ensuite appliquées, qui réunirent complètement la plaie du vagin; la déchirure du périnée fut réunie par deux sutures entortillées et deux sutures à anse : le traitement ultérieur se borna à de simples soins de propreté et à des lotions avec de l'eau tiède ou du sureau; le troisième et quatrième jour, plusieurs sutures placées au périnée et au vagin divisèrent les bandes de la plaie, et le sixième, elles furent toutes enlevées; la partie antérieure de la plaie du périnée et du vagin resta béante, et une communication s'était établie entre ce dernier et le rectum; j'ordonnai alors des injections avec une forte décoction de camomille qui favorisèrent la cicatrisation; quelques semaines après, toutes les plaies étaient fermées; et il ne resta d'autre trace de ces lésions qu'une petite diminution du périnée, comme s'il n'y avait eu qu'une légère déchirure guérie par les seuls soins de la nature.

Obs. IX.—Dans mon travail sur la guérison des fistules vésico-vaginales, j'ai parlé de quelques personnes qui étaient atteintes non-seulement de fistules vésico-vaginales; mais en même temps de déchirures de la partie postérieure du vagin, du rectum et du périnée. Chez une de ces dernières, je me suis décidé à opérer, avec peu d'espoir de réussir; la déchirure était déjà ancienne; les parties se trouvaient dans un état de relâchement; le col de l'utérus était descendu, et des plis du vagin faisaient saillie; l'urine coulait sur les cuisses et dans le rectum divisé; les excrémens à leur tour passaient dans les parties génitales : il y avait donc ici deux opérations difficiles et d'un succès douteux à entreprendre. Il aurait peut-être été plus convenable de commencer par l'opération de la fistule vésico-vaginale; mais des raisons particulières me déterminèrent à commencer par la réunion de la déchirure du périnée; l'opération était d'autant plus difficile que l'accident était déja ancien, et qu'il fallait un examen soigneux pour reconnaître à quelle partie appartenaient les différens lambeaux; je commençai par aviver la bande des plaies du rectum, et à les isoler un peu parce qu'elles étaient fortement rétractées; j'excisai ensuite des portions de tissu qui paraissaient avoir appartenu au périnée, et fini par rendre saignans les bords de la fente du vagin; je procédai à la réunion immédiate par les mêmes moyens que dans les cas précédens, en appliquant trois séries de sutures, et en commençant par le rectum; par ces sutures, le périnée était fortement tendu, et pour éviter une déchirure, je pratiquai de chaque côté, à un pouce de distance de la suture, deux incisions parallèles intéressant la peau et le tissu graisseux, et j'ai aussi perforé les parois du vagin; cette perforation était moins nécessaire pour remédier à la tension que les sutures exerçaient dans le vagin, que pour favoriser l'écoulement des urines qui auraient pu s'y accumuler. L'introduction d'une sonde dans la vessie n'aurait pu empêcher le passage de l'urine dans le vagin, la fistule vésicale ayant plusieurs pouces d'étendue. Un traitement anti-phlogistique fut mis en usage, et des fomentations et des injections d'eau furent pratiquées. Néanmoins les parties malades devinrent le siége d'une inflammation violente, qui fut augmentée par l'épanchement d'urine; plusieurs sutures se détachèrent; les bords des plaies s'écartèrent, et on apercevait au fond du tissu cellulaire grisâtre, quelques ponts de cicatrices passant encore d'un côté à l'autre, et c'était sur leur conservation que je fondai encore quelque espoir de guérison. Les fomentations et les injections d'une forte infusion de camomille déterminèrent bientôt la formation de bourgeons charnus qui remplirent les intervalles, et peu à peu il s'était formé un périnée solide. Malgré cet heureux succès, la malade avait perdu courage, et ne voulut pas se soumettre à la seconde opération de la fistule vésico-vaginale.

Obs. X.—Une jeune dame, d'une constitution délicate, fut atteinte, il y a 12 ans, lors de son premier accouchement, d'une déchirure du périnée, du vagin et du rectum. Voyant son bonheur conjugal totalement troublé, elle se décida enfin à se laisser opérer. L'examen des parties fit reconnaître que le rectum et les parties génitales communiquaient par une large fente; la partie libre et inférieure du rectum ne présentait qu'un replis membraneux d'un pouce de longueur, et à peine pouvait-on reconnaître la place qu'avait occupé le périnée. L'opération fut pratiquée comme dans les cas précédens; le rectum fut détaché de ses adhérences latérales, afin de pouvoir lui donner son ampleur nécessaire; les bords des parties déchirés furent rafraîchis; la plaie du rectum fut remise au moyen de cinq sutures, celle du vagin par six, et celle du périnée par quatre; les parties reprirent leur aspect naturel. Une légère inflammation se manifesta, qui fut combattue d'abord par des fomentations froides; puis par des lotions avec de l'eau blanche tiède. Le troisième jour, toutes les sutures étaient encore en place; elles furent enlevées petit à petit les jours suivans, la réunion s'étant opérée. Au bout de trente-trois jours, on remarqua après la première selle qu'il existait encore une communication entre le vagin et le rectum, située à un pouce au-dessus de l'anus. Cette fistule exista pendant plusieurs mois pendant lesquels on en cautérisa fréquemment les bords, parce que la jeune femme ne voulait pas se soumettre de nouveau à une opération sanglante, et la fistule ne se referma pas. Il y a peu de temps que cette femme accoucha heureusement de son second enfant; la conception a dû avoir lieu immédiatement après la guérison de la déchirure.

Obs. XI.—Cette dernière observation est sans contredit la plus intéressante, autant par la grandeur du désordre, que par une guérison rapide et heureuse.

Une demoiselle de 36 ans, d'une constitution délicate, ayant le bassin et les parties génitales de petite dimension, accoucha d'un enfant fort gras. Malgré tous les soins et les précautions d'un accoucheur distingué, on ne put éviter les accidens que nous allons décrire. Je fus appelé auprès de la malade dans la matinée qui suivit l'accouchement. Je trouvai l'accouchée pâle; elle avait perdu beaucoup de sang. Les cuisses et les parties génitales étaient couvertes de sang coagulé. L'examen des parties, préalablement lavées, me fit reconnaître un large hiatus à bords frangés, formé par le rectum et le vagin; plusieurs plaies latérales marquaient la place qu'avait occupé le périnée. Un lambeau, long de trois pouces et demi et deux pouces de large, pendait hors des parties génitales. J'eus de la peine à reconnaître à quel tissu appartenait ce lambeau; je découvris enfin que c'était la paroi postérieure du vagin. Un des bords de ce lambeau était entièrement libre, l'autre ne tenait que par une bride de la largeur d'un pouce, et ses faces étaient renversées. Le lambeau se serait certainement sphacelé ou déformé avec le temps au point de devenir une masse tout à fait méconnaissable. Nous nous décidâmes donc, mon collègue et moi, à procéder à la réunion immédiate, malgré l'épuisement et la faiblesse de la malade.

Le rectum fut d'abord réuni au moyen de six sutures, le lambeau vaginal fut maintenu au moyen de dix sutures à anse, et la plaie du périnée fut réunie par cinq sutures entortillées et trois à anse.

Il aurait fallu moins d'expérience et plus de confiance que je n'avais pour pouvoir espérer une guérison complète. Nous souhaitions seulement conserver la vie à l'opérée, et diminuer, autant que possible, les suites d'un accident aussi grave. Mais, contre notre attente, les choses se terminèrent heureusement et la réunion immédiate de toutes les parties se fit sans qu'il en restât d'autres traces qu'une cicatrice linéaire. Pendant huit jours, une fistule, du diamètre d'une sonde, avait persisté entre le vagin et le rectum, fistule qu'on fit disparaître par la cautérisation.

Plusieurs médecins de cette ville ont examiné l'opérée, et je dois de la reconnaissance à mon aide, M. Hildenbrandt, dont les soins ont contribué à ce succès, ainsi qu'à tant d'autres.

M. Dieffenbach, sans vouloir entrer dans tous les détails des soins qu'exigeaient les opérées pendant le traitement, remarque seulement qu'il a eu la précaution de donner quelques doses d'opium, en même temps qu'il fit observer une diète sévère, afin de diminuer les selles; dans les cas où il était impossible de résister au besoin d'aller à la garde-robe, il favorisa l'écoulement des matières fécales de la manière suivante. On introduisit dans le rectum une canule huilée, et on s'en servit pour faire des injections d'eau tiède et légèrement savoneuse, afin de détremper les matières dures, et de les faire sortir par fragmens; il était important de faire cette opération, la femme étant debout, parce que, dans ce cas, les déchirures sont moins à craindre. Le cathétérisme de la vessie, également nécessaire, demandait les mêmes précautions. Les incisions latérales pour diminuer la tension du périnée ne sont nécessaires que dans les cas anciens où les parties se trouvent rétractées. Chez les femmes maigres, et dont le tissu cutané est lâche, ces incisions ne paraissent pas nécessaires; il faut cependant encore y avoir recours lorsque les malades ne se tiennent pas tranquilles. Il serait peut-être plus à propos d'entreprendre successivement les sutures du rectum du périnée que de les

pratiquer à la fois; le succès en serait peut être plus complet. Il faut encore recommander dans les vieilles déchirures du périnée, qu'on n'a point à craindre de trop se rapprocher de la vulve, et de faire, en quelque sorte, une épisioraphie, puisqu'il n'existe presque plus de traces des parties qui avaient appartenu au périnée, à cause de la rétraction de celui-ci vers l'anus.

L'auteur ne croit pas devoir parler des nombreuses petites déchirures du périnée, qu'il a eu occasion d'observer après leur guérison par les seuls soins de la nature. Celles qu'il vient de citer ont été opérées presque immédiatement après les couches; lorsqu'on a affaire à des déchirures anciennes, le traitement devient bien plus difficile. Dans les cas récens, l'état puerpéral et l'écoulement des lochies présentent moins d'obstacles qu'on ne serait tenté de le croire.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 12 MARS.

STRUCTURE DES RACINES DANS CERTAINS VÉGÉTAUX.

Nous avons, il a quelques mois, donné l'analyse d'un mémoire dans lequel M. Decaisne faisait connaître la structure anormale des tiges de certaines plantes dicotylédones, telles que les *aristoloches* et les *menispermées*. Aujourd'hui le même botaniste adresse, comme supplément à ce travail, des recherches relatives aux racines de ces mêmes plantes.

M. Decaisne a reconnu dans ces racines, non seulement l'absence de couches du liber, mais encore celle des filets corticaux. Cette organisation est contraire à ce que l'on savait sur la structure de l'écorce des racines, puisqu'on la considérait généralement comme identique avec celles des tiges.

Les menispermées et les aristoloches ne sont pas cependant les seuls végétaux sur lesquels l'auteur a pu constater l'absence du liber. Le *phitolacca dioica* et un grand nombre de plantes vivaces de notre climat en sont également dépourvues. M. Decaisne fait remarquer à cette occasion que les faisceaux ligneux des racines offrent par fois une disposition différente de celle des tiges. Leur accroissement paraît avoir lieu par le dédoublement d'un faisceau primitif, comme l'a établi M. Dutrochet.

COMPOSITION DE LA SALICINE.

M. Rafaële Piria adresse des recherches sur la composition de cet alcali végétal et sur quelques-unes de ses réactions. Les résultats de l'analyse qu'il en a faite s'accordent parfaitement avec ceux qu'avaient obtenus MM. Pelouze et Gay-Lussac; comme ces deux chimistes, il a reconnu que la salicine ne renferme point d'azote et qu'elle ne perd pas d'eau par l'action de la chaleur.

M. Piria a fait, outre l'analyse de la salicine, celle de sa combinaison avec l'oxide de plomb. Il a étudié l'action du chlore et du brome sur ce corps: il a analysé les produits qu'elle donne.

Il a de même étudié et analysé deux matières nouvelles qui se développent par l'action des acides faibles sur la salicine. L'une est une matière sucrée composée de:

Carbone...............	49, 17
Hydrogène.............	4, 85
Oxigène...............	45, 98
	100, 00

L'autre, qui est de nature résineuse, se compose de:

Carbone...............	72, 95
Hydrogène.............	5, 75
Oxigène...............	21, 30
	100, 00

SUR LA NATURE ET LE TRAITEMENT DU DIABETES.

M. Bouchardat adresse un mémoire contenant des recherches sur ce sujet.

L'auteur commence par bien définir ce qu'il entend par diabetes et par limiter l'application de cette dénomination aux cas dans lesquels l'urine contient un sucre, soit sapide, soit insipide, qui la rend susceptible d'éprouver la fermentation alcoolique, tantôt spontanément, et tantôt par l'addition de levure. Quelques cas de faux diabete présentent d'abord une composition curieuse de l'urine et ont été pour l'auteur un sujet de recherches.

La variété la plus commune, à beaucoup près, d'urines diabetiques est celle où on rencontre du sucre sapide. Pour obtenir facilement la totalité du sucre à l'état cristallisé, on fait évaporer l'urine dans des capsules de porcelaine, posées sur un banc de sable chauffé à la vapeur, de manière à ce que la température ne dépasse jamais 60°. L'évaporation est très lente, mais les produits ne sont pas altérés. Pour déterminer la proportion de sucre et d'urée, voici quel est le procédé suivi par l'auteur. Pour le sucre, il a recours à sa destruction par la levure, puis dans le résidu après le lavage, il sépare l'urée des matières extractives, en la transformant en oxalate d'urée qu'il décompose par le carbonate de chaux, et enfin il reprend l'urée par l'alcool.

Les quantités de sucres varient beaucoup dans les urines diabetiques. Quelques urines observées par M. Bouchardat en contenaient seulement 3 pour 100; d'autres au-delà de 12 pour 100.

L'auteur donne les détails d'une des analyses qu'il a faites, mais en avertissant que la nature des urines, toujours si variable, l'est principalement chez les diabetes; c'est là surtout que se montre évidente l'influence du genre de nourriture, et cette influence, comme nous le verrons plus tard, devient un moyen efficace de traitement.

L'examen d'urines diabetiques insipides a aussi occupé l'auteur du mémoire; chez deux des malades observés, les urines avaient été d'abord sucrées, mais elles devinrent insipides, quoique toujours fermentescibles, à mesure qu'elles diminuerent d'abondance.

Les urines insipides contenaient, de même que les urines sucrées, des proportions variables d'urée de matières extractives, d'albumine, de mucus, de chlorures, de lactates, de phosphate, de sulfate, etc.; enfin de sucre.

Relativement à ce dernier produit, du moins au sucre sapide, MM. Chevreul et Proust ont prouvé son identité avec le sucre de raisin; pour le sucre insipide, découvert par MM. Thénard et Dupuytren, la nature n'en est pas aussi bien connue. Ce n'est pas une chose facile que d'obtenir les sucres urinaires à un degré de pureté assez grand pour qu'on puisse le soumettre à l'analyse élémentaire, et il faut pour les avoir à cet état, une suite d'opérations assez délicates que l'auteur du mémoire fait connaître en détail.

Le sucre urinaire insipide cristallise absolument comme le sucre sapide ou comme le sucre de raisin; il n'en diffère que par sa saveur qui est complétement insipide, non seulement à l'état cristallisé, mais encore à l'état de dissolution, et l'on sait que sous ce dernier état la saveur du sucre de raisin est beaucoup plus sensible. Mis en contact, en dissolution, convenablement étendu avec du ferment, il subit la fermentation alcoolique absolument comme le sucre de raisin, et fournit la même quantité d'alcool et d'acide carbonique. La composition du sucre urinaire insipide est absolument la même que celle du sucre urinaire sapide, que celle du sucre de raisin; ce sont deux corps isomériques.

Les acides exercent sur le sucre urinaire insipide une action très remarquable. Mis en contact avec eux à froid, il n'éprouve aucun changement; mais si on fait bouillir ce sucre insipide pendant dix heures avec de l'eau acidulée avec un dixième d'acide sulfurique, il se transforme en sucre de raisin sapide qu'on peut obtenir cristallisé par la saturation de l'acide et par évaporation de la liqueur sucrée.

C'est, remarque l'auteur, un fait curieux que ce corps intermédiaire qui se rapproche de la dextrine par son insipidité, par la propriété de se transformer en sucre sapide, sous l'influence des acides, et qui s'en éloigne par la propriété qu'il possède de cristalliser, de se dissoudre dans l'alcool, et de pouvoir immédiatement éprouver la fermentation alcoolique; c'est un corps que nous ne sommes point encore parvenus à imiter dans nos laboratoires, et qui, jusqu'ici, ne se produit que sous l'influence de l'organisation.

On a beaucoup discuté sur la théorie du diabetisme, et l'auteur s'occupe lui-même de cette question, restée jusqu'à présent assez obscure, principalement dans le but d'arriver à une méthode de traitement. Nous nous contenterons d'exposer les résultats auxquels il annonce être arrivé; on peut les résumer de la manière suivante:

1° Tous les malades affectés de diabete ont un goût prononcé pour le pain, ou pour le sucre, ou pour les alimens féculens.

2° La quantité de sucre contenue dans les urines diabétiques, est en raison directe du pain ou des substances sucrées ou féculentes dont le malade se nourrit.

3° La soif des malades est en raison directe de la quantité de pain ou de substances sucrées ou féculentes qu'ils mangent. Pour une livre de fécule, ils boivent à peu près dix livres d'eau. C'est environ la quantité d'eau nécessaire pour que la transformation de la fécule en sucre, sous l'influence de la diastase, soit complète.

4° Chez les malades diabétiques, il s'opère une transformation comparable à celle que nous pouvons reproduire dans nos laboratoires, en mettant la fécule en contact avec la diastase dans des circonstances convenables.

5° La diastase n'est pas la seule matière qui transforme la fécule en sucre; la levure, la pressure, le gluten, l'albumine et la fibrine altérés ont une action parfaitement analogue, et ces substances peuvent accompagner la fécule dans l'estomac.

6° Il suffit pour guérir les malades diabétiques, de supprimer presque complétement les boissons et les alimens sucrés ou féculens qu'ils prenaient auparavant. Après douze heures, la soif s'apaise, les urines reviennent peu à peu à l'état normal, l'appétit se restreint dans ses limites ordinaires, et le malade se rétablit.

RECHERCHES SUR L'URÉE.

MM. Ossian, Henri et Capp adressent les résultats des recherches qu'ils ont faites relativement à l'état dans lequel se trouve l'urée dans l'urine.

TRAVAUX DE GŒTHE SUR L'ANATOMIE COMPARÉE.

M. Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire fait un rapport verbal sur la traduction des œuvres d'histoire naturelle de Gœthe, faite et publiée par M. Martins. M. Auguste Saint-Hilaire s'occupera des travaux relatifs à la botanique, M. Geoffroy s'occupe uniquement de la partie zoologique.

Le goût prononcé de Gœthe pour l'histoire naturelle depuis son adolescence jusque dans son extrême vieillesse, est attesté par une multitude de témoignages. Enfant, Gœthe, presque à son insu, nourrissait déjà son esprit des premières notions de cette science, en visitant et rangeant une petite collection possédée par son père; jeune homme, il suivit avec ardeur les enseignemens scientifiques des professeurs de cette école au point que, venu à Strasbourg en 1770 pour y prendre le bonnet de docteur en droit, il se décida promptement à n'apprendre de jurisprudence que ce qui lui était nécessaire pour ses examens, et se livra avec ardeur à l'étude de la chimie, de l'anatomie, de la médecine. Le chimiste Spielman et l'anatomiste Lobstein le compterent alors au nombre de leurs élèves les plus assidus. Un peu plus tard, rentré en Allemagne, il passe de ces premières notions élémentaires à une investigation plus profonde des phénomènes naturels.

C'est en 1786 que fut composé (mais non publié) le premier mémoire zoolo-

gique de Gœthe. Dès lors, et jusqu'à la fin du dix-huitième siècle, de nouvelles publications toujours dirigées sur les mêmes idées se succédèrent à des intervalles assez rapprochés. Ainsi, trois mémoires ou articles appartiennent aux années 1795, 1795 et 1796. Ensuite, il est vrai, nous trouvons une lacune, et les travaux zootomiques du célèbre écrivain ne recommencent qu'en 1819; mais nous avons ensuite dans chacune des années 1820, 1822, 1823, 1824, 1830 et 1832 un ou deux articles d'histoire naturelle. Ces notices, dont le nombre est de quatorze, ont paru pour la plupart dans un journal d'histoire naturelle fondé et dirigé par Gœthe lui-même.

On doit aussi à la jeunesse de Gœthe plusieurs autres travaux de même nature que l'auteur n'a point publiés, mais qui, communiqués par lui à divers anatomistes allemands et cités honorablement par eux, sont entrés plus tard dans la science. Telles sont des recherches sur le crâne des mammifères, dont les résultats publiés en partie par Loder et Sœmmering, ont surtout contribué à fixer l'attention sur une pièce tour à tour appelée os transversal, os pariétal impair, os de Gœthe et inter pariétal.

Je dois essayer maintenant, dit le rapporteur, de donner une idée de la direction et des travaux du naturaliste. Ici, à la difficulté de parler dignement de ce genre, s'ajoute pour moi celle d'analiser des travaux qui offrent avec ceux de mon père une analogie frappante et parfois même une identité complète. L'un en Allemagne, l'autre en France, n'ont cessé de marcher parallèlement et souvent de front, sans le savoir et même sans qu'il leur fût possible de le savoir, vers une semblable rénovation de l'anatomie comparée.

Madame de Staël, cherchant à apprécier Gœthe sous le rapport littéraire, a dit : « Quand il s'agit de penser, rien ne l'arrête: ni son siècle, ni ses habitudes, ni ses relations. » Tel est aussi Gœthe sous le rapport scientifique. Pour nous restreindre ici à ses travaux zootomiques, nous le voyons, dès ses premières études sur l'organisation, repousser loin de lui le joug des opinions que l'assentiment unanime des auteurs et la parole si respectée de ses maîtres tendaient également à lui imposer. Ce qui, au premier abord, le blesse surtout, c'est la diversité bizarre et contradictoire de toutes ces nomenclatures anatomiques, vétérinaires et autres encore, imposant des noms différens à des organes analogues, et scindant ainsi la science en parties étrangères les unes aux autres; c'est aussi l'arbitraire et l'empirisme aveugle qui président à la détermination et à la description des diverses parties de l'être, par exemple, à celle des divers os de la tête humaine, telle qu'elle était alors considérée, et, on peut le dire, telle qu'elle l'est encore le plus souvent par les anthropotomistes; c'est enfin le partage de presque tous les naturalistes en deux classes : « Les uns s'attachant servilement au fait matériel; les autres recourant sans cesse aux causes finales, et par là, dit Gœthe, s'éloignant de l'idée vraie d'un être vivant. »

Après avoir fait ces critiques et dressé cet acte d'accusation contre l'état de la science vers la fin du XVIIIe siècle, Gœthe cherche comment une voie nouvelle et meilleure pourrait être ouverte aux investigations, et aussitôt il signale deux progrès à accomplir : l'un, et celui-ci est aujourd'hui si bien consacré, au moins en principe, qu'il est nécessaire de remettre à côté de ces idées, leur date (1786, 1795, 1796); c'est l'intime fusion de l'anatomie humaine et de l'anatomie comparée; le second progrès par lequel seul, suivant Gœthe, peut être renouvelée ou plutôt fondée l'anatomie comparée, c'est « l'établissement d'un *type anatomique*, d'un *modèle universel*, lequel, dit l'auteur, doit être idéal, et ne saurait exister dans aucun être vivant en particulier, la partie ne pouvant être l'image du tout. »

La pensée de Gœthe, enveloppée ici dans des expressions très abstraites, est heureusement mise dans tout son jour par d'autres passages, et éclairée par la discussion de plusieurs cas particuliers donnés comme exemple, et elle est, dit M. Geoffroy, jusqu'à un certain point complétée par l'indication de deux faits généraux que mon père a nommés principes du balancement des organes et des principes des connexions.

Les deux mémoires dans lesquels ces idées se trouvent exposées ont été achevés : l'un en 1795; l'autre en 1796, comme le prouve leur communication dès lors faite à Camper, à Loder, à Sœmmering, à Blumenbach, à M. de Humboldt; mais ils n'ont été publiés que beaucoup plus tard, en 1820, et longtemps par conséquent après que M. Geoffroy était arrivé de son côté aux mêmes principes et les avait rendus publics.

Dans un autre ordre de considérations dont la liaison est d'ailleurs évidente avec celles qui précèdent, Gœthe, de même que Buffon, Lamarck et Geoffroy, repousse fortement les abus de la philosophie des causes finales et admet « l'action des modificateurs ambians sur l'organisme d'où résulte, ajoute-t-il, sa perfection intérieure et l'harmonie que présente son extérieur avec le monde objectif. »

Cette idée, jetée en ces termes au milieu du mémoire de 1795, est reprise et développée en 1822 par Gœthe dans une note écrite à l'occasion de divers débris fossiles de taureau découverts en 1819 et 1820 dans le Wurtemberg. Là, Gœthe déclare approuver complètement et appuie de quelques remarques nouvelles un passage du docteur Kœrte, destiné à expliquer comment les formes crâniennes du taureau fossile ont pu se modifier peu à peu et donner lieu finalement aux formes que nous apercevons aujourd'hui dans diverses races vivantes.

Je craindrais, poursuit le rapporteur, d'abuser des momens de l'Académie si, de l'analyse des idées générales de Gœthe, je passais à l'indication des nombreuses applications qu'il en a faites à diverses questions particulières; il en est deux cependant que je ne puis omettre.

Si l'on en croit les témoignages de Boisjanus, de Carus et de plusieurs autres encore, et la déclaration formelle de Gœthe lui-même, il aurait le premier abordé une question très importante et surtout très difficile, à la solution de laquelle se rattachent à des titres divers les noms de trois membres de l'Académie des sciences, M. Duméril en 1808, M. de Blainville en 1816, M. Geoffroy Saint-Hilaire en 1824. Cette question est celle de la composition vertébrale de la tête.

Gœthe se promenait, en 1791, dans le cimetière des juifs au Lido, lorsqu'à la vue d'un crâne de mouton gisant sur le sol, il conçut tout à coup la pensée que la tête résulte de l'union de plusieurs vertèbres modifiées dans leur forme et leurs dimensions; mais, remarque le rapporteur, malheureusement pour l'anatomie philosophique, qui eût fait peut-être dès lors un pas important, Gœthe s'en tint à ce vague pressentiment, ou, s'il entreprit quelques travaux, il ne les livra pas à la publicité. Ce fut seulement en 1820, douze ans après que la découverte qu'il avait été sur le point de faire fut entrée dans la science par les travaux presque simultanés d'Oken et de M. Duméril, qu'il reprit les idées qu'il avait conçues si anciennement. Le système dans lequel il les coordonna alors ne s'accorde entièrement avec celui d'aucun autre auteur; mais les détails seuls varient, et le fond des idées est exactement le même. Il est donc impossible de considérer avec Carus, et surtout Bojanus, Gœthe comme l'auteur d'une découverte qu'il a seulement entrevue.

L'existence de l'intermaxillaire humain est une question d'une moindre importance, mais à la solution de laquelle Gœthe a pris une beaucoup plus grande part. Nous regrettons que le défaut d'espace nous empêche de suivre le rapporteur dans l'histoire de cette découverte, qui fut d'abord extrêmement contestée. Il paraît que Gœthe fut tout-à-fait découragé par l'accueil qu'il reçut de Camper, lorsqu'il lui présenta le mémoire dans lequel il avait consigné le résultat de ses recherches, et que ce désappointement contribua à le ramener à la poésie.

Les divers travaux scientifiques de Gœthe n'avaient point encore été réunis en un corps d'ouvrage. Il était assez difficile de les retrouver tous dans les différens recueils où ils sont disséminés, et ainsi de suivre la filiation des idées qui s'y trouvent contenues. « J'ai vu, dit le rapporteur, avec une satisfaction que l'Académie partagera sans doute, la France précéder l'Allemagne dans le soin de recueillir et de coordonner ces documens épars, si précieux pour l'histoire de la science. Les Allemands nous ont quelquefois reproché d'ignorer et de méconnaître les travaux zootomiques de Gœthe : c'est un reproche dont la traduction de M. Martins nous a justifiés pleinement, au moins pour l'avenir.

M. Martins, dit en terminant l'auteur du rapport, était déjà connu par plusieurs mémoires originaux justement estimés : par son excellente traduction des œuvres d'histoire naturelle de Gœthe; il me paraît ne pas avoir moins bien mérité d'une science qu'il s'apprête en ce moment même à servir plus activement encore par un voyage dans les régions arctiques.

EMPOISONNEMENT PAR LA RACINE DU CHAMAELÉON BLANC (ATRACTYLIS GUMMIFERA L.)

M. Bouros, médecin à Athènes, adresse les détails d'un cas d'empoisonnement sur six enfans qui ont mangé de la racine de cette plante et avalé le jus simplement, qui est agréable au goût. Quatre de ces enfans sont morts. Les symptômes qu'ils ont présentés sont : malaise progressif, anxiété, palpitations, céphalalgie, puis vomissemens, selles verdâtres et fétides; enfin délire et coma : la mort a eu lieu dans les vingt-quatre heures. L'autopsie n'a point été faite.

SUR L'ACTION DES PRÉPARATIONS D'OR SUR NOTRE ÉCONOMIE, ET PLUS SPÉCIALEMENT SUR LES ORGANES DE LA DIGESTION ET DE LA NUTRITION.

M. le docteur Legrand envoie un travail sous ce titre; nous publierons ce travail après le rapport de l'Académie.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 13 MARS. — PRÉSIDENCE DE M. MOREAU.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Lettre ministérielle avec envoi d'un rapport sur la fièvre typhoïde, observée par M. le docteur Hano.

2° Lettre *idem*, avec envoi de la recette et de l'échantillon d'une pâte *parégorique*, présentés par un pharmacien de Paris.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

1° Lettre de M. Duclon sur les diverses formules du sirop diacode.

2° Note de M. Laugier sur un nouveau procédé pour composer un appareil inamovible à l'aide de bandelettes de papier enduites d'une solution d'amidon.

3° Observation de taille sus-pubienne par M. Souberbielle.

4° Application des sciences accessoires à la médecine par deux médecins de Strasbourg.

Après le dépouillement de la correspondance, M. Cornac témoigne son étonnement de la lenteur de la section de médecine opératoire à faire son rapport sur les candidats à la place vacante dans son sein.

— M. Gimelle répond que la section est peut-être plus avancée qu'on ne croit. Elle s'est réunie il y a trois semaines; elle s'est partagé le travail, et il ne reste maintenant qu'à rassembler les rapports partiels, et à les fondre dans un rapport général; c'est l'affaire de M. Lisfranc.

— Un membre propose qu'il soit écrit à M. Lisfranc pour le prier de hâter son rapport.

Un autre voudrait qu'on lui fixât le jour où il sera entendu.

Finalement, l'affaire est renvoyée au conseil d'administration.

— M. le président annonce à l'Académie qu'elle va procéder à la nomination de trois commissions, lesquelles auront à juger les mémoires envoyés aux concours, et à proposer des sujets de prix.

Commission du prix de l'Académie : MM. Louis, Chomel, Double, Renauldin et Roche.

Commission du prix fondé par madame Michel-Civrieux : MM. Duméril, Jourdan, Ollivier, Ferrus et Esquirol.

Commission du prix fondé par M. le baron Portal : MM. Cornac, Gerdy, Cruveilhier, Breschet et Ribes.

LETTRE SUR LE MAGNÉTISME, PAR M. LE DOCTEUR PIGEAIRE, DE MONTPELLIER. — RAPPORT DE MM. COSNEAU DE RUSSY ET BOUSQUET, RAPPORTEUR.

Si le magnétisme était un sujet ordinaire, MM. les commissaires se seraient

fait un devoir de donner une analyse du travail de M. Pigeaire; mais ils n'osent prendre sur eux de substituer leur rédaction à celle de l'auteur, tant ils craindraient d'altérer les idées en touchant aux paroles. Ils déclarent formellement que, placés dans la délicate position de parler de choses qu'ils n'ont pas vues, ils n'entendent pas les prendre sous leur garantie. Ils veulent rester dans le doute; c'est, disent-ils, le seul rôle qui leur convienne, le seul qui leur laisse la liberté de reconnaître et de proclamer la vérité, de quel côté qu'elle se trouve.

Après avoir fait leurs réserves et s'être en quelque sorte mis à l'écart, les commissaires nous apprennent comment M. Pigeaire s'est fait partisan du magnétisme; il ne s'en était pas occupé jusqu'en 1836. A cette époque, M. Dupotet fit un voyage en province avec l'intention d'y répandre la doctrine de Mesmer. Montpellier fut une des premières villes qu'il visita; on comprend la raison de cette préférence, sans qu'il soit besoin de le dire. Il y reçut un accueil peu flatteur. D'une part, la Faculté de médecine traita le magnétisme avec indifférence; et de l'autre, M. le recteur de l'Académie cita le magnétiseur en police correctionnelle. Un jugement intervint, et M. Dupotet fut acquitté. M. le recteur interjeta appel devant la cour royale, et ne fut pas plus heureux.

Le résultat le plus clair de ce double procès, disent fort bien les commissaires, fut de donner à M. Dupotet plus de célébrité peut-être qu'il n'en aurait obtenu de son enseignement. Quoi qu'il en soit, désireux de savoir à quoi s'en tenir sur le magnétisme, M. Pigeaire alla trouver M. Dupotet; il fut admis à une séance, et cela suffit pour le gagner au magnétisme; après quoi il y gagna madame Pigeaire.

Ici M. le rapporteur annonce qu'il va lire dans le manuscrit de M. Pigeaire. Il commence cette lecture par les expériences de madame Pigeaire sur sa propre fille âgée de 11 ans. Il est dit que, magnétisée par sa mère, cet enfant en suivait tous les mouvemens, en sorte que lorsque la mère inclinait la main à gauche ou à droite, la petite fille penchait tout son corps de l'un ou l'autre côté; dirigeait-elle la main en haut et en arrière, la tête de la somnambule se redressait et se renversait, et ainsi de suite.

M. le rapporteur en était là de sa lecture lorsqu'il est interrompu.

Un membre dit qu'il est indigne d'une compagnie savante d'entendre de semblables historiettes.

Un autre propose de renvoyer le mémoire de M. Pigeaire à la commission du magnétisme.

M. Guéneau de Mussy s'élève contre cette proposition. Il a été chargé avec M. Bousquet de rendre compte de la lettre de M. Pigeaire, et s'il est du devoir des commissaires de remplir leur mission, il est du devoir de l'Académie d'entendre leur rapport.

M. Bousquet reprend cette lecture et passe à quelques faits de clairvoyance. M. Pigeaire assure en effet que lorsqu'elle est en état de somnambulisme, sa fille lit les yeux fermés et recouverts, soit d'un mouchoir, soit d'un bandeau de taffetas noir. Cette expérience, ajouta-t-il, a été faite nombre de fois, et en présence de plus de quarante personnes, et notamment de MM. Lordat, Lallemand, Delmas, Eustache, etc.

Néanmoins, l'Académie ne peut contenir son impatience, et le rapporteur est obligé de s'interrompre.

Je m'étonne, dit M. Bousquet, des murmures et de l'impatience de l'Académie. Elle a été plus généreuse dans une autre circonstance qui n'est pas encore bien loin de nous. Il est vrai que la commission, n'ayant rien vu de ce qu'on lui avait annoncé, n'avait que des critiques à faire et des blâmes à déverser. Notre position est différente. Eloignés du théâtre des événemens, nous n'avons à faire ni éloges, ni critiques; nous ne sommes, nous ne voulons être qu'historiens; mais nous prions l'Académie de croire que nous n'avons rien négligé pour connaître la vérité. Nous avons prié M. Pariset d'écrire à Montpellier; il s'est adressé à M. Lordat; vous conviendrez sans doute avec nous qu'il ne pouvait mieux choisir. M. Lordat a répondu en envoyant le procès-verbal qu'il avait fait pour lui de deux séances de magnétisme auxquelles il a assisté. Si l'Académie le permet, nous lui donnerons communication de cette pièce; mais avant je voudrais continuer la lecture du mémoire de M. Pigeaire : je ne serai pas long. — Non! Non! — Eh bien, je demande au moins la permission de reprendre la suite du rapport; vous verrez du moins l'impression qu'a faite sur vos commissaires le mémoire de M. Pigeaire. — A la bonne heure!

Cette impression est des plus favorables. Le style de M. Pigiaire est simple, facile, naturel. Que si malgré le ton du récit, le lecteur lui refuse sa créance, cela tient à la nature des événemens qu'il raconte. Ces événemens sont en effet si étranges, si peu vraisemblables, qu'il est plus naturel de supposer tout d'abord qu'on s'est fait illusion, que d'admettre qu'on puisse voir sans le secours des yeux.

Mais lorsque des témoins oculaires, nombreux, impartiaux, affirment une chose, c'est bien le moins que d'y regarder. L'essentiel, c'est d'apporter à cette enquête la logique qui convient à la matière. Il y a plusieurs ordres de vérités, vérités d'entendement, vérités de sens, vérités de témoignages. La clairvoyance sans le secours des yeux est une vérité du sens ou du témoignage. Supposez donc que MM. Lordat, Kuhnholtz, Lallemand, Eustache, Delmas, Amador, etc. aient vu ce qu'on dit qu'ils ont vu; ces témoignages inspirent-ils assez de confiance par leur nombre et par leur qualité, pour faire admettre la réalité d'un fait en opposition flagrante avec l'expérience la plus vulgaire? Ces messieurs ont un grand avantage sur nous; ils sont sur le théâtre même du phénomène; ils peuvent voir par eux-mêmes; et telle est la nature de l'homme, que son expérience personnelle a sur ses convictions une force, une puissance que l'expérience d'autrui ne saurait avoir. Au reste, M. Pigeaire offre de vous faire voir ce qu'il a vu, ce que plus de quarante personnes ont vu, et, pour cela, il invite particulièrement deux de nos collègues à se rendre à Montpellier, ou s'ils l'aiment mieux, il viendra, lui, de sa personne, à Paris, avec sa somnambule.

M. Pigeaire était sur le point de terminer son mémoire lorsqu'il a eu connaissance du défi de M. Burdin. Il n'avait donc pas en vue le prix proposé. Il y a plus, si les termes du programme qu'il a lu dans un journal sont exacts, il déclare formellement qu'il ne saurait s'y conformer; il se met hors de concours. Ce journal fait dire à M. Burdin qu'il propose un prix de 3,000 f. à celui ou à celle qui, « dans l'état de sommeil ou de veille, lirait en *l'absence de la lumière*. » Ce n'est pas ainsi que s'est exprimé M. Burdin. Il a dit qu'il offrait le prix à celui ou à celle « qui pourra lire sans le secours de la *lumière*, des yeux et du toucher. » Toutefois, les deux programmes se ressemblent en ce point qu'ils imposent l'un et l'autre aux concurrens l'obligation de lire *en l'absence de la lumière*. Et c'est là ce qui fait l'équivoque. M. Pigeaire ne saurait accepter cette condition; il s'engage seulement à produire une somnambule qui lira les yeux fermés, et en passant ses doigts sur une glace dont on couvrira le livre ou le manuscrit à lire; mais M. Pigeaire ne saurait se passer de la lumière.

— Le rapport propose pour conclusions de renvoyer le mémoire de M. Pigeaire à la commission de publication.

— M. Husson demande lecture du procès-verbal transmis aux commissaires par M. Lordat. Eh quoi, dit-il, vous vous refusez à entendre la relation de deux séances de magnétisme écrites par un des hommes les plus distingués dont s'honore la médecine. Et remarquez que cette relation n'a pas été écrite pour vous être communiquée; ce sont de simples notes que M. Lordat avait recueillies pour lui. Que pensera-t-on de votre conduite? On vous accusera de partialité, de préventions, et votre jugement sera sans autorité.

L'Académie consultée demande lecture de la lettre de M. Lordat.

Il est dit dans cette lettre que l'appareil, dont on couvre les yeux de la somnambule, est fait de soie noire. M. Lordat et d'autres personnes l'ont eu entre les mains; elles l'ont appliqué sur eux, et il se sont convaincus qu'il remplissait parfaitement la destination. Par une excessive précaution, on adopte au bord inférieur une bande couverte d'une substance emplastiqué de manière à clore la gouttière qui existe naturellement entre le nez et les joues. C'est avec cette espèce de masque que Mlle Pigeaire lit soit l'écriture imprimée, soit l'écriture à la main. Il est digne de remarque qu'elle s'aide du doigt indicateur avec lequel elle grate le commencement du premier mot, comme pour s'essayer; mais elle ne persiste pas.

M. Lordat a demandé à M. Pigeaire si sa fille lisait lorsqu'on interposait un corps opaque entre les yeux et le livre. On a répondu négativement. M. Lordat a demandé si elle pouvait lire en portant ses mains derrière le dos. Même réponse.

Finalement le rapport est renvoyé à la commission du magnétisme.

— M. Burdin annonce qu'il prendra la parole à la séance prochaine et qu'il donnera quelques explications qui mettront les concurrens à leur aise.

— Cette affaire terminée, M. Dalmas présente une pièce anatomique, où l'on voit un caillot formé pendant la vie, dans l'aorte, à la partie supérieure de la portion descendante de ce vaisseau, au niveau du point où s'insère le canal artériel.

— Enfin, M. Fournet présente deux malades sur lesquels il a annoncé la phthisie pulmonaire long-temps avant qu'on eût pu la prédire par les symptômes connus. Après trois ans d'étude, il croit avoir trouvé un certain nombre de signes qui lui permettent de reconnaître cette fatale maladie dès sa première période, et lorsque rien ne l'annonce aux autres médecins.

Il prépare sur ce sujet un travail qu'il communiquera à l'Académie.

BIBLIOGRAPHIE.

TRATTATO DI BLEFAROTTALMO-TERAPIA OPERATIVA (Traité de médecine opératoire des paupières et des yeux); par M. Riberi, professeur de médecine opératoire et d'obstétrique à l'université de Turin. — Un vol. in-8 de 543 pages. Turin 1836.

Un chirurgien de Londres, Guthrie, avait déjà, dans ces dernières années, publié un ouvrage du même genre que celui dont nous allons rendre compte, mais beaucoup moins étendu et moins complet que celui-ci (1).

La médecine opératoire des yeux ne paraîtrait pas au prime-abord pouvoir fournir assez de matière pour former un volume de 500 pages; cependant lorsqu'on veut ne pas se borner aux simples manuels opératoires; lorsqu'on veut, à chaque maladie, entrer dans les détails propres aux indications curatives et aux moyens de les remplir, cette branche de l'art se prête à une grande extension. C'est sous ce point de vue que M. Riberi a envisagé son sujet; de sorte que son livre mériterait plutôt le titre de thérapeutique oculaire que celui dont il est décoré.

Dans la première section, il traite des opérations qu'on pratique sur les paupières et dans l'orbite. Le traitement de l'ectropion se présente en première ligne. Lorsque cette maladie reconnaît pour cause une hypertrophie phlogistique de la conjonctive, M. Riberi conseille d'essayer d'abord l'usage des topiques anti-phlogistiques, astringens et cathérétiques; il insiste principalement sur les scarifications, et il prescrit qu'on les fasse suivant le diamètre vertical de la paupière, et non dans le sens transversal, ainsi qu'on a l'habitude de les pratiquer. L'auteur croit que les scarifications dans le sens transversal, ou allant d'un angle palpébral à l'autre, augmentent le degré de l'ectropion; car, dit-il, elles affaiblissent les liens palpebro-oculaires (*allentano la falda palpebro-oculare*). Sans désapprouver les scarifications verticales de M. Riberi, je pense que la crainte qu'il émet contre les scarifications transversales n'est point fondée;

(1) Guthrie. *Lectures on the operative surgery of the eye*. London 1823.

car outre que ces sortes de taillades ne doivent jamais s'étendre assez profondément pour occasioner une sorte d'affaissement de tous les tissus palpébraux, la matière modulaire qui s'épanche consécutivement sur les points divisés forme autant de petits ligamens nouveaux qui fortifient au contraire la paupière, et tirent son bord libre vers l'organe visuel. J'ai employé assez souvent les scarifications transversales sur la conjonctive palpébrale; j'ai vu qu'elles occasionaient beaucoup de douleurs et fort peu d'amélioration; j'ai fini par y renoncer. Lorsque l'ectropion dépend de la *luxuria conjonctivalis*, et qu'il existe au premier degré, le meilleur remède est sans contredit la pierre infernale solide appuyée fortement sur toute la muqueuse. Saint-Yves, dont le livre n'est plus lu de nos jours, a été le premier à établir cette pratique; il a même indiqué comment on peut apprendre aux malades à se faire eux-mêmes cette opération devant une glace. M. Riberi n'a pas suffisamment insisté sur l'emploi de ce remède si efficace et si innocent à la fois. On a dans le monde une peur incroyable contre l'emploi du nitrate d'argent sur l'œil; M. Riberi paraît partager cette peur; il changerait cependant d'opinion, j'en suis convaincu, s'il voulait suivre sans prévention les effets de ce caustique. Il n'y a presque pas de jour où je n'aie occasion, je ne dis pas de toucher légèrement, mais de promener très fortement, et même de laisser pendant plusieurs minutes un bâtonnet de nitrate d'argent sur l'œil et les paupières, ou bien d'y déposer à l'aide d'un petit pinceau, une très forte solution de ce sel que je prépare à l'instant même avec quelques gouttes d'eau dans un petit verre (dix à quinze grains de pierre), sans qu'il en résulte le moindre accident; la phlogose de la muqueuse est en quelque sorte *tuée* par l'escarre qu'on produit et les parties reviennent promptement à leur état naturel. La même tolérance s'observe dans la plupart des membranes muqueuses de l'économie, et en particulier dans celles du vagin et de l'urètre.

M. Riberi vante beaucoup contre l'ectropion la compression de la paupière exercée par la main même du malade ou à l'aide d'un appareil approprié. « L'espoir de la guérison, dit-il, est bien plus fondé si, avec les remèdes précédens, on conseille en même temps au malade de comprimer doucement la paupière avec sa main, de manière à la maintenir exactement adaptée sur l'œil pendant deux à trois heures par jour, et d'en faire autant la nuit, à l'aide de coussinets et de bandelettes artistement arrangés. »

Sans doute que la compression, déjà proposée par d'autres, pourrait être utile dans la variété d'ectropion dont il s'agit; car, par cela même qu'elle empêche l'abord des humeurs et qu'elle détermine une sorte d'atrophie passagère, la compression devient le remède anti-phlogistique par excellence; mais peut-on appliquer un pareil moyen aussi exactement que M. Riberi le prétend? L'écoulement des larmes, la fatigue, l'ennui que l'on éprouve, enfin, le peu de stabilité de l'appareil, la lenteur et la temporalité de ses effets font suffisamment sentir la valeur éphémère du remède dont il s'agit.

Nous passons les procédés opératoires de l'ectropion qui sont tous connus et n'offrent rien à noter dans le livre de M. Riberi; nous arrivons à la fin de ce paragraphe où quelques propositions propres à l'auteur méritent une mention particulière.

En parlant de l'ectropion aigu qu'on observe souvent dans l'ophthalmie purulente ou blénorragique, surtout chez les enfans, M. Riberi dit: « Si le gonflement de la conjonctive est trop considérable et qu'il s'oppose à la réduction, et que l'étranglement soit douloureux, on doit d'abord tâcher de diminuer le gonflement et la douleur, à l'aide de fomentations glacées, et tenter ensuite la réduction. »

Cette conduite serait sans doute très sage si le mal était assez léger pour permettre la longue attente de l'action du remède résolutif; mais malheureusement lorsque l'étranglement aigu des paupières est intense, surtout chez les enfans, si on ne se hâte pas d'exciser avec les ciseaux la conjonctive boursouflée, la mortification s'empare des tissus étranglés: j'ai vu dans ces cas la cornée se sphacéler en quelques heures, et l'œil se vider par l'action étranglante du cercle conjonctival des deux paupières renversées (1). Ce précepte était ici de la plus haute importance, comme on le voit, et il n'aurait pas dû céder la place à une médication pusillanime, qui ne peut à la rigueur convenir que dans les cas légers ou après que la réduction a déjà été opérée.

M. Riberi admet avec Rey l'ectropion par contraction spasmodique du muscle orbiculaire. J'avoue que cette variété d'extraversion palpébrale est pour moi problématique. A moins d'admettre un boursouflement préexistant dans la conjonctive, je ne conçois pas comment, en se contractant, ce muscle puisse renverser la paupière. La paupière se renverse lorsque le muscle orbiculaire est au contraire paralysé, ainsi que cela s'observe chez les sujets hémiplégiques. S'il est contracté comme dans le blépharo-spasme, les paupières se rapprochent entre elles et de l'organe oculaire, au lieu de s'en éloigner; il est bien étonnant d'ailleurs que M. Riberi regarde un peu plus loin le blépharospasme comme une cause de renversement en dedans de la paupière (entropion), maladie qui est absolument l'opposé de celle dont il s'agit. Ajoutons néanmoins qu'une fois renversées par l'hypertrophie conjonctivale, les paupières peuvent rester comme étranglées par l'action du muscle orbiculaire, ce qui est bien différent de l'idée de M. Riberi et de Rey (1). Le seul fait d'ailleurs qu'on invoque en faveur de l'existence de la maladie n'est pas assez clair de lui-même pour pouvoir être concluant.

Une dernière proposition, enfin, sur laquelle nous devions appeler l'attention est celle-ci: « L'ectropion, dit M. Riberi, produit par la désunion de la paupière au grand angle, se guérit à l'aide de la suture, ainsi que cela a été fait par Ledran; mais l'ectropion qui résulte de la solution de continuité de tendon de l'orbiculaire est *incurable*. »

M. Riberi ne paraît pas avoir bien réfléchi à ce dernier sujet, ni même à l'observation de Ledran qu'il cite, car elle ne se rapporte précisément qu'à la division du tendon de l'orbiculaire; par conséquent l'ectropion dépendant de cette dernière cause n'est pas incurable ainsi qu'il le dit, car le malade de Ledran a très bien guéri (2).

L'article relatif à l'entropion et au trichiasis offre aussi des remarques dignes de considération.

L'entropion est fréquent, comme on sait, chez les vieillards. M. Riberi a observé judicieusement que cela tient principalement à la saillie considérable du bord orbitaire et à la consomption du tissu cellulaire introrbitaire, ce qui affaisse les voiles palpébraux et permet à leurs bords libres de se rouler sur eux-mêmes. On peut y joindre trois autres causes non moins puissantes; l'amincissement atrophique des muscles et fibrocartilages palpébraux, l'espèce de macération qu'éprouvent les bords libres, par l'abondance des larmes et de l'humeur sebacée à cette époque de la vie; et enfin le rétrécissement de l'ouverture palpébrale, en vertu de cette loi de l'économie qui veut que les cavités muqueuses se rétrécissent avec l'âge. M. Riberi a en outre observé l'entropion dans des cas d'atrophie complète de l'organe oculaire. Malgré que la sphère visuelle fût réduite en une sorte de petit moignon opaque dans le fond de l'orbite, le bord tarsien renversé en dedans produisait des symptômes aussi incommodes que dans les cas ordinaires d'entropion.

Il y a, relativement aux conséquences possibles de l'entropion, un fait important déjà signalé par Scarpa, vérifié ensuite par Travers, que j'ai constaté moi-même, et qui pourtant n'est qu'à peine mentionné par les auteurs postérieurs; je veux parler de la déviation de la colonne cervicale chez les enfans. Obligés de ne regarder que par un coin de l'œil, et en portant la tête de côté, à cause de l'irritation photophobique qu'ils éprouvent, les sujets atteints depuis long-temps d'entropion finissent quelquefois par rester avec le cou et la tête de côté, par suite d'une déviation réelle de la colonne cervicale. M. Riberi n'a pas oublié cette circonstance; mais il n'en dit qu'un seul mot en passant. Enfin, il dit avoir en trois fois l'occasion d'observer l'entropion avec un roulement double du bord de la paupière sur lui-même, ce qui empêchait les cils de toucher le globe oculaire, car ils se trouvaient par là cachés dans le dédoublement même du bord palpébral: ces cas sont fort rares.

Quant au traitement du trichiasis et de l'entropion, on sait que les moyens proposés et mis en usage sont très nombreux. M. Riberi a en l'occasion d'expérimenter l'attachement des poils déplacés aux poils voisins lorsque ceux-là n'étaient qu'en petit nombre. Voici le fait qu'il rapporte à ce sujet:

« Il y a trois ans, j'ai vu, dit-il, une demoiselle affectée d'une irritation à l'œil gauche, à cause d'un cil dévié du côté du globe; le poil était roulé sur lui-même comme un anneau, de manière que la pointe était retournée vers le bulbe. L'ayant lié avec un fil de soie aux poils voisins, il a repris en peu de temps sa direction normale, et la malade a guéri. »

Comme méthode générale, cependant, M. Riberi préfère, pour le traitement de l'entropion, la cautérisation de la peau de la paupière à l'aide de l'acide sulfurique. Cette méthode est celle qu'on préfère généralement en Italie. M. Quadri, à Naples, n'en emploie pas d'autre, et je l'ai vu moi-même constamment réussir à la clinique de ce médecin.

M. Riberi a aussi essayé deux fois la cautérisation du bulbe en suivant la direction de la tige ciliaire lorsqu'il s'est agi de déviation simple de quelques poils. Il s'est pour cela servi d'une aiguille rougie au feu, qu'il a enfoncée dans la face interne de la paupière, suivant la direction du cil qui lui a servi de conducteur, et la guérison a eu lieu.

On ne saurait cependant trop compter sur la fidélité de cette opération; car on sait que les bulbes ne sont pas implantés à l'endroit même d'où l'on voit sortir la tige ciliaire; celle-ci marche plus ou moins long-temps, plus

(1) V. Ware, *Chirurgical observations*, 2e édit. London, 1805.

(1) V. Adams, *Practical observations on diseases of the eye*, chap. I.
(2) *Mém. de l'Acad. de chir.* t. I.

ou moins obliquement, sous la conjonctive avant de se montrer au dehors. De là résulte que ce n'est qu'au hasard qu'on peut rencontrer le bulbe avec l'aiguille. Scarpa avait déjà insisté sur ces particularités, pour démontrer l'infidélité de ce remède.

Dans l'article relatif à l'atoniatoblepharon paralytique (blépharoplégie), l'auteur émet une idée assez singulière. Il dit que dans tous les cas où tous les remèdes d'usage auront échoué « on peut conseiller au malade de relever la paupière à l'aide d'une pince élastique qui aura son point d'appui à l'occiput, et qui passera par le sommet de la tête et le sourcil. »

En écrivant ces lignes, M. Riberi n'a pas réfléchi que dans le prolapsus paralytique de la paupière, il y a constamment strabisme divergent et diplopie, et que, par conséquent, ce serait rendre un fort triste service au malade que de lui maintenir artificiellement la paupière relevée; le remède serait ici en vérité bien pis que le mal. Je m'étonne que M. Riberi ait oublié les belles considérations de Scarpa à cet égard.

Le sujet concernant les blessures des paupières se prêtait très bien à des considérations de détail. L'auteur, cependant, s'est seulement contenté de quelques lignes, et n'en dit pas plus que ce qu'on trouve dans les livres ordinaires de médecine opératoire. Il y a surtout ici une omission importante relativement au *coloboma*; c'est le procédé de Dupuytren. Le voici :

« On a conseillé, dit Dupuytren (1), de faire le rapprochement à l'aide de points de suture. Ce moyen est bon; mais il est douloureux, assez difficile à appliquer, et laisse après lui les traces des piqûres faites par l'aiguille, et agrandies par la présence du fil. Ensuite, il est rare qu'il puisse être appliqué assez près du bord libre de la paupière pour mettre en contact parfait la partie de la plaie qui répond à ce point. Pour remédier à cet inconvénient, qui laisse presque toujours après lui une anfractuosité plus ou moins profonde au bord libre de la paupière, j'ai imaginé d'agir sur les cils eux-mêmes. Quelquefois je réunis les cils les plus voisins appartenant à chacune des lèvres de la plaie, en un seul faisceau, autour duquel j'applique une ligature le plus près possible de sa base. D'autres fois, je lie isolément chacun des faisceaux appartenant à chacune des lèvres de la plaie, après quoi je croise les fils et les tire en sens inverse, de manière à mettre en contact les lèvres de la solution de continuité, et je les fixe sur les parties voisines à l'aide d'un emplâtre agglutinatif. Je suis souvent parvenu, à l'aide de ce moyen, à réunir, sans la moindre difformité, des plaies qui avaient profondément divisé la paupière supérieure, depuis son bord adhérent jusqu'à son bord libre. Toutefois, la suture et la ligature des cils ne peuvent rester appliquées au delà de quatre ou cinq jours; car la première couperait les parties et tomberait, et la seconde séparerait les cils de leurs bulbes enflammés par le tiraillement qu'ils éprouvent. »

Ce procédé ingénieux de Dupuytren se trouve d'ailleurs indiqué dans le traité d'ophthalmologie que je publie en ce moment. (V. 3e livraison, p. 46.)

Viennent les tumeurs enkystées des paupières. M. Riberi en admet deux espèces; les unes se forment de toute pièce dans le tissu cellulaire, les autres résultent de l'obstruction d'une glande de Meibomius qui acquiert un grand développement. Cette distinction est due à Béclard, comme on sait, mais elle n'est pas admise par tous les pathologistes. D'après les recherches auxquelles je me sois livré à ce sujet, je n'ai pas encore pu me convaincre de l'existence réelle de la seconde variété de loupes. Du reste cela intéresse peu pour la pratique; ce qu'il importe seulement de faire noter, c'est que les unes sont plus proéminentes du côté de la peau, les autres du côté de la conjonctive; delà deux procédés opératoires. Je ne puis cependant passer sous silence le passage suivant du livre de M. Riberi.

« Les causes les plus fréquentes, dit-il, qui donnent naissance aux loupes des paupières sont les violences traumatiques, les vices constitutionnels et la suppression rapide d'un rhumatisme ou d'une blépharophthalmie catharrhale. »

Je ne pense pas que les pathologistes qui sont au courant des recherches récentes sur la formation des tumeurs enkystées, qu'on appelle loupes, puissent aucunement comprendre l'espèce d'étiologie que M. Riberi donne avec tant d'assurance.

L'auteur avance des idées tellement exagérées sur ces sortes de tumeurs qu'on aurait cru qu'il n'en a jamais vu traiter, si l'on ne savait pas d'ailleurs que M. Riberi est un praticien habile et très exercé. Voici comment il s'exprime dans un endroit de ce paragraphe.

« Si ces tumeurs sont extirpées par une main inexpérimentée ou touchées témérairement avec un caustique, elles peuvent donner lieu à des fistules de la glande ou du sac lacrymal, à l'ectropion, au lagophthalme, ou bien devenir tellement adhérentes à la peau qu'on soit consécutivement obligé d'en exciser une partie pour les guérir. »

Et un peu plus loin il ajoute :

« L'incision qu'on pratique du côté de la conjonctive, d'après le conseil de Valsalva et de Scarpa, est beaucoup plus douloureuse, plus difficile, plus imparfaite et accompagnée de dangers beaucoup plus grands que celle qu'on fait du côté de la peau, etc. »

On voit bien par ces passages qu'en écrivant ce chapitre, M. Riberi s'est plutôt contenté de compiler légèrement les idées des oculistes exclusifs qui pour la plupart ne sont, comme on sait, ni chirurgiens, ni pathologistes, que de consulter sa grande expérience. Les loupes des paupières sont une maladie de si peu d'importance, de si facile guérison, qu'il n'est pas la peine d'émettre de pareilles avant-gardes qui effraient sans fondement les personnes peu expérimentées. M. Riberi aurait mieux fait de rendre ce paragraphe plus complet en indiquant les médications qu'il a omises.

Le dernier chapitre de cette section se rapporte aux tumeurs introrbitaires. L'auteur décrit dans autant de paragraphes les kystes proprement dits ou loupes, les lipomes, les tumeurs hydatiques, les anévrismes, les végétations cancéreuses, les ostéocèles ou exostoses, et enfin la dégénérescence hydatique de la glande lacrymale. Il assigne des procédés opératoires spéciaux à chacune de ces tumeurs; on pourrait cependant lui demander d'après quels faits bien constatés il a fondé tout ce qu'il dit relativement aux lipomes de l'orbite. On pourrait lui faire observer en outre 1° qu'il n'est pas exact de dire que la science ne possède qu'une seule observation de tumeur hydatique de la cavité orbitaire. Indépendamment de celle de Lawrence qu'il cite comme unique, la science en possède plusieurs autres, une est propre à Dupuytren, une troisième appartient au docteur Barne, etc. (1).

2° Qu'on connaît aujourd'hui un plus grand nombre d'anévrismes intraorbitaires que l'auteur ne croit. Les deux seuls faits qu'il cite, de Travers et Dalrymple, se trouvent dans tous les livres et sont déjà vieux, ils ne fournissent pas l'idée de tout ce qu'on sait aujourd'hui sur ces espèces de tumeurs. Guthrie (ouv. cité) a vu un cas d'anévrisme vrai de l'artère ophthalmique des deux côtés qui s'est terminé par la mort; je l'ai reproduit dans mon mémoire sur l'anatomie pathologique de l'amaurose (2); le voici :

« J'ai vu un cas d'anévrisme vrai de l'artère ophthalmique des deux côtés, dont la terminaison a été fatale. Les symptômes étaient semblables aux cas rapportés par Travers et Dalrymple, mais aucune tumeur n'était apercevable au dehors; l'œil seulement avait graduellement fait procidence au point d'être hors de l'orbite, mais la vision était peu endommagée. Le bruit sifflant (frémissement) dans la tête pouvait être distinctement entendu, et il fut attribué à l'existence de quelque anévrisme. A l'ouverture du corps on trouva un anévrisme de l'artère ophthalmique de chaque côté, d'environ le volume d'une grosse noix. La veine ophthalmique cérébrale était amplement élargie; elle était aussi obstruée près de l'endroit où elle passe par le trou orbitaire supérieur. Ce double résultat dépendait de la grande augmentation de volume que les muscles droits avaient acquise, et de leur dureté presque cartilagineuse; ce qui avait été aussi caché dans la procidence de l'œil que la dilatation des vaisseaux dont nous avons parlé. La maladie existant des deux côtés aucune opération sur la carotide n'a pu être tentée: le malade d'ailleurs était décidé à ne pas s'y soumettre. »

On trouve dans les ouvrages de Mackensie (3), de Middlemore (4), et dans plusieurs journaux de médecine d'autres cas non moins intéressans d'anévrismes introrbitaires.

3° Qu'il y a relativement aux ostéocèles de la cavité orbitaire que M. Riberi a jugées presque incurables une médication nouvelle fort importante, dont il ne paraît pas avoir en connaissance. Cette médication je l'ai consignée dans la Gazette Médicale (voir mes quatre mémoires sur les ostéocèles accidentelles, 1835).

4° Que puisque M. Ribes a eu l'occasion d'observer et d'opérer l'affection si rare de la glande lacrymale qu'on appelle hydatique, il aurait mieux fait de donner l'observation avec détails que de se perdre dans le vague des conjectures qu'on a avancées à ce sujet et qu'on trouve d'ailleurs dans une foule de livres.

5° Enfin, qu'il y avait à la suite de toutes ces opérations sanglantes une circonstance fort importante à relever et que M. Riberi a eu tort de passer sous silence; elle est relative à la propagation de la phlogose réactionelle de l'orbite dans le crâne, et aux moyens de la prévenir; on connaît aujourd'hui plusieurs cas de mort survenue à la suite de cet accident (5).

Nous arrivons à la seconde section de l'ouvrage de M. Riberi, elle est relative aux opérations qu'on pratique sur la sphère visuelle. Les lésions traumatiques de l'œil occupent la première place. Le seul fait digne d'être cité que nous y trouvons est le suivant :

« En 1827, une petite fille, âgée de trois ans, est reçue à la clinique de M. Riberi; elle est depuis quatre mois atteinte d'ophthalmite aiguë avec obscurcissement de la cornée : toute la surface de l'œil est couverte par une excroissance charnue dont l'origine remontait vers l'angle externe de la paupière supérieure; elle était si volumineuse qu'elle débordait la capacité des paupières. M. Riberi en a pratiqué l'excision, et il a été étonné de trouver à la racine de la tumeur un fétu de paille de la longueur de huit lignes qui lui avait donné naissance. »

Ce fait est remarquable, mais il n'est pas le seul de ce genre; on en

(1) Dupuytren, *Blessures par armes de guerre*, t. II, p. 207. Paris, 1834.

(1) *Med. chir. trans*, t. IV, p. 319.
(2) *Rev. med.* 1832, t. IV.
(3) Mackensie. *A practical treatise of the diseases of the eye*, 2e édit. London 1830.
(4) Middlemore. *A treatise of the diseases of the eye*. London 1835.
(5) Gazette Médicale, 1837. Mackensie, ouv. cité.

trouve un pareil dans l'ouvrage de Lawrence (1), un troisième dans celui de Wenzel (2). Cet article du reste relatif aux blessures de l'œil et de l'orbite est fort incomplet.

Dans la description des maladies chirurgicales de la conjonctive, on trouve deux petits paragraphes qui me paraissent assez importans pour être reproduits presque en entier, l'un traite des tumeurs enkystées de la conjonctive oculaire.

« Il m'est arrivé trois fois, dit M. Riberi, de voir une petite tumeur hémisphérique, rouge, peu mobile, élastique, pas plus volumineuse qu'un pois, située derrière la conjonctive oculaire, ou entre cette membrane et la sclérotique, une fois vers l'angle externe de l'œil, deux fois vers l'interne, contenant une humeur tantôt séreuse et bleuâtre, tantôt gélatineuse, tantôt enfin muqueuse, offrant un kyste plutôt dur, indolent, et ne produisant d'autres symptômes qu'une sorte de gêne mécanique. Ces tumeurs m'ont paru avoir la même organisation que les loupes des paupières, aussi les ai-je traitées de la même manière, c'est-à-dire par l'incision et l'évacuation de leur contenu. Le mal a disparu par degrés. Une fois seulement j'ai été obligé d'enlever tout le kyste qui était coriace à l'aide d'une érigne et d'un petit couteau. »

Cette observation est remarquable, mais elle n'est pas unique : Weller et plusieurs autres citent des faits pareils; j'en ai vu moi-même un exemple à la clinique de Dupuytren il y a quelques années; j'en conserve les détails dans mes cahiers.

L'autre paragraphe est intitulé : *Hydropisie du tissu cellulaire, qui existe entre la conjonctive et la sclérotique.*

« Il y a sept ans, j'ai eu l'occasion de voir, dit l'auteur, un cas de cette nature, et dernièrement encore un fait pareil s'est présenté à ma clinique, chez un garçon âgé de douze ans, on voyait sur chaque œil une tumeur vésiculaire, transparente, élastique, fluctuante, couverte de quelques vaisseaux variqueux, accompagnée d'épiphora et d'un léger blépharospasme. La tumeur était placée entre le bord externe de la cornée et la commissure externe des paupières, se prolongeait en haut, en bas et transversalement, jusqu'à l'endroit où la conjonctive se réfléchit de l'œil sur les paupières. Elle était tellement saillante entre les paupières que le rapprochement de ces voiles était difficile dans un cas, impossible dans un autre; la paupière était très saillante vers sa base et à son angle externe. Chez le dernier malade, la conjonctive était tout à fait disséquée et disjointe de la sclérotique dans l'espace d'une ligne et demie; de sorte qu'on distinguait dans le fond de la tumeur l'endroit dénudé de la sclérotique. Dans les deux cas, la maladie avait été produite par une cause traumatique; les sujets étaient scrofuleux; il est probable que cette cause avait donné lieu à une phlogose du tissu sous conjonctival, qui était terminée par hydropisie : la guérison a eu lieu à l'aide de l'excision. »

La maladie à laquelle se rapporte le fait précédent a déjà été décrite par plusieurs auteurs. Dehais-Gendron y avait consacré un long chapitre sous le titre d'*Œdème de la conjonctive*. Il a même rapporté un fait qui me paraît assez remarquable.

« J'ai vu, dit-il, un enfant dont l'œil était si œdémateux, qu'il excédait la grosseur d'un œuf de poule. Ce malade avait un vice scrofuleux bien décidé : l'action du froid humide peut même le produire. L'œdème occasionné par un vice scrofuleux, ou par le relâchement des vaisseaux, ou parce que le malade abonde en humeurs visqueuses, est long et difficile à guérir, surtout chez les vieillards. Les purgatifs de jalap, de scammonée, etc., font beaucoup de bien, aussi bien que les sudorifiques et les diurétiques. Mouchetures; applications spiritueuses (3).

» Mackensie (4), Middlemore (5), Demours (6), ont également rencontré plusieurs exemples du même genre. »

Indépendamment de cette espèce de tumeur par épanchement sous-conjonctival, il y en a une autre dont M. Riberi n'a pas parlé, qui se forme dans le même tissu, et qui dépend d'une infiltration d'air provenant des fosses nasales. J'ai vu trois fois cette maladie; je l'ai décrite dans mon ouvrage, sous le nom d'*emphysème palpébral* (4e liv., p. 49 et 50).

Le chapitre du ptérygion présente quelques idées neuves. Scarpa a établi pour précepte dans l'opération du ptérygion de ne jamais poursuivre cette végétation dans toute l'étendue de sa base; il a prescrit d'exciser le triangle morbide vers la circonférence de la cornée, à l'aide d'un coup de ciseaux, dirigé concentriquement à la cornée, ou plutôt parallèle à la circonférence de cette membrane. Scarpa voulait, par ce précepte, éviter deux inconvéniens : de dénuder la sclérotique dans une grande étendue, et de produire une cicatrice trop forte, qui, comme une sorte de bride, gênerait l'œil dans ses mouvemens. L'expérience a parfaitement répondu à la sagesse de cette manière de voir; les nombreux faits que Scarpa a rapportés sont là pour convaincre les plus incrédules; jamais de récidive n'a été observée par ce grand praticien à la suite de ce mode opératoire. M. Riberi cependant a remarqué dans sa pratique qu'en ménageant la base extra-cornéale du ptérygion, ainsi que Scarpa le voulait, le tissus restans, en place de s'affaisser, s'hypertrophiaient et végétaient quelquefois au point de reproduire la maladie d'une manière plus fâcheuse qu'avant l'opération; de sorte qu'il a été obligé d'en venir à une seconde excision et d'emporter le mal dans toute son étendue. Il a, en conséquence, adopté pour principe de poursuivre la dissection de la base du ptérygion aussi loin que possible, et d'emporter le tout sans craindre de dénuder la sclérotique. En se comportant de la sorte, M. Riberi n'a jamais eu à se repentir; il a vu que les malades guérissaient bien, et sans aucun inconvénient consécutif. Cette pratique lui paraît surtout indispensable pour les cas où le ptérygion est épais; s'il est mince et presque coriace, le procédé de Scarpa peut suffire.

Une autre modification importante, apportée par M. Riberi à l'opération du ptérygion est celle-ci : on sait de quelle importance il est d'exciser tout le sommet de la végétation; il est d'expérience effectivement que la cicatrice qui prend la place de ce sommet sur la cornée est toujours moins étendue et moins opaque que le tissu ptérygien. M. Riberi remplit cette indication mieux qu'on ne l'avait fait; en place de commencer la dissection du ptérygion du sommet vers la base, ainsi qu'on le faisait communément, il suit une marche opposée; il divise le triangle vers son milieu et dirige sa dissection vers le sommet d'abord, qu'il continue délicatement jusqu'à la dernière extrémité; puis il dissèque l'autre moitié en allant de la même division vers la base. Pour commencer, il serre avec une pince le ptérygion dans son milieu, et le tire à lui jusqu'à ce qu'il produit une sorte de craquement occasionné par la rupture de ses adhérences celluleuses; il le tranche ensuite avec des ciseaux fins ou bien d'un petit bistouri à lame mince, qui passe au-dessous de la végétation.

Un long chapitre est consacré aux taches de la cornée; il est parfaitement au niveau des connaissances acquises sur ces lésions. Leur histoire se rallie, comme on sait, à celle de la kératite; M. Riberi s'est montré ici bien pénétré de son sujet.

Arrive l'article staphylome, qui est des plus longs et des mieux élaborés. La procidence de l'iris occupe aussi un très grand nombre de pages. L'auteur insiste sur l'avantage qu'on peut retirer de l'extrait de belladone, mais dans les cas où la procidence est ancienne et adhérente aux bords de la brèche cornéale; sans la guérir complètement, ce remède diminue toujours la procidence, au dire de M. Riberi. Je dois déclarer pourtant que, l'ayant essayé moi-même dernièrement dans deux cas de procidence irienne fort récente, la belladone n'a eu absolument aucune action sur le mal, elle a pourtant dilaté la pupille de l'œil sain; j'avais administré ce remède en lavement et localement. M. Riberi n'adopte pas la pratique de Scarpa pour combattre la procidence irienne; la cautérisation avec la pierre infernale peut, d'après lui, être suivie d'accidens graves; il se contente, en conséquence, des remèdes antiphlogistiques d'abord, puis il emploie des pommades astringentes. Cette pratique, que M. Riberi s'attribue, ne lui appartient nullement. Demours ne traitait pas autrement la maladie en question. Sans doute que la procidence peut très bien guérir à la longue, même sans rien faire, car la partie herniée s'atrophie par degrés et finit par disparaître; je l'ai même vue une fois tomber tout à fait spontanément comme un fruit mûr, par une sorte d'étranglement à la base chez un malade couché à la clinique de Boyer; mais par cette médication expectante, la guérison se fait trop long-temps attendre et l'œil a par-là tout l'aise de s'affaiblir, de s'atrophier, ou de devenir autrement inapte à ses fonctions. D'un autre côté, M. Riberi est peut-être le seul qui ait vu des accidens par l'emploi du nitrate d'argent dans ces cas; lorsque la cautérisation à l'aide de ce moyen est bien faite, elle ne manque jamais son effet, les malades guérissent en peu de jours, sans le moindre inconvénient. Je pourrais, entre autres cas de cette nature qui me sont propres, citer un exemple tout récent d'une jeune personne qui se trouvait dans ces conditions, et pour laquelle j'ai été appelé par M. le docteur Duval. La guérison a eu lieu après la troisième cautérisation.

L'auteur discute dans ce même chapitre la question de savoir quelle est la nature de la procidence vésiculaire. On sait que Scarpa a considéré cette procidence comme produite par un prolongement du corps hyaloïdien, et que d'autres, à la tête desquels est Dupuytren, l'ont regardée comme formée par un allongement de la membrane de l'humeur aqueuse ou de la face séreuse de la cornée (1). M. Riberi a eu l'occasion de s'assurer que la tumeur dépend tantôt de l'une, tantôt de l'autre cause; il n'approuve pas du reste la pratique généralement suivie contre cette procidence, savoir la cautérisation avec le nitrate d'argent; il préfère le traitement antiphlogistique.

On conçoit à peine en vérité comment M. Riberi ait pu concevoir tant d'aversion contre le plus précieux des remèdes que nous possédons dans le traitement des affections oculaires.

L'hydrophthalmie était digne d'une description beaucoup plus étendue qu'elle ne présente dans le livre de M. Riberi; l'auteur ne paraît pas du tout au courant des derniers progrès sur ce point de pathologie.

En revanche, les deux chapitres suivans, dont l'un traite de la pupille artificielle, l'autre de la cataracte, sont fort bien faits et fort complets. Nous avons cherché en vain dans le livre de M. Riberi la description de la fistule lacrymale, de l'hypopion, de l'empième oculaire, et de quelques autres maladies importantes de l'appareil visuel.

L'ouvrage se termine par la description de l'extirpation de l'œil et par quelques mots sur l'œil artificiel.

(1) Lawrence. *Treatise on the diseases of the eye*. London 1833.
(2) Wenzel. *Manuel de l'oculiste*.
(3) Dehais-Gendron. *Traité des maladies des yeux*, t. II, p. 40.
(4) Mackensie, p. 195.
(5) Middlemore.
(6) Demours. *Maladies des yeux*, vol. II, obs. 61.

(1) Demours, ouv. cit., t. II, obs. 221.

En somme, si l'on en excepte les quelques défauts et les lacunes que nous venons de signaler, le livre de M. Riberi est un bon traité de thérapeutique chirurgicale des yeux que les praticiens et les élèves liront avec profit.

VARIÉTÉS.

TRIBUNAL CORRECTIONNEL DE BOULOGNE-SUR-MER.

AFFAIRE DES MÉDECINS ANGLAIS.

L'article 4 de la loi du 19 ventôse an XI est-il applicable aux médecins étrangers qui donnent des soins à leurs compatriotes établis en France?

La beauté de notre ville et de ses environs, ses bains de mer, l'air pur qu'on y respire, tous ces avantages réunis ont, depuis 1815, attiré chez nous un grand nombre d'Anglais.

On sait que nos voisins d'outre-mer tiennent singulièrement à leurs habitudes, et surtout au système de médecine pratiqué par les docteurs de leur pays.

Aussi à peine un certain nombre d'Anglais se furent-ils définitivement fixés à Boulogne, que plusieurs médecins, se disant pourvus de diplômes émanés des facultés anglaises, vinrent s'y établir également. Trois d'entre eux sollicitèrent et obtinrent du gouvernement français l'autorisation d'exercer la médecine en France; les autres s'en passèrent et n'en pratiquèrent pas moins la médecine parmi leurs compatriotes.

Cet état de choses dura jusqu'en 1828 sans que l'autorité s'en inquiétât et sans qu'aucune plainte se fût produite. A cette époque, des rivalités s'élevèrent entre les médecins anglais non autorisés et ceux autorisés, et ces derniers dénoncèrent les premiers à l'autorité.

Des poursuites s'en suivirent devant le tribunal correctionnel, pour contravention à la loi du 19 ventôse an XI; mais par jugement du 21 mai 1828, le tribunal, « Attendu que les prévenus, docteurs-médecins, reçus en Angleterre, n'ont donné leurs soins qu'à leurs compatriotes, et que, dès lors, ils ne peuvent être considérés comme ayant contrevenu à la loi du 19 ventôse an XI; que si les étrangers qui ne parlent ni n'entendent la langue française ne pouvaient, dans leurs maladies, être traités par les gens de l'art de leur nation, il arriverait souvent que leur existence serait compromise, parce qu'ils ne pourraient donner aux médecins français les renseignemens dont ceux-ci auraient besoin pour suivre le traitement et prescrire les remèdes qu'exigerait leur situation », les a renvoyés des poursuites dirigées contre eux.

Sur l'appel interjeté par le ministère public, le jugement ci-dessus a été confirmé. Un pourvoi en cassation a été rejeté.

A l'abri de cette jurisprudence les médecins étrangers non autorisés continuèrent paisiblement l'exercice de leur profession sans être plus troublés ni inquiétés. Leur nombre s'accrut même et suivit la progression de l'augmentation de la population anglaise.

En 1837, l'un de ces médecins non autorisés fut prévenu d'attentat aux mœurs; mais après instruction, un jugement de la chambre du conseil déclara n'y avoir lieu à suivre.

Cependant, le ministère public, informé par l'instruction que ce médecin exerçait la médecine sans l'autorisation du gouvernement français, le traduisit devant le tribunal correctionnel pour infraction à l'art. 4 de la loi du 19 ventôse an XI; et le tribunal le condamna en 25 fr. d'amende.

Appel fut interjeté par la partie condamnée devant le tribunal de St-Omer, qui confirma le jugement.

Malgré ce changement de jurisprudence, les autres médecins, qui n'avaient été l'objet d'aucunes plaintes et qui se bornaient à traiter leurs compatriotes, furent laissés en repos. Mais la société médicale de Boulogne-sur-Mer ayant signalé à M. le procureur du roi l'existence de ces médecins non autorisés, ce magistrat requit une instruction, et, par suite, cinq médecins étrangers non autorisés comparaissaient aux audiences des 21 et 28 février dernier, comme prévenus de contravention à la loi de ventôse précitée.

Après l'audition des témoins, dont les dépositions n'ont laissé aucun doute sur l'existence de la contravention reprochée, qui n'était pas d'ailleurs déniée,

Mes Hédouin et Carmier ont, dans de remarquables plaidoiries, présenté la défense des prévenus.

Selon eux, si leurs cliens sont condamnés, il est à craindre que les étrangers, qui font la prospérité de notre ville, ne désertent en masse. L'Anglais ne croit qu'à la médecine anglaise. Peut-être aussi qu'une thérapeutique assez violente est indispensable à des tempéramens énergiques. D'ailleurs la confiance ne se commande pas; et peut-on bien consulter par interprète?

En droit, est-il vrai que la loi soit positive? L'article 4 dit qu'il faut aux étrangers l'autorisation pour exercer; mais le législateur pensait à l'exercice de la médecine envers des Français. En 1803, il n'y avait pas d'Anglais en France. On statuait *de eo quod plerumque fit* : l'exposé des motifs le prouve. Fourcroy, rapporteur, parle des intérêts du peuple français, de la vie des citoyens mise en péril par les excès du charlatanisme. En outre, une loi portée contre les charlatans, les empiriques, atteindra-t-elle les illustrations de la médecine anglaise? En 1805 et 1806, quand cette loi était récente, Verdun fut rempli de prisonniers anglais, et les médecins anglais les ont soignés sans être autorisés et sans encourir de poursuites. L'interprétation restrictive et rigoureuse de la loi de 1803 serait toute nouvelle. Soutiendra-t-on que l'intérêt des Anglais exige que leurs médecins soient soumis à un autre contrôle que celui qui résulte du diplôme national et du libre choix de leurs cliens? mais les articles 319 et 320 du Code pénal qui punissent l'homicide par imprudence et les blessures involontaires ne sont-ils pas là pour arrêter la maladresse et l'ignorance? Enfin, M. Allatt, un des cinq docteurs inculpés, est muni d'une lettre de M. de Corbière où le ministre disait : « Je ne vois pas d'inconvénient à ce que vous continuiez d'exercer sans autorisation si vous vous bornez à donner vos soins à des compatriotes. » Les défenseurs terminent en invoquant le jugement du tribunal de Boulogne, rendu en 1828.

M. Bourdon, substitut de M. le procureur du roi, a soutenu avec talent la prévention.

« Les intérêts locaux, a-t-il dit, non plus que les affections privées, ne peuvent entrer dans la balance des juges. Au surplus, les craintes sur la prospérité de Boulogne sont exagérées, elle tient à tant d'autres causes qui continueront à produire leurs effets; et puis oublie-t-on qu'il y a trois médecins anglais autorisés, qu'un quatrième est reçu docteur de Paris; avertis ou encouragés par la stricte exécution de la loi, d'autres suivront cet exemple. La science même y gagnera par la comparaison des méthodes, sans compter que le gouvernement n'aura que l'embarras du choix pour accorder de nouvelles autorisations s'il en faut. Les intérêts de Boulogne ne sont jamais oubliés. Enfin, la loi doit s'exécuter partout en France. »

Après ces considérations, le ministère public répond aux moyens de droit invoqués par les défenseurs.

« D'abord, dit-il, pourquoi consulter l'exposé des motifs quand la loi est claire; l'expression d'une pensée isolée dont les termes ne sont pas tous pondérés, peut-elle donc prévaloir sur le texte? Ensuite, qui prouve trop ne prouve rien. On soutient qu'à la différence de toute loi pénale, celle de 1803 ne saisirait pas tous les habitans du territoire; mais alors les étrangers en France seront la proie offerte aux charlatans de tous les pays : la conséquence fait juger le principe. On dit que les art. 319 et 320 du Code pénal fourniraient une répression; mais si ces articles ne protègent pas assez les Français, d'où viendrait la distinction? Il n'est pas vrai que la prévention de blessures ou d'homicide involontaire soit une bonne arme aux mains des juges pour réprimer l'ignorance en médecine. Mais pourquoi des restrictions à l'article 4? Pourquoi l'autorisation? Parce qu'un diplôme étranger est l'acte d'un pouvoir étranger. Il existe en outre des raisons d'ordre public. La médecine est un sacerdoce, il faut pour l'exercer, non-seulement capacité, mais encore moralité. Qui nous dit que ces conditions sont toujours exigées ailleurs? que les diplômes furent obtenus par celui qui les possède? que ce n'est pas un diplôme sans valeur réelle, ou fabriqué, ou emprunté d'un ami, d'un frère, d'un parent, d'un homonyme? que celui qui les obtint n'a pas perdu le droit de s'en servir dans son pays, et que ce n'est pas pour cela même qu'il le quitte? Qui peut répondre aux questions que l'exhibition des diplômes ou certificats soulève? Le gouvernement seul le peut; lui seul a sa police, son administration, sa diplomatie, les moyens en main pour juger les diplômes et leurs possesseurs. Si la nécessité de l'autorisation n'existait plus, la loi de ventôse n'aurait purgé le sol de la France des empiriques indigènes que pour le laisser envahir à chaque instant par l'écume des charlatans étrangers. »

Le ministère public termine en opposant à l'exception de bonne foi le principe qu'elle n'est point admise en matière de contravention. Il rappelle l'arrêt de cassation rendu le 20 juillet 1833 contre l'oculiste Williams, dans des circonstances éminemment favorables.

Le tribunal a remis la cause à huitaine pour la prononciation de son jugement.

Voici le jugement :

« Considérant qu'il résulte de l'instruction, que MM. Carter, Scott, Shutter, Allatt et Galbraith ont exercé l'art de guérir à Boulogne, sans être munis de diplômes et sans avoir obtenu l'autorisation du gouvernement;

» Considérant qu'à la vérité les prévenus n'ont donné leurs soins qu'à leurs compatriotes, que de graves considérations viennent militer en leur faveur, qu'on pourrait même, pour quelques-uns d'eux, dire qu'ils ont pu se croire autorisés à continuer l'exercice de la médecine; mais que d'une part les dispositions de la loi du 19 ventôse an XI sont générales, ne comportent point d'exception; que d'un autre côté, cette loi du 19 ventôse an XI est une loi de police et de sûreté, qui oblige tous ceux qui habitent le territoire; qu'enfin, en matière de contravention, la bonne foi n'est pas un motif d'excuse;

» Considérant que le sieur Carter est en état de récidive légale;

» Considérant néanmoins qu'il existe en faveur de tous les prévenus des circonstances atténuantes;

» Le tribunal déclare MM. Carter, Scott, Shutter, Allatt et Galbraith coupables de contravention à la loi du 19 ventôse an XI, et, lecture faite par le président des art. 4, 35 et 36 de ladite loi,

» Condamne les sieurs Scott, Shutter, Allatt et Galbraith, chacun en 5 fr. d'amende, M. Carter en 40 fr. d'amende.

» Les condamne chacun en un cinquième des dépens. »

On voit, par les motifs du jugement et par la modération de la peine, que le tribunal a condamné à regret. Nous espérons qu'averti par cette décision, le gouvernement comprendra la nécessité d'accorder de nouvelles autorisations, et satisfera ainsi aux besoins de notre nombreuse population anglaise.

— Il règne, depuis quelques semaines, à Saint-Étienne (Loire), une maladie qui a la plus grande analogie avec la petite-vérole. Toutefois, des personnes ayant été vaccinées ont succombé.

— Nous avons reçu une lettre de M. Lélut relative à l'anatomie générale de la peau, que l'abondance des matières nous force de renvoyer au prochain numéro.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE DE FÉLIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 12. (TOME VI. — 1838.) SAMEDI 24 MARS 1838.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé et Clinique des hôpitaux* réunies) parait tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°.—Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Poissonnière*, n° 5, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Note sur les plaques laiteuses du cœur; communiquée par J.-J. de la Harpe, médecin en chef de l'hôpital de Lausanne, etc., etc.

L'altération de tissu connue sous ce nom est sans contredit la plus fréquente de celles que j'ai observées jusqu'à ce jour sur le cœur. Elle l'est à tel point dans ce pays, que je puis affirmer, sans exagération, l'avoir trouvée sur le tiers des cadavres dont j'ai fait l'autopsie, quel qu'ait été d'ailleurs le genre de la mort. J'ai cru remarquer cependant que les individus qui succombaient à des affections inflammatoires de la poitrine, à la phthisie ou à quelque pleurésie, présentaient habituellement de ces plaques.

J'ignore si elles s'observent plus fréquemment ici que dans d'autres contrées; je serais porté à le croire, puisque très peu d'auteurs en font mention. M. Bouillaud (1) les décrit à peine, il se borne à les nommer. M. Andral n'en parle pas dans son anatomie pathologique. Le silence d'observateurs aussi exacts m'a engagé à faire quelques recherches anatomiques à leur sujet. Voici quels en ont été les résultats.

Les plaques laiteuses du péricarde se présentent sous quatre formes distinctes : en plaques proprement dites, en lignes, en points et en nuages. Les plaques sont de beaucoup les plus fréquentes. On les observe particulièrement à la partie moyenne du cœur, sur toute la zône médiane de ce viscère; autant en avant qu'en arrière et sur les côtés; plus généralement, toutefois, près du sillon qui sépare les oreillettes des ventricules. Elles paraissent se former de préférence sur les parties du péricarde qui ne recouvrent pas de gros vaisseaux. Je les ai observées quelquefois sur les oreillettes; mais alors elles avaient la forme d'arborisations grossières et fort inégales. Lorsqu'elles siégent sur le trajet des gros vaisseaux, elles sont volontiers moins étendues et plus épaisses.

L'étendue de ces plaques est très variable; j'en ai vu depuis les dimensions d'une lentille jusqu'à celles d'une pièce de cinq francs et au-delà. Le même cœur peut en offrir de grandes et de petites; tantôt il en existe plusieurs simultanément, tantôt on n'en trouve qu'une ou deux.

Leurs bords sont forts irréguliers; souvent ils sont nettement tranchés; ailleurs, on les voit finir insensiblement en passant à la transparence naturelle du péricarde; çà et là ils sont frangés. Les bords tranchés ne s'observent guère que sur les plaques anciennes où le travail organisateur a

(1) *Traité clinique des maladies du cœur*, 2e édition, tome 1, p. 447.

Feuilleton.

LETTRE SUR LES MÉDECINS ÉTRANGERS.

Mon cher confrère,

A l'occasion de la condamnation de cinq médecins anglais, exerçant à Boulogne-sur-Mer, vous avez soulevé, dans le dernier feuilleton de la Gazette Médicale, la question importante de l'admission des médecins étrangers à l'exercice de la médecine en France. C'est là une question de civilisation générale, de convenance sociale, de droit de réciprocité des nations; elle intéresse à un très haut degré les médecins français qui sont établis à l'étranger, et les médecins étrangers établis, soit en France, soit dans tout autre pays que le leur. Vous me permettrez, par conséquent, de l'envisager sous son véritable point de vue, et d'une manière aussi étendue qu'elle le mérite.

Nous ne sommes plus à ces temps de barbarie d'Athènes et de Rome où le nom d'étranger était synonyme de *barbarus*, de *rusticus*, d'*indoctus*. Au point où la civilisation est arrivée, les hommes de science sont non-seulement cosmopolites, mais encore leur réciprocité domiciliaire, leur entrecroisement national (passez-moi cette expression) est devenue une nécessité indispensable au progrès. S'il n'eût pas quitté la Grèce pour se fixer à Rome, Galien serait peut-être resté inconnu, et la postérité aurait été privée des œuvres monumentales de ce grand homme. Les médecins romains lui firent la guerre, il est vrai; ils l'expulsèrent même pour quelque temps de la capitale du monde; mais je viens de dire ce que les Romains d'alors étaient. Si M. Clot Bey n'eût pas imité Galien, la médecine serait encore à organiser en Orient. J'en dirai autant de Gall, de Bertholet, de MM. Sismondi et Bossi, de MM. Heurteloup, Balard, etc., etc., qui n'auraient peut-être pas rendu autant de services à la science et à l'humanité, si les uns n'étaient venus en France, si les autres n'étaient allés se fixer à Londres, à Constantinople, etc.

Dans les sciences et les arts, l'intelligence a souvent besoin d'entourages qui ne se trouvent que dans certaines localités, pour prendre tout l'essor dont elle est susceptible : lorsque Napoléon engagea Canova à venir s'établir à Paris, ce grand artiste répondit : *Je ne trouverai pas à Paris ma belle Rome !* Canova faisait allusion aux beaux modèles, qui ne se trouvent qu'à Rome. Scarpa répondit, dit-on, d'une manière analogue à l'empereur, lorsque ce dernier lui offrit une pension de 80,000 f. pour le suivre à Paris. La considération qui précède explique pourquoi l'Italie a l'avantage de posséder un grand nombre d'artistes français qui s'y sont établis. Par des raisons analogues, la France possède à son tour un grand nombre de savans étrangers qui sont venus s'y fixer.

Les besoins intellectuels dont je viens de parler ne sont pas la seule cause d'émigration de certains esprits supérieurs. Les événemens politiques forcent souvent les hommes les plus distingués à quitter leur patrie. Les Libri, les Melloni, etc. font aujourd'hui partie de la grande famille française; tandis que le savant physicien Orioli, de Bologne, appartient désormais à la Grèce; en échange, que d'illustrations la France n'a-t-elle pas cédées à l'Italie et à d'autres pays ?

cessé; chez celles au contraire qui sont encore en formation, les bords sont nébuleux.

Les lignes, seconde forme des plaques laiteuses, sont moins fréquentes que les plaques; je ne les ai jamais observées que sur le trajet des vaisseaux; elles en suivent alors toutes les sinuosités. On les voit aussi s'épanouir en plaques vers l'extrémité du vaisseau, après l'avoir suivi pendant quelques instans. Les bords de ces lignes sont en général bien tranchées. Elles paraissent naître de préférence sur le bord des sillons transversaux du cœur.

Il ne faut point les confondre avec le sillon des veines cardiaques; lorsque celles-ci sont vides, elle imitent souvent, à s'y méprendre, par l'opacité dont elles marquent leur trajet sous le péricarde, les plaques linéaires dont je parle. On pourrait aussi prendre pour de fines stries laiteuses, les rameaux nerveux qui serpentent sous le péricarde, dans le voisinage des vaisseaux; mais cette méprise est bien moins aisée.

Les points, une troisième forme des plaques du cœur, sont beaucoup plus rares. Ce sont de petites taches disséminées, semblables à des piqûres d'épingle: ils ne paraissent être que le diminutif des plaques.

Enfin, les *nuages* ne sont autre chose que des plaques fort minces, qui obscurcissent à peine la pellucidité du péricarde.

On peut trouver sur un même cœur des specimen de ces diverses formes de plaques laiteuses. Plus souvent encore on en rencontre d'anciennes et de récentes, les unes à côté des autres.

La *couleur* de ces plaques laiteuses passe du blanc grisâtre au blanc mat et au blanc nacré. Plus elles sont épaisses, plus elles sont opaques, partant plus leur couleur est mate. Le reflet nacré indique une densité très grande dans leur tissu; celles qui la présentent portent aussi tous les caractères de productions dont le développement a cessé, et qui sont arrivées au plus haut degré de fixité dont elles sont susceptibles, sans changer de nature.

La surface de ces productions n'est souvent pas élevée sensiblement au-dessus de celle du péricarde ambiant. D'autres fois, au contraire, elle présente un relief très visible. Cette différence tient uniquement à leur plus ou moins grande épaisseur. Lorsqu'elles font saillie à la surface du péricarde, tantôt on n'observe qu'une ou deux bosselures larges; tantôt elles présentent une couche inégale, verruqueuse, tigrée par les intervalles pellucides où le péricarde n'est pas épaissi. L'élévation de ces plaques est toujours très faible, en sorte qu'en les observant superficiellement, on les prendrait bien plutôt pour des taches analogues à celles de la cornée. Je les ai toujours trouvées parfaitement lisses et semblables à cet égard au péricarde lui-même.

Ces plaques laiteuses sont formées par le tissu épaissi du péricarde lui-même, et nullement, comme je le crus un instant, par le tissu cellulaire sous-péricardien. En soulevant avec soin les parties du péricarde plaqué, on n'aperçoit aucune différence, pour l'ordinaire, dans le tissu cellulaire subjacent à la plaque, et dans celui qui l'avoisine.

Quelquefois je l'ai trouvé un peu plus dense sous les plaques; mais celles-ci étaient alors le siége d'un travail inflammatoire plus ou moins évident. Le péricarde soulevé, la plaque s'enlève avec lui, et si on l'examine contre le jour, on voit son opacité être partout proportionnée à son épaisseur. L'épaississement du péricarde est d'ailleurs facile à constater.

Dans les points où le péricarde recouvre du tissu adipeux, on voit les plaques recouvrir la graisse sans venir nulle part à son contact. Elles passent de même par-dessus les vaisseaux, dont on peut assez facilement les séparer. Une fois j'ai vu une plaque récente adhérer tellement au tissu musculaire subjacent qu'en la soulevant j'enlevais les fibres de ce tissu.

Leur origine est franchement inflammatoire; ici encore les faits parlent. J'ai trouvé quelques plaques qui reposaient sur une injection artérielle très fine, mais très prononcée. En les soulevant, on apercevait une arborisation ténue, d'un rouge vif, qui occupait toute la place recouverte par la plaque. J'ai vu un large nuage du péricarde, entouré d'une injection artérielle vive, que l'on apercevait encore au travers de l'opacité imparfaite de cette membrane. Il y a plus encore; j'ai observé une exsudation séreuse bien évidente, dont le tissu cellulaire sous-péricardien enflammé était le siége : la plaque qui la recouvrait était d'un blanc-grisâtre et évidemment récente.

Ces plaques sont donc dues à un simple épaississement inflammatoire du péricarde; elles n'appartiennent point à l'ordre des fausses membranes. Dans celles-ci, l'exsudation plastique se fait à la surface libre de la séreuse; dans celles-là, elle a lieu par la surface inhérente. Les premières sont le résultat d'une exhalation *séreuse* anormale; les secondes d'une exhalation albumineuse. L'inflammation produit sans doute l'une et l'autre; mais par des procédés différens. Dans la formation des fausses membranes, les *fonctions* sécrétoires de la séreuse sont principalement altérées; dans celle des plaques, c'est plutôt sa nutrition. Il est plus que probable que dans ces deux cas l'inflammation diffère non-seulement dans sa *quantité*, mais encore dans sa *qualité*; et qu'ainsi les causes éloignées qui produisent les fausses membranes diffèrent totalement de celles qui donnent naissance aux plaques.

Quant à ces causes éloignées elles-mêmes, les plus importantes aux yeux de la thérapeutique, il est difficile de rien dire de positif sur leur espèce et sur leur nature. Les cas dans lesquels on rencontre des plaques sont trop divers pour pouvoir élever même des présomptions à ce sujet. Je crois cependant avoir remarqué que leur présence coïncide fréquemment avec celle d'un hydro-péricarde. Du moins ai-je toujours trouvé des plaques dans cette hydropisie, lorsqu'elle est simple. J'ai quelquefois de croire que le travail inflammatoire qui produit l'une et l'autre a singulièrement d'analogie dans les deux cas. Au reste, je ne parle ici que de l'hydro-péricarde simple, non compliqué de fausses membranes.

On observera peut-être que l'hydropéricarde est une maladie rare, tandis que les plaques sont très fréquentes; en sorte que, si ces deux affections reconnaissaient une même cause, elles devraient être aussi fréquentes l'une que l'autre. Je répondrai que l'hydropéricarde n'est point aussi rare qu'on le dit; je pense même qu'elle est l'une des hydropisies des séreuses les plus fréquentes; mais son existence est souvent inaperçue, soit parce qu'on ne donne guère le nom d'hydropéricarde à cet épanchement de quelques onces que l'on rencontre dans beaucoup d'autopsies, soit parce que cet épanchement est l'un de ceux qui se résorbent le plus aisément par une médication rationnelle. Je l'ai vu chez le même sujet céder et reparaître plusieurs fois de suite. Il faut remarquer, en outre, que, dans la majeure partie des affections inflammatoires chroniques du thorax, on rencontre une singulière tendance aux inflammations des séreuses de cette cavité, à tel point qu'il est peu de phthisies, de bronchites vraies et et de péripneumonies aiguës ou subaiguës qui ne se compliquent bientôt de pleurésies et de péricardites latentes, sitôt que l'art ne parvient

Les ambassades ont généralement un médecin de leur nation. Plusieurs grands personnages et des familles aisées qui voyagent conduisent avec eux un médecin de leur pays. Plusieurs circonstances font que ces médecins s'établissent souvent dans telle ou telle capitale éloignée de leur patrie. Je pourrais citer les noms d'un assez grand nombre de médecins français, anglais et allemands qui se sont de la sorte établis en Italie, et d'autres qui se sont pareillement domiciliés, soit en France, soit en Angleterre, soit en Russie ou ailleurs. J'en dirai autant de plusieurs jeunes médecins qui voyagent, à leurs frais pour se perfectionner dans leurs études, et qui, par des raisons diverses, trouvent souvent plus convenable de s'établir en pays étranger.

Quoi qu'il en soit de ces considérations, un fait constant, et qu'on ne peut s'empêcher de reconnaître, c'est qu'il n'y a pas de capitale, de ville principale des deux continens, qui ne contienne un nombre plus ou moins considérable de médecins étrangers exerçant légalement ou illégalement. Allez à Londres, à Constantinople, à Naples, à Gênes, à Milan, à Florence, à St-Pétersbourg, à Vienne, à Athènes, à Corfou, à [illegible], à Philadelphie, etc., etc., vous trouverez partout des médecins étrangers; vous y trouverez des médecins français comme des médecins d'autres nations. Parmi ces hommes, vous en trouverez sans doute de très médiocres; mais vous en rencontrerez aussi de fort instruits, de fort habiles, et cela doit être; car pourquoi cette masse de médecins ne présenterait-elle pas les mêmes variétés d'intelligences que nous voyons tous les jours autour de nous, et même parmi les praticiens formés aux meilleures écoles? Je n'examinerai pas ici [illegible] la proportion relative des médicastres qui se [illegible] au milieu des praticiens habiles qui exercent en pays étranger, pour la comparer à celle des médicastres indigènes de chaque nation; le calcul serait fort délicat. Vous savez aussi bien que moi, mon cher confrère, que des médecins et des officiers de santé, d'une capacité et d'une instruction plus que douteuses, dont quelques-uns même paraissent peu versés dans la connaissance de leur langue, se rencontrent en France comme ailleurs; mais c'est là un malheur que nous déplorons tous. Et pourtant cette plaie de la profession n'est ni la plus dangereuse ni la plus grave. Les murs de la plus célèbre, de la plus civilisée et de la plus savante des capitales de l'Europe, en disent plus sur ce point qu'il n'est permis à un étranger de le faire remarquer.

J'aborde maintenant de plus près le point principal de la question. Faut-il assujétir les médecins étrangers qui veulent exercer, à des examens devant la faculté des pays où ils se trouvent? Oui, certainement, cela est indispensable; les médecins étrangers véritablement instruits ne peuvent qu'approuver une pareille mesure, car c'est le moyen de ne pas être confondus avec les médicastres et d'assurer leur position; mais il convient de s'entendre à ce sujet.

Pour remplir ces épreuves dans l'état actuel des choses, il ne suffit pas d'être muni des connaissances nécessaires, il faut aussi avoir une certaine fortune; il faut pouvoir faire face à des frais assez considérables de réception; il faut en outre faire cinq années d'études avant de pouvoir exercer. Or un praticien qui exerçait déjà dans son pays, que des événemens politiques ont obligé à quitter sa fortune, à s'expatrier et à se fixer ailleurs ne peut remplir que rarement ces conditions. Vouloir exiger d'un docteur les mêmes conditions matérielles que d'un étudiant, c'est donner à des choses accessoires plus d'importance qu'à l'essentiel, c'est le mettre indirectement dans des conditions d'impossibilité qui équivalent à une défense de se faire recevoir. Pour qu'une loi

pas à en arrêter la marche. Tout comme la pleurésie de l'une des cavités du thorax passe facilement à gauche, de même se transmet-elle plus aisément encore au péricarde.

Je ne parlerai pas des symptômes qui indiquent la présence des plaques; on peut bien présumer leur existence par les symptômes généraux propres aux inflammations des séreuses thoraciques; mais je ne connais aucun moyen de constater celle qui doit produire l'inflammation du péricarde, qui donne naissance aux plaques. L'auscultation ne nous apprend rien non plus à cet égard; le tintement métallique, la vivacité du choc indiqueront, sans doute, une irritation du cœur; l'hydropéricarde se révèlera par les symptômes qui lui sont propres; mais les plaques ne m'ont jamais donné, par le stétoscope, aucun indice de leur présence; et comment le pourraient-elles?

Il est possible, probable même, qu'un bon nombre de mouvemens fébriles ou inflammatoires passagers, auxquels on n'accorde aucune valeur particulière, ne soient autre chose qu'une réaction due au travail inflammatoire qui produit les plaques.

Faut-il attribuer à la fréquence des rhumatismes aigus dans notre pays celle des plaques laiteuses du cœur? Je l'ignore. J'ai bien vu maintes fois le rhumatisme porter son action dévastatrice sur les valvules et sur le péricarde pour produire sur cette séreuse de fausses membranes; mais jamais je n'ai pu le prendre sur le fait dans la formation des plaques.

Le pronostic de ces plaques laiteuses ne paraît nullement fâcheux; leur présence ne cause pas d'accidens connus; elle ne gêne en aucune façon la circulation. L'inflammation qui les produit peut sans doute avoir, suivant son intensité, une certaine gravité; elle peut surtout provoquer d'autres altérations plus graves que les plaques. Peuvent-elles, en dégénérant, devenir menaçantes pour la vie? Je l'ignore, parce que je ne les ai pas vues se transformer en un autre tissu, ou prendre une densité telle qu'elles devinssent fâcheuses par leur présence.

Quel rapport y a-t-il entre les dégénérescences cartilagineuses observées sur le péricarde et les taches dont nous parlons? Je ne puis le dire d'une manière assurée. J'ai lieu de croire que ces plaques sont bien plutôt de nature à subir la transformation cartilagineuse, et même osseuse, que les exsudations proprement dites. L'analogie des dégénérescences de ce genre observées sur d'autres séreuses le prouverait. L'observation décidera, sans doute, un jour de cette question.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

NOTE SUR LE TRAITEMENT DE L'ÉPILEPSIE PAR LA BELLADONE; par M. Jules Picard, interne à Bicêtre.

L'action si marquée qu'exerce la belladone sur le système nerveux a dû porter à l'opposer au trouble nerveux qui constitue l'épilepsie; ce n'est cependant qu'environ un siècle après que la belladone eut pris rang parmi les médicamens vulgaires qu'elle commença à être employée contre l'épilepsie.

Greding le premier, en 1790, l'administra à des doses très faibles; il n'allait pas au-delà de quatre grains; Munch fils et plus tard Allamand en ont aussi vanté les heureux effets. Depuis ce dernier médecin jusqu'à présent, il n'a point, que je sache, été publié d'expériences sur le traitement de l'épilepsie par la belladone; elle ne cessa cependant point d'être employée dans plusieurs affections qui ont avec l'épilepsie de nombreux rapports, telles sont: l'hystérie, les convulsions, le tétanos, les diverses névralgies.

Au mois de septembre 1837, M. Leuret se trouvant, pendant l'absence de M. Ferrus, chargé du service des aliénés de Bicêtre, voulut soumettre un certain nombre d'épileptiques à l'emploi de la belladone. A son retour, M. Ferrus, de concert avec M. Leuret, continua le traitement et l'étendit à un plus grand nombre de malades.

Quoique aucune guérison n'ait été obtenue, le sort de plusieurs malades a été tellement amélioré que ces recherches, quelque incomplètes qu'elles puissent paraître, méritent cependant d'être connues; elles pourront en susciter de nouvelles.

Depuis le 9 septembre, jour auquel les expériences ont été commencées, jusqu'à présent, 22 malades ont été soumis au traitement par la belladone; mais chez 6 d'entre eux elle produisit divers accidens qui ont nécessité l'abandon du traitement au bout de quelques jours. Chez huit autres malades la belladone a été employée pendant un espace de temps qui a varié de quarante jours à quatre mois et demi; on l'a cessé chez eux, soit à cause de son inefficacité, soit parce que les malades se sont lassés du traitement, soit encore parce qu'ils sont sortis de l'hospice. Enfin les huit autres malades continuent encore le traitement; c'est parmi ces derniers que se trouvent ceux qui en ont retiré le plus de soulagement.

Des doses auxquelles la belladone a été portée. Trois malades ont commencé par quatre grains; quatorze par six grains; un a commencé par neuf grains; enfin les trois autres ont, dès le début, pris douze grains. La plus haute dose qui ait été employée est dix-huit grains; il y a loin de là aux quatre grains que Greding conseille de ne pas dépasser; un petit nombre seulement prirent des doses aussi élevées; pour la plupart on n'a pas dépassé quatorze grains.

ACTION DE LA BELLADONE.

1° *Sur la circulation.* Chez tous les malades la belladone a augmenté la fréquence du pouls; mais au bout d'une quinzaine de jours, les doses restant les mêmes ou étant augmentées, le pouls a repris la fréquence qu'il avait avant l'emploi du médicament; ce fait n'a point souffert d'exception, l'action de la belladone sur le pouls comme sur tout le reste de l'économie a été d'autant plus marquée que les malades étaient plus jeunes; un d'eux était affecté d'hypertrophie du cœur; la belladone augmenta tellement la force et la fréquence des battemens qu'il fallut au bout de huit jours abandonner l'emploi du remède.

2° *Sur le système nerveux.* Un des malades, après avoir pendant les trois premiers jours du traitement, pris le premier jour six grains, et les deux autres douze grains de belladone, devint en proie à une agitation, à un délire maniaque des plus violens. Chez quatre autres, la belladone produisit un peu d'agitation et des hallucinations; il est à remarquer que le plus âgé de ces cinq malades avait 21 ans, et que tous étaient d'un tempérament sanguin; chez les autres malades la belladone n'exerça aucune influence fâcheuse; quelques-uns se plaignirent d'un peu de trouble dans la vue, de corpuscules qui voltigeaient devant leurs yeux.

---

soit exécutable, il faut qu'elle ait prévu tous les moyens d'exécution. Que voulez-vous d'un médecin étranger qui s'établit n'importe où? Des preuves de capacité, indépendamment de son diplôme en règle. Eh bien, soyez fort rigoureux sur ces épreuves, assurez-vous de sa capacité par des examens sévères, mais n'exigez pas autre chose de lui: les conditions matérielles d'étudiant, je veux dire les frais de réception, il les a remplies ailleurs; qu'importe qu'il les ait remplies en-deçà ou au-delà des barrières? Les universités de l'Italie n'exigent aucun frais pour les épreuves que subissent les docteurs étrangers qui veulent s'y établir. La France ne saurait pas user de moins de générosité.

La nature des épreuves à faire subir mérite une considération sérieuse. On sent bien que ce ne sont pas des examens élémentaires qui peuvent atteindre le but qu'on se propose. Pour reconnaître si un médecin est ou non apte à exercer convenablement, c'est sur le terrain de la science d'application qu'il faut le mener, je veux dire sur la thérapeutique générale et spéciale, et sur les indications raisonnées des maladies. Cette partie est immense comme on le conçoit, elle embrasse la science tout entière, et il suffit de faire parler un homme pendant deux heures sur cette matière pour voir de suite le fond et l'étendue de ses connaissances. Rien n'empêcherait bien entendu de l'interroger sur toutes les branches de la médecine et de l'anatomie soit descriptive soit d'application, et d'établir trois séances, de deux heures chacune, sur la même matière pour chaque candidat. Croyez-vous que ce genre d'épreuve, suivi avec toute la rigueur possible, fournirait moins de garantie que celui des examens de scholarités qu'on fait subir aux élèves? Pour peu qu'on soit au courant de la manière dont les choses se passent aux examens ordinaires, on pensera à ce sujet comme ce seigneur payen dont parle Bocace qui étant à Florence n'avait pas voulu se convertir à la religion catholique à cause de la rigueur extrême qu'il trouvait dans les principes; mais étant allé ensuite à Rome et ayant vu de près la manière libre et facile de vivre des cardinaux et des prélats, il s'était empressé de demander lui-même à faire partie d'une église où il rencontrait tant de tolérance et de liberté.

Par suite des cours de chirurgie que je fais tous les ans à l'école pratique, j'ai été dans des relations intimes avec un assez grand nombre d'élèves, et, par conséquent, à même de connaître combien les examens des écoles sont quelquefois illusoires; l'examen de la thèse surtout est souvent une simple formalité, du moins avant les mesures nouvellement établies. Je ne veux pas en dire davantage sur ce sujet; mais tout le monde comprendra que la triple épreuve que je voudrais qu'on fît subir aux médecins, déjà munis d'un diplôme en règle, est ce qu'il y aurait de plus convenable et de plus probant. Un exemple fera mieux comprendre ma pensée.

Supposez qu'un homme, comme M. Diffenbach, par exemple, voulût s'établir à Paris ainsi qu'il en a été question; il se soumettra volontiers à un examen de clinique, de haute science d'application thérapeutique; il répondra avec empressement sur toutes les questions de ce genre que vous lui adresserez depuis l'ostéologie jusqu'à la formule la plus compliquée de thérapeutique. Mais si vous exigez de lui des examens élémentaires, je veux dire de chimie, de physique, de botanique, etc., le même praticien ne sera plus apte à subir de telles épreuves, et il courra grand risque d'être refusé.

Ce que je viens de dire du chirurgien de Berlin s'applique indistinctement aux meilleurs cliniciens de toutes les villes. On avait, l'été dernier, fait courir le bruit qu'attendu son état de santé, M. J. Cloquet serait allé s'établir à

3° *Sur la pupille.* Elle fut dilatée chez tous les malades; mais c'est chez ceux qui sont d'un tempérament sanguin que cette dilatation fut et plus longue et plus durable; chez les autres la pupille, au bout d'un certain temps, se rapprocha de son diamètre normal.

4° *Sur le tube digestif.* Aucun malade n'a présenté de dérangement des voies digestives pendant toute la durée du traitement; ils ont presque tous continué à manger les trois quarts de portion et même la portion entière. Cependant chez plusieurs de ceux qui prenaient une dose élevée de belladone, la langue se dessécha, un ruban brunâtre se traça sur la partie moyenne; habituellement lorsque cet aspect de la langue s'est montré on a diminué la dose de médicament.

5° *Sur les attaques.* Le nombre des attaques a été exactement noté chez tous les épileptiques soumis aux expériences; mais il est loin d'être suffisant; il aurait fallu savoir leur nombre avant que de commencer le traitement; aussi m'est-il impossible d'indiquer numériquement, et partant d'une manière certaine, l'action que la belladone a exercée sur le retour des attaques chez nos épileptiques. A défaut des résultats généraux, que des nombres auraient seuls pu donner d'une manière positive, je me contenterai de citer quelques observations; je les choisirai, et parmi les malades qui se sont le mieux trouvés de l'emploi de la belladone et parmi ceux chez lesquels elle s'est montrée le plus inefficace.

DIMINUTION DES ATTAQUES.

Obs. I. — Favret (Louis), âgé de 40 ans, d'un tempérament bilieux, né à Paris, commença à l'âge de 12 ans le métier de bonnetier; à 21 ans il se maria; il était âgé de 27 ans lorsqu'en quinze jours il vit mourir ses trois enfans; c'est le jour même de la mort du troisième qu'il eut sa première attaque d'épilepsie; quinze jours plus tard il perdit sa femme. La première attaque fut séparée de la seconde par un intervalle d'un an entier; il avait eu la première au mois de septembre 1824, c'est au mois de septembre 1825 qu'il en eut de nouveau. Du mois de septembre 1825 au même mois de l'année 1827 il n'eut pas d'attaques; mais depuis cette époque jusqu'à présent il n'a pas cessé d'en avoir; depuis lors jusqu'à ce que M. Leuret entreprit de le traiter par la belladone, le plus long intervalle qui ait séparé les attaques n'a été que de vingt-un jours; les intervalles dépassaient rarement treize ou quatorze jours, et même dans les deux dernières années, il n'avait jamais moins d'une attaque par semaine. Depuis le mois d'août 1837 jusqu'au moment où le traitement fut commencé, c'est-à-dire jusqu'au 9 septembre, il était rare qu'il passât vingt-quatre heures sans avoir deux ou trois attaques. Le temps qui se passa entre le mois de septembre 1827 et le 18 juin 1829, époque de son entrée à Bicêtre, forme une période de vingt-deux mois pendant laquelle le malade parcourut successivement presque tous les hôpitaux de Paris, et subit une foule de traitemens. Lorsqu'il arriva à Bicêtre ses bras et sa tête étaient branlans; il ne pouvait rien tenir dans ses mains, et marchait avec un peu de peine. M. Ferrus lui fit appliquer quatre moxas au dos, et au bout de quelque temps les tremblemens disparurent, mais les attaques ne diminuèrent pas de fréquence. Telle fut la marche de la maladie jusqu'au jour où la belladone fut employée. Avant que d'exposer les résultats du traitement, je dirai quelques mots des causes. Je rappellerai d'abord le violent chagrin que lui causa la mort rapide de ses trois enfans; c'est à ce chagrin que le malade attribue son épilepsie. — Son père est mort, à l'âge de 45 ans, après avoir été paralytique pendant quatre années; sa mère a 72 ans et se porte bien; des six enfans qu'elle a eus lui seul est vivant, tous les autres sont morts en bas-âge; il n'y a pas d'épileptiques dans sa famille qu'une cousine du côté de sa mère; il dit n'avoir jamais eu d'autre maladie que son épilepsie; jamais il n'a été été affecté d'hémorrhoïdes ni de maladie de peau.

J'arrive à l'emploi de la belladone.

Le 8 septembre 1837, Favret fut amené des dortoirs des Incurables aux salles des traitemens; il était alors presque continuellement sous l'influence des attaques; sa tête était pesante; sa mémoire très faible.

Le 9 septembre, il prit six grains de belladone. Le lendemain, la dose fut portée à douze grains. Le 6 octobre, elle fut diminuée de moitié. Le 20 du même mois on reprit les douze grains; ils furent continués jusqu'au 24 novembre. Depuis lors, jusqu'au 19 février 1838, il prit successivement, et pendant des intervalles variables, 8, 10 ou 12 grains. Du 19 février au 24 du même mois, la dose fut portée à 14 grains. Du 24 février au 4 mars, il en prit 15. Enfin aujourd'hui 5 mars, la dose vient d'être portée à 18 grains. Au total, le malade prit 3 onces et 97 grains d'extrait de belladone en 177 jours. Ces doses quoique assez élevées ne produisirent jamais d'accidens; il n'eut ni agitation ni hallucinations.

Les pulsations furent comptées pendant les trente-six premiers jours du traitement; le 9 septembre, elles n'étaient qu'au nombre de 66; le lendemain, ce nombre s'était élevé à 88; dès le quatrième jour, elles revinrent à leur type normal; en résumé pendant ces trente-six jours, le pouls fut 19 fois au-dessus de 70; le nombre le plus élevé de pulsations fut 96.

Ce malade est peut-être celui chez lequel la pupille se dilata le moins; cette dilatation fut mesurée avec tout le soin possible pendant les quinze premiers jours de l'emploi du médicament; pendant les trois premiers jours, le diamètre de la pupille ne dépassa pas une ligne; le quatrième il s'éleva à 2 lignes; le cinquième et le sixième jour, il fut de 1 ligne et demie; le septième et le huitième, de 2 lignes; et depuis lors, jusqu'au quinzième, de 1 ligne et demie; la vue est restée bonne; elle se brouille cependant un peu lorsqu'il fixe long-temps le même objet.

J'ai déjà dit quelle était la fréquence des attaques avant l'emploi de la belladone; depuis que le malade est en traitement, c'est-à-dire depuis 117 jours, il n'en a eu que 18. La première a eu lieu le 12 septembre; le 2 octobre, il en a eu 6; le 3 du même mois, il en eut 2; le 21 janvier 1838, il en eut 1; le 22, 4; le 23, 2; le 14 février, il en eut une; et le 15 une dernière. On voit que de longs intervalles ont séparé ces diverses attaques. Le premier intervalle fut de vingt jours; le second fut de cent dix jours; le troisième de 22; enfin, aujourd'hui 5 mars, il y a dix-huit jours que le malade n'a point eu d'attaques; plaise à Dieu qu'elles ne reviennent point de long-temps.

DIMINUTION DES ATTAQUES.

Obs. II.—Mangin (François-Antoine) est entré à Bicêtre le 6 juin 1831; il est âgé de 22 ans, d'un tempérament sanguin; l'état de démence dans lequel il est m'empêche d'avoir sur son compte les renseignemens nécessaires; tout ce que je sais, c'est qu'il avait déjà des attaques avant l'âge de 15 ans, et que sa mère est épileptique; ce malade a bien le caractère le plus bizarre qu'il soit possible d'imaginer: tantôt il ne voudra répondre à aucune des questions qu'on lui adressera, refusera de montrer sa langue, d'autres fois il la tiendra tendue une demi-heure avant que le médecin n'arrive à son lit; sa démarche est chancelante; ses yeux louches, et toujours il a l'air en colère. Je ne sais rien sur la fréquence de ses attaques avant le mois de janvier 1837; mais depuis cette époque jusqu'à présent, elles ont toutes été notées; pendant le mois de janvier il en a eu 22; pendant le mois de février, 37; mars, 46; avril, 34; mai, 22; juin, 19; juillet, 25; août, 8. Du 1er au 27 septembre, il eut 19 attaques; c'est à cette dernière époque que fut commencé le traitement par la belladone; ce traitement se continue encore pendant les cent soixante jours qui se sont écoulés; depuis que le malade s'y est soumis, il n'a eu que 18 attaques, tandis qu'en calculant avec la moyenne des attaques antérieures, il en aurait dû avoir 150 environ. Les doses de belladone ont été augmentées progressivement depuis 5 grains jusqu'à 15; ce malade en est à cette dernière dose depuis 12 jours.

Pendant les seize premiers jours du traitement les pulsations ont été comptées; il y en avait 86 le jour qui précéda l'emploi de la belladone; le lendemain, il y en avait 101; le surlendemain, 108; le pouls resta fréquent pendant les douze premiers jours; le quinzième jour, il en était revenu à sa fréquence primitive;

DIMINUTION DES ATTAQUES.

Ob. III.—Perrot (Edme) est entré à Bicêtre le 15 mai 1813; il est âgé de 44

Naples. En supposant que cela fût, croyez-vous que cet habile praticien eût voulu se soumettre à d'autres examens à l'université de Naples qu'à ceux que je viens d'indiquer?

Il serait donc à désirer que le conseil royal d'instruction publique prît à ce sujet des mesures convenables en établissant 1° qu'aucun médecin étranger ne pourra exercer dans le royaume sans subir des épreuves préalables devant la faculté compétente; 2° que ces épreuves pour ceux qui fournissent leur diplôme consistent en trois examens de thérapeutique générale et spéciale, sans aucune exigence de temps d'études; 3° que les frais de réception soient réduits des deux tiers ou des trois quarts. Il me semble, si je ne m'abuse, que tout le monde gagnerait à cette mesure.

Après ces considérations se présente une autre question de quelque importance. Un médecin étranger peut-il soigner sans autorisation ceux de ses compatriotes qui se trouvent dans le même pays que lui? Oui, selon moi. Décider négativement une pareille question ce serait faire violence au droit des gens. Comment! vous voudriez défendre à une famille anglaise, par exemple, de se faire soigner par son médecin particulier qui l'a accompagnée sur le continent! Les ambassades n'ont-elles pas leur médecin national? De quel droit voudriez-vous les obliger à renoncer à ses soins? Et si l'on en faisait autant aux ambassadeurs français qui se trouvent dans des pays où les médecins indigènes sont peu capables de traiter les maladies, par exemple, en Perse, à Constantinople, que diriez-vous? Ce serait, je le répète, une exigence injuste et très préjudiciable pour ne rien dire de plus Les réfugiés politiques se trouvent dans les mêmes conditions. Loin d'approuver par conséquent la condamnation prononcée par le tribunal de Boulogne-sur-Mer contre les cinq médecins anglais, je la regarde comme une violation du droit des gens, si toutefois il a été prouvé que ces médecins n'exerçaient que parmi leurs compatriotes.

Il me reste un dernier point à examiner; il est relatif aux concours pour les places du bureau central, et pour celles d'agrégation et des professeurs de la Faculté. Les lois actuelles interdisent formellement aux étrangers de prendre part à ces concours, à moins d'appartenir à l'une des facultés du royaume et de jouir des droits de citoyen français. Certes, il n'appartient pas à un étranger de dire le moindre mot à cet égard; mais je me permettrai de signaler un fait important: à Naples, la plupart des places de médecins ne s'obtiennent que par concours; à ces concours sont admis indistinctement les docteurs nationaux et étrangers qui sont munis d'un diplôme. Il n'est pas nécessaire pour cela d'avoir été reçu dans les universités d'Italie, ni même de jouir des droits civils. Un concours effectivement n'est autre chose qu'une sorte d'arène où tout le monde peut s'essayer à ses risques et périls. Qu'importe qu'un combattant soit né à l'est ou à l'ouest? Est-ce que la science connaît d'autres étrangers que ceux qui ne la cultivent point? Je n'ajouterai aucun autre commentaire aux considérations qui précèdent, et j'ose espérer que les hommes haut placés qui s'occupent en ce moment de la nouvelle organisation de lois de l'exercice de la médecine auront des vues assez généreuses pour regarder ces différens sujets d'une manière digne de la grandeur de leur nation.

Telles sont, mon cher confrère, les réflexions qui m'ont été suggérées par votre article; je les soumets à votre sagesse, vous les insérerez dans la Gazette Médicale, si vous les trouvez dignes de cet honneur.

Agréez, etc.

Rognetta.

ans; c'est un petit homme laid et bossu, d'un tempérament bilieux. Son intelligence, quoiqu'en un peu meilleur état que par le passé, ne lui permet cependant guère de donner sur sa maladie des renseignemens précis. Il a des attaques depuis l'âge de 12 à 13 ans; il ne sait pas quelle pourrait être la cause de sa maladie; personne dans sa famille ne tombe du haut mal; les attaques arrivent au moment où il y pense le moins; rien absolument ne l'avertit de leur arrivée.

Il ne se souvient pas d'avoir eu d'autre maladie que son épilepsie; il a toujours bon appétit et respire librement; les renseignemens précis sur le nombre de ses attaques ne remontent pas au-delà du mois d'octobre 1837; mais des infirmiers qui le connaissent depuis long-temps m'ont assuré que ses attaques étaient très fréquentes.

Du 1er au 17 octobre, il a eu 48 attaques; c'est à cette dernière époque que le traitement par la belladone fut commencé; pendant les trois premiers jours de ce traitement, il eut une attaque chaque jour; pendant le reste du mois, il n'en eut pas, le mois de novembre tout entier se passa sans attaques; mais pendant le mois de décembre, il en eut 30. Pendant le mois de janvier, il en eut 5; enfin, le mois de février et les cinq premiers jours de mars se sont passés sans attaques; il résulte de ces nombres que pendant les dix-sept jours qui ont précédé l'emploi de la belladone, Perrot a eu 10 attaques de plus que pendant les cent trente-neuf jours qui se sont écoulés depuis qu'il est en traitement.

L'extrait de belladone a été employé à doses graduées depuis 6 grains jusqu'à 10. Le malade a commencé le 4 février à prendre cette dernière dose.

INEFFICACITÉ DE LA BELLADONE.

Delarue, âgé de 17 ans, d'un tempérament sanguin, a été admis à Bicêtre comme épileptique, le 20 février 1837; sa maladie ne date que de 1831; il l'attribue au chagrin que lui a causé la mort de son père. Lui seul dans sa nombreuse famille est affecté d'épilepsie; son intelligence ne semble pas avoir beaucoup baissé; cependant sa mémoire est infidèle; il est impatient et colère. Il sent toujours venir ses attaques; elles commencent toujours par une crampe dans le bras gauche, puis il perd connaissance et tombe, ses attaques durent ordinairement cinq à six minutes.

Le nombre des attaques n'a été noté que depuis le mois d'avril 1837; pendant ce mois, il en a eu 18; pendant le mois de mai, 8; juin, 7; juillet, 22; août, 12; du 1er au 9 septembre, 2. C'est le 9 septembre que le traitement fut commencé, il ne fut continué que jusqu'au mois de janvier 1835. Du 9 septembre au 1er octobre, le malade n'eut que 2 attaques; pendant le mois d'octobre, il en eut 10; novembre, 14; décembre, 8.

Ainsi pendant les cent treize jours du traitement, il eut 34 attaques, c'est presque le même nombre qu'avant l'emploi de la belladone.

La plus haute dose de médicament qui ait été prescrite à ce malade est 12 grains; elle n'a pu être continuée que quatre jours; pendant presque toute la durée du traitement, il n'en prit que 6 grains.

Le pouls qui, le 9 septembre, était à 81, s'éleva le lendemain à 100; les jours suivans, il y eut jusqu'à 108 pulsations; mais le nombre diminua dès le septième jour du traitement.

Delarue est celui de nos malades chez lequel la pupille a offert la plus grande dilatation; pendant les quatorze premiers jours du traitement, elle n'eut pas moins de 3 lignes de diamètre; plus tard, le diamètre s'éleva à 3 lignes et demie; malgré cette très grande dilatation, la vue ne fut que très peu troublée.

De ces expériences, il résulte d'une manière positive que la belladone peut, chez certains malades, diminuer le nombre des attaques d'épilepsie; les faits ne sont point assez nombreux pour qu'il soit possible de déterminer quels sont les malades chez lesquels elle pourra agir favorablement. De nouvelles recherches vont être commencées sur un plus grand nombre d'épileptiques; elles seront prolongées assez long-temps pour qu'on puisse espérer de savoir si la belladone, comme remède de l'épilepsie, doit ou non retomber dans l'oubli.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

LETTRE SUR LA STRUCTURE COMPARÉE DE LA PEAU ET DE LA MEMBRANE MUQUEUSE; par M. LÉLUT.

La science ne peut que gagner à voir, à dix ou douze ans de distance, des recherches confirmées dans leur résultat par les travaux des nouveaux observateurs, et c'est ce qui m'engage à vous dire quelques mots du dernier mémoire lu par M. Flourens à l'Académie des sciences, sur *la structure comparée de la peau et de la membrane muqueuse.* J'ai, en 1827, publié dans le *Répertoire général d'Anatomie et de Physiologie pathologiques* (t. III, 2e trimest.) *des études anatomiques sur l'épithelium*, et je m'estime heureux qu'un grand nombre des principaux résultats de ce mémoire se trouve confirmé par ceux auxquels est arrivé l'honorable secrétaire de l'Académie des sciences. Il n'y a pas jusqu'aux procédés employés par M. Flourens qui ne soient indiqués dans mon travail. « Dans toutes mes recherches, dit ce savant anatomiste, je me suis aidé tour à tour de *l'ébullition* et *de la macération*, afin de confirmer, de compléter, par l'un de ces procédés, les résultats que j'avais obtenus par l'autre. » — « J'ai pu, écrivais-je, il y a onze ans, distinguer les deux feuillets de l'épithelium avant la *coction*, mais je les voyais bien surtout *avec l'emploi de ce moyen, que je faisais suivre de quelques jours de macération.* »

La destruction de ces deux feuillets de l'épiderme, ou de ces deux épidermes, dont l'interne est le siége de la coloration, est la découverte sur laquelle M. Flourens insiste le plus, ou plutôt elle est le fond de toute cette nouvelle partie de son travail.

Voici ce que j'avais trouvé il y a onze ans : peut-être d'autres avaient-ils déjà fait la même découverte; cependant, je ne crois pas, car j'avais pris la peine de rechercher ce qu'il y avait déjà de fait à cet égard. Je disais donc : « Rien de plus facile que de séparer du derme par la macération, la coction à l'eau bouillante, le corps muqueux et l'épiderme réunis, et même il n'est pas possible de les séparer autrement, à moins d'apporter à cette petite opération une très grande attention et beaucoup de soin. C'est ce qui est cause que l'on a dû prendre et que l'on a pris le plus souvent pour l'épiderme seul l'épiderme et le corps muqueux, et que l'on a fait de ce dernier un lascis de vaisseaux imaginaires, interposé entre le chorion, les papilles et la cuticule; mais que l'on sépare, ainsi que je viens de le dire, l'épiderme de l'extrémité des doigts, qu'après cette séparation on étudie sa texture, voici ce qu'on obtiendra : Deux feuillets de la plus manifeste évidence; l'un externe, pelliculaire, très mince, transparent, présentant des lignes plus opaques, correspondant aux rides de la peau, libre par sa face interne, adhérant par sa face externe à l'autre feuillet, ou feuillet papillaire, qui, sept à huit fois plus épais, moins opaque, présente les mêmes épaississemens que l'externe, et dont la face dermique reçoit, dans une multitude d'excavations, les papilles du chorion. Le premier de ces feuillets c'est l'épiderme proprement dit; le second, c'est le corps muqueux. Réunis ou séparés, ils se comportent de la même manière avec les réactifs chimiques. C'est le premier qu'on regarde généralement comme inorganique et formé d'une seule cause : c'est dans le second qu'est le siége de la coloration et que l'imagination des anatomistes a fait un si grand nombre de couches cutanées.

« Les deux feuillets que je viens de distinguer à l'épiderme des doigts se retrouvent, mais d'une manière moins manifeste, dans celui des autres parties de la peau. Je les ai rencontrés aussi dans tous les points de l'épithelium chez les adultes et même chez les enfans.

» Dans cet épiderme des membranes muqueuses, le feuillet superficiel, celui qui correspond à la cavité viscérale est extraordinairement mince : j'en ai pourtant séparé des lambeaux d'un demi-pouce à un pouce d'étendue. Il est lisse et ne présente pas des lignes opaques comme le feuillet correspondant de la cuticule extérieure; je n'y ai pu voir de pores. Le feuillet externe ou adhérent, celui qui correspond à la partie muqueuse ou réticulaire de l'épiderme cutané, est cinq ou six fois plus épais que l'autre. Il offre des lignes opaques ponctuées, s'entrecroisant en tout sens, comme le feuillet profond de l'épiderme extérieur, mais moins marquées que dans ce dernier. J'ai distingué ces deux feuillets au bord libre des lèvres, à la langue, à la voute palatine, au pharynx, à l'œsophage, à la vulve, dans le vagin. Le feuillet profond m'a toujours semblé aussi blanc que l'autre, si ce n'est à la vulve, où il est un peu plus foncé en couleur.

« Je crois qu'il faut dans l'épithelium, ainsi que dans l'épiderme, distinguer deux feuillets. L'un superficiel plus mince, l'autre, profond, plus mou, représentant le corps muqueux; l'un et l'autre manquent dans les membranes muqueuses dépourvues d'épithelium. »

Cette longue citation me dispense d'en faire d'autres sur plusieurs points également notés par M. Flourens et par moi, par exemple sur la double gaine fournie aux papilles par les deux épidermes, sur la continuation du second épiderme de la peau avec le corps muqueux de la muqueuse, sur la disposition des deux cuticules dans l'œsophage et les estomacs de certains animaux, etc., etc. On comprendra facilement quelles nombreuses similitudes, après celle que je viens de signaler, doit offrir le travail de M. Flourens avec le mien, si l'on réfléchit que les nouvelles recherches du savant académicien portent surtout sur l'épiderme de la peau intérieure, ou épithelium, et que c'est le même épithelium qui était l'objet du travail que j'ai publié en 1827, en l'accompagnant d'une planche lithographiée d'après mes dessins.

Veuillez, etc. LÉLUT.

Paris, le 12 mars 1838.

OBSERVATION DE MÉNINGO-CÉPHALITE, ayant offert des circonstances remarquables; communiquée par M. TANQUEREL DES PLANCHES.

Grâce à quelques travaux modernes, le diagnostic des maladies des centres nerveux a acquis un certain degré de certitude, qu'on n'eût jamais osé espérer, même dans des temps peu éloignés de nous. Cependant, il faut

le dire encore, le voile n'est pas tombé complètement. Quelquefois, et j'ose même dire assez souvent, le clinicien se trouve embarrassé; et, s'il se prononce d'après toutes les règles de la science, il peut arriver que l'autopsie viendra donner un démenti à l'affection cérébro-spinale qu'il avait diagnostiquée pendant la vie du malade. Et, en effet, nous connaissons si peu le mode d'action du cerveau et de ses annexes dans les diverses fonctions qu'il remplit, qu'il n'est pas étonnant que nous ne puissions pas toujours saisir les diverses altérations qui peuvent porter le trouble dans ces mêmes fonctions. Ensuite l'état physiologique dans lequel l'affection morbide a trouvé le sujet au moment de son invasion doit nécessairement apporter une grande différence dans la physionomie de la maladie. Ces réflexions s'appliquent parfaitement au cas suivant, où nous allons voir une lésion primitive des menninges simuler une affection de la pulpe cérébrale, qui ne fut que consécutive à l'inflammation des membranes d'enveloppe.

HÉMIPLÉGIE DU CÔTÉ GAUCHE SURVENUE DÈS LE COMMENCEMENT DE LA MALADIE; STRABISME; AFFAISSEMENT DE L'INTELLIGENCE, SOMNOLENCE, ETC. — EXSUDATION DE LYMPHE PLASTIQUE ET DE FAUSSES MEMBRANES A LA BASE DU CERVEAU DU CÔTÉ DROIT; LÉGER RAMOLLISSEMENT SUPERFICIEL ET CONSÉCUTIF DE L'ENCÉPHALE.

OBS. — Une femme, âgée de 24 ans, d'une forte constitution, fut transportée, le 23 avril 1836, à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Rayer, salle St-Vincent, n° 23.

Voici les renseignemens qui nous furent donnés par un médecin qui avait suivi la malade dès le commencement de son affection :

Cette femme, d'une intelligence très bornée, et qui n'avait jamais été bien réglée, se plaignait, depuis fort longtemps, d'une vive douleur, occupant uniquement le côté droit de la tête. Douze jours avant son entrée à la Charité, elle ressentit des étourdissemens, avec quelques fourmillemens et engourdissemens dans les membres du côté gauche. Vingt sangsues furent appliquées au siége; il survint, à la suite de cette médication, une vive exaltation de la sensibilité dans les parties précitées. Trois à quatre jours après, la paralysie commença par envahir d'abord les extrémités supérieures, puis les inférieures. Un peu de strabisme se fit dès-lors remarquer; un mouvement fébrile peu prononcé existait, l'intelligence paraissait toujours intacte. Alors saignée générale; vingt sangsues à la région mastoïdienne; vingt-quatre grains d'ipecacuanha; vésicatoire à la nuque, sinapismes. La paralysie augmentant toujours, on fit transporter la malade à l'hôpital.

ÉTAT DU MALADE A LA VISITE DU 20 AVRIL.

Decubitus sur le dos; air de stupeur empreint sur le visage; dilatation sensible des pupilles. L'œil gauche est constamment dirigé en-dedans. La commissure des lèvres se trouve déviée à droite.

Les membres supérieurs et inférieurs du côté gauche sont dans le relâchement le plus complet; soulevés, ils retombent aussitôt comme des masses inertes. La sensibilité est en partie détruite. La mobilité et la sensibilité du côté droit sont conservées; on n'y observe ni contracture ni mouvemens convulsifs.

L'intelligence paraît considérablement affaissée : à peine peut-on fixer l'attention de la malade pour en retirer quelques réponses courtes, lentes et tant soit peu raisonnables. Lorsqu'on lui demande si elle souffre à la tête, et quel est le lieu de la douleur, elle porte quelquefois la main au front du côté droit. Elle pousse assez souvent des plaintes qui consistent à répéter les cris : « O! là, là! » Alors les traits du visage se grippent d'une manière bien marquée. Quelquefois somnolence interrompue par ces gémissemens.

Les organes des sens perçoivent les impressions; seulement ils semblent émoussés, surtout ceux du côté gauche.

La langue, qui se dirige facilement en droite ligne, est rouge sur les côtés, et fortement chargée d'un enduit blanchâtre vers la partie moyenne. L'appareil digestif ne nous offre rien à noter, si ce n'est l'évacuation involontaire des matières fécales. Les urines rouges et rares sont également excrétées sans la participation de la volonté de la malade.

Douze inspirations. Battemens du cœur forts et tumultueux; le pouls résistant donne 110 pulsations. La peau est sèche et brûlante.

M. Rayer prescrit une saignée d'une livre. 30 sangsues autour du col et un lavement purgatif des peintres.

Le 24 avril, l'intelligence se trouve un peu plus affaissée qu'hier; l'insensibilité a fait aussi des progrès. Le pouls bat avec autant de force et de fréquence. Il y a eu quatre garderobes. Saignée de trois palettes.

Le 25, impossibilité d'obtenir une seule réponse de la malade. Le strabisme existe toujours, et le regard est devenu plus hagard; on ne peut le diriger sur un point quelconque. La respiration s'exécute difficilement; elle est haute et fortement nasale. Le pouls irrégulier, tumultueux et déprimé, bat 120 fois. Le visage est pâle et recouvert de sueurs visqueuses. La sensibilité des membres du côté gauche est entièrement abolie, le côté droit conserve toutes ses propriétés locomotrices et sensoriales. Trente sangsues derrière les oreilles; lotions froides sur la figure; lavement purgatif des peintres.

Le 26, lorsqu'on dit à la malade de tirer sa langue, elle dit à voix basse : *la voilà*; elle semble comprendre un peu quand on excite vivement son attention. Gémissemens assez fréquens. Le strabisme paraît moins prononcé; le pouls plus régulier et un peu relevé bat 112 fois. Si l'on pince fortement le bras gauche, la malade en a un peu conscience; en un mot, cette légère amélioration donne quelques espérances. Lotions froides sur la tête.

Le 27, facies un peu moins rassurant qu'hier. La malade se plaint en portant la main droite à son ventre qui est sensiblement ballonné. La vessie se trouve distendue par de l'urine qui, évacuée au moyen d'une sonde, est très rouge et fortement acide. Paroles sans suite et à peine compréhensibles; sensibilité du côté gauche abolie de nouveau presque complètement. Le strabisme est revenu à son plus haut degré. Un peu de râle muqueux à la base des poumons. Pouls déprimé, 115 pulsations. Lotions froides sur la figure.

Le 28, abattement complet, face pâle, recouverte d'une sueur froide; somnolence; impossibilité de fixer l'attention. On ne peut lui faire proférer de son qu'en la pinçant très vivement à droite. Sensibilité de la conjonctive de la narine et de la langue, du côté gauche seulement, notablement diminuée. Pouls irrégulier et déprimé, 160 pulsations. Peau froide et sudorale. Respiration à 35, haute et pénible. La motilité est toujours conservée du côté droit; la paralysie avec relâchement existe toujours à même degré à gauche.

A dix heures, la respiration s'embarrasse de plus en plus, le râle trachéal survient, et la malade succombe à une heure après midi.

AUTOPSIE PRATIQUÉE LE 29. Peu de raideur cadavérique.

Crâne. Quelques caillots fibrineux dans les sinus de la dure-mère. Les méninges de la convexité du cerveau sont humides. Dans cette région la pulpe cérébrale est ferme et légèrement piquetée; les veines superficielles sont gorgées de sang. Les ventricules contiennent une petite quantité de sérosité transparente.

Base de l'encéphale. De la lymphe plastique et coagulée, sous forme d'une couche de matière gélatineuse, tremblante, recouvre en grande partie le pédoncule cérébral droit et le pont de varole. La pie-mère est, dans quelques points du lobe moyen, opaque et infiltrée d'une matière gluante, séro-purulente. La scissure de sylvius n'existe plus; elle est comme bouchée par une pseudo-membrane jaunâtre, épaisse, friable, qui, en pénétrant aussi profondément que la pie-mère dans la scissure et les circonvolutions voisines, unit étroitement les unes aux autres toutes ces parties; de telle sorte que la fausse membrane, la scissure de sylvius, l'arachnoïde, la pie-mère et la substance grise du cerveau forment un tout continu. Au-dessous de cette dernière fausse membrane de pus concret ou de lymphe coagulée, la substance grise du cerveau est légèrement ramollie sans avoir changé notablement de couleur; un filet d'eau ne sépare pas les parties ramollies d'avec les parties saines. La substance blanche n'a subi aucune altération.

Les mêmes parties du côté gauche, ainsi que toutes les autres portions des centres nerveux, ne nous présentent rien de morbide à noter. On observe cependant un tubercule à l'état de crudité, gros comme deux têtes d'épingles, sur le pédoncule droit du cervelet; sa base fort bien circonscrite est d'un gris rougeâtre, et son centre offre une teinte jaunâtre; la substance nerveuse qui l'environne n'a éprouvé aucune altération.

Engouement des poumons à leur base. Les autres organes n'offrent rien qui mérite d'être indiqué.

Les renseignemens fournis par le médecin de la malade, la marche de l'affection, et les symptômes de paralysie sans phénomènes convulsifs observés pendant la vie devaient porter à croire qu'on avait affaire à un ramollissement phlegmasique du cerveau, à un encéphalite.

Du reste des faits analogues sont consignés dans les annales de la science. Lisez, entre autres, l'observation XI, consignée dans le cinquième volume de la clinique de M. Andral; dans ce cas la paralysie commença aussi à se montrer dès les premiers jours de la maladie, et fut ensuite sans cesse en augmentant. A l'autopsie on trouva que la pie-mère, qui tapisse la surface supérieure des deux hémisphères était infiltrée d'une couche purulente épaisse. MM. Parent et Martinet ont aussi rapporté dans leur ouvrage quelques cas de ce genre.

Revenons à notre observation. Nous pouvions aussi présumer que l'hémisphère droit du cerveau était soumis à une compression quelconque. Mais, nous dira-t-on, ces fausses membranes, ces dépôts de lymphe coagulée que vous avez trouvé à l'autopsie pouvaient-elles être impunément en contact avec la substance cérébrale sans la comprimer? D'après cette explication il aurait fallu que ces productions inflammatoires eussent été très promptement formées. Je ne pense pas qu'on veuille attribuer la paralysie au ramollissement léger et superficiel du cerveau, qui évidemment ne fut que consécutif à la meningite, et qui n'occupait pas, à beaucoup près, une aussi grande étendue que cette dernière. Le petit tubercule rencontré sur le cervelet ne peut pas davantage rendre compte de la paralysie. Notons aussi que le strabisme, qui commença à paraître presque en même temps que les phénomènes de paralysie, persista pendant tout le cours de la maladie : or on sait que ce symptôme a été considéré dans ces derniers temps comme un signe assez constant de la meningite. Les gémissemens (cris hydro-encéphaliques) poussés de temps en temps en temps par la malade pouvaient-ils faire soupçonner l'existence d'une méningite?

L'état de somnolence, dans lequel la malade a été plongé de temps en temps, s'explique-t-il par le siége de la meningite? Je n'oserais l'affirmer, car je n'ai pas grande confiance dans cette loi qu'on a voulu établir, qui veut que le délire coïncide avec la meningite de la convexité et l'état comateux avec la meningite de la base du cerveau.

Quoi qu'il en soit de ces diverses explications, c'est ici le cas de répéter que des altérations anatomiques fort différentes peuvent dans certains cas donner naissance à des symptômes identiques, et que des altérations

anatomiques identiques peuvent aussi parfois se révéler par des symptômes fort différens.

OBSERVATION SUR UN CAS GRAVE DE MÉTRORRHAGIE TRAITÉ AVEC SUCCÈS PAR LES IRRIGATIONS CONTINUES D'EAU FROIDE, par M. le docteur FOUCAULT, médecin à Nanterre; communiquée et accompagnée de RÉFLEXIONS par M. BOINET, ancien interne des hôpitaux de Paris.

OBS. — La femme V..., épouse d'un cultivateur, âgée de 35 ans, d'un tempérament sanguin, jouissant habituellement d'une bonne santé, vint me consulter à la fin d'octobre 1837. Déjà mère de deux enfans bien constitués, elle était enceinte de six mois; elle avait un écoulement sanguin peu abondant; des douleurs de reins assez violentes; des pesanteurs dans le bas-ventre, au fond du vagin, etc.; l'abdomen était développé; je prescrivis le repos, les boissons et les alimens doux et peu excitans; l'écoulement sanguin continue en petite quantité.

La femme V... accoucha le 19 novembre de deux enfans de sept mois dont l'un vécut six heures et l'autre deux heures seulement. La sage-femme signala deux placenta : le premier était inséré sur le col de l'utérus; le second fut extrait avec beaucoup de difficultés.

Le lendemain, je fus appelé près de la malade; une perte effrayante avait lieu déjà depuis quelques heures; la sage-femme avait employé les topiques réfrigérans, le seigle ergoté à la dose de vingt grains, le tamponnement sans aucun succès. Je fis de plus appliquer des sinapismes aux jambes, donner des manuluves rubéfians, des boissons glacées à petites doses souvent réitérées, et prescrivis une saignée pour le soir, si les moyens prescrits restaient inefficaces.

Le lendemain j'appris que l'hémorragie avait diminué; que la sage-femme en conséquence avait cru ne pas devoir pratiquer la saignée.

Le sang parut encore un peu pendant trois semaines, mais le 11 décembre il coula en abondance, bien que la malade n'eût fait aucune imprudence. Appelé près d'elle, je la touchai et reconnus trois ou quatre déchirures au col de l'utérus; j'eus recours d'abord aux moyens les plus simples : boissons froides légèrement acidulées; applications de linges froids et mouillés sur le bas-ventre; repos.

Dans la nuit du 11 au 12, persistance de l'hémorragie; eau de Rabel, injections froides. Le matin du 12, l'utérus exploré au moyen du spéculum laissait couler le sang aussi abondamment qu'une saignée du bras : injections astringentes froides avec la décoction de ratanhia et l'eau de Rabel; le soir, nouvelles injections styptiques, potion astringente froide avec la décoction de cachou et la teinture de quinquina. Pendant six heures la perte fut arrêtée; la malade reprit un peu de force, et ses couleurs reparurent. Le soir, nouvelle irruption du sang. Chaque hémorragie était annoncée par la malade qui sentait une masse se former dans le bas-ventre, un état de gêne, d'oppression, puis elle exprimait elle-même que le sang coulait dans le ventre comme l'eau d'une source; nouvelles injections astringentes; réfrigérans sur la partie inférieure de l'abdomen. Interruption de l'écoulement jusqu'à deux heures de la nuit. A cette heure, l'hémorrhagie reparait. J'administre inutilement le seigle ergoté de la dernière moisson à la dose de 15 grains en deux fois, à demi-heure d'intervalle; enfin, j'ai recours à la compression de l'aorte abdominale. Pendant deux heures, je comprimai moi-même l'artère, le sang cessa de couler, mais la malade sentit son estomac se gonfler, disait-elle; elle eut une défaillance qui céda à des aspersions froides au visage et à la sortie de gaz refoulés par la compression. Je fis pendant six heures de suite continuer la compression, mais de moins en moins forte; j'obtiens douze heures de calme pendant lesquelles la malade dormit et sentit un peu revenir ses forces et son courage.

Le 15, à cinq heures du matin, la perte survint de nouveau; la malade et ses parens désolés me manifestèrent le désir d'appeler en consultation M. Bertin, médecin à Paris. J'applaudis à cette résolution et priai mon honorable confrère de venir m'aider de ses conseils. M. Bertin se rendit à notre invitation. Voici le traitement convenu :

1° Pilules. { Acétate de plomb. . . . . . 1 gr.
Ext. gommeux d'opium. . . 2 gr.

Une pilule ainsi composée de six heures en six heures.

Potion. — Infusion de roses rouges. . . . . 6 onces.
Sulfate d'alumine et de potasse. 16 gr.
Teinture de digitale. . . . . 40 gouttes.
Sirop de coings. . . . . 1/2 once.

A prendre par quart, de six heures en six heures, dans l'intervalle des pilules.

2° Appliquer de la glace ou de l'eau glacée sur le bas-ventre; si l'écoulement continue, introduire dans le vagin jusqu'à l'orifice utérin de la charpie imbibée d'une forte solution d'alun et d'une décoction de ratanhia.

3° Administrer le lendemain, 16 décembre, des lavemens presque froids.

4° Tenir l'appartement frais et la malade peu couverte, si ce n'est sur la poitrine et les pieds qu'on réchauffera avec des bouteilles d'eau.

5° Recourir encore à la compression artérielle prolongée.

6° Eau d'orge ou de gruau miellée.

Ces moyens furent employés le 15 au soir et le 16 pendant tout le jour sans efficacité. Le sang qui avait coulé rouge d'abord, était alors séreux et fluide; la malade dans la plus grande prostration semblait devoir m'échapper, et pourtant je n'avais qu'à confesser l'impuissance de l'art à la famille éplorée.

Je me torturais l'esprit, lorsqu'il me vint à la pensée d'appliquer un réfrigérant immédiatement sur le col de l'utérus et en renouvelant toujours son action. J'imaginai d'établir une irrigation continue. Je fis placer la malade en travers sur son lit garni de toile cirée et de draps pliés en quatre, les pieds tenus chaudement et appuyés sur deux chaises. A une traverse de bois, soutenue par deux montans de quatre pieds de haut je suspendis un seau percé et rempli d'eau glacée; un tube en caoutchouc (si je n'en avais pas eu, j'aurais pris un clysoir, ou j'aurais attaché une seringue avec une canule recourbée), partant du seau, fut introduit dans le vagin, jusqu'au museau de tanche. Si la femme se fatiguait, les pieds sur les chaises qui étaient près de son lit, on suspendait ses jambes dans des serviettes attachées à la traverse de bois de la même manière que M. Mayor de Lausanne suspend la planchette dans les cas de fracture de la jambe.

Bientôt l'hémorragie s'arrêta. Après douze heures d'irrigations continues, l'eau sortit du vagin pure et claire. La malade fut remise dans son lit, les pieds chauffés et la poitrine couverte; depuis ce tems rien n'a reparu. Pendant quatre ou cinq jours, j'eus à combattre d'assez graves symptômes anémiques, dont quelques toniques, prudemment administrés, eurent facilement raison. La malade peu à peu se rétablit; quinze jours après, elle se livrait à quelques travaux de ménage. Aujourd'hui elle jouit d'une bonne santé.

Au bout de six semaines, je l'ai revue; sa santé était bonne; Elle éprouvait encore un peu de faiblesse. Ses règles n'avaient point reparu.

A l'occasion de cette intéressante observation, M. Foucault se livre à quelques réflexions : il fait remarquer combien ce moyen est simple, commode, peu dispendieux et à la portée de tous les praticiens, qui ne sont pas toujours à même de se procurer tout ce qu'on a conseillé en pareil cas. Il observe, en outre, que ce moyen pourrait être utile dans d'autres cas d'hémorragie. Ces réflexions sont pleines de justesse. Mais à combien d'autres, plus importantes encore, ne donne pas lieu l'important résultat obtenu par ce praticien? N'est-on pas disposé à penser, d'après cet exemple, et plusieurs autres, que les irrigations continues d'eau froide sont appelées à jouer un rôle important dans tous les cas où il y a une inflammation à combattre, ou un afflux de sang à arrêter ou à diminuer? On ne peut plus les réserver seulement pour les fractures compliquées, pour les plaies contuses, les contusions, les luxations, cas dans lesquels beaucoup de médecins, mais principalement MM. Josse d'Amiens, Breschet et Berard jeune, les ont employées avec tant de succès. Quelque difficile qu'il soit d'asseoir un jugement sur un seul fait, et quelque pressé qu'on paraisse d'arriver à une conclusion, cette seule observation suffit, je pense, pour éveiller l'attention des accoucheurs, lorsqu'ils assistent des femmes affaiblies par des pertes ou des maladies antérieures.

Ne peut-on pas supposer avec raison que ce moyen sera également très puissant dans toutes les hémorragies qui sont l'effet de l'action d'un instrument vulnérant sur l'utérus, comme la ligature d'un polype, ou de quelque opération pratiquée sur le col utérin, telle que sa résection lorsqu'il est cancereux, son incision lorsque son resserrement oppose une résistance invincible à l'accouchement, sa déchirure par des moyens mécaniques pour provoquer l'avortement, etc. Ce n'est pas tout, car il me semble qu'on pourrait encore aller plus loin et généraliser davantage ce moyen en l'appliquant dans le plus grand nombre des affections de l'utérus, aiguës ou chroniques, avec ou sans hémorragie.

Note du Réd. La GAZETTE MÉDICALE a déjà fait connaître (1834, p. 537) un cas de métrorrahagie grave, guéri comme par enchantement à l'aide d'une douche d'eau froide sur l'hypogastre, et appelé l'attention sur les avantages que M. Trivigno retire de ce moyen dans certaines affections de la matrice. L'observation et les réflexions de MM. Foucault et Boinet s'accordent parfaitement avec les idées consignées à la page que nous venons de citer.

NOTE SUR UNE MIXTURE MARINE, BAINS DE MER FACTICES; communiquée par le docteur MONTAIN, professeur de matière médicale à l'école secondaire de médecine de Lyon.

Les bains d'eaux de mer, généraux ou locaux, les douches et lotions de ces eaux naturelles sont d'un usage très ancien en médecine. Les médications qu'ils déterminent sont surtout utilisées de nos jours, et, comme le disent MM. Guersent, Lisfranc et Bousquet dans leur rapport à l'Académie royale de médecine. « Aujourd'hui les bains de mer sont en crédit dans toute l'Europe. La Hollande envoie tous les jours un nombre considérable de baigneurs sur les côtes d'Ostende. L'Allemagne se répand sur le littoral de la Baltique. La France se partage dans le midi entre Cette et Marseille; dans le nord elle semble avoir adopté Dieppe. »

On ne peut révoquer en doute l'action de ces eaux due aux principes actifs qu'elles tiennent en dissolution. Ces principes, combinés entre eux, donnent à l'eau de mer une puissance médicatrice, qui paraît spécialement agir sur le système lympathique, et à une température élevée sur le système cutané, et même par sympathie sur les organes plus ou moins éloignés.

Ces médications sont consacrées par l'expérience et ont reçu l'approbation des praticiens les plus distingués. Mais, ainsi que les sources d'eaux minérales, les eaux de mer ne sont pas à la portée de toutes les positions sociales ; aussi a-t-on cherché à les remplacer par diverses combinaisons. La plus usitée, comme la plus facile, consiste à faire dissoudre du sel marin dans un bain domestique et à y ajouter de la colle de Flandre, ce qui lui donne, en effet, des propriétés stimulantes, mais qui sont bien au-dessous de la médication naturelle. Plusieurs composés ont été proposés pour déterminer les mêmes effets ; on peut signaler les formules de Swediaur, de Brugnatelli, de Bouillon-Lagrange, ainsi que plusieurs mélanges contenant quelques-uns des principes reconnus dans les eaux marines.

En examinant avec soin la composition des eaux de mer, je me suis convaincu que l'on pouvait perfectionner cette imitation et tenir tout préparé dans les officines le composé principal, en ajoutant ensuite dans le bain le sel marin qui, en trop grande quantité, ne pourrait figurer dans la mixture confectionnée par les pharmaciens.

D'après les analyses faites avec soin jusqu'à ce jour, on peut conclure que les eaux de mer présentent sur nos côtes et dans la plupart des lieux préconisés pour les succès, les proportions suivantes, en prenant le terme moyen de ces proportions : sur 1,000 parties d'eau de mer, on peut présumer de 25 à 30 parties d'hydrochlorate de soude (1); 5 à 6 parties de sulfate de magnésie; 3 ou 4 d'hydrochlorate de magnésie; 2 parties de carbonate de chaux, de magnésie et de sulfate de chaux. Quant aux autres principes signalés par plusieurs chimistes, ils sont en trop petites proportions pour jouer un rôle dans la médication, et l'on peut présumer que leur présence n'est due qu'à des circonstances variables ou de localité.

Mais l'amertume qui caractérise ces eaux et qui lui est tellement identifiée que l'on a beaucoup de peine à la détruire, ne doit-elle pas beaucoup concourir à l'action thérapeutique de ces eaux? Je pense qu'elle tient à la solution d'un principe émanant de l'immense quantité de végétaux qui vivent, meurent et se décomposent dans la mer, conjointement avec un principe animalisé, résultat de la vie et de la destruction continuelle de ses nombreux habitans. L'un et l'autre de ces principes doivent successivement concourir à cette importante modification. J'ai cherché à les imiter en les associant à des proportions convenables des autres principes, et je crois y être parvenu, comme l'expérience semble l'avoir prouvé. J'ai donné à ces bains une amertume pareille à celle des eaux naturelles au moyen d'un extrait végétal très amer et d'un prix peu élevé (l'extrait que j'ai désigné sous le nom de *cynarique* (2),) et j'ai, suivant l'usage, ajouté de la colle de Flandre pour remplacer cette substance animalisée, qui existe en très petite quantité, il est vrai, dans les eaux naturelles. Je ferai observer que les bains dans lesquels on met une grande quantité d'ichtyocolle sont loin de produire une médication active : elle obstrue les pores, fatigue la peau et empêche l'action des autres principes médicinaux contenus dans le liquide du bain. La préparation que j'ai fait exécuter par la plupart des pharmaciens de Lyon est la suivante :

Prenez :	Sulfate de magnésie,	10 à 12 parties.
	Hydrochlorate de magnésie,	4 parties.
	Extrait cynarique,	4 parties.
	Carbonate de chaux,	2 parties.
	Colle de Flandre,	3 parties.

Mélangez S. L. que l'on peut diviser en doses de deux ou trois onces, renfermées dans des bocaux convenables.

Pour l'usage on fait dissoudre une dose de deux ou trois onces dans le bain, ce qui se fait en y entrant, et on ajoute de une à deux livres de sel marin.

TROIS CAS REMARQUABLES DE LITHOTRIPSIE VÉSICALE ET RECTALE.

I. Observation de lithotritie pratiquée avec succès chez une femme ; par M. le professeur Breschet, chirurgien de l'Hôtel-Dieu ; recueillie et communiquée par M. Alph. Rendu, interne des hôpitaux.

Obs. — Dans les premiers jours du mois d'octobre 1837, il entra salle Saint-Côme, à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Breschet, la nommée Chevau, âgée de 28 ans. Cette femme, d'une bonne santé, d'une forte constitution et bien réglée, n'a point eu, à sa connaissance, de parens calculeux. Il y a huit mois que pour la première fois elle éprouva des douleurs dans les reins : ces douleurs, assez intenses par momens, durèrent un mois environ; au bout de ce temps, la région hypogastrique devint le siége d'une douleur continue qui s'exaspérait pendant l'émission des urines. La malade resta chez elle pendant huit mois, souffrant toujours, mais ne faisant aucun traitement. Enfin, elle se fit sonder, et l'existence d'un calcul fut reconnue.

Entrée à l'Hôtel-Dieu, on la laisse reposer pendant trois jours. Le cathétérisme fit alors constater l'existence de la pierre.

Jusqu'au 15, la malade garde le repos et prend quelques bains.

Le 15 au matin a lieu une première séance de lithotritie, M. Breschet saisit la pierre à plusieurs reprises, et la broie facilement avec le percuteur de M. Heurteloup, modifié par M. Charrière.

Pendant cette première séance, qui dura six minutes, la malade ne parut pas ressentir de grandes douleurs; immédiatement après, elle rendit une assez grande quantité de fragmens rougeâtres. Trois bains seront donnés à la malade, qui prendra des boissons mucilagineuses et observera la diète.

Le lendemain 16, la malade n'ayant éprouvé aucun accident depuis la veille, et ayant rendu plusieurs fragmens de calcul, sans que les urines déposassent, on procéda à une seconde séance. Celle-ci, qui dura dix minutes, fut plus douloureuse que la première, M. Breschet saisit plusieurs fois très facilement le calcul ou ses fragmens et les brisa. Trois bains, deux bouillons.

Le 17, les urines de la veille sont catarrheuses, des fragmens de calcul ont été rendus.

Jusqu'au 27, les urines sont restées catarrheuses, et la matière glaireuse et adhérente au vase était teinte de stries sanguinolentes. Du reste, l'état de la malade est satisfaisant, et les douleurs sont moindres qu'avant l'opération. Plusieurs fragmens ont été rendus, l'un d'eux était de la grosseur d'un pois.

Le 28, la malade a rendu quatre fragmens de calcul assez gros. Le mucus contenu dans les urines n'est plus filant et n'adhère plus au vase, c'est une sorte de pellicule grisâtre. Les douleurs qui avaient presque entièrement cessé alors que les urines déposaient du mucus reparaissent maintenant qu'il n'y a plus de dépôt. Du reste, il y a absence complète de fièvre; mais peu d'appétit. Les bains sont continués.

Le 31 octobre, la malade rend deux calculs très volumineux, pesant chacun un gros; l'un d'eux avait dix lignes de long sur six de large et six de haut; l'autre avait dix lignes de long, sept de large et cinq de haut. Vers le soir, la malade a de la fièvre et du dévoiement. Lavement amylacé; eau de riz avec sirop de coings; bain.

Le 1er novembre, la malade va bien : elle n'a plus de fièvre, ni de dévoiement. Les urines sont redevenues claires.

Jusqu'au 11 il ne se passa rien de remarquable. Ce jour M. Breschet soumet la malade à une nouvelle séance de lithotritie. Malgré la douceur et la précaution avec laquelle M. Breschet fit agir l'instrument cette nouvelle séance qui dura huit minutes fut plus douloureuse que les précédentes. La pierre fut saisie et brisée à plusieurs reprises. Deux bains; potion calmante.

Le lendemain 12, les urines sont claires; la malade ne souffre qu'en urinant et après avoir uriné. Elle est sans fièvre et a rendu quelques fragmens. Les bains sont continués.

Le 13, le 14 et le 15 la malade rend des urines sanguinolentes. Les deux derniers jours il y a des caillots de sang dans les urines. Toutefois la malade dit ne point souffrir.

Jusqu'au 27, il ne se passa rien de remarquable; ce jour deux tentatives de broiement furent pratiquées et n'amenèrent aucun résultat; elles durèrent d'ailleurs fort peu.

Le 2 décembre, M. Breschet introduit dans la vessie, préalablement distendue par du liquide (ce qui du reste fut fait à chaque séance), l'instrument lithotriteur, saisit la pierre et la brise; puis saisit un premier fragment et l'extrait; en fait de même d'un second, puis d'un troisième très volumineux. Bain; potion calmante; chiendent émulsionné. Le soir la malade va bien, est sans fièvre, et a rendu quelques graviers. A partir de ce moment, elle n'éprouve plus aucune douleur.

Le 4 décembre, M. Breschet explore avec soin la vessie, ne rencontre aucun corps étranger, et renvoie quelques jours après la malade chez elle entièrement guérie, et parfaitement bien portante.

Cette observation nous paraît présenter plusieurs points importans à noter. Et d'abord, remarquons qu'ici, comme dans la plupart des cas analogues, le calcul semble avoir eu son point de départ dans les reins, puisque les douleurs hypogastriques furent précédées pendant un mois de douleurs lombaires, douleurs qui cessèrent complètement pour ne plus reparaître, alors que la région hypogastrique devint elle-même douloureuse.

Les urines nous ont présenté des particularités assez importantes. C'est ainsi que, bien que suivant toute probabilité, le calcul vésical existât depuis huit mois, puisque c'est à cette époque que remonte l'apparition des douleurs hypogastriques, les urines étaient d'une transparence parfaite, et ne laissaient rien déposer. Il est rare, comme on sait, de voir les urines conserver leurs caractères physiques, alors qu'un corps étranger existe dans la vessie. La forme arrondie du calcul pourrait, jusqu'à un certain point, expliquer cette particularité. Nous ferons remarquer que ce n'est qu'après la seconde séance que les urines devinrent catarrheuses, elles déposèrent un mucus filant et adhérent au vase. Ce mucus était, dans le principe, teint de stries sanguinolentes : à ce mucus succéda un dépôt de matière pultacée, grisâtre, semblable à de la lavure de chair, après quoi les urines redevinrent limpides et claires, et conservèrent ces caractères, bien que la malade fût encore soumise à deux nouvelles séances.

(1) Ces proportions sont moins fortes dans la Baltique. La mer Noire est sans contredit la plus riche en principes salins.

(2) Dans un court aperçu lu en 1835 à l'Académie royale de médecine, j'ai signalé cet extrait que j'ai obtenu abondamment de la fleur d'artichaut comme le meilleur succédané du *quinquina* : l'expérience m'a prouvé, ainsi qu'à plusieurs de mes confrères, la puissance anti-périodique de ce médicament, etc. (*Mémoire de thérapeutique*, chez Baillière, etc.)

Nous ferons observer que les douleurs que la malade a éprouvées par le fait même de la lithotritie étaient plus fortes dans les dernières séances, et la vessie, loin de s'habituer à l'action des instrumens lithotriteurs, n'en a paru au contraire que plus irritable. Quant aux douleurs qui étaient le résultat de l'existence des calculs vésicaux, l'on a pu voir qu'elles ont diminué d'intensité après chaque séance. Elles avaient même presque complètement disparu, alors que les urines laissaient déposer un mucus filant et adhérent au vase. Leur réapparition coïncida avec la disparition de ce même mucus. Je fais remarquer cette coïncidence sans affirmer que le mucus fût la cause de cette cessation de douleur, soit en protégeant les parois de la vessie, soit en enveloppant les fragmens du calcul.

Une circonstance digne de remarque est que les douleurs très vives que la malade ressentait après la troisième séance disparurent à la suite d'une exsudation de sang dans la vessie.

Le calcul mamelonné et rougeâtre à l'extérieur devenait de plus en plus dur vers le centre, où il offrait l'aspect du plâtre. Les portions rougeâtres du calcul, celles qui semblaient en former les couches superficielles étaient composées d'acide urique pur, mêlé seulement à une très petite quantité de matière animale qui paraissait être du mucus altéré. Les autres fragmens d'aspect blanchâtre étaient composés d'acide urique, d'oxalate de chaux qui formait la couche extérieure des fragmens, de phosphate de chaux en très petite quantité; et, enfin, d'une matière animale semblable à celle indiquée ci-dessus.

L'acide urique et l'oxalate de chaux dans ces derniers fragmens étaient disposés en couches distinctes.

Le phosphate de chaux était mêlé à l'oxalate de chaux, et la matière animale se trouvait principalement concrétée entre les couches.

L'on a pu remarquer le volume considérable de deux de ces fragmens rendus spontanément par l'urètre.

L'expulsion de ces deux fragmens fut suivie de fièvre et de dévoiement, tandis que des calculs d'un volume à peu près aussi fort, qui furent extraits au moyen du percuteur dont les mors augmentaient encore le diamètre n'entraînèrent ni fièvre ni aucun autre accident, ce que nous croyons devoir attribuer d'une part à l'extraction plus prompte, et d'autre part, à ce que les mors du percuteur préservèrent les parois de l'urètre de l'action des saillies du fragment.

II. **Observation relative a une demi-tasse a café introduite dans l'intestin rectum; broiement a l'aide de l'instrument lithotriptique; guérison; par M. Crispo Manunta, professeur de médecine pratique à l'université de Sassari (Sardaigne).**

M. J. N., étudiant en médecine, âgé de 21 ans, habituellement bien portant, souffrait depuis quelques jours une constipation opiniâtre. Dans la nuit du 24 mai, il imagina de se procurer des garderobes en introduisant quelque corps étranger dans le rectum. N'ayant sous sa main qu'une demi-tasse à café, il s'en est servi dans ce but; il en applique le fond contre l'ouverture anale et essaie de forcer les sphincters; il y réussit en effet, et après beaucoup d'efforts la base de la tasse se trouvait dans l'intestin; il force encore, et tout l'instrument se trouve en un instant comme absorbé dans la cavité rectale.

Il fait alors des efforts expulsifs pour rendre le corps étranger et avec lui des matières fécales; mais ces épreintes ne font que produire l'effet opposé, la tasse remonte en place de descendre. Les souffrances commencent à devenir atroces; le malade introduit ses doigts et cherche en vain d'atteindre l'instrument; désespoir affreux, anxiété inexprimable, sueurs froides. Il reste dans cet état pendant trois jours sans confier à personne ses imprudentes manœuvres; enfin les souffrances, les coliques insupportables qu'il éprouve l'obligent à appeler un médecin; le docteur Lucrqui est donc mandé.

Informé des circonstances de l'accident, celui-ci introduit une pince et saisit la tasse par son bord supérieur qui était retourné inférieurement, essaie de tirer mais en vain; le corps étranger se trouvait tellement pressé par les parois du rectum qu'il y était comme enchatonné; le bord de la tasse saisi par la pince s'est rompu et a été tiré, mais la tasse entière n'a pas bougé. Dès ce moment le malade a commencé à souffrir davantage, et l'extraction en est devenue plus difficile, car le rebord inégal de la cassure blessait la muqueuse boursouflée et enflammée. C'est dans ces entrefaites que j'ai été appelé dans la soirée du 26.

J'ai commencé par introduire le *speculum ani*, afin d'écarter la muqueuse boursouflée placée au-devant du corps étranger et m'assurer de la véritable position de celui-ci. J'y ai glissé une tenelle à lithotomie, et j'ai saisi le bord libre de la tasse; mais quand il s'est agi de tirer la chose a été impossible, le malade y accusait les douleurs les plus insupportables de l'empalement. J'ai alors pensé que mieux valait briser d'abord la tasse sur place avant de l'enlever: je me suis rappelé en effet que c'est ainsi que Dupuytren s'était comporté à l'égard d'une femme qui offrait un pessaire volumineux enclavé dans le vagin, et que c'est aussi de là sorte qu'on s'y prend pour extraire les pierres trop volumineuses de la vessie.

J'ai donc introduit le brise-pierre de M. Heurteloup dans le rectum, et, après plusieurs tentatives, j'ai été assez heureux pour engager entre les branches de cet instrument un côté de la tasse, de le briser doucement et de l'extraire. J'en ai fait autant de la portion restante, et, en peu d'instans, tout le corps étranger a été broyé et extrait par fragmens. Le fond de la tasse cependant, qui était resté isolé dans le fond du rectum, à six pouces de l'anus, m'a offert le plus de difficultés; j'ai été obligé de faire usage d'une tenelle à lithotomie et du speculum pour achever l'extraction de ce reste du corps étranger. La réaction que le malade a éprouvée a été assez vive; il a eu de la fièvre et de l'écoulement puriforme pendant plusieurs jours. Injections émollientes et huileuses; saignée, diète, boissons rafraîchissantes. Les douleurs et les autres symptômes se sont dissipés petit à petit, et le malade a guéri en peu de jours.

Cette observation est curieuse; elle en rappelle plusieurs autres analogues. On n'aura pas de peine à croire à la possibilité de l'introduction d'une demi-tasse à café dans le rectum, lorsqu'on se souvient qu'un homme traité par Desault à l'Hôtel-Dieu s'était introduit dans le même organe un *pot à confiture*, et qu'un religieux en avait fait autant avec une bouteille d'eau de la reine de Hongrie.

Un moyen d'une grande utilité dans ces circonstances pour faciliter les manœuvres de l'extraction, c'est de paralyser les sphincters à l'aide d'un lavement fortement opiacé et d'y faire glisser ensuite la main d'un enfant pour atteindre le corps.

III. **Opération de lithotripsie faite pour débarrasser la vessie de calculs formés a l'occasion d'un épi de blé poussé dans cet organe, et précédée, un an auparavant, de l'extraction d'un corps étranger très volumineux, introduit dans le rectum; par M. Cazenave, de Bordeaux.**

Obs. — André Barbe, vannier, âgé de 27 ans, marié, d'une constitution vigoureuse, et jouissant d'une santé à laquelle des excès de tout genre n'avaient porté aucune atteinte jusqu'à l'époque des deux accidens dont je vais raconter les dégoûtantes particularités, alla se baigner dans la Garonne, le 15 avril 1836. Au sortir du bain, deux de ses compagnons de débauche lui introduisirent péniblement dans le rectum une courge desséchée (gourde à eau-de-vie) ayant onze pouces de grande circonférence: ce fut dans cet état qu'il prit sa part d'un copieux déjeuner, à la fin duquel il était ivre-mort. Dès que les douleurs occasionnées par la présence d'un corps étranger dans le rectum commencèrent, B.... emprunta chez un serrurier, son voisin, des tenailles tranchantes et deux ou trois crochets pour briser et pour extraire les fragmens de la courge dont il n'avait pas pu se débarrasser, soit à l'aide de ses doigts, soit à l'aide de ses efforts réitérés et impuissans de défécation. De pareilles manœuvres devaient avoir et eurent en effet des conséquences déplorables. Néanmoins ce malheureux demeura huit jours sans secours, et ce ne fut que lorsque sa femme lui fit comprendre qu'il était dans un état à peu près désespéré, et qu'il sentit la vie lui échapper, qu'il consentit à ce qu'on allât chercher M. le docteur Dondats, auquel il raconta ce qui s'était passé. Cet honorable confrère prescrivit une potion calmante, un demi-bain prolongé, et vint me prier le soir d'aller avec lui chez son malade. Je me munis de quelques instrumens.

Quelque habitués que nous fussions, M. Dondats et moi, à visiter les pauvres et à voir de près la repoussante incurie de la plupart d'entre eux, il ne fallait rien moins qu'une ardente philantropie pour supporter le hideux spectacle dont nous fûmes les témoins.

L'étroit galetas dans lequel nous entrâmes répandait une odeur infecte, et n'avait pour tout ameublement que deux chaises vermoulues, une mauvaise table et un grabat sur lequel gisait un agonisant. Ce misérable, qu'un reste de pudeur faisait peut-être hésiter à nous répéter l'acte infâme auquel il s'était prêté, recueillit un peu ses souvenirs, et nous raconta d'une voix presque éteinte ce que M. Dondats savait déjà. Ainsi, il nous dit avoir eu une abondante gastrorragie quelques heures après le déjeuner qu'il avait pris en sortant du bain; les manœuvres à l'aide desquelles il avait essayé de briser, puis d'extraire le corps étranger du rectum, avaient occasioné des douleurs intolérables dans cet intestin, des coliques, le ballonnement de tout l'abdomen, des hémorragies copieuses, une diarrhée sanguinolente et fétide, de la fièvre, des difficultés d'uriner et une faiblesse extrême. Du reste, B.... était dans un état anémique porté au plus haut degré quand nous l'examinâmes; l'abdomen était météorisé; il avait des coliques sourdes, des douleurs très vives du rectum lorsque cet intestin se contractait, et une diarrhée sanguinolente; ses urines étaient difficiles et rares.

Pour explorer le rectum et pour extraire le corps étranger, nous fîmes coucher le malade sur le côté gauche, les jambes et les cuisses fléchies et rapprochées du ventre, et le derrière saillant sur le bord du lit. En écartant les fesses, je m'aperçus que l'ouverture du rectum était en entonnoir; que le rebord de l'anus était flasque, mou et relâché, et que les sphincters avaient perdu la plus grande partie de leur force, circonstance qui me dispensa, et de donner un lavement fortement opiacé pour obtenir un relâchement considérable de ces anneaux musculeux, et de dilater l'anus en l'incisant sur un de ses côtés. J'introduisis donc un doigt, puis deux, puis trois, puis quatre, puis la main tout entière, avec laquelle j'allai à la recherche des fragmens anguleux et tranchans de la courge. Cette manœuvre fut très douloureuse et très difficile, tant j'eus de peine à dégager les morceaux qui avaient pénétré dans les parois de l'intestin. Je parvins cependant à délivrer cet homme qui, grâce aux soins de M. le docteur Dondats, recouvra bientôt la santé qu'il devait encore compromettre d'une manière si grave.

B.... se réunit le 9 avril dernier, dans l'après-midi, à cinq ou six de ses camarades pour boire quelques bouteilles de vin, et demeura jusqu'à onze heures du soir avec eux. Ce ne fut qu'au moment de se séparer, et lorsque l'ivresse fut complète, qu'on le défia de s'introduire un corps étranger dans l'urètre. Il

accepta le défi, alla prendre un épi de blé ayant cinq pouces de long, et le poussa dans le canal par la tige qui avait dix-huit lignes. Cet épi s'engagea malgré sa main tremblante, qui faisait quelques efforts pour le retirer, disparut bientôt tout entier et séjourna treize heures dans l'urètre. Pendant tout ce temps, l'incorrigible vannier éprouva de très vives douleurs, occasionnées par les barbes qui déchiraient les parties, eut de l'agitation, de la fièvre, n'urina que goutte à goutte et comme par une sorte de filtration du liquide à travers l'épi. Toutefois, s'étant alarmé de sa position, il chercha les moyens à l'aide desquels il pourrait débarrasser l'urètre, et s'arrêta à l'idée d'introduire une sonde en gomme élastique dans ce canal, sonde avec laquelle il poussa l'épi de blé dans la vessie. Cet organe s'enflamma; les douleurs furent atroces; les urines, mêlées à des matières muco-sanguinolentes, coulèrent involontairement et goutte à goutte; il y eut plusieurs hématuries dès le quatrième jour; le malade expulsa quelques concrétions salines le dixième et les suivans; puis de très petits fragmens d'épis, recouverts de sédimens cristallisés, et ainsi de suite, pendant un mois, au bout duquel il s'avisa de refouler avec une sonde flexible, lorsqu'il voulait uriner, la portion de corps étranger qui obstruait constamment le col de la vessie.

L'état de B..... s'aggravant chaque jour, il alla consulter un chirurgien distingué de cette ville (Bordeaux), qui l'effraya beaucoup en lui expliquant la gravité de sa position, et en lui montrant, comme à plaisir, tous les instrumens avec lesquels il se proposait de l'opérer. Cette terreur panique, assurément bien naturelle, nous valut, à M. Dondats et à moi, un souvenir de l'oublieux malade, auquel nous avions cependant sauvé la vie une première fois, ainsi que mes lecteurs ont pu le comprendre.

5 juin. Après que M. Dondats et moi nous eûmes reconnu la présence d'un corps étranger avec la sonde, je fis coucher le malade sur le bord droit de son lit, élevai fortement le siége à l'aide de coussins résistans, fis une injection d'eau tiède dans la vessie, introduisis le percuteur courbe à écrou et à vis, modifié par Charrière, et saisis trois fois le calcul, que j'écrasai en pressant assez légèrement sur la branche mâle de l'instrument, qui donna dix-huit lignes d'écartement. Pendant cette très courte séance, B.... cria, s'agita, mordit des linges, me supplia de lâcher prise, et nous avoua cependant, après l'opération, qu'il avait eu plus de peur que de mal; qu'il avait surtout redouté que l'instrument ne se cassât dans la vessie. (Demi-bain dans lequel le malade rend une assez grande quantité de détritus de pierre très friable et des masses sablonneuses.) Aucun incident n'étant survenu, mon honorable confrère et moi, nous procédâmes à une seconde séance, quarante-huit heures après la première (7 juin), séance durant laquelle je ressaisis, très rapidement et sans aucune hésitation le calcul, que je chargeai trois fois de la même manière que l'avant-veille. (Mêmes résultats et moins d'appréhension de la part du malade.)

Comme il nous parut impossible que l'épi de blé pût être assez bien macéré dans l'urine pour sortir par fragmens ramollis et réduits en une sorte de fumier, nous résolûmes de nous servir du brise-pierre articulé de Jacobson dans une troisième séance (10 juin), afin de broyer le calcul d'abord, puis de loger la plus grande partie possible de l'épi dans la courbure de cet instrument, si nous étions assez heureux pour le saisir dans une position favorable. J'introduisis donc le lithotripteur du chirurgien danois dans la vessie, et broyai trois ou quatre fois, par une forte pression faite à l'aide de la vis et de l'écrou, la masse pierreuse qui servait d'enveloppe conservatrice à cet épi, que j'essayai deux fois d'entraîner hors de la vessie, et que deux fois je fus obligé de lâcher, parce que je l'amenais en travers. Je fus plus habile ou mieux servi par le hasard dans une troisième tentative, car j'entraînai, bien logés et bien aplatis dans le brise-pierre articulé, deux pouces sept lignes de l'épi qui était dans un état parfait de conservation, grâce à la couche des sédimens cristallisés qui le recouvraient. Cette opération, dont le très beau résultat satisfit on ne peut plus le malade, fut longue et assez douloureuse; toutefois, il n'y eut ni inflammation de la vessie, ni fièvre. (Bains prolongés, cataplasmes émolliens sur l'hypogastre, quarts de lavement, boisson délayante, diète absolue et repos.) Dans la journée et dans la nuit suivante, B..... expulsa de la vessie une très grande quantité de calculs anguleux et fort durs, parmi lesquels il y avait de nombreux fragmens de l'épi dont la longueur variait d'une à trois lignes.

Les choses allèrent on ne peut mieux jusqu'au 17 juin, époque à laquelle je fus obligé d'ajourner la quatrième séance pour aller faire une opération à quelques lieues de Bordeaux. Dans cette quatrième séance, je me servis du percuteur courbe, avec lequel je saisis à l'instant même un calcul que je pris, lâchai et repris six fois de suite en employant toute la force de la vis et de l'écrou, tant il était résistant. J'éprouvai quelque embarras pour faire franchir le col de la vessie à l'instrument qu'il m'avait été impossible de fermer très exactement, parce qu'il tenait *enserrées* quatre lignes d'épi. Le jour même de cette opération, et les 18, 19 et 20 juin, il sortit une quantité prodigieuse de fragmens calculeux très durs et des parcelles d'épi. (Mêmes soins, mêmes précautions; aucun incident.)

B..... redoutant toujours les séances du broiement, pendant lesquelles il criait, se lamentait et disait qu'il était perdu, bien qu'il s'empressât toujours de nous déclarer qu'il avait peu souffert, B....., dis-je, nous assura qu'il était guéri, qu'il urinait sans douleur et sans embarras, et qu'il ne voulait plus qu'on le touchât, quand nous allâmes chez lui pour procéder à une nouvelle opération. Comme il mit quelque opiniâtreté dans sa détermination, et qu'il n'y avait aucun inconvénient à lui accorder un peu de répit, nous ajournâmes notre réunion au 24 juin. Ce jour-là, je saisis dix fois de suite des fragmens de calcul, que je réduisis aux plus petites dimensions possibles. Une demi-heure après cette dernière séance, B.... rendit une très grande quantité de matières lithiques, et notamment un morceau d'épi en grappe, une sorte de pétrification fort curieuse que je conserve, ayant onze lignes de long et quatre lignes de diamètre.

Des explorations ultérieures, faites avec le plus grand soin, nous démontrèrent que la vessie ne contenait plus aucun corps étranger.

Tous les détails que je viens de rapporter furent confirmés à M. le docteur Hameau, de la Teste, par Barbe lui-même, qui vint me remercier au moment où cet habile médecin était dans mon cabinet.

ANALYSE DES CALCULS.

« J'allais partir, m'écrit le docteur A. Boucherie, pour porter à mon ami l'analyse qu'il m'a demandée. Les calculs qu'il m'a remis sont composés de phosphate ammoniaco-magnésien et de phosphate de chaux réunis par une quantité très notable de matière animale. Ils m'ont paru fort intéressans, et je me propose au premier moment d'en faire l'analyse *quantitative*. »

Cette analyse a été faite en commun avec M. Espic, pharmacien très distingué de Bordeaux.

Note du Réd. A mesure que la lithotripsie étend son crédit, nous voyons cette belle opération passer non-seulement entre les mains de tous les chirurgiens, mais encore étendre son domaine dans d'autres organes que la vessie urinaire. Dupuytren avait déjà appliqué heureusement le broiement aux corps étrangers tombés dans le conduit auditif; d'autres avaient attaqué de la même manière les sequestres enkystés de nécrose; nous voyons aujourd'hui le même moyen rendre des services réels dans la comminution des corps étrangers arrêtés dans l'intestin rectum. Il est probable que la lithotripsie étendra encore davantage ses heureuses applications.

Des trois observations qui précèdent, celle de M. Breschet est remarquable par l'existence de la pierre chez une femme et par l'heureuse application de la lithotripsie chez ce sexe. Cette opération est, il est vrai, plus facile chez la femme; mais on trouve rarement l'occasion de la pratiquer. Les lithotritistes les plus exercés de Paris comptent à peine un petit nombre de cas de cette nature; on devine aisément pourquoi. On peut même dire que l'histoire de la lithotripsie chez la femme est encore à faire, de même que celle de plusieurs autres maladies de l'appareil urinaire, qu'on ne connaît qu'à peine chez elle.

L'observation de M. Cazenave se recommande aussi par plusieurs rapports : la circonstance surtout de l'existence d'un énorme corps étranger dans le rectum rapproche ce fait de celui de M. Manunta.

LETTRE SUR LA SÉCRÉTION DU LAIT CHEZ LES ENFANS; par M. TAILLEFER, médecin à Honfleur.

La GAZETTE MÉDICALE a rapporté dans son numéro du 17 février dernier une note de M. Riberi intitulée : « Sécrétion de lait chez une petite fille de six semaines. »

Des faits analogues ne sont point rares, et il me serait facile, pour mon propre compte, de vous en citer plusieurs. Je n'ai point encore eu occasion, il est vrai, de remarquer ces tumeurs à la région mammaire dont parle le professeur de Turin; mais il m'est arrivé fréquemment, en comprimant les seins d'enfans nouveaux-nés, de faire sortir une certaine quantité d'humeur lactescente.

Plusieurs fois, j'ai recueilli ce liquide dans une cuiller, et, à son aspect, il ne m'est resté aucun doute sur sa nature. La plupart de nos garde-malades pénétrées, comme moi, de l'idée que la rétention de ce liquide dans les mamelles est, dans certains cas, l'occasion de phlegmon de ces parties ont pour habitude de vider les seins de l'enfant en les pressant doucement avec les doigts.

Autant que je me le rappelle, cette sécrétion s'observe chez les enfans des deux sexes; cependant je n'oserais l'affirmer.

Le silence des auteurs à cet égard, la publicité que vous donnez à l'observation de M. Riberi, et, le dirai-je, l'incrédulité de quelques confrères, tels sont les motifs qui m'ont inspiré cette lettre.

Agréez, etc.

Ce 18 février.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 20 MARS. — PRÉSIDENCE DE M. MOREAU.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Lettre ministérielle, avec envoi de la recette d'une pommade pour la guérison des douleurs.

2° Lettre *idem*, avec envoi des rapports des médecins inspecteurs des eaux minérales de Gréoux et de Digne.

3° Lettre *idem*, avec envoi du rapport du médecin-inspecteur des eaux minérales de la Corse.

4° Lettre *idem*, avec envoi d'un rapport sur une fièvre typhoïde.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

1° Lettre de M. Lambert, lequel annonce que le marquis d'Argenteuil a

laissé, par son testament, un legs de 30,000 fr. Les revenus en seront affectés à un prix à distribuer, tous les six ans, à l'auteur qui trouvera le moyen de perfectionner le traitement des rétrécissemens de l'urètre. Si cependant, dans cet espace de temps, ce moyen n'était pas trouvé, l'Académie sera libre de récompenser les meilleures productions sur les maladies des voies urinaires.

— M. le président annonce qu'une députation s'est rendue en costume aux obsèques de M. le marquis d'Argenteuil, et M. Pariset a prononcé sur la tombe un discours dont il donne lecture à l'Académie.

M. le président ajoute que l'Académie doit ce souvenir à M. Villeneuve, et lui adresse des remercimens.

— Au nom de la commission des remèdes secrets, M. Planche lit successivement six rapports sur des préparations, dont il propose le rejet. L'Académie adopte.

MAGNÉTISME ANIMAL.

— M. Burdin monte à la tribune et propose aux magnétiseurs une nouvelle rédaction de son programme. Dans la première, il faisait aux somnambules la triple condition de lire sans le secours *des yeux, de la lumière et du toucher.* MM. Bousquet et Gueneau de Mussy ont essayé de prouver, dans le rapport dont nous avons donné l'extrait au dernier numéro de la GAZETTE MÉDICALE, que c'était proposer un problème impossible à résoudre; car, disent-ils, pour voir un objet, il faut que cet objet soit visible, et, pour être visible, il faut qu'il soit éclairé. M. Burdin veut bien se rendre à ce raisonnement et permet aux somnambules de s'aider de la lumière. En second lieu, M. Burdin excluait le toucher, mais il entendait parler de ce toucher délicat, qui, chez quelques organisations privilégiées, supplée à l'organe de la vue : ce toucher, il l'exclut encore. Mais si Mlle Pigeaire tient à promener les doigts sur une lame de verre dont elle a coutume de couvrir le livre qu'elle lit, M. Burdin y consent. Enfin, M. Burdin ne donne l'exclusion qu'aux yeux, parce que, dit-il, les yeux sont pour lui la condition indispensable pour voir, tandis que, pour M. Pigeaire et peut-être pour MM. Bousquet et Guéneau de Mussy, la première condition est la lumière. A l'égard des moyens à employer pour empêcher les rayons lumineux d'arriver jusqu'aux yeux, M. Burdin s'en rapporte à la sagesse de la commission.

M. BOUSQUET : Je demande la parole.

PLUSIEURS VOIX : Non; il n'y a pas de discussion possible. M. Burdin est le maître de rédiger comme il lui plaît la formule d'un prix dont il fait les frais.

M. BOUSQUET : En ce cas je demande la parole pour un fait personnel. M. Burdin prête aux commissaires des opinions qui ne sont pas les leurs, et ils ont lieu d'en être d'autant plus surpris qu'ils lui ont confié leur rapport. M. Burdin leur fait dire qu'il n'est pas nécessaire d'avoir des yeux pour voir, pourvu qu'on ait de la lumière. Vos commissaires n'ont pas dit une pareille absurdité : ils ont dit, au contraire, que les yeux et la lumière étaient également nécessaires à la vision, et c'est pour cela que, si les somnambules consentent à se passer des yeux, on ne doit pas les priver de lumière.

M. BURDIN : Je n'ai eu le rapport de M. Bousquet entre les mains que quelques instans : mais j'ai copié ses paroles.

M. BOUSQUET : Si M. Burdin a cru copier le rapport des commissaires, il a très mal lu. Pour voir, ont-ils dit, la lumière n'est pas moins nécessaire que les yeux. Les magnétiseurs, à qui l'on conteste jusqu'à la réalité de leur science, répondent par les faits les plus propres à frapper et à convaincre les incrédules. Ainsi ils citent très sérieusement des personnes à qui le sommeil magnétique communiquerait la faculté de voir sans le secours des yeux, ce qui, pour le dire en passant, a fait avancer à des physiologistes très graves que l'appareil anatomique des sens n'était pas d'une absolue nécessité. Mais, pour être aperçus, les objets doivent être visibles, et, pour être visibles, ils doivent être éclairés. Placer ces objets dans des lieux inaccessibles à la lumière, ce serait aller contre le but même de l'expérience, car il n'y aurait rien à conclure contre le somnambule qui ne les verrait pas, puisque les yeux les plus fins ne les distingueraient pas mieux. Ce serait de plus doubler les difficultés du problème, lequel consisterait alors à voir sans yeux et sans lumière. Il n'est pas probable qu'on l'entende ainsi. Le fait à éclaircir est unique : il consiste à savoir si les organes et les sens en particulier peuvent se suppléer; si, par exemple, la nuque, les doigts, ou toute autre partie du corps peut usurper passagèrement les fonctions des yeux, ou, enfin, si les yeux sont absolument indispensables pour voir. Or, pour acquérir cette connaissance, il n'est pas besoin d'exclure la lumière; au contraire, elle est nécessaire. Qu'on rende, dit M. Pigeaire, un somnambule momentanément aveugle, j'y consens : mais c'est tout ce qu'il peut accorder, et c'est bien assez.

Dans ce rapport trop peu écouté pour être bien compris, les commissaires avaient un double but. D'une part, ils voulaient provoquer des éclaircissemens sur le programme posé par M. Burdin; et de l'autre, ils voulaient faire rentrer M. Pigeaire dans les formes du programme, afin de l'amener devant vous. Après les explications que vient de donner M. Burdin, après les concessions qu'il vient de faire, tous les magnétiseurs doivent se sentir à leur aise, et, dans tous les cas, ils n'ont plus de prétexte pour refuser le défi qui leur est porté; leur refus équivaudrait à une défaite et à un aveu formel d'impuissance. Mais il y a tout lieu de croire que M. Pigeaire ne fera point défaut. Nous en avons pour garans, non-seulement son premier mémoire; mais encore la lettre que nous tenons en main, et que nous demandons la permission de lire à l'Académie.

Ici s'élève une explosion de murmures, après quoi l'Académie consultée autorise cette lecture.

Cette lettre est adressée à MM. Guéneau de Mussy et Bousquet. Ils l'ont reçue vendredi, trois jours après la lecture de leur rapport. Impatient de venir à Paris, M. Pigeaire prie ses commissaires de vouloir bien hâter leur rapport : il cite de nouveaux faits, tous confirmés par les noms les plus recommandables, MM. Broussonnet père et fils, M. Lordat, M. Lallemand, M. Féline, M. Anjeau, M. Scipion Mourgué, M. Khunholtz, M. Jalaquié, M. Brandeis, le comte Gonfalonieri, etc.; enfin, il ajoute que ces faits ont acquis une telle authenticité à Montpellier, que M. Lordat, professeur de physiologie, en a fait l'objet de plusieurs leçons publiques dans l'amphithéâtre de la faculté.

La lettre est renvoyée à la commission du magnétisme (1).

Cette affaire terminée, M. Roux commence la lecture d'une relation succincte de son voyage en Allemagne, en l'année 1837. Elle sera reprise dans la prochaine séance.

—M. Jules Cloquet fait présenter un sein carcinomateux dont il a fait l'ablation. Cette pièce est remarquable par son poids : elle pèse 15 livres et demie.

LÉSION GRAVE DE L'ARTICULATION HUMÉRO-CUBITALE.

M. Lisfranc entretient l'Académie d'un malade employé à une scie mécanique dont la lame fait soixante tours par minute, et par laquelle ce malheureux fut blessé. Lorsqu'il entra à l'hôpital de la Pitié, il portait une plaie de l'articulation du coude qui en occupait les régions postérieure et externe. La moitié supérieure de l'olécrâne, et le tiers du condyle externe de l'humérus étaient enlevés. L'article largement ouvert permettait de voir les surfaces articulaires dans toute leur étendue.

Guidé surtout par les excellens principes de la chirurgie militaire, M. Lisfranc ne voulut pas amputer; il ne réunit point la plaie; il soumit le malade à plusieurs saignées générales et à la diète absolue avant l'établissement de la suppuration; il mit en usage les cataplasmes émolliens : il ne survint aucun accident; seulement le vingt-sixième jour, un érysipèle léger se manifesta autour de la solution de continuité. L'axonge en fit justice en vingt-quatre heures; des bourgeons charnus de bonne nature se développèrent; peu à peu, on rapprocha les bords de la plaie qui se cicatrisa entièrement. L'articulation jouissait déjà de quelque mobilité; le malade sortit trop tôt de l'hôpital, malgré toutes les observations qu'on lui fit pour l'en empêcher. Sans consulter M. Lisfranc, il couvrit son articulation pour la protéger avec une plaque de métal très mal confectionnée; il fut violemment heurté dans la rue; cette plaque brusquement déplacée déchira la cicatrice qui s'était soutenue intacte pendant plus de six semaines. Il revint à l'hôpital de la Pitié où l'a fait succomber une péripneumonie qui a résisté à tous les moyens de l'art.

M. Lisfranc dépose sur le bureau la pièce d'anatomie pathologique : on y voit les lésions osseuses qu'il a indiquées. Il n'existe aucune trace d'ankylose vraie; il n'y a point d'épanchement dans l'articulation qui est embrassée par une capsule; les os lésés ont d'ailleurs éprouvé les légères déformations que tout le monde connaît.

DIFFORMITÉ DES DOIGTS; OPÉRATION DOUBLE; GUÉRISON.

M. Lisfranc montre un malade qui, depuis douze ans, présentait les doigts indicateur et médius plus qu'à demi fléchis dans la paume de la main par des cicatrices vicieuses résultant d'une brûlure.

Le doigt indicateur a été opéré à l'aide de deux incisions semi-lunaires : on a disséqué les cicatrices afin de les enlever entièrement. Pour réunir, par première intention les bords de la solution de continuité, on a pratiqué sur le côté externe de la première phalange de ce doigt, parallèlement à son axe, une incision d'un pouce environ d'étendue; on a détaché son bord externe des parties sousjacentes; ainsi la peau est devenue plus mobile, elle a pu suffisamment céder. Un appareil convenable servit à maintenir le membre étendu. La guérison eut lieu sept semaines après l'opération qui a parfaitement réussi.

Quant au doigt médius, M. Lisfranc a fait sur trois points la section simple des brides d'après les principes généralement admis. Ce doigt a aussi été maintenu dans l'extension. Dès le quatrième jour, des bourgeons charnus déjà très développés existaient : on les cautérisa avec le nitrate d'argent fondu. L'opérateur répéta tous les deux ou trois jours cette cautérisation qui souvent était assez profonde. La guérison se fit attendre un mois; le succès fut complet. M. Lisfranc avance que c'est pour avoir négligé de cautériser convenablement que la plupart des chirurgiens ont renoncé au procédé opératoire dont nous nous occupons; les brides se reproduisent alors en partie au moins, et les résultats de l'opération sont incomplets si elle n'échoue pas entièrement.

Pendant les trois premières semaines qui suivirent la cicatrisation, les doigts ont été encore maintenus dans l'extension, afin de s'opposer aux effets désavantageux qu'auraient pu produire les nouvelles cicatrices qui, comme on le sait, continuent dans les premiers temps à s'organiser. Depuis six semaines d'ailleurs on a fait abstraction de toute espèce d'appareil, et la réussite des deux opérations ne s'est pas démentie.

On vient de voir, ajoute M. Lisfranc, que nous avons mis en usage sur le même sujet, et dans des cas absolument semblables, deux méthodes essentiellement différentes et sur lesquelles les praticiens sont loin d'être d'accord. Les deux opérations ont également bien réussi. La section simple des brides est beaucoup plus tôt faite que l'ablation des cicatrices. Il n'est pas besoin de dire que dans la première la plaie est moins étendue que dans la seconde; dans celle-ci il a fallu sept semaines pour obtenir la cicatrisation, dans l'autre un mois a suffi. M. Lisfranc termine cette communication très intéressante en se prononçant en faveur de la section simple des brides : son opinion est fondée sur un grand nombre de faits qu'il dit ne pas devoir exposer dans la crainte d'abuser des momens de l'Académie.

---

(1) NOTE DU RÉDACTEUR DE LA SÉANCE. Ainsi, le moment approche où M. Pigeaire paraîtra devant l'Académie. Si ses expériences échouent à Paris, il sera permis de douter du résultat des expériences faites à Montpellier. Si elles réussissent, il est à souhaiter que le témoignage de l'Académie obtienne plus de confiance qu'elle n'en accorde peut-être au témoignage d'autrui. Elle le mérite sans doute par la position élevée qu'elle occupe. S'il était permis à chacun de rejeter ce qu'il n'a pas vu ou ce qu'il ne comprend pas; en d'autres termes, si chacun se croyait autorisé par la logique à se renfermer dans son expérience personnelle, il faut convenir que nos connaissances seraient bien bornées. Ajoutez que la vérité n'aurait plus rien d'absolu, et que ce qui est vrai pour vous ne le serait pas pour moi, ainsi de suite.

BIBLIOGRAPHIE.

DU LAIT ET EN PARTICULIER DE CELUI DES NOURRICES, CONSIDÉRÉ SOUS LE RAPPORT DE SES BONNES ET DE SES MAUVAISES QUALITÉS NUTRITIVES ET DE SES ALTÉRATIONS; mémoire accompagné de planches; par le docteur DONNÉ. — Paris, 1837.

Les recherches les plus récentes sur le lait avaient bien fait connaître les principaux élémens qui entrent dans sa composition et les diverses proportions où ils se trouvent dans le lait des différens animaux; mais ces proportions n'indiquent pas rigoureusement les qualités de ce fluide relativement à l'alimentation, et certaines propriétés délétères du lait résident probablement dans d'autres élémens ou dans des dispositions organiques qui échappent à l'analyse chimique. D'ailleurs, les méthodes employées pour constater ces différences sont impraticables dans l'usage ordinaire et surtout lorsqu'il s'agit du lait de femme, dont les propriétés extérieures et même les proportions élémentaires sont sans cesse modifiées par toutes les impressions morales et physiques. Tels sont les motifs qui ont déterminé M. Donné à soumettre le lait à l'examen microscopique, qui lui a déjà fourni des résultats si intéressans dans ses recherches sur plusieurs autres fluides organiques.

Les premiers micrographes avaient constaté dans le lait la présence de nombreux globules de forme sphérique et de volume très variable Mais plusieurs questions qui se rattachent à l'existence de ces globules étant restées sans solution, nous paraissent avoir été résolues par M. Donné. La première de ces questions est relative à leur nature. Appartiennent-ils à la matière grasse, au caseum, aux sels ou au sucre du lait, ou appartiennent-ils à la fois à ces divers principes? L'auteur démontre, par l'expérience, qu'ils appartiennent tous à l'élément gras du lait, mais ne le représentent pas tout entier, et qu'une partie du beurre y est à l'état de solution ou d'émulsion dans le sérum avec la matière caséeuse.

Les globules laiteux doivent-ils être regardés comme ayant une sorte d'organisation, soit une membrane enveloppante, ainsi que le dit M. Raspail, soit une trame celluleuse à l'intérieur? M. Donné a cherché à résoudre cette question par divers moyens, sans pouvoir y réussir d'une manière directe et positive. Cependant il paraît disposé à admettre dans ces globules une constitution régulière, dépendante de la réunion de plusieurs élémens distincts; car c'est à cela qu'il réduit ici le mot d'organisation.

L'une des altérations les plus remarquables du lait qui a été constatée par l'auteur est la persistance de ce liquide à l'état de *colostrum*. Ce dernier est loin, comme on le pense bien, de présenter la même composition que le lait: on y trouve bien un certain nombre de véritables globules laiteux, mais ils sont mal formés, irréguliers et disproportionnés entre eux; c'est évidemment de la substance butireuse encore mal élaborée, et qui se détache sans difficulté des globules non organisés. La plupart des autres globules dans le colostrum sont très petits, forment comme une poussière au milieu du liquide et sont liés entre eux par une matière visqueuse. L'éther, après avoir dissous toutes les parties grasses, laisse voir dans le liquide des globules muqueux qu'on ne retrouve plus ensuite dans le lait de bonne nature. Il y a en outre, dans le même fluide, de petits corps étrangers qui diffèrent des globules laiteux par leur forme, leur grandeur, leur aspect général et leur composition intérieure; sous une grande variété de formes, il en est de très gros et de très petits; ils sont peu transparens, d'une couleur un peu jaunâtre et comme granuleux, paraissant composés d'une multitude de petits grains renfermés dans une enveloppe transparente; très souvent il existe au centre de ces petites masses un globule qui ne paraît être autre chose qu'un véritable globule laiteux emprisonné dans cette matière. L'auteur ignore la nature de ces petits corps qu'il désigne sous le nom de *corps granuleux*.

Il est intéressant de suivre avec l'auteur les modifications qu'éprouve ce fluide à mesure qu'il se rapproche du lait à l'état normal, ce qui ne commence à se faire que vers la fin de la fièvre de lait; ensuite le liquide s'éclaircit peu à peu; le nombre des *corps granuleux* diminue chaque jour; les globules laiteux prennent une forme plus régulière, mieux déterminée, présentent moins de différence dans leur volume; en même temps, ces globules, qui d'abord étaient réunis en masse et liés par une matière visqueuse, se séparent, deviennent libres et roulent dans le liquide tout-à-fait indépendans les uns des autres.

Toutes ces modifications exigent un temps qu'on ne peut préciser exactement. M. Donné dit avoir retrouvé des traces de l'état primitif du lait plus de vingt jours après l'accouchement, chez de très bonnes nourrices; c'est là ce qui arrive dans l'état normal; mais il n'en est pas toujours ainsi, et nous trouvons ici un exemple de tout le parti que l'on peut tirer de cette étude et de l'observation microscopique, si les faits entièrement nouveaux que signale ici M. Donné sont confirmés par d'autres expériences. Il nous apprend en effet que certains laits conservent leurs propriétés primitives, et restent à l'état de colostrum non seulement au-delà de l'époque ordinaire, mais quelquefois jusqu'à la fin de l'allaitement, bien qu'offrant toutes les propriétés physiques ordinaires du lait ayant sa blancheur, sa consistance et son aspect accoutumé; « ce qui vient encore à l'appui de mon assertion, dit M. Donné, c'est qu'aucun lait de femme n'est complètement débarrassé des élémens du colostrum que huit ou dix jours après l'accouchement, et l'on sait que dès le cinquième ou sixième jour il paraît avoir acquis, dans la plupart des cas, sa composition normale. » L'examen superficiel ne suffit donc pas, et l'usage du microscope est donc indispensable pour constater cette altération signalée par M. Donné. « Je pourrais, continue-t-il, citer un bon nombre d'exemples de ce genre d'altération à un degré plus ou moins prononcé. » Mais il renvoie à un tableau placé à la fin du mémoire, afin d'éviter de trop longs délais, et il fait observer que le plus souvent les nourrissons qui recevaient ce lait étaient dans un état chétif, comme s'ils ne prenaient qu'une nourriture insuffisante ou mal saine. Il rapporte cependant un des faits les plus tranchés de cette nature qu'il a eu l'occasion d'observer. Chez la femme qui en est le sujet le lait, bien qu'ayant tous les caractères physiques d'un bon lait, présentait cependant, plus de vingt jours après l'accouchement, une grande partie des caractères du colostrum. Dix-huit jours après sa naissance, l'enfant avait été pris de diarrhée; le lait ne changeait pas de caractère, il dépérit sensiblement et mourut subitement le trentième jour.

L'auteur étudie aussi les modifications qu'éprouve le lait chez les animaux, et conclut des observations qu'il rapporte à cette occasion que le lait suit la même marche, passe par les mêmes modifications chez l'ânesse et la chèvre que chez la femme. La différence entre le lait primitif et le lait normal est à la vérité moins grande chez elles que dans l'espèce humaine; il ne paraît pas exister un fluide particulier, un véritable colostrum comme chez la femme; mais nous voyons un liquide séreux ne contenir d'abord que quelques globules mal formés, irréguliers, agglomérés par une matière muqueuse dont ils ne se débarrassent que peu à peu dans l'espace de vingt jours à un mois; puis ils deviennent nombreux, réguliers et nettement circonscrits en même temps que le lait prend sa belle couleur blanche et sa consistance normale.

Il y a une autre altération du lait qui est produite par l'engorgement des mamelles, et que l'auteur a observée chez la femme et chez les animaux. Elle consiste en une agglomération de globules qui paraissent liés et confondus entre eux par une matière muqueuse. Un état général peut également produire le même effet, comme dans le cas suivant: Une jeune femme de 19 ans fut prise, après huit jours de couche, de coliques avec fièvre, qui firent craindre un métro-péritonite; tant que dura cet état, le lait se montra rempli de corps granuleux, et prit une consistance visqueuse avec l'ammoniaque; deux applications de sangsues sur le ventre calmèrent la douleur et la convalescence s'établit; dès cet instant, le lait reprit peu à peu son aspect normal; il y eut encore quelque agglomération parmi les globules; mais on ne vit plus de corps étrangers.

Les altérations dont le lait est susceptible ne se bornent pas aux deux que nous venons de signaler; le lait, dans quelques circonstances, devient tout à fait purulent, et ce mélange, dans beaucoup de cas, se peut soupçonner par l'attention la plus scrupuleuse. Rappelons d'abord avec quelle facilité les globules laiteux peuvent être distingués de ceux du pus, sans parler même des différences de forme et de couleur. Les solutions alcalines dissolvent complètement après un contact de quelques instans les globules purulens et laissent intacts les globules laiteux, tandis qu'au contraire les globules laiteux sont entièrement dissous par l'éther qui n'a aucune action sur le pus.

Plusieurs faits sont rapportés par l'auteur pour montrer combien est mauvais l'usage où l'on est généralement de faire téter le plus possible à l'enfant le sein de la nourrice qui vient à s'engorger. Le suivant, que nous analyserons rapidement, suffira pour faire comprendre tout l'intérêt des recherches microscopiques sur le lait et dans les cas d'engorgement du sein, où la suppuration n'est même pas soupçonnée. Une femme, accouchée depuis vingt jours, présente au sein droit un vaste abcès, qui s'est manifesté depuis dix jours; elle n'allaite pas de ce côté; l'autre sein paraît en bon état et l'enfant continue de le téter. Cependant, comme cet enfant est chétif et qu'il a, depuis quelques jours, la diarrhée, M. Donné examine le lait par l'éther et les alkalis, et le trouve mêlé d'une quantité notable de globules purulens. Il annonce ce résultat de ses recherches au chirurgien de l'hôpital, qui ne trouve pas la moindre trace de suppuration; mais, au bout de trois jours, il découvre au-dessous du sein gauche une petite tumeur fluctuante, et qui, incisée, fournit de la matière purulente.

L'auteur dit avoir fait inutilement des tentatives répétées pour découvrir dans le lait des femmes ayant des symptômes vénériens des caractères propres à éclairer ce point, qui intéresse à un si haut degré la sécurité des familles.

Quant à la proportion des élémens nutritifs du lait, et à la richesse et à la pauvreté de ce fluide, les recherches microscopiques se sont entièrement trouvées d'accord avec l'analyse chimique. Les nourrices chétives ayant peu de lait, ne pouvant suffire à l'allaitement de leur enfant, ont toujours offert à M. Donné un lait pauvre et globuleux. On sait encore, d'après les recherches de M. Péligot, que, contre l'opinion admise, le lait s'appauvrit par un séjour prolongé dans les mamelles. Ici encore les résultats microscopiques se sont trouvés d'accord avec ceux qu'avait fournis l'analyse chimique. L'auteur dit avoir répété cette expérience sur des nourrices, sur des ânesses et des chèvres, et avoir trouvé le lait d'autant plus pauvre qu'il était recueilli après un plus long sevrage; de même que, dans une même traite, le lait tiré en dernier est, ainsi qu'on l'a reconnu depuis longtemps, le plus riche en parties solides.

Non seulement le nombre des globules est plus considérable dans le lait riche que dans le lait pauvre, mais les globules eux-mêmes sont beaucoup plus gros dans le premier. L'auteur a constaté, en outre, qu'ils vont en augmentant de volume depuis l'accouchement jusqu'à une certaine époque de l'allaitement; ainsi il y a plus de globules d'une grosseur moyenne, d'un dixième de millimètre, par exemple, dans un lait de trois mois que dans le même lait lorsqu'il n'avait que quinze jours, et réciproquement le nombre des petits globules est beaucoup plus considérable à trois semaines de l'accouchement qu'au bout de plusieurs mois. Nous devons dire que l'auteur a fait, mais inutilement, beaucoup de tentatives pour déterminer cet accroissement d'une manière plus exacte, dans l'espoir de pouvoir arriver par ce moyen à connaître l'âge du lait.

Le soin que nous avons pris de donner une analyse aussi complète que possible de ce mémoire fait suffisamment comprendre tout le prix que nous attachons à ce travail de M. Donné, qui semble ouvrir une nouvelle voie à la pathologie, en même temps qu'il ajoute à nos connaissances sur l'état physiologique et les diverses altérations du lait.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

CONCOURS

POUR LA CHAIRE DE PHARMACIE ET DE CHIMIE ORGANIQUE.

(Composition du jury: MM. Orfila, président; Marjolin, Broussais, Cloquet, Bouillaud, Pelletan, Richard, Adelon et Fouquier, membres de la Faculté; Robiquet, Caventou, Boutron, Mérat et Delens, membres de l'Académie royale de médecine.)

C'est un événement d'une haute importance dans l'enseignement médical que la création d'une chaire de chimie organique; elle remplit une lacune que l'on avait depuis long-temps signalée et que l'on regrettait chaque jour d'autant plus vivement que les rapides progrès de la chimie avaient plus de retentissement et réalisaient surtout depuis quelques années de plus nombreuses applications dans les arts utiles.

En rattachant cette chaire à l'étude de la chimie pharmaceutique, on a sans doute voulu lui présenter tout d'abord ses plus immédiates applications; c'était à la fois aussi faire remonter la science vers sa source, et lui donner pour première mission de l'éclairer et de la féconder à son tour. Mais on l'a bien compris, ce n'est là qu'une partie et la plus facile de la tâche à remplir : la chimie organique est appelée en effet à éclairer toutes les branches de la médecine, non seulement par des données plus précises sur l'extraction, l'épuration des agens thérapeutiques, les moyens de reconnaître leur pureté, de déceler des fraudes, mais encore sur les procédés sûrs, plus scientifiques et souvent plus simples que les chimistes emploient pour assigner définitivement à tous les principes immédiats de l'organisation des végétaux et des animaux, leurs caractères, leurs propriétés, leur composition élémentaire, leurs poids atomiques, la composition des produits nouveaux qu'ils peuvent former soit au milieu des diverses sécrétions normales ou pathologiques, soit en présence des agens bien définis de nos laboratoires. C'est toute une science née depuis quelques années à peine qu'il s'agit de compléter et d'introduire dans les amphithéâtres de la médecine; science qu'une haute intelligence peut rendre facile, en la débarrassant d'une foule de recettes incertaines qui ne pourraient qu'encombrer la mémoire des élèves. Ajoutons enfin que bientôt, nous en sommes persuadés, on sentira la nécessité de consacrer deux cours à la double et importante mission sur laquelle nous venons d'exposer quelques vues : sans doute on ne s'arrêtera pas devant ce complément utile des améliorations indiquées dans l'enseignement médical et commencées sous de si heureux auspices. Mais abordons immédiatement les épreuves du concours dont nous voulons rendre compte.

PREMIÈRE ÉPREUVE : COMPOSITION ÉCRITE. LES ALCALIS ORGANIQUES.

On peut dire que cette première épreuve du concours a été bien traitée par tous les concurrens : tous ont, quoiqu'à différens degrés, fort bien exposé l'état actuel de nos connaissances sur les alcalis organiques; tous ont obtenu des applaudissemens mérités. Nous ne reproduirons pas les faits si importans mais si bien connus qui forment l'histoire de ces bases; seulement nous croyons devoir indiquer quelques-unes des particularités les plus remarquables de chaque compositions.

M. Bouchardat, appelé le premier à donner lecture de son travail, a montré qu'il était bien au courant de la question. Il a surtout exposé convenablement les procédés d'extraction, les préparations pharmaceutiques et les usages des alcalis végétaux les plus employés; ainsi que l'emploi des matières premières et le choix des excipiens les plus convenables.

M. Dumas, tout en insistant sur l'état naturel et la préparation de ces corps, l'action qu'ils exercent sur l'économie, ne s'est pas borné aux notions générales qu'on possède sur eux; il s'est élevé à de hautes considérations philosophiques relativement à la théorie et la composition des alcalis organiques, en discutant leur constitution encore mal connue. Le professeur s'est appuyé sur les analyses les plus récentes et particulièrement sur les travaux que M. Regnault vient de publier. Sa composition, clairement et élégamment écrite, a paru faire sur l'auditoire la plus vive impression.

M. Bussy a fort bien traité la question écrite. On a pu regretter seulement qu'il ait employé une partie du peu de temps accordé à la rédaction pour attaquer assez vivement les travaux de l'un de ses concurrens. Trop préoccupé sans doute de ses vues critiques, il n'a pas songé que, depuis la publication des faits qu'il a discutés, son compétiteur avait admis et fait, tout le premier, valoir des conceptions nouvelles, et pour l'auditoire cela était d'autant plus évident qu'il venait d'en acquérir la preuve dans la belle composition écrite de M. Dumas.

Il nous a semblé que M. Bussy était disposé à faire lui-même remarquer cette dernière circonstance lorsqu'il a demandé à dire quelques mots après sa lecture; mais le réglement du concours ne lui permettait pas d'obtenir la parole.

M. Baudrimont a traité surtout avec beaucoup de développement l'histoire de la découverte des alcalis organiques; il a soigneusement décrit les familles et les espèces végétales chez lesquelles se sont trouvés les différens alcalis connus; il a mentionné les travaux chimiques les plus récens sur ces corps, et il a surtout signalé l'importance de l'étude des principes immédiats, de leur extraction à l'état pur, de leurs propriétés chimiques et pharmaceutiques. M. Baudrimont a rappelé les services rendus par les pharmaciens et témoigné la crainte que la direction actuelle de la chimie, en s'appliquant exclusivement aux compositions et transformations élémentaires, ne fît perdre de vue les premières notions qui lui semblent plus utiles.

Nous nous permettrons ici de faire observer que les chimistes modernes attachent au contraire d'autant plus d'importance à l'extraction des produits bien purs, à l'étude plus exacte et complète des principes immédiats, de leurs propriétés et de leurs combinaisons, qu'ils veulent arriver en outre à la détermination de leurs formules élémentaires, de leurs équivalens et de leurs véritables poids atomiques; qu'enfin ces derniers résultats servent de contrôle aux premiers, établissent des principes généraux des lois mêmes qui permettent de prévoir d'autres combinaisons analogues et facilitent beaucoup la recherche de nouveaux résultats, l'étude d'une foule d'autres corps.

Nous sommes amenés tout naturellement ici à conclure, comme nous avons commencé, en disant que la chimie nouvelle plus scientifique que l'ancienne devenue plus rationnelle sera plus facile aussi à étudier; il n'y a rien de trop dans ses plus délicats procédés d'analyse pour les exigences des nombreuses applications auxquelles elle prête en ce moment même un si puissant appui.

SECONDE ÉPREUVE APRÈS 24 HEURES DE PRÉPARATION.

M. Baudrimont avait sa leçon à faire « sur l'alcool sous les rapports chimique et pharmaceutique. »

Après quelques considérations générales sur la chimie organique, le candidat développe avec un grand soin les différens phénomènes que présente la fermentation des sucres, ou leur transformation en alcool et en acide carbonique; il cite plusieurs expériences qui lui sont propres et qui jettent quelque jour sur l'un des faits les plus obscurs et les plus étudiés dont les sciences d'observation aient à s'occuper. Il donne ensuite les propriétés physiques et chimiques de l'alcool; il expose les différentes théories qui ont été proposées pour expliquer sa nature et celle des nombreux composés auxquels ce produit donne naissance. On sait que les chimistes sont loin d'être d'accord sur la manière dont on doit considérer la constitution de l'alcool, des éthers et de leurs dérivés; M. Baudrimont passe en revue la théorie de M. Dumas, celle qui a été proposée par M. Liebig; il discute ces théories sans en adopter aucune.

La leçon de M. Baudrimont nous a paru complète sous le rapport chimique; peut-être le candidat eût-il dû s'abstenir d'employer fréquemment des signes ou des formules qu'il écrivait sur le tableau sans les expliquer suffisamment à des auditeurs peu habitués à cet usage. Il est probable, en outre, que le temps a manqué à M. Baudrimont pour développer les applications pharmaceutiques auxquelles il paraît cependant attacher une grande importance. Cette leçon a été suivie de nombreux applaudissemens.

M. Bouchardat avait à traiter « des huiles essentielles, sous les rapports chimique et pharmaceutique. »

Après avoir donné avec quelques détails les propriétés générales qui caractérisent cette classe de corps, l'auteur de la leçon est entré dans de grands développemens sur l'état naturel, l'extraction, la composition chimique de la plupart des huiles essentielles connues. La leçon de M. Bouchardat nous a paru très riche en faits acquis à la science; mais peut-être eût-on été en droit de demander à son auteur une classification plus méthodique et un examen plus approfondi de quelques parties du sujet qu'il avait à traiter. Dans l'enseignement des sciences et surtout dans l'enseignement d'une science aussi nouvelle, aussi mobile que la chimie organique, il importe que le professeur émette son opinion personnelle sur la valeur des faits et des théories qu'il présente; quand

le sujet est vaste et grand, et le temps pour le traiter limité comme dans la leçon d'épreuve dont il s'agit, il convient peut-être aussi qu'il choisisse seulement les faits les plus saillans, pour les traiter d'une manière complète, et qu'il passe sous silence une foule de petites observations éparses, que l'auditeur ne retient pas, et qui témoignent plus de l'érudition du professeur que de son expérience : M. Bouchardat, dans sa leçon sur les huiles essentielles, a fait preuve d'une grande érudition.

Le sujet échu à M. Bussy avait pour titre « des corps gras sous les rapports chimique et pharmaceutique. »

Les travaux importans faits par cet habile chimiste sur les matières grasses donnaient à sa leçon un intérêt particulier.

M. Bussy, après avoir défini les corps gras, s'est proposé de faciliter l'étude à laquelle il allait se livrer en établissant pour ces corps des subdivisions particulières ; il les a divisés en neuf classes, et il a donné successivement les caractères appartenant à chacune de ces classes. Ces divisions nous ont paru difficiles à suivre et à saisir, surtout pour un auditoire peu initié à la nomenclature chimique appliquée à ces matières et à leurs dérivés. L'analogie si grande qui existe entre les matières grasses nous semble ne pas justifier suffisamment, dans cette circonstance du moins, les classifications minutieuses adoptées par M. Bussy. Le candidat a ensuite donné d'une manière complète les caractères physiques et chimiques des principales matières grasses. Il a insisté sur leur transformation en savons, et il est entré dans une discussion approfondie sur la théorie de la saponification, en s'appuyant pour confirmer son opinion personnelle sur les expériences récentes dont les corps gras ont été l'objet de la part de MM. Dumas et Péligot, Pelouze et Félix Boudet, etc.

M. Bussy a ensuite développé les applications industrielles et pharmaceutiques des matières grasses : il a donné en quelques mots la fabrication des bougies stéariques; puis il a montré tout le parti que la médecine tirait de l'emploi des matières grasses dans les médicamens externes : il a parlé des onguens, des emplâtres, de la pommade citrine, de l'onguent napolitain, etc. etc. En somme, la leçon de M. Bussy nous a paru sage, conçue dans un bon esprit ; mais le débit froid et monotone du candidat, et aussi l'aridité inhérente au sujet qu'il avait à traiter ont rendu cette épreuve un peu longue pour les nombreux assistans qui se pressaient pour l'entendre.

Après que M. Bussy eut terminé sa leçon, M. Dumas est monté en chaire ; il avait à parler des *sucres*. Après quelques considérations générales sur l'état de la chimie organique et sur les ressources qu'elle présente déjà ou qu'elle offrira bientôt à la physiologie et aux études médicales, M. Dumas a défini la nature des corps qu'on devait seulement désigner sous le nom de *sucres*. S'appuyant sur un travail nouveau de M. Peligot, que, par un hasard singulier, il avait présenté la veille à l'Académie des sciences, M. Dumas a pu donner à ses auditeurs, indépendamment des faits connus, un assez grand nombre des faits nouveaux et importans. M. Dumas a successivement passé en revue les différens sucres. Il a rappelé l'identité qui existe entre le sucre de canne, le sucre de betteraves et le sucre qu'on extrait de l'érable, du maïs, du melon. Il a montré que le sucre connu sous le nom de sucre de raisin se rencontre particulièrement dans les végétaux qui offrent une réaction acide, ce qui peut s'expliquer, a-t-il dit, en admettant que le sucre identique au sucre de canne se forme d'abord, puis se modifie ensuite sous l'influence des acides qui se développent pendant la végétation. On sait, en effet, que le sucre de canne se transforme par les acides en sucre de raisin. M. Dumas a montré rapidement quelle était l'action de la chaleur, des bases, des acides et des principaux agens chimiques sur les divers sucres; il a fait contraster les propriétés du sucre de canne, qui résiste aux bases et qui s'altère rapidement par le contact des acides, avec les propriétés du sucre d'amidon ou de raisin, qui n'éprouve aucune altération sous l'influence des acides, et que les alcalis détruisent si facilement, d'après les expériences de M. Peligot. Insistant sur la composition des sucres, M. Dumas a montré qu'on ne pouvait plus confondre ces corps avec l'éther carbonique, comme il l'a fait pendant long-temps, et que tenant le milieu entre les corps cristallisés qui passent dans l'économie animale sans s'y modifier, et les corps non cristallisés qui s'assimilent complètement, ils conservaient comme un reste d'organisation végétale; ce qui, avec le grand nombre d'atomes d'oxigène rend compte, d'après M. Dumas, de leur poids atomique élevé, de leur non volatilité et de la plupart de leurs propriétés.

La leçon de M. Dumas nous a paru remarquable à tous égards, l'élégance naturelle de sa diction, le soin qu'il a mis à se tenir toujours à la portée de ses auditeurs, la nouveauté des faits et des opinions qu'il a développées ont donné à cette épreuve un attrait rare et puissant; comme savant et comme professeur, M. Dumas arrivait avec une grande réputation que sa leçon sur les sucres a pleinement confirmée.

En terminant, M. Dumas a été accueilli à plusieurs reprises par d'unanimes applaudissemens.

TROISIÈME ÉPREUVE. LEÇON ORALE SUR UN SUJET TIRÉ AU SORT ET APRÈS DEUX HEURES DE PRÉPARATION.

MM. Bouchardat et Baudrimont ont eu à faire une leçon « sur l'albumine et la gélatine, » sujet peu favorable à de brillantes improvisations, et dont toutefois les concurrens se sont bien tirés.

MM. Bussy et Dumas ont eu à traiter « du lait sous les rapports chimiques et pharmaceutiques. »

M. Bussy, après avoir énuméré les principes immédiats contenus dans le lait, a montré que la lactine, ou sucre de lait, se rapprochait comme substance alimentaire de l'amidon et du sucre, quoique renfermant une proportion d'eau différente.

A cette occasion ; il a insisté sur le peu d'importance qu'il lui semblerait convenable d'attacher aux résultats de nouvelles analyses, dans lesquelles on a obtenu ces substances, moins hydratées, à l'aide d'une température excédant 150° : ce ne serait, a-t-il dit, pas dans cet état que l'on devrait considérer les alimens, sous peine d'être conduit bientôt à regarder les principes immédiats en question comme formés de charbon et d'eau.

M. Bussy assigne à la sécrétion naturelle du lait le caractère acide. (Il nous semble cependant que plusieurs observateurs ont bien constaté la réaction alcaline, très prononcée, au moins dans le lait de femme, de chèvre et d'ânesse.)

Il indique l'effet des acides employés pour faire prendre ou coaguler le lait, et l'attribue à la combinaison de l'acide ajouté avec le caseum : il signale les analogies existantes entre ce dernier et l'albumine, en sorte que l'on peut concevoir pour tous deux une commune origine.

M. Bussy décrit ensuite avec détail les procédés usuels de la préparation du petit lait et de la conservation du lait avec tous ses principes, au moyen d'une concentration, qui permet de le garder et de le transporter au loin sans altération ; il annonce que ce moyen est mis en pratique dans les fournitures de l'Hôtel-Dieu de Paris.

M. Bussy rappelle l'emploi du lait dans les clarification, à défaut de l'albumine, des œufs et du sang. Dans le cours de cette leçon, il est plusieurs fois arrivé au candidat de prononcer le nom du *serum*, au lieu de celui du *caseum*, mais, sans doute, ce *lapsus linguæ* tenait à un léger trouble, bien excusable dans un tel concours. La même cause explique comment, quelques minutes avant l'expiration du temps assigné pour cette épreuve, M. Bussy termina sa leçon en déclarant qu'une expérience dont il devait parler s'était échappée de sa mémoire, et l'auditoire lui a tenu compte de ces circonstances en lui accordant des applaudissemens mérités.

M. Dumas aborde son sujet par des considérations générales d'un ordre élevé, qui font ressortir toute l'importance de la question et fixent l'attention de son auditoire. La nature, dit-il, a pourvu les jeunes animaux d'une nourriture parfaitement appropriée à leurs besoins : les ovipares la trouvent dans le jaune de l'œuf et les mammifères dans le lait.

Le lait offre, par la réunion de ses principes, le type d'une substance alimentaire complète; sous ce rapport, sa composition est digne d'intérêt ; elle comprend :

1° Une matière grasse, c'est *le beurre* ;
2° Une matière azotée, *le caseum* ;
3° Une substance neutre, *le sucre de lait* ;
4° Des sels, *les chlorures et phosphates.*

Prout l'a fait remarquer avec raison, c'est bien là le type de toute alimentation propre aux animaux supérieurs, car nous retrouvons ces principes alimentaires, ou leurs analogues, y compris les sels qui jouent le rôle d'excitans, parmi les diverses formes sous lesquelles une nourriture bien assimilable nous est offerte. L'étude des principes immédiats du lait, qui va nous occuper, a donc une portée plus grande que celle qu'on pourrait lui attribuer isolément.

Le sucre de lait appartient à ce groupe de corps que l'on désigne sous le nom de sucres, et par sa composition, car il contient du carbone, plus de l'hydrogène et de l'oxigène dans les rapports qui constituent l'eau, et par sa propriété de fermenter ; mais, sans doute, il en est de lui comme du sucre de canne, avant de se convertir en alcool et en acide carbonique, il éprouve une première transformation capable de le rendre véritablement fermentescible.

Le sucre de lait appartient en définitive à cette classe de corps qui, dans chacune de leurs molécules constituantes, renfermant beaucoup d'atômes d'oxigène, ne sont pas volatils et se décomposent par la chaleur ; tels sont le sucre de canne et de raisin, le ligneux et l'amidon.

D'ailleurs, il se distingue de ses congénères par son peu de solubilité à froid; bien plus soluble à chaud il cristallise par le refroidissement, l'acide azotique le convertit en acide mucique ; le sucre de lait, enfin, joue dans les combinaisons le rôle d'un acide faible.

Caseum. — Le caseum appartient à ce groupe de corps dont l'albumine et la fibrine font partie. On peut représenter à peu près sa composition par du carbone, de l'eau et de l'ammoniaque ; or, tous les corps albumineux sont dans le même cas.

Chaque molécule de caseum, contenant un grand nombre de molécules d'oxigène, cette substance n'est point douée de la volatilité; elle subit, au contraire, une décomposition totale par le feu.

Le caseum est insoluble dans les corps gras, dans l'éther et dans l'eau, mais celle-ci peut le dissoudre à l'aide d'une faible proportion d'alcali.

Beurre. — Cette matière est un mélange de plusieurs corps gras, composés eux-mêmes et tous à base de glycérine, les uns renfermant des acides peu volatils, les autres des acides très volatils, ceux-ci sont odorans.

Le candidat, voulant concentrer toute l'attention sur les trois principales matières constitutives du lait, annonce qu'il va exposer ses vues sur l'état dans lequel elles se trouvent naturellement dans le lait ; qu'ainsi il ne croit pas devoir insister sur les combinaisons salines ni sur les traces de substances azotées, solubles dans l'alcool, qui se rencontrent dans le lait comme dans beaucoup d'autres produits des animaux.

1° Le sucre est évidemment dissous.

2° Le beurre est tenu en suspension. On découvre très aisément les globules à l'aide du microscope; on peut ainsi constater sa solubilité dans l'éther hydrique;

3° Le caseum passait jusque dans ces derniers temps pour être en suspension dans le liquide; mais les expériences de M. Donné ont prouvé qu'il était véritablement dissous. D'ailleurs, à l'état normal, le lait récemment tiré des mamelles offre une réaction alcaline plus ou moins marquée. En résumé, le lait se compose principalement d'une solution de sucre et de caséate de soude, tenant en suspension du beurre très divisé en globules microscopiques.

On conçoit ainsi comment le battage produit mécaniquement la réunion des globulus gras, dont le frottement accroît l'adhérence entr'eux, et le volume de ces aglomérations ce qui permet de les isoler plus facilement du liquide dans lequel ils nagent.

Quant aux altérations spontanées et habituelles du lait, elles s'expliquent tout naturellement aussi.

Abandonné à l'air, la matière grasse, par sa légèreté spécifique, monte à la superficie; le liquide s'aigrit, donne naissance à de l'acide lactique qui autres

la soude et se manifeste en excès; de là vient la coagulation du caseum; la rapidité de tous ces phénomènes varie suivant la température.

Une action de présence très remarquable a lieu sur le lait lorsqu'on y ajoute de la présure: cette action est attribuée à une force catalytique. On sait du moins que, dans ce cas, des changemens notables ont lieu sans que l'agent qui fait cailler le lait s'engage lui-même dans des combinaisons nouvelles.

M. Dumas rappelle les circonstances dans lesquelles on sépare la crème, comment on prépare et on clarifie le petit lait; enfin l'emploi du lait crémé dans les clarifications utiles à l'industrie.

Il passe à la discussion 1° des altérations spéciales du lait dans le même animal.

2° Des variations suivant la nature des animaux.

3° De l'influence des races à cet égard.

4° Des modifications produites par la nourriture.

5° Du passage dans le lait de certaines substances solubles.

6° Des moyens de constater la richesse du lait, de reconnaître ses falsifications, de l'analyser par des procédés simples, et de comparer les observations physiologiques avec la composition de ce liquide.

C'est ainsi que le candidat montre successivement quels sont avant le part les caractères présentés par le colostrum, et qui persistent quelquefois plus ou moins long-temps après;

Que, contrairement à ce que l'on avait supposé, les expériences de M. Péligot ont prouvé comment, par le séjour dans les mamelles, le lait s'appauvrit; qu'ainsi, dans la même traite, le premier produit obtenu est plus faible que le dernier.

Que l'on remarque entre autres variations dépendantes de la nature des animaux:

1° Dans la femme, une prédominance marquée du beurre, relativement aux proportions plus faibles du caseum et du sucre.

2° Dans les vaches, la prédominance du caseum sur le sucre et le beurre.

3° Chez les ânesses, une plus forte proportion de sucre relativement au beurre et au caseum.

Quant aux races, on a observé que parmi les vaches laitières, les meilleurs produits en lait, beurre, etc., sont obtenus des plus petites vaches.

L'influence de la nourriture expérimentée sur les ânesses a fait voir que les betteraves produisent les maxima de produits en lait, en principes constituans de cette sécrétion. Que sous ce rapport viennent ensuite dans le régime alimentaire l'avoine et la luzerne, puis les carottes. Quant à ces dernières racines tuberculeuses, une particularité remarquable a montré que leur odeur, ainsi que la matière colorante, passent dans le lait, et que l'on peut les retrouver dans les résidus de l'évaporation.

Les expériences sur les sels solubles prouvent que le sel marin et l'iodure de potassium passent dans le lait, tandis que les composés mercuriels n'y passeraient pas; du moins n'a-t-on pu en retrouver de traces dans le lait d'une ânesse qui prenait jusques à 12 gr. de sublimé par jour.

La richesse du lait ne peut être déduite de sa densité, car tandis que celle-ci est accrue par le caseum et le sucre, le beurre plus léger que l'eau la diminue; de son côté, l'examen microscopique serait insuffisant, car il ne montre que les globules butireux; mais les deux moyens combinés donnent des résultats utiles sous ce rapport.

Les falsifications du lait peuvent tenir à des additions d'émulsions végétales, et ses altérations spontanées à des mélanges spontanés en certains cas pathologiques, de sang et de pus, que peuvent déceler les observations microscopiques.

La composition du lait, en ce qui touche ses principes immédiats les plus intéressans à l'état normal, se détermine par un procédé fort simple: on rapproche à siccité, on traite par un mélange d'alcool et d'éther qui dissout la substance grasse; on élimine ensuite le sucre et les sels par des lavages successifs à l'eau et à l'alcool faible, le caseum forme alors la presque totalité du résidu.

Cette sécrétion, ajoute M. Dumas, offre l'un des plus beaux sujets d'études physiologiques et chimiques; en effet, l'organe qui la fournit est bien isolé, externe, et donne un produit intéressant, le sucre de lait que l'on ne retrouve nulle part ailleurs.

Cette sécrétion, dont on a souvent prétendu que le siége se déplaçait, pourrait donc mieux qu'aucune autre, peut-être, donner lieu à des études profitables. A l'époque où MM. Prevost et Dumas firent de nombreux essais sur la production de l'urée et prouvèrent que l'ablation des reins ne suspendait pas la sécrétion de ce produit, ils tentèrent d'obtenir des données analogues par l'ablation des mamelles; puis ayant voulu répéter cette curieuse expérience sur une chienne, l'énorme surface de la plaie, ainsi pratiquée, leur fit éprouver une insurmontable répugnance pour renouveller un si pénible essai, bien qu'ils eussent songé à le faire sur l'organe d'une bien moindre étendue chez un autre animal. Ce serait un sujet à reprendre.

Le candidat fait en outre ressortir les avantages des analyses comparées à faire sur le même sujet à différentes époques sur un grand nombre d'animaux différens, et dans divers cas pathologiques; ce serait ainsi que l'on parviendrait à compléter l'histoire physiologique du lait, son histoire médicale en même temps que les relations de ces faits avec sa composition chimique; on entrera ainsi dans une voie qui conduira peu à peu aux théories sérieuses des sécrétions. M. Dumas esquisse à grands traits quelques faits importans à cet égard relativement à la bile, au sang, à l'urine et à la sueur. L'auditoire donnait l'attention la plus soutenue à ce brillant exposé dont il était avide d'entendre les développemens au moment où le signal, annonçant que l'heure était écoulée, est venu brusquement changer le silence absolu de l'amphithéâtre en des applaudissemens unanimes et prolongés.

QUATRIÈME ÉPREUVE : THÈSES ET ARGUMENTATIONS.

La thèse de M. Bussy traitait de « l'urine et de ses altérations dans les maladies. »

M. Bussy a exposé la plupart des faits connus sur cette sécrétion; néanmoins les compétiteurs ont eu à lui reprocher des omissions importantes, notamment celles qui concernent le mémoire de Chaussat; M. Bussy s'étant abstenu d'émettre son opinion à l'égard des faits qu'il a cités, a pu se soustraire aux critiques dirigées par ses argumentateurs contre beaucoup de résultats qu'il n'avait rapportés, disait-il, que d'une manière historique. Son rôle devenait alors facile à remplir, et cette épreuve lui a été favorable.

M. Dumas avait eu à traiter de « l'action du calorique sur les corps organiques, et des applications aux opérations pharmaceutiques. »

L'auteur, dans un travail très étendu (108 pages), a fait connaître les théories et les travaux les plus féconds des grands chimistes de l'époque, outre plusieurs faits importans et nouveaux dus à ses propres recherches récentes sur le formethylal, l'acide acétique, la liqueur fumante de Cadet, l'acide eugénique et l'urée. Il a exposé avec méthode et clarté les divers procédés que la chimie organique emploie pour déterminer les formules rationnelles des corps, les radicaux composés et qui reçoivent d'importans secours des effets de la chaleur.

Il a enfin fait connaître les observations les plus nouvelles et les théories admises sur les phénomènes relatifs à l'amidon, au sucre et à divers produits des réactions du calorique que les pharmaciens ne doivent pas plus ignorer que tous les autres chimistes.

L'argumentation de ses compétiteurs a porté principalement sur les définitions de corps organiques et non organiques, sur les dangers d'un enseignement trop exclusif qui repousserait en quelque sorte la pharmacologie de la chaire nouvelle; sur le discrédit, enfin, dont la pharmacie semblait menacée.

M. Dumas a clairement établi les bases de ses définitions et montré l'importance qu'il attachait aux applications pharmaceutiques, et déclaré que tous ses efforts ne pouvaient tendre qu'à soutenir l'honneur d'une profession à laquelle il devait ses premiers débuts; enfin, il a lu les certificats que d'honorables pharmaciens lui avaient délivrés comme élève en pharmacie, et qui prouvaient qu'il n'était pas étranger aux connaissances pharmaceutiques, comme ses concurrens semblaient le craindre.

Les développemens que M. Dumas eut l'occasion de donner pour répondre à quelques objections ont ajouté un grand intérêt à sa thèse, si remarquable à tous égards, et de nombreux applaudissemens ont accueilli la fin de cette argumentation.

M. Bouchardat a fait sa thèse « sur le sang. »

Le sujet était difficile à traiter à cause du travail très complet à tous égards que M. Lecanu vient de publier sur ce sujet; aussi M. Bouchardat a-t-il cru devoir donner à sa thèse très peu de développemens, et ses argumentateurs ont-ils eu à lui reprocher des omissions très nombreuses.

THÈSE DE M. BAUDRIMONT.

ARGUMENTATEURS : MM. BUSSY, DUMAS et BOUCHARDAT.

Dans cette thèse d'une grande étendue (125 pages), l'auteur, offrant un large champ à la discussion, avait exposé toutes ses vues sur l'état actuel de la chimie organique, et discuté les opinions des chefs d'école en cette matière.

Son premier argumentateur, M. Bussy, tout en rendant hommage à cette franchise de position prise par son compétiteur, a fait observer avec mesure et convenance les inconvéniens attachés à la considération des formules brutes, et l'utilité au contraire des formules rationelles, soit comme moyen mnémonique, soit et surtout comme offrant des idées nettes sur une foule de réactions dans lesquelles les équivalens se substituent les uns aux autres, les corps insolubles ou volatils se précipitent ou s'exhalent en vapeur.

M. Baudrimont, en précisant par divers exemples ses idées sur la constitution moléculaire des corps, a prouvé qu'il pouvait souvent se passer de méthodes mnémoniques, en y suppléant par une mémoire naturelle des nombres, mais non pas, ce nous semble, que l'étude par ce procédé ne deviendrait pas plus aride, difficile, si ce n'est impossible pour la plupart des élèves doués à un moindre degré de cette mémoire particulière.

Ajoutons que M. Bussy a refusé avec une convenance parfaite de suivre, parmi les exemples, la voie d'une critique indirecte contre un des savans compétiteurs qui n'aurait pu se défendre directement.

M. Baudrimont a cru devoir prouver l'utilité de ses conceptions en donnant lecture d'une lettre dans laquelle M. Berzelius donne des encouragemens à l'auteur sans partager ses vues. Ce n'est jamais sans produire une sensation forte qu'un grand nom scientifique est prononcé au milieu de la jeunesse de nos écoles, mais aussi un tact certain de délicatesse ne permet jamais le succès des personnalités peu mesurées, aussi des marques générales d'improbation ont-elles accueilli l'allusion, en forme de reproche, faite par le candidat argumenté et se rapportant à la lecture que l'un de ses compétiteurs avait précédemment donnée d'honorables certificats obtenus dans les premières années de sa carrière chez deux pharmaciens. L'argumentation a été ensuite soutenue par M. Dumas, qui tout en faisant observer la tendance générale de la thèse à déprécier des travaux et des conceptions importantes aux yeux de beaucoup de chimistes, a présenté avec la plus grande modération quelques objections à son compétiteur.

On a pu regretter que l'insistance de M. Baudrimont ait fait perdre une grande partie du temps à faire expliquer plusieurs fois les dernières expériences si nettes de MM. Dumas et Liebig sur la constitution de l'acide tartrique et des tartrates.

L'argumentateur a demandé quelques explications sur les motifs qui avaient pu décider M. Baudrimont à préférer sa manière de voir sur la constitution organogénique de l'amidon à celle de Fristch (1). La réponse fut que l'auteur de la thèse désirait n'être argumenté que sur les choses contenues dans son travail et connues chez nous; on lui fit alors remarquer qu'en rendant compte des opinions émises en France sur le même sujet, il avait sans en dire les mo-

(1) On se rappellera sans doute que le beau travail de M. Fristch dont M. Berzelius a parlé avec éloges dans son compte rendu, traduit et publié à Paris, fut communiqué dans le congrès scientifique de Bonn et vérifié par M. Schultz,

tifs adopté des vues contraires à celles maintenant admises en France même, contraires à plusieurs résultats fort remarquables d'expériences publiées depuis quelque temps.

M. Baudrimont a répondu que s'il avait connu les derniers travaux de M. Payen, il les aurait cités, mais qu'il ne les avait reçus que depuis la rédaction de sa thèse avec les deux derniers numéros des *Annales de chimie* qui, longtemps retardés, avaient paru simultanément.

M. Dumas a encore fait remarquer un passage où l'auteur donne à la gélatine desséchée la propriété de se dissoudre à l'eau froide, tandis que la véritable propriété caractéristique de cette substance non altérée est d'être insoluble à froid.

M. Baudrimont a déclaré qu'ayant lui-même laissé immerger pendant vingt-quatre heures de la gélatine de M. Grenet, il avait constaté dans le liquide la présence d'une petite quantité de matière animale.

M. Dumas a fait alors remarquer que durant un si long contact la substance organique avait dû s'altérer.

Au reste dans le cours de l'argumentation, M. Baudrimont eut l'occasion de dire qu'il ne regardait pas lui-même la gélatine, la fécule, ni d'autres substances organiques comme véritablement dissoutes.

M. Bouchardat s'est surtout attaché à montrer que les systèmes de formules rationnelles, généralement adoptées par tous les chimistes, sauf quelques variations, étaient de beaucoup préférables à l'emploi des formules brutes; que, d'ailleurs, il était impossible de se refuser à reconnaître les nombreuses découvertes auxquelles elles avaient donné naissance, notamment entre les mains de l'un de leurs honorables compétiteurs.

M. Baudrimont a de nouveau fait preuve de savoir dans la citation de divers faits et réactions qu'il comprenait très bien, en considérant seulement les élémens dans les composés; et, d'une autre part, songeant aux propriétés des produits qu'ils pourraient engendrer; mais, encore une fois, sans convaincre ni son concurrent, ni l'auditoire, que sa difficile méthode fut préférable dans l'étude et pour les progrès futurs de la science.

Enfin, il a plusieurs fois reproduit cette pensée philosophique, que pour lui il n'existait pas de chimie organique; mais seulement une chimie générale.

L'argumentation s'est ensuite traînée d'une façon vraiment fastidieuse, à l'occasion d'expériences propres à chacun des deux candidats sur deux sucres liquides, dont l'existence est encore mise en doute; et la fin de la séance est arrivée sans que les deux rivaux soient parvenus à s'entendre, puisque chacun parlait d'un corps que seul il avait vu, en contestant les propriétés et les caractères d'un corps différent sans doute, mais qu'il n'avait pas eu probablement l'occasion d'étudier.

Des applaudissemens assez nombreux ont montré que les auditeurs tenaient, au candidat argumenté, compte de la difficulté de la situation où il s'était hardiment posé, et du talent avec lequel il s'y était défendu.

VARIÉTÉS.

— On nous mande de Toulon qu'une maladie cutanée dont les symptômes sont effrayans et qui a beaucoup de ressemblance avec la lèpre, vient de se manifester dans la ville de Gênes et dans ses environs. Les gens de l'art emploient contre elle un traitement sulfureux, auquel, en général, elle paraît céder.

Les individus atteints de cette maladie sont l'objet des plus grandes précautions. On les séquestre avec un soin extrême dans des pièces particulières de l'hôpital principal de Pammatone, et les portes de ces pièces sont fermées de manière à interdire toute communication.

— L'honorable secrétaire de la société de médecine de Gand nous écrit pour nous faire remarquer que la Gazette Médicale a rendu compte des travaux de cette société sous la rubrique des journaux des départemens. Cette classification un peu arbitraire sous le point de vue politique ne l'est pas autant qu'on pourrait le croire sous le rapport scientifique. Les journaux de médecine belge et les actes des sociétés médicales de ce pays sont écrits en français, et on peut dire avec l'esprit et les tendances scientifiques françaises. Nos honorables collègues nous excuseront donc d'avoir nivelé les limites politiques qui séparent les deux royaumes, pour réunir leurs efforts scientifiques aux nôtres. Cela n'empêchera pas le monde médical d'applaudir aux travaux importans, à l'activité vraiment remarquable qui distingue la société de médecine de Gand parmi toutes les sociétés médicales de l'époque.

— M. Velpeau nous adresse de nouvelles observations sur la dernière lettre de M. Amussat relative à l'introduction de l'air dans les veines. M. Velpeau reproche à M. Amussat de n'avoir pas reproduit exactement son opinion sur cette question, et telle qu'il l'a énoncée et publiée en plusieurs circonstances, même avant la discussion de l'Académie. Voici les passages de la lettre de M. Velpeau qui précisent positivement sa manière de voir :

1° « *Sans nier la possibilité* de ce phénomène (l'introduction de l'air) *lorsque les veines forment des canaux béans* jusque dans la poitrine, je crois que de nouvelles expériences sont indispensables pour résoudre la question. » (*Méd. opér.*, t. II, p. 194.—1832.)

2° « Très près du cœur et dépourvues de valvules, elles (les veines du cou) permettent le reflux du sang... aucune n'est plus favorable à l'introduction de l'air dans le système veineux. » (*Anat. chirur.*, t. I, p. 477; édit. 1833.)

3° « *On doit craindre encore que l'air ne s'introduise dans leur orifice* (des veines du cou) *et fasse périr instantanément le malade*, comme cela pourrait arriver, d'après les expériences de M. Magendie, et *quelques observations recueillies sur l'homme*, entre autres celle de M. Dupuytren. » (*Anat. chir.*, t. I, p. 471.—1833.) Voilà comment j'ai nié la *possibilité du phénomène*.

4° « En annonçant que son malade est le seul qu'on ait sauvé, M. *Amussat se trompe*.... »

5° « Parmi les faits cités, *il en est plusieurs* qui ne sont pas concluans. »

6° « Pour tuer un chien, il faut assez d'air pour remplir les cavités droites du cœur. »

7° « A la racine du cou, les grosses veines sont tendues... l'air peut y pénétrer... »

8° « *Dans la plupart des faits* recueillis sur l'homme *ces conditions manquent.* » (*Bull. de l'Acad.*, t. I, p. 89.)

9° « Le lait (introduction de l'air) me paraît *extrêmement probable* dans le cas de Delpech et dans celui de M. Ulrich. Je le trouve comme *presque certain* dans les observations de Dupuytren, de MM. Castara et Goulard... » (Gaz. Méd., p. 119.)

—Leçons de clinique et de médecine pratique. M. P. A. Piorry, médecin de l'hôpital de la Pitié, commencera ces leçons le lundi 26 mars, et les continuera tous les jours, le dimanche et le jeudi exceptés, à l'hôpital de la Pitié, salles Sainte-Geneviève et Saint-Raphael.

La visite aura lieu à sept heures et la leçon à huit.

Les élèves seront exercés sous les yeux du professeur à la pratique de la percussion plessimétrique, de l'auscultation, etc.

— MM. les professeurs particuliers qui ont intention de faire des cours en été à l'école pratique sont invités à en adresser la demande à M. le doyen avant le mardi 27 du courant. La réunion pour la répartition des amphithéâtres et des heures aura lieu ledit jour, 27, à huit heures du soir à la Faculté.

— Bandages et appareils à pansement, ou Nouveau système de déligation chirurgicale; par Mathias Mayor, docteur en chirurgie, chirurgien en chef de l'hôpital cantonal de Lausanne; 3e édition, augmentée de mémoires sur les bassins et les pessaires en fil de fer, les fractures de la clavicule, la cure radicale des hernies, et le cathétérisme simple et forcé dans le traitement des rétrécissemens de l'urètre et des fistules urinaires; 1 fort vol. in-8° de 612 pages in-4° de 16 planches; 7 fr.

A Paris, chez Germer Baillière, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

— Traité général d'anatomie comparée; par J.-F. Meckel; traduit de l'allemand et augmenté de notes, par MM. Schuttera et Alph. Sanson, docteurs en chirurgie de la Faculté de Paris. 10 vol. in-8°. Prix : 60 fr.

Les tomes 8, 9 et 10 viennent de paraître. Ainsi se trouve terminé l'ouvrage le plus savant et le plus estimé de tous ceux publiés en Allemagne sur la science de l'anatomie comparée, dont Meckel et notre célèbre Cuvier ont été les créateurs.

— Bains d'Enghien. — L'établissement des eaux minérales d'Enghien sera ouvert au public le premier mai prochain.

L'affluence des baigneurs a été telle en 1836 et 1837 que malgré l'acquisition du vaste hôtel des Quatre-Pavillons, les propriétaires se sont vu dans la nécessité de disposer pour cette année de nouveaux logemens.

Les nombreux appareils construits sous la direction de M. Boulanl, joint aux anciens, ont étendu les ressources de la thérapeutique, et dans leur état actuel, les bains d'Enghien forment l'établissement le plus complet qui existe en Europe.

Les eaux de la nouvelle source, analysées sur la demande du ministère, ont été trouvées parfaitement identiques avec celles des anciennes sources. Elles sont les unes et les autres supérieures aux meilleures eaux connues du même genre, en ce qu'elles contiennent une plus grande quantité de principes minéralisateurs.

Elles sont enfin d'une telle abondance qu'elles peuvent suffire au service le plus actif.

Il serait superflu de rappeler tous les avantages qui résultent du voisinage de ces eaux si rapprochées de la capitale. S'il est, en effet, des maladies que de longs voyages peuvent soulager ou guérir, il en est beaucoup d'autres que la fatigue et les secousses inévitables d'une longue route peuvent aggraver; telles sont les affections utérines, qui réclament le repos le plus complet, et dans lesquelles des mouvemens brusques peuvent provoquer des accidens redoutables. Nous rappellerons, à l'occasion de cet ordre de maladies, les résultats obtenus l'année dernière par l'emploi des eaux d'Enghien, résultats constatés par M. Lisfranc, et qu'il a communiqués à l'Académie royale de médecine.

Nous ajouterons une observation importante, c'est que les eaux d'Enghien peuvent être transportées à Paris et à de grandes distances sans éprouver aucune altération, avantages que n'offrent pas les eaux de Barrèges.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

IMPRIMERIE DE FÉLIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

Gazette Médicale

DE PARIS.

LA GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°.—Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, an bureau du Journal, rue *Poissonnière*, n° 5, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

AVIS A MM. LES SOUSCRIPTEURS.

MM. les souscripteurs dont l'abonnement expire à la fin de ce mois sont invités à le renouveler prochainement s'ils ne veulent pas éprouver d'interruption dans l'envoi du journal. Pour ne pas décompléter les collections, aucun numéro ne sera envoyé aux personnes qui n'auraient pas donné avis de leur renouvellement avant le premier avril. On s'abonne dans les départemens chez tous les directeurs des postes et des messageries. La quittance d'aboonement sera présentée an domicile de MM. les Souscripteurs de Paris. Vu la difficulté et les frais de recouvrement des mandats de la GAZETTE MÉDICALE, touchés au domicile des Abonnés des départemens, ce mode de souscription ne peut avoir lieu que pour des abonnemens de six mois, de neuf mois et d'un an.

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE INTERNE.

MÉMOIRE SUR L'ICTÈRE ET SPÉCIALEMENT SUR CELUI QUI SE LIE A UNE INFLAMMATION DIFFUSE DU PARENCHYME DU FOIE; par le docteur BRIGHT, médecin de l'hôpital Guy.

Les causes qui produisent l'ictère peuvent être rapportées aux trois classes suivantes : 1° congestion du sang dans le foie; 2° obstacles à l'écoulement de la bile dans les canaux biliaires; 3° altérations chroniques du tissu du foie; 4° inflammation du foie.

1° Plusieurs circonstances peuvent déterminer la congestion sanguine du foie; les suivantes sont les plus fréquentes : obstacles à la circulation résidant dans la cavité thoracique; les lésions organiques des valvules; la dilatation du cœur; la constipation; la grossesse et quelques troubles de la circulation produits par les fièvres rémittentes et autres.

2° Les causes qui peuvent mettre obstacle aux cours de la bile dans les canaux biliaires sont les concrétions biliaires, les productions squirrheuses et autres, soit dans le foie lui-même, soit dans les glandes voisines; les altérations survenues dans les membranes qui forment les canaux eux-mêmes; l'inflammation du duodénum et l'induration du pancréas.

3° Les altérations chroniques que le tissu du foie peut présenter sont de différentes espèces. Quelquefois elles sont le résultat d'une simple inflammation aiguë, qui n'a été qu'imparfaitement combattue. Dans d'autres occasions, elles sont le produit d'une inflammation très lente et chronique, qui affecte ou le tissu cellulaire ou le tissu chargé de la sécrétion de la bile. Enfin, dans quelques circonstances, elles consistent en une dégénérescence qui envahit l'organe tout entier.

4° L'inflammation du foie, qui est la cause du plus grand nombre d'ictères, affecte le parenchyme, et, lorsqu'elle n'est pas arrêtée, elle déter-

Feuilleton.

SUR LES EXPÉRIENCES A FAIRE POUR DÉTERMINER LA PROPRIÉTÉ CONTAGIEUSE OU NON CONTAGIEUSE DE LA PESTE.

RÉPONSE A LA LETTRE DE M. LE DOCTEUR CHERVIN SUR LES DEUX PESTIFÉRÉS MORTS AU LAZARET DE MARSEILLE, PAR M. LE DOCT. BULARD.

Smyrne, le 23 février 1838.

C'est seulement depuis quelques jours que nous possédons le numéro de la GAZETTE MÉDICALE où se trouve inserée la lettre de M. le docteur Chervin; nous y répondons avec d'autant plus d'empressement qu'elle nous donne l'occasion d'offrir à ce courageux adversaire de la contagion les moyens de statuer d'une manière définitive sur le véritable caractère de transmission de la peste. Malgré plusieurs mois écoulés, cette lettre n'en a pas moins conservé un complet intérêt d'à propos pour nous, et nous espérons bien que pour avoir tardé notre réponse n'aura néanmoins rien perdu de son actualité (1); que cet expérimentateur s'empressera de se rendre à l'appel que nous avons déjà fait à tous les médecins de l'Europe, et qu'il nous saura gré de disposer en sa faveur de tous les matériaux propres à la solution du grand problème.

Personne plus que nous n'est disposé à rendre justice aux antécédens de constance, de courage et de désintéressement de M. le docteur Chervin; sa lutte contre la fièvre jaune et contre les partisans de la contagionabilité de cette maladie, quoique peu profitable dans son issue, fut trop glorieuse pour que, dans la nouvelle lice où il paraît si disposé à entrer, nous ne lui prédisions pas une nouvelle gloire sinon un véritable triomphe. Mais, nous devons l'avouer, sa lettre de 1838, en rappelant sa proposition de 1829 relative aux matériaux cholériques qu'il voulait faire venir des frontières de l'Europe dans un de nos ports de l'Océan, pour se livrer à des recherches sur le mode de propagation du mal, cette lettre, disons-nous, révèle encore trop l'observateur exclusif et à système, qui, dans sa préoccupation d'expérimentateur, ne voit que l'expérimentation en elle-même sans calculer suffisamment les conditions de validité requises pour se faire un principe scientifique ou un incontestable point de droit.

(1) La lettre de M. Bulard arrive d'autant plus à propos que la question qu'il traite a été soulevée dans la dernière séance de l'Académie des sciences à propos des instructions rédigées par M. Serres pour l'expédition scientifique d'Alger.

mine la suppuration ou une altération qui se développe graduellement dans le tissu du foie.

Je me propose, avant d'étudier cette quatrième classe de causes qui formera l'objet de ce mémoire, d'exposer brièvement quelques-unes des circonstances les plus saillantes qui se rattachent à l'action des trois ordres de causes précédens. On aura ainsi la facilité de comparer ou d'opposer les symptômes et les lésions qu'ils déterminent.

§ I. ICTÈRE PRODUIT PAR LA CONGESTION SANGUINE DU FOIE.

Quand un obstacle s'oppose à la libre circulation du sang dans la poitrine, mais surtout quand le cœur est distendu par le sang, on voit la peau prendre graduellement un aspect plombé, où le pourpre du sang carbonisé est mêlé à la teinte jaune d'un léger ictère; lorsque la maladie continue longtemps, cette dernière domine sur la couleur pourpre. L'urine devient rare, très colorée, et fournit un sédiment briqueté; mais les matières fécales continuent à être colorées par la bile. Dans cette circonstance, la maladie primitive a été quelquefois inaperçue, et l'erreur a encore été confirmée quand, en examinant l'hypocondre droit, on a trouvé le foie augmenté de volume, descendant à trois ou quatre pouces au-dessous des côtes et sensible à la pression. Dans ces cas, l'embarras de la poitrine, l'anxiété de la physionomie coïncidant avec la couleur légèrement jaune de la peau, devront mettre sur la voie de l'origine de la maladie et faire examiner avec plus de soin l'état de l'appareil central de la circulation. Quand la mort arrive, elle est ordinairement précédée par des hémorragies pulmonaires ou intestinales, et l'autopsie fera voir que le foie participait seulement, comme tous les autres organes, à l'état de congestion du système veineux. Quelquefois alors la congestion du foie est si considérable que tout son tissu est d'un rouge foncé et qu'il s'en écoule, à l'incision, une grande quantité de sang; d'autres fois, lorsque la congestion a été de longue durée, il présente cet aspect piqueté qui l'a fait comparer assez justement à la noix muscade. Dans les premières périodes, il est évident qu'il n'y a qu'une simple congestion sanguine plus ou moins forte; mais lorsqu'elle a persisté longtemps, il s'opère une transformation fixe; et plusieurs des *acini* prennent une couleur jaune et un degré de fermeté qu'ils n'ont pas dans l'état normal. En même temps on trouve dans tous les autres organes les altérations qui indiquent la congestion veineuse: l'injection foncée de la muqueuse de l'estomac et des intestins; le pancréas rouge ou bleuâtre; les poumons gorgés de sang présentent souvent des masses d'apoplexie, et les séreuses contiennent une certaine quantité de sérosité teinte de sang et légèrement colorée par la bile.

Le traitement de cette espèce d'ictère ne peut être autre que celui de la maladie dont il dépend; cependant on retirera les plus heureux effets des saignées locales au moyen de ventouses appliquées à l'épigastre ou de sangsues mises à l'anus, qui rétabliront, avec plus de rapidité, la circulation abdominale.

§ II. ICTÈRE CAUSÉ PAR UN OBSTACLE A L'ÉCOULEMENT DE LA BILE DANS LES CANAUX BILIAIRES.

Lorsque l'ictère dépend d'un obstacle mécanique à l'écoulement de la bile hors des canaux bilifères, la couleur de la peau est ordinairement très vive; elle paraît subitement ou par degrés, suivant la nature de l'obstacle et, d'après la même cause, cesse subitement ou continue plus longtemps, ou même jusqu'à la mort, ou bien elle passe graduellement à une couleur d'un vert plombé, qui rappelle immédiatement celle du mulâtre. Sous ce rapport, on pourrait très bien l'appeler l'ictère noir. Parmi ces causes mécaniques, les deux plus fréquentes sont, sans aucun doute, les concrétions biliaires et les masses cancéreuses.

La présence, ou même le passage des calculs biliaires dans ces canaux n'est pas nécessairement accompagné de la coloration jaune; car, tant que le canal cystique seul est obstrué, et que le canal hépatique ou le cholédoque ne l'est que partiellement, la couleur jaune peut paraître puis disparaître subitement, et on peut voir de ces changemens presque tous les jours. Mais lorsque le canal hépatique ou le canal cholédoque est fermé, on voit survenir quelquefois subitement la couleur jaune la plus brillante, et si l'obstacle ne disparaît pas, il se développe assez souvent des accidens mortels.

La douleur qui accompagne généralement cette espèce d'ictère est le symptôme le plus saillant et celui qui doit jeter le plus de lumière sur la cause à laquelle on peut l'attribuer. Cette douleur se présente sous deux formes différentes: ou sourde, par élancemens et constante, ou par coliques d'une intensité extrême, et qui apparaissent et cessent avec les paroxismes. Elle est quelquefois si aiguë qu'elle produit une chute rapide des forces, et que le pouls tombe immédiatement au-dessous de son rythme normal pour la force ou pour la fréquence, ou, ce qui arrive plus souvent, devient à la fois et très fréquent et extrêmement petit, pendant que tout le corps est couvert d'une sueur froide. L'urine est fortement teinte par la bile, et les selles présentent la couleur terreuse qu'on connaît. Les vomissemens, le hoquet et une certaine dyspnée accompagnent souvent ces paroxismes. Un autre symptôme très fréquent est fourni par des frissons qui viennent à des intervalles un peu irréguliers, quelquefois, au contraire, périodiquement, et avec autant d'exactitude qu'une fièvre intermittente. Cet ictère est très sujet à reparaître de temps en temps, soit par le passage de nouveaux calculs, soit par la tentative faite par le même pour arriver dans le duodénum.

Quand la maladie s'est terminée par la mort, on trouve à l'autopsie des concrétions biliaires obstruant partiellement ou complètement les canaux que la bile doit traverser; il n'est pas nécessaire que le calcul soit bien gros, car on en a vu de très petits suffire pour produire des accidens très graves, et même il arrive quelquefois que ces derniers continuent, bien que le calcul se soit frayé un passage, et qu'à l'autopsie on ne trouve plus la cause de l'obstruction. Le foie regorge de bile de toutes parts, et les canaux biliaires, souvent distendus, forment quelquefois des poches dans lesquelles la bile s'amasse, et qui prouvent la longue durée et les retours fréquens de la maladie.

Le traitement de cette forme de l'ictère consiste à favoriser le passage des calculs. Les opiacés combinés aux purgatifs, les bains tièdes et les fomentations assidues sont les premiers moyens qu'on emploie; nous trouvons ensuite les mercuriaux et l'antimoine qui sont regardés comme d'une utilité incontestable. L'antimoine doit être combiné aux purgatifs dans le but de faire cesser les spasmes quand le malade n'est pas déjà trop tourmenté par les vomissemens. L'efficacité du mercure est plus douteuse; je crois même que, dans la plupart des cas, il sera plutôt nuisible qu'utile par l'augmentation de la quantité de bile secrétée, par l'irritabilité et la diminution des forces de l'organisme qui sont le résultat de son administration.

Il est vrai que M. Chervin ne demande pas comme en 1829 que les matières à expérience soient apportées sur le littoral de la France, qu'il veut bien attendre qu'elles s'y présentent d'elles-mêmes; mais il semble toujours persister à croire que c'est seulement en Europe et dans ses lazarets que les épreuves doivent être consommées, et en cela, comme en beaucoup d'autres choses, nous ne sommes pas de son avis. Nous soutenons, au contraire, que ces épreuves doivent être faites dans les localités où la peste exerce habituellement ses ravages, et que ce n'est que lorsque la science sera déjà fixée sur la propriété contagieuse ou non contagieuse de la maladie dans ces localités, que, positives ou négatives, elles pourront être répétées dans tous les autres lieux et dans les différens lazarets européens. De cette manière, les résultats seront nécessairement exacts, tandis qu'en procédant en ordre inverse, ils ne seront rien moins que cela. En effet, transportons-nous un instant aux frontières de la Provence, supposons que M. le docteur Chervin et mille autres personnes avec lui subissent successivement l'inoculation de tous les fluides, le contact sous toutes les formes et l'infection dans toute son étendue et que les résultats de ces différentes voies d'investigation soient tous négatifs; en inférerons-nous pour cela que la peste n'est pas contagieuse, jamais, ni dans aucun cas? Assurément non, car mille objections viendraient aussitôt infirmer une conclusion ainsi formulée.

En premier lieu, on peut soutenir avec avantage que les inoculations ne constituent qu'un mode arbitraire et insuffisant de conclusion, attendu que le principe pathogénique de la peste étant inconnu, on n'est pas scientifiquement autorisé à soutenir que cette espèce d'expérimentation est exacte, ni que la maladie ne se transmet pas par raison individuelle; on peut seulement en conclure que les divers fluides inoculés ne contiennent pas l'élément de la maladie, puisqu'ils ne la communiquent pas; mais rien de plus.

En second lieu, les argumens tirés de l'innocuité du contact ne sont pas moins spécieux, car aucune des maladies contagieuses ne l'est absolument, et la propriété de transmission dont ces affections jouissent en spécifique pour chacune d'elles est à peu près inconnue dans sa nature intime; leurs principes, en quelque sorte *immédiats*, ne sont réellement perceptibles que par leurs effets; quelques-uns gisent bien dans certaines humeurs qui les révèlent par des phénomènes propres, mais nous en ignorons complètement l'essence; tous ont besoin de circonstances concomitantes particulières pour devenir actifs, mais aucun n'a une puissance d'action indépendante, illimitée. En thèse générale, on peut dire que le contact morbifique est toujours exceptionnel dans son activité réelle, puisque sur une population donnée, c'est seulement le plus petit nombre qui est toujours frappé; que, par conséquent, l'innocuité du contact est la règle et la nocuité l'exception.

Quant aux résultats négatifs possibles d'épreuves tentées dans les localités vierges de peste, ils sont d'autant plus facilement explicables pour nous que l'observation franche des faits nous a constamment démontré:

1° Que l'activité de l'influence pestilentielle est toujours subordonnée, dans ses effets généraux, à une certaine constitution atmosphérique provocatrice de causes organiques prédisposantes;

2° Que si ces causes prédisposantes ne sont point provoquées, les masses ne subissent aucune modification accidentelle d'organisme de la part du milieu d'activité dans lequel elles se trouvent, et que l'élément pestilentiel importé par

Quand l'ictère est dû au développement des tumeurs cancéreuses, il paraît ordinairement moins subitement; il arrive pourtant dans beaucoup de cas et surtout chez les pauvres que la maladie a fait déjà beaucoup de progrès avant d'avoir été remarquée; et ce n'est que quand la couleur a pris une teinte très prononcée que l'on y fait attention, et alors on suppose qu'elle a paru subitement. La coloration jaune se prononce ensuite de plus en plus; puis elle perd ce brillant qu'elle avait dans les premiers temps, et prend une teine d'un gris sale qui est l'un des symptômes les plus fâcheux. L'urine se charge de bile et présente bientôt une couleur plus foncée que celles du *porter*, mais avec une teinte verte, etles selles sont d'un gris cendré, approchant du blanc. Plus tard, le malade tombe dans la somnolence; il survient des ecchymoses sur différentes parties du corps; l'amaigrissement se prononce davantage, et un état d'épuisement que remplace souvent le coma termine la scène.

Il peut cependant se développer dans le foie des masses cancéreuses très volumineuses sans que l'ictère soit prononcé; c'est lorsqu'elles se forment sur des points où elles ne peuvent pas comprimer les canaux biliferes.

Il y a encore un signe fourni par les matières fécales chez ceux chez lesquels il y a rétention complète de la bile due à la pression sur le canal cholédoque ou sur le canal pancréatique, sur lequel on doit appeler l'attention, bien qu'il ne puisse encore fournir aucune indication certaine; je veux parler de l'évacuation d'une matière grasse plus ou moins mêlée avec les matières fécales. Dans beaucoup de cas où l'obstacle était dans le pancréas lui-même, il a été possible d'en recueillir une grande quantité qui flottait à la surface des matières fécales; et dernièrement j'en ai observé un nouveau cas à l'hôpital Guy; mais dans la plupart des cas d'ictère très opiniâtre dépendant d'une obstruction complète, on a trouvé une quantité extraordinaire de graisse; et mon ami M. Rées a, d'après mes désirs, entrepris sur ce point des recherches chimiques très intéressantes dont je ferai plus tard connaître les résultats.

Les lésions présentées dans ces cas par le foie sont celles qui résultent de l'accumulation d'une énorme quantité de bile dans les canaux qui acquièrent une dimension énorme; la vésicule contenant plusieurs onces de fluide forme une tumeur qui quelquefois a été sensible au toucher pendant la vie, et le foie lui-même offre dans toute son étendue un vert olive plus ou moins foncé. On trouve, en outre, la cause de tous ces accidens, c'est-à-dire des tumeurs de différentes natures et de diverses grosseurs, et fréquemment l'extrémité duodénale du canal commun complètement fermée.

Dans ces cas, le traitement ne peut être que palliatif, et encore les moyens de ce genre que nous avons à notre disposition n'ont-ils qu'une utilité très justement contestée.

III. — Ictère produit par les altérations chroniques du tissu propre du foie.

La plupart des symptômes qui appartiennent à cette classe diffèrent notablement de ceux que nous avons indiqués dans les deux classes précédentes. La couleur de la peau offre rarement la teinte pourpre qui appartient aux maladies de l'organe central de la circulation, ou le jaune foncé, le vert plombé qu'on observe si fréquemment dans les cas d'obstacle mécanique ou d'oblitération des canaux du foie. Le changement de couleur de la peau s'opère graduellement et est ordinairement précédé pendant plusieurs semaines de la coloration jaune de la sclérotique. L'urine est peu abondante, fortement colorée par de la bile, et dépose fréquemment un sédiment très abondant. Les évacuations alvines présentent rarement cette absence complète de bile qui, dans les autres ictères, est si fréquente; au contraire, elles ne varient que du brun au jaune. Les selles sont très irrégulières, et lorsque la maladie continue à faire des progrès, elles contiennent fréquemment du sang.

La cause la plus fréquente de cet ictère, c'est l'abus des boissons et des alimens stimulans qui entretient dans le foie une surexcitation continuelle peu éloignée d'un état de subinflammation.

Les altérations morbides trouvées après la mort varient beaucoup; mais elles portent toutes les traces d'une action long-temps continuée. Le foie est tantôt augmenté, tantôt diminué de volume; j'ai pu constater dans quelques cas qu'il présentait une hypertrophie considérable au commencement de la maladie, et qu'il s'atrophiait vers la fin. Ces différentes altérations ont été décrites sous le nom d'hypertrophie du foie, d'atrophie, de cyrrhose, etc. La dégénérescence graisseuse est rarement accompagnée d'ictère.

Le traitement dans cette troisième espèce d'ictère ne peut être encore que palliatif, surtout quand la maladie est déjà avancée; mais dans les premières périodes, si le malade veut se soumettre à un régime adoucissant convenable, il peut en obtenir beaucoup de soulagement.

IV. — Ictère causé par l'inflammation du foie.

C'est à l'inflammation du tissu propre du foie qu'on rattache le plus grand nombre des cas d'ictère, inflammation qui diffère beaucoup des divers états morbides auxquels nous avons rattaché les ictères rangés dans la troisième classe. Les causes qui peuvent produire cette inflammation sont très variées; elles comprennent, outre les excès dans le régime, l'influence des variations atmosphériques, l'effet des violences extérieures et des coups, l'action stimulante du mercure, celle des concrétions biliaires et de la rétention de la bile.

Les symptômes diffèrent aussi sous beaucoup de rapports de ceux qui appartiennent aux autres formes, bien qu'ils ne puissent en être séparés par une ligne de démarcation bien tranchée. Les altérations anatomiques ne sont pas moins différentes; elles paraissent avoir attaqué les parties chargées de la sécrétion de la bile, plutôt que le tissu cellulaire qui les unit, et je pense que les branches de la veine porte sont plutôt altérées que les autres parties.

La marche de l'inflammation offre tant de variétés dans ces cas, dans son intensité et sa rapidité qu'on peut établir plusieurs divisions suivant la forme plus ou moins aiguë qu'elle affecte; elle se développe fréquemment d'une manière très insidieuse avec les symptômes et les sensations d'un trouble général, l'abattement, le ralentissement du pouls, l'oppression, des douleurs vagues dans l'abdomen, la constipation et quelquefois des nausées; le second ou le troisième jour, la conjonctive offre une légère teinte jaunâtre, et bientôt toute la peau est d'un jaune brillant; alors le pouls offre une légère accélération ou, au contraire, une dépression, non douteuse; et souvent en appuyant fortement sur la région du foie, on y trouve un certain degré de sensibilité, tandis que, dans d'autres cas, la pression ne détermine aucune douleur immédiatement, mais cette der-

---

le contact le plus multiplié, n'importe où et d'où, reste nécessairement limité à quelques rares dispositions idiosyncrasiques;

3° Que si ces causes prédisposantes sont établies avec plus ou moins d'intensité, et si les rapports pestilentiels sont plus ou moins multipliés, l'élément morbifique se développe plus ou moins nombreux;

4° Que dans les conditions intermédiaires la manifestation morbide est proportionnelle;

5° Que de même que sur une population définie et dans un milieu pestilentiel donné, l'activité du principe morbifique est toujours subordonné au contact et aux causes poédisposantes; de même les causes prédisposantes, isolées du principe pestilentiel, ne peuvent jamais donner lieu au caractere contagieux, pas plus que les conditions nécessaires à la fermentation d'un liquide ne produiront ce phénomène si ce liquide n'est pas fermentescible par lui-même.

En troisieme lieu, si les effets de l'infection sont contestables ou nuls, ils ne peuvent cependant pas être niés, car nous savons trop bien que ce mode de propagation morbide, propre à plusieurs affections typhoides, est nécessairement soumis à des circonstances concomitantes aussi nombreuses qu obscures et qui varient comme le génie particulier de chacune des maladies qui reconnaissent l'infection pour moyen de reproduction.

Ceci bien posé et bien compris, supposons que M. Chervin soit admis dans l'intérieur du lazaret de Marseille à faire les expériences qu'il indique; il arrivera de deux choses l'une, ou il contractera la peste ou il ne la contractera pas. Dans le premier cas, la question de contagion sera jugée sans appel et la science et la législation seront irrévocablement fixées sur ce point. Dans le second, si par une disposition idiosyncrasique probable, d'après les proportions numériques de 1/6 à 1/20 dans lesquelles la peste sévit, M. le docteur Chervin est, comme nous l'avons été nous-même depuis cinq ans que nous vivons pour ainsi dire au milieu des pestiférés, réfractaire à toute influence morbide individuelle de contact ou d'infection; s'il sort sain et sauf de toutes les épreuves, il aura consommé le plus grand acte connu de courage et d'abnégation sans doute, mais il aura en même temps compromis les plus sacrés intérêts sociaux; car l'opinion de la contagion de la peste en sera nécessairement affaiblie, la confiance des masses dans les mesures d'isolement ébranlée, et toutes les conséquences terribles déduites d'un relâchement dans l'observation de ces mesures surgiront sans limites.

Si nous ajoutons à cela les réflexions que font naître les idées particulières qui dominent M. le docteur Chervin, l'exclusivisme de ses théories, son opinion préconçue et ses honorables antécédens, qu'il doit à tant de labeur et à tant de sacrifices, nous conviendrons que, de tous ceux qui peuvent recevoir la mission de s'occuper aujourd'hui de cette matière, ce médecin est, sans contredit, le moins apte et peut-être le seul qui doive être récusé. Et M. Chervin ne nous accusera pas de passion; dès à présent nous appuierons notre conviction sur les propres paroles de M. Chervin lui-même, qui, à propos de la discussion de ses matériaux sur la fièvre jaune, demanda, pour première condition « que les médecins appelés à les examiner fussent restés jusque-là neutres dans la question de contagion; » en cela il avait raison, et le consciencieux Joseph Frank ne l'a pas moins quand il dit : « Celui qui vient déclarer que la peste n'est pas contagieuse ne doit pas être investi de fonctions publiques relatives à cette calamité; s'il en a, qu'on l'en dépouille. »

Par toutes ces considérations, nous restons convaincus qu'en prenant un

nière vient graduellement lorsqu'on a cessé l'examen ou quelque temps après, et dure pendant plusieurs heures et même plusieurs jours. Les cas de cette espèce, qui offrent le moins d'acuité, cèdent ordinairement avec facilité au traitement lorsqu'il n'est pas commencé trop tard; ils sont très fréquens et comprennent le plus grand nombre de ceux que l'on rencontre journellement dans la pratique. Dans d'autres cas, l'état inflammatoire est accompagné de symptômes beaucoup plus graves, avec fièvre très forte, amélioration notable du pouls, injection de la face, langue sèche, et coloration de tout le corps en un jaune très vif. Les selles sont, dans tous les cas, quel que soit leur degré d'acuité, d'une couleur grisâtre, mais moins prononcée, et sujettes à plus de variations que quand la maladie dépend d'une cause mécanique; quelquefois même, au bout de plusieurs jours, elles sont presqu'à l'état normal sous le rapport de la couleur; l'urine a une couleur très foncée.

Lorsque la maladie se présente sous la forme la plus aiguë, les symptômes qu'on observe du côté du cerveau et du système nerveux et qui paraissent dépendre des effets délétères de la bile sur le sang en circulation, sont plus prononcés que dans aucune des autres variétés de l'ictère, et la disposition aux hémorragies se montre de bonne heure et est excessive. Dans quelques cas, et lorsque la maladie a déjà parcouru une partie de ses périodes, il survient des frissons qui ressemblent à ceux qu'on observe au commencement des paroxismes d'une fièvre intermittente irrégulière; alors, le plus souvent on doit croire que la suppuration est déjà établie, et cela peut arriver, bien que l'ictère ait réellement diminué.

Dans les cas d'ictère qui se lient à un état inflammatoire, les altérations que présente le foie après la mort varient suivant l'époque à laquelle la maladie s'est terminée. Le volume de l'organe est rarement augmenté; il paraît au contraire plus souvent diminué. On ne trouve pas de bile accumulée dans la dernière division du canal hépatique. La teinte jaune que présentent quelques portions du tissu ne diffère presque pas de celui qu'offrent les autres parties du corps par suite de l'imprégnation générale, due au sang chargé de bile, et ne ressemble nullement à la couleur vert foncé que présente cet organe, lorsque le cours de la bile a été arrêté ou diminué par un obstacle mécanique. La vésicule contient peu de bile; quelquefois même il n'y en a pas assez pour teindre le mucus que secrète la membrane muqueuse qui la revêt.

Lorsque la mort arrive dans la première période le foie paraît ordinairement mou et flasque, sa surface est bigarrée de taches d'un jaune léger, et d'un rouge foncé et pourpre. Quelques portions qui font une légère saillie au-dessus du reste offrent, à l'invasion, un ramollissement de tissu ou même une désorganisation déjà avancée; ou trouve dans l'épaisseur même de l'organe des points qui offrent le même aspect; tandis que dans d'autres cas, les parties colorées en jaune sont plus dures que celles qui les entourent.

Si la mort n'est pas arrivée pendant la première période, et lorsque l'ictère présentait la teinte la plus brillante et la plus forte, si déjà la peau offre cette teinte citron qui annonce une désorganisation générale du foie, on trouve le tissu altéré dans une grand étendue; à l'aspect des *acini* on reconnaît qu'ils ne recevaient point assez de sang pour continuer la sécrétion de la bile et pour donner à l'organe la couleur qu'il a dans l'état normal; ils ont une couleur jaune blanchâtre, et paraissent plutôt indurés et atrophiés qu'hypertrophiés. En examinant avec soin ces granulations altérées, on reconnaît qu'elles sont disposées par groupes ou plutôt par grappes qui suivent généralement le cours des divisions du rameau de la veine porte, et sont placées sur leur contour de manière à leur former une espèce de gaine qui, quelquefois, n'a pas moins d'un quart de pouce d'épaisseur.

Une autre altération que l'on rencontre quelquefois dans le foie qui paraît dépendre de cette inflammation diffuse de son tissu et ne se montre que dans les cas où la période de suppuration s'est développée graduellement consiste dans la présence d'un grand nombre de petits abcès qui tous semblent disposés à s'ouvrir dans les rameaux de la veine porte, car on trouve alors plusieurs points de suppuration sur le trajet de ce vaisseau sanguin.

Le traitement dans les cas dont nous parlons doit être surtout antiphlogistique; cependant on ne doit avoir recours à la saignée générale que dans les cas où l'inflammation offre une intensité remarquable. Dans les autres, l'application des ventouses au-dessus des dernières côtes droites et l'entretien continuel de cataplasmes émolliens sur la même partie sont les moyens sur lesquels on doit le plus insister. On donnera de temps en temps la combinaison du calomel avec l'antimoine et l'opium; et on fera un usage fréquent des purgatifs administrés sous forme de pilules ou de potions salines et qu'on alternera avec les mercuriaux. Il est utile d'exciter ou d'entretenir l'action de la peau, et le bain chaud est le moyen le plus efficace d'obtenir cet effet; le cataplasme, en forçant le malade de garder le lit, agit aussi comme moyen diaphorétique.

Ce traitement suffit dans le plus grand nombre des cas; lorsqu'on n'obtient pas ce résultat, il faut l'attribuer à quelque complication, à quelque maladie antérieure du foie, à l'époque tardive où le traitement a été commencé, ou à la négligence du malade à remplir les prescriptions qu'on lui a faites; car beaucoup de sujets atteints d'ictère, pouvant continuer à se livrer à leurs occupations, n'apportent pas grande attention à cette maladie, et cependant on ne peut regarder comme peu importante la maladie d'un organe aussi complexe que le foie, et la suspension d'une sécrétion aussi abondante que celle de la bile. Bien qu'il soit vrai que les principaux phénomènes morbides puissent disparaître sans aucun traitement, cependant il faut encore quelque temps avant que le foie reprenne ses fonctions, et aussi il peut rester exposé à des rechutes ou au retour de la même maladie à des époques plus ou moins éloignées et qui à la fin se termineront par des troubles graves des fonctions de l'estomac, des maladies du gros intestin, le marasme ou l'hydropisie générale.

On pourrait multiplier sans fin le nombre des cas simples où la maladie a suivi la marche ordinaire et s'est terminée heureusement; mais je me contenterai de rapporter ceux qui se sont terminés par la mort et dont l'autopsie a pu expliquer la cause.

ICTÈRE A LA SUITE D'UNE CONTUSION DU FOIE, SUIVI D'UNE DÉSORGANISATION PROFONDE DE SON TISSU.

Obs. I.—Ch. Yung, âgé de 24 ans, fut admis à l'hôpital Guy, le 14 janvier 1829, atteint d'un ictère d'un jaune vif et clair. La langue était chargée et brune, avec une disposition à la sécheresse; les selles étaient liquides et d'un gris clair; l'urine d'une teinte jaune foncée; le pouls plus fréquent qu'à l'état normal. Il rapporte que trois mois auparavant une pièce de bois qu'il soulevait lui ayant échappé, il se frappa violemment du coude contre l'hypocondre droit, et fût obligé de rester pendant quelque temps dans cette position, jusqu'à ce qu'on fût venu à son secours. Il ressentit sur le moment une vive douleur qui alla en augmentant et le força d'avoir recours à un homme de l'art. Un vé-

---

lazaret ou une localité d'Europe pour théâtre des premières expériences à tenter, on n'atteindra pas le but cherché; qu'on n'arrivera, au contraire, qu'à des objections sans réplique, et que si, par malheur, des accidens analogues à ceux du *Léonidas* se renouvelaient, l'intendance sanitaire ne voudra pas assumer sur elle une responsabilité dont elle n'a certainement pas embrassé toute l'étendue, dans sa correspondance officielle du 4 avril 1835; surtout en pensant que, pendant des expériences qu'elle aurait autorisées et par des circonstances qui pourraient s'y rattacher, mais qui y seraient en réalité étrangères, il n'est pas impossible que la peste vienne à se manifester au-delà de l'enceinte sanitaire. Qu'arrivera-t-il alors? Les masses, qui ne raisonnent pas, s'en prendront naturellement aux expériences et à ceux qui les auront permises, et les médecins qui raisonnent trop, au non contagionisme de l'expérimentateur et à la simultanéité de ses expériences et de l'irruption du fléau.

Pourtant plus que M. le docteur Chervin lui-même, parce que nous sommes aussi plus compétens, nous reconnaissons la nécessité de l'intervention de la médecine expérimentale de la peste; seulement nous la comprenons autrement.

Il y a quelques mois, l'histoire médicale et politique de la peste en était encore à son introduction; origine, cause, nature, symptôme, lésion, traitement prophylactique; tout était à découvrir. C'est sur cette masse d'inconnus que les gouvernemens civilisés, arguant d'une responsabilité immense et de quelques époques historiques, ont tracé le code d'une législation exceptionnelle, créé une institution nouvelle et adopté un système d'administration spéciale. Des lazarets ont été élevés sur les principaux points des limites de l'Europe; des quarantaines d'une durée relative y sont observées; des moyens plus ou moins rationnels de serrinage et de purification y sont pratiqués.

L'esprit politique de cette conduite est plus que justifié par la gravité des antécédens et par celle des conséquences possibles. Mais ce que les réglemens sanitaires offrent comme matériellement répulsif est-il en raison directe du danger? L'application du principe est-elle rationnelle dans ses moyens? Ces moyens sont-ils insuffisans ou exagérés? Le résultat sera-t-il toujours sûrement atteint, ou bien ne sera-t-il pas quelquefois faussé? Et peut-on répondre que, dans un an, dans un mois, la peste ne donnera pas à la France un nouvel épisode de 1721, à l'Angleterre la représentation de 1665 et qu'elle ne répétera pas à Milan ou à Florence, à Moscou ou à Athènes, les affreux ravages qu'elle y a déjà causés?

Puis, quand bien même l'expérience répondrait à toutes ces questions d'une manière absolue pour le passé, elle ne saurait les résoudre pour l'avenir, et, par la complète ignorance où nous sommes sur le véritable génie de la peste, sur son développement primordial et sur son mode de transmission, législateurs et médecins sont obligés de partir d'une hypothèse.

Logiquement parlant, les pratiques en vigueur peuvent donc être toutes bonnes comme toutes mauvaises, mais elles sont empiriques et arbitraires, puisque d'un côté le raisonnement ne peut pas les juger scientifiquement et que, de l'autre, l'observation n'est pas autorisée à soutenir que c'est par le fait de ces pratiques que le fléau de l'Orient reste confiné dans ses localités originelles et n'a pas plus souvent envahi l'Occident. Il y a évidemment une lacune immense entre le principe et la loi elle-même, entre la loi et son application, entre cette application et les moyens dont elle se compose. Or, produire des faits de médecine expérimentale immédiatement applicables à la double question médicale et administrative de la contagion, de manière à arriver ainsi à la solution du

sicatoire et quelques autres moyens simples parurent l'avoir presque rétabli; mais au bout de six semaines il commença à se sentir faible, et éprouva quelques autres symptômes d'indisposition avec douleur au *côté*; au bout de trois semaines, l'ictère survint subitement, et acquit en trois jours l'intensité qu'il offre actuellement.

Le malade fut tenu au lit, ventousé, prit des mercuriaux, des purgatifs et des diaphorétiques, et au bout de dix jours la couleur de la peau avait perdu de son intensité, et les selles avaient repris leur état normal. Il n'y avait pas de tuméfaction appréciable dans la région du foie, et la pression sur cette partie n'y déterminait immédiatement aucune douleur; mais quand l'examen était achevé, le malade commençait à y ressentir une douleur sourde qui continuait pendant une heure ou deux, et diminuait ensuite graduellement.

Le 1er février, la couleur de la peau est encore moins foncée; mais le malade a beaucoup maigri; son urine est encore teinte par de la bile.

Le 19, la peau offre maintenant la nuance d'un jaune sale qu'on observe dans les cas de désorganisation profonde du tissu du foie; l'urine est peu abondante; l'abdomen est dur, tendu et évidemment fluctuant. Le malade meurt le 17 mars.

AUTOPSIE. L'abdomen contient près de seize galons de sérosité. Tous les organes, à l'exception de la rate et du foie, sont à l'état normal; la rate est volumineuse et ramollie; le lobe droit du foie tient aux parois abdominales par trois ou quatre adhérences anciennes; cet organe est petit et atrophié; sa surface est inégale; à l'intérieur, son tissu offre une altération générale, et est converti en une masse de petits corps globulaires plus gros que les granulations simples, et d'une couleur plus claire qu'à l'état normal; il se laisse écraser facilement, et lorsqu'on le déchire, il présente une apparence granuleuse, manifeste; le tissu qui entoure les plus gros rameaux de la veine porte est évidemment le plus altéré, en sorte que quand on avait pratiqué une incision transversale sur le trajet de ces vaisseaux, ils semblaient entourés d'un anneau blanchâtre, et leur membrane interne était tachetée de blanc, ce qui était produit par les granulations. Les gros vaisseaux contenaient une grande quantité de sang; et les espaces qui séparaient les granulations étaient d'un rouge pourpré; la vésicule contenait une demi-once de bile d'un jaune très clair; les canaux biliféres étaient libres.

Ce cas nous offre un exemple de la combinaison de l'inflammation du péritoine et du tissu cellulaire avec l'inflammation diffuse du tissu du foie. Le traitement régulier fut commencé trop tard, quand déjà le tissu était désorganisé.

ICTÈRE TRÈS PRONONCÉ DU A L'INFLAMMATION DU FOIE.

OBS. II.—Elisabeth, âgée de 28 ans, fut admise le 4 janvier 1832, affectée d'ictère et d'hémoptisie; elle avait eu neuf enfans, et faisait souvent des excès alcooliques. Elle avait nourri son dernier enfant jusqu'au milieu de décembre, quand elle fut prise de douleurs à la tête et dans les membres, de nausées et vomissement d'un sang très noir. A partir de ce moment, sa peau commença à se colorer en jaune; et, au bout de huit jours, l'ictère était très foncé; les selles étaient noires et liquides; il y avait de la toux et des hémoptisies très abondantes; la peau était d'un rouge foncé et offrait des taches pétéchiales sur les bras; le pouls donnait 104, était faible; le foie descendait au-dessous du rebord des côtes, et offrait quelques rugosités; une pression même considérable sur ce point n'y déterminait pas de douleur.

Les hémorragies se répétèrent très abondantes, et la malade ne tarda pas à offrir tous les symptômes qui suivent les hémorragies excessives; elle fut prise de délire, qui fut calmé par quelques stimulans.

AUTOPSIE. Les poumons ne contiennent pas de tubercules; mais, en arrière, il y a une vaste extravasation de sang approchant de l'apoplexe pulmonaire; le foie est petit et ne descend pas au-dessous des fausses côtes; sa surface est inégale et tachetée; les portions saillantes sont d'un jaune assez vif, et sont plus consistantes que les points déprimés, qui sont d'une couleur pourpre, et paraissent mous et flasques au toucher; on ne distingue parfaitement bien les granulations sur aucun point; une grande quantité de sang s'écoule du foie; il est fluide comme dans tout le reste du corps; la vésicule est contractée et incolore, et contient une cuillerée à café environ de mucus épais et teint par de la bile verte; tous les canaux sont libres et à l'état sain dans toute leur étendue; mais ils sont très petits et paraissent contractés; ils ne contiennent pas la plus légère trace de bile; la muqueuse gastrique et intestinale est presque partout colorée par du sang; les plèvres, les reins, la matière adipeuse sont fortement teints par de la bile, ainsi que le lait qui s'écoule des canaux lactifères.

Il paraîtrait que, dans ce cas, le foie était, avant le commencement de la maladie, déjà gravement altéré par suite des excès auxquels se livrait cette jeune femme. La mort paraît avoir été le résultat, et de l'altération du sang produite par les abondantes hémorragies, et de l'effet débilitant de la bile répandue dans toute l'économie.

ICTÈRE TRÈS INTENSE, SANS OBSTACLE MÉCANIQUE ET DÉPENDANT DE L'INFLAMMATION DU FOIE.

OBS. III. — Sarah, âgée de 28 ans, entra à l'hôpital Guy, dans une salle de chirurgie, pour des ulcères d'un caractère suspect, et y subit un traitement par la salsepareille, les pilules de Plummer, etc., etc.

Le 15 novembre, son état s'étant beaucoup aggravé, elle passa dans mon service. Elle se plaignait depuis une semaine de douleurs abdominales, et offrait depuis deux jours une couleur ictérique très prononcée. Il y avait de la constipation; le pouls était d'une fréquence médiocre; l'urine était colorée, et l'épigastre était douloureux à la pression. L'application de ventouses, de sangsues et de cataplasmes sur la région du foie, et l'emploi des purgatifs n'empêchèrent pas l'ictère d'augmenter, et ne diminuèrent ni la couleur grise des selles, ni la sensibilité de l'épigastre. Au contraire, cette dernière s'étendit à tout l'abdomen; le pouls prit plus de fréquence; il y eut de la dispnée, de la soif, quelques envies de vomir.

Le 28 novembre, elle reste toujours assise sur son lit; elle parle avec lenteur et d'un ton plaintif.

Le 1er décembre, les pupilles sont très dilatées; la malade parle d'une manière presque inintelligible; elle se plaint de ne plus se sentir de force dans la main gauche.

Le 2, elle est dans un état d'assoupissement dont on ne peut la tirer; cependant elle tire la langue quand on lui dit de le faire; elle agite continuellement la main gauche. Dans la soirée, elle pousse des cris très forts, ayant la langue serrée entre les dents.

Le 3, elle est dans un état de coma complet, les yeux tournés en haut; elle meurt le 4.

AUTOPSIE. Les parois abdominales n'offrent pas moins d'un pouce de graisse d'épaisseur; tous les tissus sont d'un jaune brillant; le foie pèse deux livres cinq onces; il est flasque et présente des taches qui varient du rouge pourpre au jaune foncé; à l'intérieur, on distingue parfaitement les granulations rouges au centre et jaunes sur leur circonférence; la vésicule est contractée et contient environ un demi-gros de mucosités avec une légère teinte verte; les canaux biliféres sont libres et n'offrent pas de traces de bile, même dans leur coloration; le *pancreas* est sain; la rate volumineuse; les reins sont lobulés et fortement teints par la bile, ainsi que les ovaires et l'utérus.

On ne peut dans cette observation soupçonner le moindre obstacle au cours de la bile, soit dans les canaux, soit dans le foie lui-même. La bile doit avoir été résorbée avec rapidité au moment même de la formation et elle paraît par son abondant mélange avec le sang avoir agi sur l'économie comme un poison, et avoir été la cause immédiate de la mort. Quant à la cause qui a déterminé tous ces accidens, je l'attribue à un état inflammatoire du foie; ce cas fut l'un des premiers qui fixèrent mon

---

problème politique par la solution du problème scientifique, tel est le seul moyen de mettre un terme à des débats dont la stérilité a été jusqu'ici le plus positif résultat, et de conquérir une vérité de plus.

Pour arriver à la découverte de la cause spécifique ou du principe contagieux de la peste, des tentatives sans nombre ont été effectuées et sont toujours restées infructueuses, incomplètes ou insignifiantes, en n'offrant pas cette sévérité expérimentale nécessaire aux faits qu'elles avaient à produire. La commission du Caire, dont nous faisions partie pendant la peste de 1835, en a répété quelques unes, mais sans rien changer à la question, parce qu'elle a marché dans les mêmes erremens, commis les mêmes fautes et laissé les mêmes lacunes que les autres expérimentateurs. Sous ce rapport, la science n'a donc véritablement rien acquis; les objections capitales subsistent dans toute leur intégrité contre les résultats obtenus, positifs et négatifs, contre les expériences elles-mêmes et contre les conditions générales au milieu desquelles on y a procédé. De nouvelles expériences, comme M. Chervin les conçoit, n'auront pas plus de valeur, et quelque variées qu'elles puissent être dans leurs formes, elles n'acquerront toujours de validité absolue que par l'observation des conditions qui suivent :

1° Expérimenter d'abord dans les localités mêmes de la peste, puis en-dehors de ces localités, avant, pendant et après le cours d'une phase pestilentielle sous des latitudes, dans des contrées, à des distances et à des époques différentes, sur l'homme et sur certains animaux.

2° Opérer sur des sujets étrangers et indigènes, sains et valétudinaires, normaux ou modifiés par certaines médications, vaccinés ou non vaccinés, variolés ou non, avec ou sans exutoires, ayant ou n'ayant pas encore eu la peste, et n'étant ni dans le milieu d'activité de la maladie ni en rapport avec des personnes pestiférées, ou compromises ou avec des effets contagiés.

3° Etablir quatre séries d'expériences, par *infection*, par *contact immédiat*, par *contact médiat* et par *inoculation*.

Dans les premières, les individus seront simplement renfermés et tenus à distance dans une salle de pestiférés, de manière à ce qu'ils soient complètement sous l'influence de la sphère d'activité des malades, et qu'ils ne puissent être impressionnés que par elle, en ne touchant rien des objets environnans. Et quoiqu'on ne puisse pas soutenir que la peste soit à type épidémique, pour détruire toute objection, les pestiférés seraient préalablement transportés en dehors du milieu pestilentiel; en outre, ce mode d'expérimentation devra varier en s'exerçant successivement sur l'atmosphère de la salle, sur l'expiration pulmonaire et sur l'exhalation cutanée, à l'air libre, en chambre close, et par l'aspiration de l'air sortant des poumons de pestiférés.

Dans les secondes, des pestiférés ou des sujets seulement soupçonnés de l'être ou compromis, placés hors du foyer du mal, seront mis en contact immédiat avec des hommes sains étrangers à ce même foyer; la même expérience sera répétée au milieu de la plus grande activité de la maladie sur des individus tenus depuis l'invasion du mal dans les limites du plus strict isolement.

Dans les troisièmes, des effets contagiés choisis, tels que draps de lit, chemises, vêtemens de pestiférés, coton, tissus, substances susceptibles, seront mis dans les mêmes conditions de lieu que dans l'expérience précédente, et revêtus ou seulement touchés par des individus non compromis et aussi pris hors du milieu pestilentiel; une contre-épreuve aura lieu dans les conditions locales et individuelles opposées.

attention sur ce sujet, et toutes les fois que j'en ai vu d'analogues, j'ai employé avec beaucoup d'avantage les antimoniaux combinés avec le mercure et l'opium.

ICTÈRE INTENSE SANS OBSTRUCTION MÉCANIQUE ET DÉPENDANT DE L'INFLAMMATION DU FOIE.

Obs. IV. — K. Pfiffrein, âgée de 18 ans, fut admise, le 11 janvier 1832, pour un ictère; sa peau était de la couleur d'un abricot; elle était très faible, et ses réponses étaient incorrectes; le pouls était à 120, très petit et faible; les pieds et tout le corps sont froids. Depuis quinze jours qu'elle était à Londres, elle avait été constamment mal portante; la teinte jaune de sa peau avait augmenté graduellement, et elle était tombée dans un état d'inactivité qui ressemblait à de la torpeur; elle avait pris un purgatif; n'avait point éprouvé de nausées, et ne se plaignait que peu de la tête; la langue était sale et humide; les pupilles saillantes. (Mercure crayeux trois fois par jour, et s'il n'y a pas de selles, dans la soirée pilule de coloquinte.)

Le 12, il y a eu hier soir d'abondans vomissemens; la malade est restée dans un état de torpeur complète sans se plaindre; mais ce matin elle a commencé à délirer, et on a eu quelque peine à la maintenir dans son lit où elle est très agitée; on ne peut obtenir d'elle aucune réponse; les pupilles sont dilatées, il n'y a point eu de selles, bien que la malade ait pris deux pilules de coloquinte; le pouls est à 106, filiforme compressible. (Deux grains de calomel toutes les deux heures, jalap avec ammoniaque toutes les quatre heures; du vin de temps en temps si la faiblesse augmente; si le délire revient mixture, camphrée, vésicatoire sur la face, cataplasme aux pieds, lavemens fréquens, raser la tête.)

Malgré l'emploi de tous ces moyens, la malade reste dans le coma pendant toute la nuit; le pouls s'élève quelquefois à 140, et est extrêmement faible quand on ne le relève pas par quelque stimulant. On obtient des selles, mais colorées par un peu de sang; les urines passent involontairement; les lèvres deviennent fuligineuses, et la malade meurt le 13 au soir.

Autopsie. La matière adipeuse, les plèvres et tous les viscères abdominaux sont fortement teints par la bile; les intestins sont presque verts. Le foie est d'une petitesse remarquable, d'un jaune brillant, avec des taches pourprés ou d'un brun foncé; à l'intérieur, on trouve la même couleur jaune avec des points d'une couleur très foncée. La vésicule est très petite et contient une cuillerée à thé de mucus épais et d'un vert brillant. Le canal cystique est si fortement contracté qu'un stilet fin ne peut remonter dans son intérieur au-delà des deux tiers; il n'offre cependant ni épaississement ni matière étrangère. Le canal cholédoque a son calibre ordinaire, et sur aucun point de ces canaux, on ne trouve de bile; mais après avoir pressé assez fortement le foie; on trouve les dernières subdivisions du canal hépatique remplies par un mucus très tenace et d'un jaune extrêmement faible. L'iléum et le jéjunum contiennent un mucus jaune ou vert olive; dans le colon on trouve une masse excrémentitielle grise semblable aux matières des ictériques. La rate est molle, le pancréas sain ainsi que les veines, et la vessie est distendue par une grande quantité d'urine. Le canal thoracique est entièrement vide; la substance cérébrale et la membrane du cerveau sont fortement teintes en jaune; les ventricules ne contiennent qu'une très petite quantité de sérosité et non colorée, sans aucune altération appréciable.

On ne peut attribuer la mort dans ce cas comme dans le dernier qu'à l'influence délétère de la bile sur l'économie; et, dans ces deux cas, le sang trouvé dans le cerveau contenait une plus grande quantité de bile que dans la plupart des cas d'ictère, ce qui indique à quel degré ce fluide était imprégné. Ce sont les deux cas les plus tranchés que j'aie observés de l'action délétère de la bile sans aucune des circonstances qui se lient à la cessation de la digestion, et de l'assimilation des alimens, et qui indiquent d'avance l'approche de la mort quand le cours de la bile est empêché par des causes mécaniques.

ICTÈRE; SUPPURATION ABONDANTE DU FOIE; CALCULS DANS LA VÉSICULE, MAIS SANS OBSTACLE A L'ÉCOULEMENT DE LA BILE.

Obs. V. — Le 22 décembre 1833, je fus appelé en consultation pour une dame affectée d'ictère; elle était âgée de 61 ans, et avait beaucoup d'embonpoint; teinte ictérique générale, mais légère; pouls 130, vif et faible; peau chaude et moite; urine et selles colorées par de la bile. Bien que l'embonpoint apportât une grande difficulté à l'examen de l'abdomen, je reconnus que le foie n'avait point augmenté de volume. Cette dame avait éprouvé une première attaque d'ictère il y avait vingt ans, et depuis quatorze ans elle en avait eu huit ou dix qu'elle avait toujours pu rapporter à quelques excès de table ou à l'influence du froid. Quelques doses de pilules bleues suffisaient pour les faire cesser; cependant depuis deux ans, elles avaient été accompagnées de frissons et devinrent plus intenses. Quinze jours avant l'époque où je la vis, elle avait eu très froid un soir, après avoir mangé quelque chose de très lourd, et croyait avoir gagné un rhume, mais elle se trouva entièrement colorée en jaune. Pendant un jour ou deux les selles furent grisâtres et les urines colorées. Pendant la première semaine, elle avait éprouvé des frissons qui revenaient une fois toutes les vingt-quatre heures, mais d'une manière irrégulière; ils duraient une demi-heure environ, et étaient ordinairement remplacés par une légère transpiration (20 sangsues sur la région du foie; cataplasme ensuite; calomel, opium et tartrate d'antimoine toutes les six heures).

Les symptômes offrent une légère amélioration; mais le 1er janvier retour des frissons et accroissement de la couleur jaune de la peau; les selles contiennent de la bile; puis la malade présente de l'assoupissement avec dureté de l'ouïe.

Le 3, elle paraît complètement étrangère à ce qui se passe autour d'elle; quand on la tire de cet état, elle n'accuse pas de douleur, si ce n'est de la sensibilité à l'épigastre par la pression.

Le 10 au soir, elle éprouve quelques convulsions; l'ictère prend encore une nuance plus décidée. Elle est tout-à-fait insensible et reste immobile. Elle meurt dans la nuit du 12 au 13.

Autopsie. L'abdomen, qui est seul examiné, offre au moins deux pouces de graisse partout. Le foie est petit, mais la vésicule a un volume considérable, et tient au diaphragme par des adhérences anciennes et très fortes, et quand on la détache, il s'écoule de la surface supérieure un flot de pus. Le foie incisé dans différentes directions présente de nombreux abcès qui paraissent n'être pas tous du même âge. Il n'y en avait pas moins de cent, depuis le volume d'un pois jusqu'à celui d'un œuf. Quelques-uns contiennent du pus; d'autres une matière patrilagineuse; quelques-uns enfin sont entourés d'un kyste très ferme. La veine porte est obstruée par un caillot fibrineux très ferme et fort adhérent, au-delà duquel elle est évidemment enflammée. On n'a pu suivre ses divisions comme il était à désirer qu'on le fît. La vésicule ne contenait pas de bile, mais elle était distendue par du mucus mêlé à un peu de pus. Ses parois étaient ulcérées et elle contenait dix concrétions angulaires d'un volume médiocre. Les appendices de l'utérus contenaient de petites concrétions calcaires qui ont été examinées par M. Rees.

Ce cas nous offre un exemple de l'inflammation de tout le tissu de foie avec ictère; et bien que la vésicule contînt quelques concrétions biliaires, il s'en faut qu'on puisse le confondre avec les cas ordinaires d'ictère produit par un obstacle mécanique à l'écoulement de la bile; car pendant tout le cours de l'attaque dont j'ai été témoin, les évacuations ont toujours contenu de la bile qui coulait librement par le canal commun, bien que le canal cystique fût probablement obstrué. L'absence presque complète de douleur ou même de sensibilité à la pression nous montre jusqu'où peut s'étendre l'inflammation du foie sans qu'il survienne de douleurs, pourvu que le péritoine ne soit pas le siége d'une inflammation aiguë. L'état de la veine porte est encore un point d'une haute importance dans cette observation, bien que l'examen n'ait pas pu être fait complètement;

Dans les quatrièmes, on agira encore sur les lieux et au-dehors, pendant et après l'activité du mal; on procédera à des inoculations par le sang, le pus des bubons, la sérosité des charbons, le produit de quelques éruptions pestilentielles anomales, les mucosités bronchiques, la salive, la sueur, les matériaux pris dans les premières voies d'absorption muqueuse, pulmonaire et dermoïde, la bile et les divers produits recueillis dans les organes de sécrétion.

Mais pour remplir ces conditions si nombreuses et si graves, au prix desquelles, seules, le génie pestilentiel doit être révélé, il faut un grand acte, et un seul homme ne saurait l'accomplir entier et décisif. A cette œuvre immense, il faut une volonté immense, la grandeur des efforts doit être proportionnée à la grandeur de la tâche, et son exécution authentique réclame un appareil d'autant plus solennel, qu'elle a besoin de plus de retentissement pour être produite fructueuse et impérissable. Pénétré de tout ce que cette idée a d'exact, nous avons la conviction de rallier à nous toutes les sympathies, et de voir bientôt concourir à sa réalisation les législateurs de tous les pays et les médecins de toutes les opinions; seulement, qu'ils se persuadent bien que quelques individualités isolées ne sauront jamais satisfaire à toutes les exigences du problème; et que c'est le corps médical tout entier qui doit être convié à cette grande lutte. Quand, obligée d'être guerrière, l'Europe a vu tant de congrès politiques dont la mort d'un million de braves a été toute la conclusion, pourquoi, devenue pacifique, ne verrait-elle pas un congrès scientifique dont le sauvetage de nations entières serait le bienfait? Quand des congrès particuliers se renouvellent périodiquement en France et en Allemagne au nom des arts et des belles-lettres, pourquoi un congrès général ne se constituerait il pas au nom de l'humanité?

Qu'un congrès scientifique européen soit donc proclamé, qu'il s'assemble, qu'il discute, qu'il délibère, mais qu'il se hâte surtout, car demain, ce soir, peut-être, l'horrible fléau se sera de nouveau étendu rapide et meurtrier sur ces malheureuses peuplades, dont on a toujours parlé, et pour lesquelles on n'a jamais rien fait, dont on rêve le bonheur et réalise la perte, et que le civilisateur occident laisse se cadavériser, au lieu de les vivifier.

A. Bulard.

— A l'occasion de la note insérée dans la Gazette Médicale, sur l'autorisation accordée à M. le docteur Donné, par le conseil général des hôpitaux, de faire l'application de l'inspection microscopique à l'examen du lait des nourrices de la direction rue Ste-Apoline, M. le docteur Devergie médecin du bureau central des hôpitaux, attaché à cette direction, nous écrit que l'article de la Gazette Médicale pouvant faire croire à un changement dans les fonctions qui lui sont confiées, il croit devoir nous informer qu'il continue à remplir ces fonctions. Cet honorable médecin ajoute qu'il a eu soin de mettre à profit les nouvelles lumières résultant de l'examen microscopique appliqué à la détermination des bonnes et des mauvaises qualités du lait des nourrices.

— M. Dumas vient d'être proclamé à l'unanimité professeur de chimie et de pharmacologie à la Faculté de Paris.

Prix proposés. — Dans sa séance du 12 mars 1838, la société médico-chirurgicale de Londres a mis au concours les deux questions suivantes :

Pour 1839 : « De l'usage et de l'abus du mercure. »

Pour 1840 : « De la bronchite. »

mais l'analogie qui existe sous tous les rapports entre cette observation et celle que nous allons rapporter à l'instant nous fait supposer qu'on eût trouvé l'altération dont cette observation nous donne un exemple si curieux.

La vaste ulcération qui existait dans la vésicule ne doit pas avoir été sans influence sur les symptômes, et la situation du seul point où la pression déterminait une douleur, me fait croire que c'est la vésicule elle-même qui était le siége de ces douleurs. Quelques semaines après que j'eus observé ce cas, je fus consulté avec le docteur James Johnson pour un malade dont il a publié l'observation, et chez lequel on trouva la vésicule encore plus largement ulcérée que dans le cas précédent et distendue par du pus et des concrétions biliaires. Guidé par l'analogie que je croyais trouver entre ce cas et les deux derniers que je viens de rapporter, je pensai qu'il y avait inflammation du foie avec suppuration et des calculs biliaires. La suppuration était bornée à la vésicule, mais déjà elle commençait à gagner le foie; il y avait une grande quantité de calculs biliaires. Le malade présentait une vive sensibilité à la pression sur la région du foie. La seule différence qu'offrait ce cas était dans la couleur de la peau qui n'était pas ictérique et ressemblait plutôt à cette légère teinte bilieuse qui accompagne généralement toutes les affections du foie quelque légères qu'elles soient; mais je fus informé que cette couleur avait été plus prononcée au commencement de la maladie.

ICTÈRE LÉGER; VASTE SUPPURATION DU FOIE PÉNÉTRANT DANS LA VEINE PORTE; ABSENCE DE CALCULS BILIAIRES.

OBS. VI. — Truner, âgé de 47 ans, fut admis à l'hôpital Guy, le 6 janvier 1836, tailleur, et jouissant habituellement d'une bonne santé. Depuis quelque temps, cependant, il ressentait une douleur dans le flanc droit, et qui gagna bientôt les épaules. Sortant un jour d'un endroit chaud, et restant quelque temps dans une pièce froide et humide, il se refroidit et fut pris subitement d'un frisson qui fut remplacé par une chaleur assez vive. Le paroxisme revint, mais fut assez léger pour ne point empêcher le malade de continuer ses travaux; au bout d'un mois, cependant, il devint plus intense, et la douleur du côté augmenta aussi. Le paroxisme n'était jamais revenu régulièrement, quelquefois il y en avait deux par jour. L'ictère n'avait jamais été très prononcé; mais la teinte jaune de la peau était évidente, et la conjonctive était fortement colorée; il y avait de l'anxiété, un grand affaiblissement et des douleurs dans la partie supérieure de l'abdomen, ainsi que dans les reins. La plus légère pression sur la région du foie était très douloureuse; le pouls était irrégulièrement intermittent; il y avait de la céphalalgie. (Ventouses mouchetées sur le côté droit; pilules de mercure et d'extrait de jusquiame trois fois par jour; mixture magnésienne toutes les six heures.)

L'état du malade varie peu les jours suivans.

Le 9, les selles contiennent une assez grande quantité de sang; la douleur du côté droit semble diminuer; mais le pouls augmente de fréquence, ainsi que la respiration; la parotide offre un gonflement considérable; le malade rejette du sang même par les vomissemens, et il meurt le 13.

AUTOPSIE. Couleur jaune foncé de la peau; peu d'amaigrissement; le foie, volumineux et adhérent par toutes ses faces aux organes voisins, s'élève jusqu'à la quatrième côte; quelques portions de son tissu sont à l'état sain; mais tout le lobe droit est criblé de si nombreux abcès qu'une incision faite sur le point où il offre le plus d'épaisseur, en ouvre au moins trente qui sont pleins de pus de bonne nature; beaucoup sont enkystées. L'un d'eux, situé tout-à-fait extérieurement, était recouvert par une lame très mince du tissu du foie qui était gangrené; mais ce qu'il y avait de plus remarquable, c'est que les gros troncs de la veine porte étaient remplis de pus et communiquaient par de larges ouvertures avec les abcès, petits comme grands; en sorte qu'il paraissait très difficile de décider, par l'inspection des parties seulement, si le mal avait commencé par les veines, ou si elles n'avaient été affectées que secondairement. Les veines elles-mêmes, cependant, étaient enflammées, et leurs surfaces fournissaient du pus aussi bien que les parois des abcès. Les veines qui se rendent à la veine cave étaient parfaitement saines et contenaient du sang qui était tout à fait à l'état normal. Les canaux biliaires n'offrent rien d'anormal, et la vésicule contient une once de bile assez claire. Le diaphragme dans les points où il était en contact avec le foie était assez altéré, et commençait à offrir des traces de suppuration.

Ces deux derniers cas diffèrent sans doute de ceux que nous avons rapportés auparavant comme des exemples de l'inflammation diffuse du foie; mais ce ne sont que des variétés de la même maladie, et les principales différences qu'ils offrent dépendent de l'intensité primitive de la maladie, et aussi de l'âge et de la constitution des malades. Les cas que nous avons rapportés forment, à notre avis, une série de ce qu'on peut appeler l'ictère inflammatoire ou peut-être idiopathique. D'abord nous trouvons les cas peu graves qui guérissent facilement, et dont nous n'avons pas donné d'exemple; puis le premier est une observation d'inflammation diffuse du foie, bien tranchée, peu grave à son début; mais qui négligée est devenue incurable; les trois autres donnent des exemples de la forme la plus intense de la maladie; et, enfin, les deux derniers nous montrent l'inflammation se terminant par une vaste suppuration.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

I. ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

Les cahiers de décembre, janvier et février contiennent les articles originaux suivans : 1° *De la méningite tuberculeuse chez l'adulte*; par M. Valleix, médecin du bureau central; 2° *Considérations médico-légales sur les morts subites, et sur une de leurs causes jusqu'à présent peu connues* (le dégagement d'un fluide gazeux au milieu du sang en circulation); par M. Ollivier d'Angers; 3° *Considérations pratiques sur l'hydrocèle et le sarcocèle*; par M. le professeur Gerdy; 4° *Observation de grossesse tubaire*; par M. Fleury, interne des hôpitaux; 5° *Recherches sur la cause des bruits anormaux des artères, et application de ces recherches à l'étude de la chlorose*; par M. Beau, chef de clinique à l'hôpital de la Charité; 6° *Remarques pratiques sur l'opération césarienne*; par M. le professeur Moreau; 7° *Nouvelles expériences sur le sang*; par M. Denis, de Commercy; 8° *Notice sur les eaux de Plombières*; par M. Guersent.

DE LA MÉNINGITE TUBERCULEUSE CHEZ L'ADULTE; par le docteur VALLEIX.

Cet article n'est qu'une analyse libre du travail publié l'an dernier par le docteur Lideberden, auquel même l'auteur a emprunté la seule observation qu'il cite; nous ne devons donc pas analyser ici ce travail, dont l'objet d'ailleurs n'est que l'une des périodes de l'affection tuberculeuse, période qui est si rare chez les sujets adultes, et que l'on observe au contraire si fréquemment chez les enfans que souvent, chez eux, elle représente la maladie tout entière.

CONSIDÉRATIONS MÉDICO-LÉGALES SUR LES MORTS SUBITES ET OBSERVATIONS SUR UNE DE LEURS CAUSES JUSQU'À PRÉSENT PEU CONNUE (le dégagement d'un fluide gazeux au milieu du sang en circulation); par le docteur OLLIVIER.

Parmi les faits que contient ce travail, les plus intéressans sont ceux qui ont rapport à la présence d'un fluide gazeux dans les cavités droites du cœur en assez grande quantité pour qu'on ne puisse l'attribuer à la décomposition du sang; ceux au contraire où il y avait en même temps un emphysème général nous paraissent ne différer des cas les plus fréquens que dans un développement plus rapide de la putréfaction. Il est cependant à regretter que dans tous les cas rapportés par M. Ollivier, l'autopsie n'ait pu être faite qu'à une époque assez éloignée de la mort pour qu'il soit impossible de faire la part exacte qu'a pu avoir la décomposition du sang après la mort dans le développement des gaz qui étaient accumulés dans les cavités du cœur; on ne pourrait même pas, pour refuser toute participation à la putréfaction dans la production de ces fluides gazeux, s'appuyer sur ce qu'on n'observerait pas sur les autres points du corps cet emphysème général qui est l'un des premiers signes de la décomposition des tissus, car il y a bien des maladies à la suite desquelles le sang est tellement altéré qu'il a évidemment subi un commencement de décomposition avant la mort. C'est ainsi qu'on voit quelquefois, chez les sujets qui ont succombé à la fièvre typhoïde, le sang changé en une matière spumeuse causée par l'apparition d'un grand nombre de bulles de fluides élastiques, tandis que les autres organes n'offrent aucun signe appréciable de décomposition commençante.

CONSIDÉRATIONS PRATIQUES SUR L'HYDROCÈLE ET LE SARCOCÈLE; par M. le professeur GERDY; recueillies et publiées par M. BEAUGRAND.

Le but que M. Gerdy s'est proposé dans ce travail, est de mesurer en quelque sorte l'étendue d'un principe de chirurgie généralement admis aujourd'hui, savoir: que quel que soit le moyen qu'on met en usage pour provoquer l'irritation de la vaginale testiculaire hydropique, la maladie guérit toujours si l'irritation est au degré convenable. Sans ignorer qu'une foule de moyens seraient capables de remplir cette indication, les chirurgiens se sont arrêtés de préférence aux injections de vin chaud, comme celles qui ont donné des résultats satisfaisans. M. Gerdy a voulu s'assurer expérimentalement des effets des injections d'eau pure et chaude, d'eau alcoolisée, d'eau alumineuse et d'eau salée froide; il a obtenu des effets variables.

Parmi les questions un peu vulgaires traitées par M. Gerdy, il a examiné certaines contre-indications à l'opération.

« La ponction exige, dit-il, quelques recherches préalables, et d'abord l'hydrocèle est-elle congénitale? On sait que la condition anatomique de cette variété consiste dans une communication entre la tunique vaginale et la cavité du ventre; dès-lors le liquide épanché doit, si l'on comprime la tumeur, refluer dans l'abdomen; tel est le signe pathognomonique.

» Or, on ne peut songer à pratiquer une injection irritante dans une semblable tumeur, sans exposer l'opéré à une phlegmasie du péritoine, phlegmasie dont on connaît les dangers. Ainsi, quand il s'agit d'un hydrocèle congénitale, on ne doit pas pratiquer l'opération.

» La présence d'une hernie peut être encore une contre-indication, etc. »

Nous ne partageons pas l'opinion de M. Gerdy relativement aux dangers qu'il signale. L'expérience nous a appris plusieurs fois à la clinique de Dupuytren que les hydrocèles communiquant avec le péritoine, et qu'on ne rencontre ordinairement, comme on sait, que chez les enfans, peuvent être aisément opérées et guéries par l'injection vineuse, sans faire courir le moindre risque. On peut sûrement prévenir la réaction péritonéale en comprimant fortement l'anneau inguinal par la main d'un aide pendant l'injection, et à l'aide d'un bandage herniaire ensuite. On limite parfaitement de la sorte l'inflammation, et la guérison s'opère à l'ordinaire comme chez l'adulte. Il en est de même de l'hydrocèle compliquée de hernie, à moins que cette dernière ne soit irréductible. Nous avons vu deux fois Boyer opérer heureusement par injection cette variété d'hydrocèle, après avoir réduit la hernie et appliqué un bandage solide.

Vient un autre point relatif à la position du testicule dans la poche hydrocélique. M. Gerdy reconnaît bien que cet organe et son cordon se trouvent quelquefois en avant au lieu d'être en arrière comme de coutume; mais il n'entre dans aucun détail, ni sur les conditions des hydrocèles qui offrent cette particularité, ni sur le mécanisme formateur de ce déplacement, ni enfin sur les moyens de le reconnaître et de l'éviter dans la ponction. De belles recherches cependant ont été faites sur cette importante question, recherches dont l'éveil a été donné par Scarpa, puis par Dupuytren.

Arrivons aux expériences que M. Gerdy a faites chez l'homme.

1° *Injection d'eau pure.* En juillet 1834, il a opéré une hydrocèle du volume des deux poings chez un homme d'assez mauvaise constitution. Après la ponction qui a donné issue à une pinte de liquide très limpide, il a fait trois injections d'eau chaude à 35° centigrades, qui séjournèrent quelques minutes et déterminèrent à peine de légères douleurs le long du cordon. Le scrotum fut ensuite revêtu de compresses imbibées d'eau chaude animée d'un quart environ d'eau-de-vie camphrée. Le quatrième jour, réaction scrotale intense; sangsues, cataplasmes. Le huitième jour, le phlegmon décline et se termine par résolution. Guérison radicale de l'hydrocèle dans l'espace de vingt jours.

2° *Injection d'eau alcoolisée.* Quatre malades ont été traités par cette espèce d'injection. M. Gerdy a mis un dixième d'alcool camphré dans de l'eau, et pratiqué trois injections comme on a coutume de le faire pour le vin chaud. Deux de ces malades ont guéri rapidement; chez les deux autres il y a eu récidive. Il a fallu répéter l'opération pour en obtenir la guérison.

3° *Injection avec de l'eau alumineuse.* On a saturé l'eau d'alun et on l'a injectée froide. Deux malades ont été traités et guéris par ce moyen: l'un d'eux a eu un abcès aux bourses qu'il a fallu ouvrir.

4° *Injection d'eau salée.* Un seul malade a été soumis à cette injection: on a fait fondre à froid du sel marin dans de l'eau pure. Guérison prompte; mais il faut noter qu'il s'agissait dans ce cas d'une hydrocèle enkystée du cordon.

Telle est la substance des faits rapportés par M. Gerdy. Ils sont malheureusement en trop petit nombre pour permettre de rien conclure de positif. Tout ce qu'on pourrait déduire pour le moment, c'est qu'ils confirment ce principe de thérapeutique qui veut que l'épiphlogose, ou l'inflammation oblitérique de la poche peut être obtenue par des moyens divers. Toute la difficulté, cependant, est d'en trouver un dont les effets salutaires soient plus constans que ceux qu'on obtient par le vin. M. Gerdy, du reste, préfère l'injection du vin rouge, à une température assez élevée telle que le doigt puisse à peine la supporter, à tous les autres moyens, sans en exclure la teinture d'iode. Il est à regretter que l'auteur n'ait pas poussé jusqu'à présent plus loin l'expérience de l'injection d'eau simple chaude, et d'eau salée froide; il arriverait peut-être à des données plus précises qu'on ne peut avoir avec le vin, car la qualité de ce dernier liquide est souvent très variable, comme on sait, surtout après avoir été soumis à l'action de la chaleur.

RECHERCHES SUR LA CAUSE DES BRUITS ANORMAUX DES ARTÈRES, ET APPLICATION DE CES RECHERCHES A L'ÉTUDE DE PLUSIEURS MALADIES, ET PRINCIPALEMENT DE LA CHLOROSE; par le docteur BEAU.

De toutes les opinions émises sur la cause des bruits anormaux que l'on entend dans les artères, celle qui paraît la plus probable à l'auteur est celle qui a déjà été avancée par plusieurs physiologistes et expérimentateurs, et qui l'attribuent au frémissement produit par l'ondée sanguine sur la paroi artérielle par un frottement exagéré; il pense qu'on n'avait pas indiqué avec exactitude la condition première de ce frottement, que cependant il regarde comme ressortant évidemment des expériences sur lesquelles cette théorie s'appuyait. Cette condition, nécessaire à la production des vibrations dans les tubes, est pour M. Beau la présence d'une masse de liquide trop grande pour la capacité du vaisseau; c'est sur l'application de cette formule aux cas fournis par la pathologie que roule tout l'article. Considérant donc les divers états morbides où l'on perçoit dans les tubes artériels des bruits anormaux, l'auteur trouve l'application de cette formule 1° dans les *tumeurs anévrismales*, où le sang arrivant facilement et n'en sortant qu'avec peine, il lui paraît évident que la capacité de la tumeur ne suffit plus pour la quantité de sang qui la traverse. Il y a alors défaut de proportion entre le sang et la capacité de la tumeur, d'où le frémissement et le bruit; 2° dans l'*anévrisme variqueux*, où le calibre de la veine est distendu à l'excès par la somme du sang artériel et du veineux qui y affluent chacun en sens opposé; 3° dans les cas de *compression des artères*, dans lesquels l'étroitesse accidentelle et locale du tube artériel produit sur le point comprimé un défaut de proportion entre la quantité de sang et le calibre de l'artère. Que la compression soit faite avec la main ou avec un instrument dans un but thérapeutique, ou par une tumeur qui se développe sur le trajet d'un tronc artériel, le résultat est le même. De là l'ingénieuse explication donnée par M. Bouillaud de la cause du *bruit placentaire ou utérin*, qui ne se trouverait ni dans le placenta ni dans les parois de l'utérus, mais dépendrait de la compression des artères iliaques par l'utérus développé.

Si la théorie avancée par l'auteur paraît assez probable pour l'explication des bruits artériels locaux, en est-il de même dans les bruits artériels généraux? Il est permis d'en douter; ainsi, dans l'*insuffisance des valvules aortiques*, où l'on perçoit un bruit de soufflet dans la région du cœur isochrone au second temps, et un bruit artériel isochrone au premier temps, voici comment l'auteur explique la formation de ces deux bruits. Le ventricule qui est constamment dilaté dans cette maladie reçoit une masse de liquide plus considérable que dans l'état normal, et cette ondée sanguine doit pénétrer tout entière dans le système artériel, puisque rien ne met obstacle à sa sortie du ventricule, et que la contraction ventriculaire est énergique. Par conséquent, il y a défaut de proportion entre l'ondée sanguine et la capacité du calibre artériel; de là, cette vibration manifeste que l'on perçoit à chaque dilatation des artères.

Quant à la différence qui existe, dans les cas d'insuffisance, dans l'intensité des bruits artériels entre les différentes artères, dans quelques-unes desquelles même on ne les entend pas du tout, l'auteur en trouve l'explication dans la différence d'épaisseur et de solidité que présentent les tissus qui se trouvent entre l'artère et l'oreille, et aussi dans la différence de capacité des artères elles-mêmes. La carotide, par exemple, donne des bruits plus marqués que la crurale, parce que la disproportion qui les produit est plus grande à la carotide qu'à la crurale; puisque, d'après le fait généralement admis que le système artériel augmente de capacité à mesure que l'on s'éloigne du cœur, la carotide, placée plus près du sommet du cône artériel que la crurale, doit être proportionnellement plus distendue qu'elle, et voilà pourquoi, dans *l'insuffisance des valvules*, la première donne plus de vibration et des battemens plus forts que la seconde.

Les maladies où M. Beau pense que la théorie qu'il propose peut donner l'explication des bruits artériels que présentent quelquefois les malades qui en sont atteints, sont 1° la *pléthore*, où il suppose une surabondance de sang capable d'établir une disproportion entre la quantité de ce fluide et le calibre des artères; 2° l'*hypocondrie*, où ces bruits sont dus, comme dans la pléthore, à une surabondance de sang, mais passagère; 3° la *chlorose*; ici l'auteur est obligé d'émettre, sur la nature de cette maladie, une opinion très différente de celle généralement admise. Pour lui, la chlorose, non-seulement n'est pas une variété de l'anémie; mais cette maladie dépend plutôt d'une exubérance que d'une diminution de la masse sanguine. La seule différence qui se trouverait entre la chlorose et la pléthore, c'est que chez les chlorotiques, il n'y aurait en même temps qu'augmentation de la quantité de sang, appauvrissement des qualités nutritives de ce liquide qui, chez ces malades, est décoloré et contient une grande quantité de sérosité. Cette opinion repose sur un fait général que l'auteur dit avoir trouvé, mais dont il ne nous fait pas connaître ici les preuves; c'est que *dans toute chlorose bien confirmée, c'est-à-dire ac-*

compagnée de bruits artériels, les artères présentent un volume qui est en rapport avec l'intensité de la chlorose et des bruits; ce volume diminue quand la chlorose guérit et que les bruits disparaissent. Si le pouls est mou chez les chlorotiques, nous dit M. Beau, c'est parce que le sang est aqueux et qu'il est chassé mollement par le cœur, dont la stimulation est insuffisante; mais il est plein et développé, parce que le sang bien que séreux est en quantité surabondante.

REMARQUES PRATIQUES SUR L'OPÉRATION CÉSARIENNE; par M. le professeur MOREAU; recueillies par M. BOUCHACOURT.

Ce travail a pour point de départ un fait qui s'est passé dernièrement à la clinique d'accouchemens. Il s'agit d'une femme dont le bassin était vicié et chez laquelle M. Moreau a pratiqué l'opération césarienne : la femme et l'enfant sont morts. Cette observation n'offre pas par elle-même des circonstances assez neuves pour être reproduite; mais, à son occasion, M. Moreau soulève et discute deux questions dignes d'intérêt : l'une est relative aux moyens prophylactiques de l'opération césarienne, ou propres à faire éviter cette terrible opération. L'auteur croit que, lorsqu'on est consulté à une époque convenable de la gestation, on peut parvenir, à force de saignée et de diète sur la mère, à empêcher l'enfant d'acquérir beaucoup de volume et obtenir de là son issue par les voies naturelles, à l'époque ordinaire de l'accouchement. Cette espèce d'arrêt artificiel de développement du fœtus dans le sein de la mère paraît avoir quelquefois réussi à M. Moreau. Malheureusement cependant les faits de ce genre ne sont, jusqu'à ce jour, qu'un nombre d'un ou de deux, pour pouvoir compter suffisamment sur l'efficacité d'un pareil moyen. L'avenir le fera, sans doute, mieux apprécier. Il ne faut pas oublier, en attendant, que, d'un côté, nous ne sommes pas toujours consultés assez tôt pour employer le précepte dont il s'agit, et que, de l'autre, toutes les femmes qui se trouvent dans ce cas ne voudront on ne pourront pas s'y soumettre. M. Moreau n'a pas omis, du reste, dans cette circonstance, de discuter la valeur de l'accouchement prématuré artificiel : il n'en est pas partisan. De puissantes raisons cependant et même des faits assez nombreux militent aujourd'hui en faveur de l'opinion contraire. Les plus grands accoucheurs anglais et américains, entre autre Ashwell et Dewess, pratiquent, pour ainsi dire, à la journée l'accouchement prématuré, et même l'avortement, dans les cas bien circonstanciés, et ils n'ont qu'à se féliciter de cette conduite (voy. GAZ. MÉD. 1837, p. 210 et suiv.). Mieux vaudrait peut-être tirer dorénavant parti de ces deux pratiques réunies : il est clair que l'accouchement artificiel doit mieux réussir lorsqu'il a été précédé du traitement asthénique de M. Moreau.

Il y a, sans doute, ici la question de la viabilité de l'enfant à considérer. Pour nous, cette question n'en est plus une : *la conservation de la mère doit passer avant celle de l'enfant*. Napoléon a décidé lui-même cette grave question; il a dit à Dubois: *Sauvez la mère;* et M. Gerdy n'a pas hésité dernièrement de soutenir, par de bonnes raisons, la même thèse au sein de l'Académie de médecine (voy. GAZ. MÉD., 1838, p. 143). Qu'est-ce, en effet, la vie toujours fragile, incertaine, d'un fœtus en comparaison de celle d'une mère, épouse, qui occupe déjà un rang dans la société?

La seconde question concerne la valeur relative de l'hystérotomie et de la mutilation de l'enfant s'il est vivant.

Admettant comme un principe inviolable la conservation de la vie de l'enfant, M. le professeur Moreau a dû donner la préférence exclusive à l'opération césarienne, lorsque l'issue de l'enfant par les voies naturelles était impossible. Dans le cas où l'enfant est déjà mort dans le sein de la mère, sa mutilation, soit à l'aide du céphalotribe, soit à l'aide des autres procédés connus, mérite la préférence si les dimensions du bassin sont assez larges pour permettre l'application convenable de ces instrumens et de tirer l'enfant par le canal naturel. Il y a pourtant des cas où, malgré la mort de l'enfant, l'hystérotomie est indispensable, c'est lorsque le canal vaginal est tellement rétréci que le forceps céphalotribe ne peut pas être introduit. Aussi M. Moreau pense que l'application de cet instrument devient de plus en plus exceptionnelle.

NOUVELLES EXPÉRIENCES SUR LE SANG; par M. DENIS, de Commercy.

Ce travail est la suite de l'ouvrage que publia, il y a bientôt dix ans, M. Denis. Nous allons faire connaître quelques-uns des aperçus les plus importans qu'il présente. La question de l'identité de l'albumine et de la fibrine, que l'auteur paraît avoir démontrée le premier, et qui, aujourd'hui, est assez généralement admise, occupe une partie de ce travail, et est appuyée de preuves très nombreuses, mais qui n'équivalent point encore à l'analyse élémentaire; il est à désirer que cette dernière vienne confirmer l'opinion soulevée par M. Denis, et à laquelle se rattachent une foule de problèmes, dont quelques-uns sont d'un grand intérêt pour la chimie organique et la médecine pratique.

Si on suit les transformations du sang dans le corps, on observe des variations nombreuses dont quelques-unes peuvent être incompatibles avec la santé. Les suivantes surtout, qui paraissent avoir fixé l'attention de l'auteur, sont un indice de ce que la science peut espérer de l'application à la pathologie des faits révélés par la chimie.

1° L'augmentation des globules du sang ne peut avoir pour résultat qu'une sollicitation chimique trop vive des actions moléculaires de l'organisation, et, par suite, des troubles variés, des inflammations aiguës, etc., tandis que l'augmentation du sérum atténuera les effets des globules qui seront mal élaborés, l'assimilation se fera difficilement, et, de là, des dépôts, des engorgemens, etc.

2° Si le sérum est pourvu d'une quantité d'eau plus grande que celle qu'il possède à l'état sain, l'union de ses substances immédiates, de ses matières grasses surtout, sera compromise; plusieurs tendront à se précipiter.

3° Si le sang renferme moins d'albumine qu'à l'état normal, il constituera un liquide trop alcalin qui attaquera le noyau des globules formés déjà, et s'opposera à la précipitation de l'albumine nécessaire à la formation de nouveaux globules.

4° Privé de ses sels, même d'une petite partie de leur ensemble, le sang tendra à se coaguler dans les vaisseaux, en tout on en partie, par la solidification instantanée d'une plus ou moins grande portion de son albumine liquide.

5° Si l'on suppose la base de ses sels tout-à-coup diminuée de quantité, il y aura des acides mis à nu dans le sang, et la constitution de ce fluide ne pourra se soutenir un seul instant; il se précipitera une portion de l'albumine unie à des acides, et il restera de ces mêmes acides libres dans le sang. Il en sera de même d'une diminution de la quantité des acides; seulement alors l'albumine solidifiée sera unie à des alcalis, et il restera de ces alcalis dans le sang.

6° Les matières colorantes jaune et bleue, augmentées de quantité, coloreront la peau et les fluides sécrétés plus fortement en jaune verdâtre, qu'elles ne le font dans l'état normal; leur diminution la rendra au contraire pâle et décolorée.

7° L'augmentation des sels aura un effet plus désastreux; elle rendra impossible la formation des globules; elle tendra à les dissoudre; le sang sera incoagulable.

M. Denis n'a encore examiné attentivement que neuf espèces d'altérations de sang bien caractérisées. Le sang couenneux donne à l'analyse moins de sels fixes au feu rouge que le sang sain, et fournit au contraire plus de soude; il semble donc que la diminution des sels dans le sang couenneux a lieu aux dépens du chlorure de sodium, et que l'augmentation de la soude correspond à celle que devait posséder le chlorure qui se trouve en moins.

Quelquefois on a observé que le sang était devenu couleur lie de vin ou chocolat au lait; en cette circonstance il est coagulé; c'est un sang couenneux au plus haut degré. Dans ces cas, M. Denis n'y a plus rencontré de chlorure de sodium; il y avait une forte proportion de soude, très peu de sel neutre.

Le sang des pléthoriques n'a offert à l'auteur que des globules en nombre plus considérable que de coutume, et celui des chlorotiques, des anémiques, des personnes soumises à la diète, n'a donné pour résultat qu'une diminution considérable de ces mêmes globules.

Dans l'ictère, augmentation simple de la matière jaune-verdâtre; elle n'existait pas au contraire dans le sang à sérum incolore.

La thérapeutique peut-elle tirer déjà parti des connaissances chimiques nouvelles qu'expose M. Denis? Il ne cite qu'un seul cas où il ait semblé suivre avec profit les données de la théorie; c'est un cas de croup. Il a voulu attaquer la membrane fibrineuse qui se forme dans la trachée directement par l'insufflation de substances dissolvantes et indirectement par l'introduction dans le sang par voie d'absorption de substances dissolvantes, et il assure l'avoir fait avec succès avec des sels imités de ceux du sang.

NOTICE SUR LES EAUX DE PLOMBIÈRES; par le docteur GUERSANT.

Cette notice contient ce que les eaux de Plombières offrent de plus saillant et de plus remarquable aujourd'hui; nous y trouvons l'indication des améliorations qu'on se propose de faire dans l'établissement et la comparaison de l'analyse de ces mêmes eaux faites par Vauquelin, avec celle que vient de faire récemment M. Henri; il résulte de cette comparaison que M. Henri a trouvé de plus que Vauquelin de l'acide carbonique libre, de l'air un peu plus oxigéné que celui de l'atmosphère, du bicarbonate de protoxide de fer, et une petite quantité d'alumine qui paraît être la cause

principale de la propriété savonneuse qu'on attribue aux eaux de Plombières. Nous trouvons à la fin de l'article quelques réflexions judicieuses sur l'emploi des eaux de Plombières dans les cas de stérilité; car il est peu de sources d'eaux minérales qui aient autant été vantées dans ces cas; c'est probablement ce qui avait engagé Corvisart à y envoyer l'impératrice Joséphine; mais que pouvaient les eaux de Plombières et toutes les autres eaux minérales dans un cas comme celui de l'impératrice Joséphine, chez laquelle il était impossible de ranimer la vitalité d'un organe qui avait cessé de faire ses fonctions?

II. REVUE MÉDICALE.

Les cahiers de décembre, janvier et février contiennent les articles originaux suivans : 1° *Remarques pratiques sur les ulcérations du col de la matrice et sur l'abus du spéculum dans le traitement de cette maladie*, par M. Gibert; 2° *Mémoire sur les rapports des sexes dans les naissances de l'espèce humaine*, par M. Giron de Buzareingues; 3° *Mémoire sur la rupture de la matrice pendant la grossesse*, par M. Mondière (1re partie). Nous en rendrons compte lorsque tout le travail sera publié. 4° *Mémoire sur les causes générales des syphilides*, par M. Martins. Ce mémoire ayant été lu à l'Académie, et jugé par une commission, nous avons dans le temps fait connaître les idées les plus neuves qu'il contient. 5° *Extension, massage et percussion cadencée, dans le traitement des contractures musculaires*, par M. Récamier; 6° *Mémoire sur les ulcères simples, chroniques, de l'estomac*, par M. le professeur Cruveilhier; 7° *De la cure radicale des hernies*, par M. Belmas (1re partie). Nous en rendrons compte lorsque tout le mémoire aura paru.

REMARQUES PRATIQUES SUR LES ULCÉRATIONS DU COL DE LA MATRICE ET SUR L'ABUS DU SPECULUM UTERI DANS LE TRAITEMENT DE CETTE MALADIE; par M. GIBERT, médecin de l'hôpital de Lourcine (vénériens, femmes).

Ayant été à même, par suite de sa position, d'observer, d'une manière suivie, un grand nombre de malades atteintes d'affections au col de l'utérus, M. Gibert a pu faire des remarques importantes sur les ulcérations de cette partie de la matrice.

M. Gibert précise d'abord, à l'aide de plusieurs figures, les conditions du col utérin bien-portant chez la femme qui n'a point fait d'enfant, *col virginal*; et chez la femme mère, *col maternel*. Le col virginal offre ceci de particulier : il est arrondi, légèrement pyramidal, et se rapproche le plus ordinairement de la forme mamelonnée; il est percé à son centre d'une ouverture ronde, plus ou moins étroite. Le col maternel, au contraire, est plus ou moins déformé et aplati, il est plus volumineux : une fente transversale, plus ou moins béante, avec quelque peu d'irrégularité dans ses bords, a remplacé l'espèce de pertuis primitif. Ces caractères, dont on prévoit l'importance, tant pour la médecine légale que pour le diagnostic des maladies utérines, peuvent être apppréciés au toucher et au speculum.

M. Gibert a rarement rencontré le col de l'utérus exempt de leucorrhée; il a observé que chez les jeunes personnes dont le vagin n'est pas habituellement humecté par des fleurs blanches, le museau de tanche laisse voir entre les lèvres, au speculum, une gouttelette de liqueur claire et transparente. Dans l'état naturel, le vagin est pâle et rose; il est ridé et un peu grenu; le col de l'utérus est parfaitement lisse et d'un blanc cutané très faiblement rosé. Mais beaucoup de circonstances peuvent faire varier la longueur, le volume, la forme et la direction de cette portion du col, qui proémine dans le vagin. Plus d'une fois il est arrivé qu'on regardait comme morbide une apparence de tuméfaction ou d'irrégularité qui ne tenait qu'à des différences individuelles, dépendant elles-mêmes tantôt d'une conformation spéciale, tantôt d'un certain degré de prolapsus utérin, tantôt de la saillie formée par le col de l'utérus, revêtu plus ou moins haut par la muqueuse du vagin, ou d'autres circonstances tout aussi insignifiantes.

Quant à la coloration et à l'aspect plus ou moins lisse du col, il nous est arrivé plusieurs fois, dit l'auteur, en mettant un certain intervalle entre nos examens (quinze jours, trois semaines, un mois, par exemple), de trouver à cet égard des variations qui nous ont paru accidentelles, passagères et sans importance.

La principale espèce d'ulcération du museau de tanche dont M. Gibert s'occupe dans ce travail est la *granulée*, sorte d'érosion de nature syphilitique le plus souvent et qui n'a rien de commun avec le cancer. On sait bien, en effet, que ce n'est pas par l'ulcération que les affections cancéreuses débutent. L'érosion granulée du col de l'utérus diffère du chancre en ce sens qu'elle est un symptôme consécutif de la vérole; elle n'est, par conséquent, pas contagieuse, car, comme on sait, les symptômes secondaires de la vérole ne sont pas inoculables. Rien n'empêche pourtant, ainsi que le fait judicieusement observer M. Gibert, que le chancre primitif du museau de tanche ne se convertisse en ulcération granulée; cela arrive d'après les recherches de M. Ricord, à compter de l'époque où le chancre primitif devient calleux et que le principe virulent passe dans le sang. Il ne faut pas oublier cependant que le chancre primitif du col utérin est fort rare, puisque M. Gibert ne l'a observé que trois fois jusqu'à ce jour, tandis que l'érosion granulée est, au contraire, fort commune. Laissons parler l'auteur :

« Pour donner une idée de la fréquence de ce symptôme, je dirai que sur 500 malades dont j'ai recueilli l'observation, 143 ont offert une érosion granulée du col. Chez un petit nombre d'entre elles (une quinzaine environ) cette érosion granulée existait seule et sans autre symptôme; chez quelques-unes mêmes, c'est à peine si l'on pouvait découvrir la moindre trace de leucorrhée; chez les autres, le spéculum ne faisait voir qu'une sécrétion utérine claire et visqueuse, que nous jugeons tout à fait innocente, et qui, dans beaucoup de cas, n'est pas même connue des femmes chez lesquelles on la rencontre. Toutes les autres malades signalées comme atteintes d'érosion granulée du museau de tanche offraient en même temps plusieurs indices plus ou moins caractéristiques de syphilis. »

Les affections concomitantes de la maladie en question sont, chez la majorité des sujets observés par M. Gibert, les chancres anciens, les tubercules plats génitaux, bubons, ulcères de l'arrière bouche, végétations, syphilides, blénorrhagies. Quelques femmes ne présentaient cependant, avec l'ulcère granulé, qu'un écoulement utérin opaque, blanchâtre ou purulent; d'autres n'offraient qu'une vaginite légère avec leucorrhée. « En définitive, dit l'auteur, la rougeur du col et de la partie supérieure du vagin et la leucorrhée sont les deux phénomènes que l'on rencontre le plus ordinairement liés à l'ulcération du museau de tanche. »

Voici maintenant quelle est la description que l'auteur ajoute aux quatre figures qu'il a fait dessiner pour faire bien comprendre les caractères particuliers de la maladie :

« On y voit, dit-il, que cette ulcération, toujours assez superficielle, a généralement une forme arrondie et plus ou moins nettement circonscrite; qu'elle occupe tantôt la lèvre supérieure, tantôt la lèvre inférieure du col, tantôt les deux lèvres, et que parfois même elle semble pénétrer dans la cavité du col de l'utérus; que sa surface est rouge, grenue, et contraste notablement avec l'aspect lisse et poli du col à l'état normal; elle saigne avec facilité au contact. Le plus ordinairement un voile de mucosité visqueuse et demi-transparente, qui coule de l'orifice du museau de tanche, recouvre l'érosion granulée et ne s'enlève qu'assez difficilement, à l'aide d'un pinceau de charpie. A son début, cette ulcération se montre sous la forme de petits points granuleux, légèrement saillans, qui peu à peu s'excorient et deviennent confluens. Il est assez rare toutefois, même dans les érosions granulées les plus anciennes, de voir l'ulcération acquérir l'étendue et la forme régulière et si nettement circonscrite que présentent les figures *b* et 7 de la planche.

» L'érosion granulée du col de l'utérus n'est pas, à proprement parler, un symptôme grave. Elle ne donne le plus ordinairement lieu à aucune douleur, à aucun accident, et c'est bien gratuitement qu'on a prétendu lui assigner les signes de la métrite proprement dite. Elle guérit très bien sans qu'il soit nécessaire d'avoir recours à aucun des moyens énergiques que l'on emploie journellement contre ce symptôme. Mais elle a ordinairement une assez longue durée, quel que soit le traitement qu'on lui oppose, et montre beaucoup de tendance à se reproduire. »

M. Gibert fait remarquer avec raison que, bien que cette maladie soit très souvent un symptôme secondaire de syphilis, on aurait tort de la rapporter toujours à ce principe. Le tableau qui précède, du reste, est trop clair pour permettre de confondre l'ulcération en question avec les excoriations, les simples rougeurs, les aphtes et certaines taches du museau de l'utérus. On pourrait cependant se demander si le col utérin n'est sujet à d'autres espèces d'ulcérations qu'à celles dont on vient de parler; il est à regretter que l'auteur n'ait pas abordé cette question : il se contente seulement de dire que le col est aussi sujet à l'ulcération simple ou inflammatoire. Les chirurgiens cependant ne comprennent pas trop ce que c'est qu'une ulcération simple : le mot ulcère indique une érosion chronique, et il se rattache toujours, soit à un principe dyscrasique, soit à une irritation locale persistante. Une suppuration passagère ne mérite pas le nom d'ulcération, et elle est toujours passagère en-dehors de ces circonstances. On sait, du reste, que Boyer niait formellement toute autre espèce d'érosion au col de l'utérus que la cancéreuse; cela est d'autant plus étonnant qu'à l'époque où il imprimait la seconde édition de son grand ouvrage, plusieurs écrits dignes de foi avaient été publiés sur ces affections, et que l'usage du speculum était déjà assez répandu pour s'en assurer de ses propres yeux.

Le traitement des ulcérations granulées qui a le mieux réussi à M. Gibert est très simple. Localement il emploie des injections de teinture de noix de galle, préparée par la méthode de déplacement ou d'alcool tannique, d'après le procédé de M. Boutigny, pharmacien : cette liqueur est, bien entendu, délayée dans huit parties d'eau avant d'être injectée.

Le vinaigre rosat, délayé avec de l'eau, a également produit en peu de temps, dans la pratique de l'auteur, la dessiccation des ulcérations et des fleurs blanches. Intérieurement il a recours aux préparations mercurielles. Le proto-iodure de mercure à la dose d'un grain par jour, sous forme pilulaire, pendant un temps variable de six semaines à trois mois, est la préparation à laquelle il donne la préférence. Les ulcérations guérissent quelquefois sous l'influence de la seule médication constitutionnelle; jamais cependant la guérison n'a eu lieu lorsqu'on s'est borné aux applications topiques. M. Gibert n'a pas trouvé que la pierre infernale, les tampons trempés d'eau blanche et les pommades mercurielles étaient aussi efficaces que les injections tannisées dont il s'est servi. Il n'est pas nécessaire que la malade reste couchée ni autrement immobile pendant le traitement; il suffit seulement qu'elle s'abstienne du coït pour assurer suffisamment le repos de l'organe.

Mémoire sur les rapports des sexes dans les naissances de l'espèce humaine; par Ch. Girou de Buzareingues.

Le but de ce travail est d'ajouter de nouvelles preuves à l'appui de la proposition suivante, qui a été développée ailleurs par l'auteur : « Tout ce qui tend à accroître la force musculaire, tant de l'homme que de la femme, contribue, par ses influences sur l'organisation, à la procréation du sexe masculin. »

L'auteur voit, dans les diverses applications de l'industrie, le principe d'un inégal développement de la force motrice. Les travaux casaniers, sédentaires, qui ne demandent que patience et adresse, ne peuvent fortifier le corps autant que ceux qui se font en plein air ou qui exigent une grande puissance musculaire. Il rappelle qu'il a prouvé ailleurs que le nombre relatif des filles est plus grand en général chez les aînés que chez les puînés, et que, parmi les premiers produits du mariage, ceux des mariages du carnaval, temps d'oisiveté, d'intempérance et d'incontinence, donnent un plus grand nombre relatif de filles que ceux des autres mois de l'année.

Les documens sur lesquels ces recherches sont basées ont été pris dans les états officiels des mouvemens de la population déposés aux archives du royaume et dans l'*Annuaire du Bureau des Longitudes*. Il a distingué les dernières années du consulat de celles de l'empire; celles-ci de celles de la restauration; et ces dernières des premières du règne de Louis-Philippe. Dans les résultats de ces quatre périodes, le nombre relatif des mâles va décroissant de la première à la dernière, et de la dernière à la troisième, et il augmente à la quatrième. Il pense que cette dernière augmentation croîtra encore, sauf quelques oscillations, par l'effet du morcellement des propriétés et de l'extension de la petite culture.

Le plus grand nombre mensuel des mariages arrive dans les mois de janvier et de février. Les premiers produits des mariages naissent principalement vers le dixième ou le onzième mois après le mariage; les deuxièmes produits surviennent, le plus souvent, douze ou quinze mois après les premiers. Parmi les premiers produits, ceux qui proviennent des conceptions de février ou de mars, ou, en général, des mariages de janvier ou de février, donnent le plus de femelles; en général aussi, les premiers en offrent proportionnellement plus de femelles que les puînés, et, parmi ceux-ci, les fruits des deuxièmes conceptions présentent le plus de mâles.

Les mariages influent en général sur l'augmentation des naissances féminines; mais ce fait n'est pas universel ni le même dans tous les lieux où il se montre. Ainsi, dans les villes où la femme se marie entre quinze et vingt ans, elle produit presqu'aussi sûrement un garçon dans sa première conception que dans les suivantes. Or, à Paris, bien des filles se marient presqu'aussitôt que nubiles, et la jeune femme est, en général, bien moins développée que son mari. D'ailleurs, les influences des puînés dans les naissances masculines diminuent d'autant plus qu'ils deviennent moins nombreux ou que les mariages sont moins féconds; or, à Paris, il n'y a guère que deux et demie naissances par mariage, et le rapport des sexes y est presque autant influencé par les premières naissances que par les suivantes.

L'auteur, passant ensuite à quelques observations particulières, fait remarquer que, dans les années où la prospérité et l'abondance, qui mènent à leur suite la mollesse et l'intempérance, ont été grandes à Paris, comme en 1806, 1809 et 1810, le nombre des filles est devenu le plus élevé de toute la période impériale; dans celles, au contraire, où il a fallu se livrer à des travaux extraordinaires, comme en 1813, à la suite des désastres de 1812, le nombre relatif des garçons est devenu à Paris le plus élevé de toute la période impériale. Nous ne pouvons reproduire minutieusement les résultats que présentent les tableaux dressés par M. Girou de Buzareingues pour la France entière et pour Paris, et où il tient compte des naissances légitimes et illégitimes, et du nombre des mariages; nous donnerons seulement les résultats les plus généraux.

Pour les trois dernières années de la république, le rapport des filles pour 1000 garçons a été pour toute la France de 922.

Pour les dix années de l'empire, il a été de 937 pour toute la France et de 962 pour Paris.

Pour les quinze années de la restauration, il a été de 938 pour la France entière et de 965 pour Paris.

Enfin, pour les premières années depuis la révolution de juillet, nous trouvons 937 filles sur 1000 garçons pour toute la France et pour Paris 953.

Extension, massage et percussion cadencée dans le traitement des contractures musculaires; par M. Récamier, médecin de l'Hôtel-Dieu.

Treize faits d'une grande importance sont rapportés ici par M. Récamier et démontrent que, dans un certain nombre de cas de contracture musculaire idiopathique récente, dans le torticolis, dans les dyspnées, dans les coliques spasmodiques, dans les spasmes permanens du sphyncter, etc., on doit employer l'extension, la compression, les ventouses et le massage surtout cadencé qui ont une efficacité incontestable dans le traitement de la crampe ordinaire. Les maladies que nous venons d'indiquer ci-dessus sont si obscures, si variées, si bizarres; elles résistent si fréquemment à tous les moyens qu'on leur oppose ordinairement, c'est-à-dire aux calmans, aux anti-spasmodiques, aux dérivatifs, aux émolliens, etc., qu'on ne doit point négliger ceux indiqués par M. Récamier, et qui lorsqu'ils sont employés suivant une méthode rationnelle exercent une action puissante dans les cas qu'on peut rapporter à de simples anomalies de l'innervation.

III. L'EXPÉRIENCE.

Les cahiers des mois de décembre, janvier et février contiennent les articles originaux suivans : 1° *Du traitement de l'encéphalocèle et de l'hydro-encéphalocèle congénitales par l'opération chirurgicale*; par M. Dézeimeris; 2° *Mémoire sur la phlébite à la suite des amputations*; par M. Duplay, médecin du bureau central; 3° *Exposition raisonnée d'un cas d'accouchement et de monstruosité humaine*; par M. Montault, chef de clinique de la Faculté; 4° *Deux observations de rupture de la vessie urinaire et du rectum dans la cavité péritonéale*; par M. Thierry; 5° *Recherches sur la membrane muqueuse du canal digestif*; par M. Natalis Guillot, médecin du bureau central; 6° *Etude microscopique de l'urine, éclairée par l'analyse chimique*; par M. Vigla; 7° *De l'inflammation considérée comme cause des affections organiques du cœur*; 8° *Effets des émanations saturnines sur l'économie animale*; par M. Montault; 9° *Mémoire sur le traitement des fistules vésico-vaginales*; 10° *Anesthésie saturnine*; par M. Tanquerel des Planches; 11° *Grossesse extra-utérine terminée heureusement par la rupture de la tumeur au-dehors*; par MM. Bérard et Thierry; 12° *Quelques recherches sur la structure des membranes de l'œuf et des mammifères*; par MM. Breschet et Gluge; 13° *De la gangrène du poumon*; par M. J. Fournet; 14° *Observation de luxation incomplète de l'humérus*; par M. Rendu, interne des hôpitaux; 15° *Cas de guérison de phthisie pulmonaire*; par M. Pressat; 16° *Tentative de suicide*, observation recueillie par M. Fournet.

Traitement de l'encéphalocèle et de l'hydro-encéphalocèle congénitales; par M. Dézeimeris.

L'auteur s'est livré à des recherches sur le sujet de cette dissertation, à l'occasion d'un fait qu'a publié dernièrement le docteur Thierry, dans l'*Expérience*. Le voici :

Un enfant âgé de trois semaines portait dès sa naissance une tumeur à l'occiput du volume au moins du tiers de sa tête : sa longueur était de quatre pouces et demi; sa circonférence, six pouces et demi dans son plus grand diamètre: elle était transparente et fluctuante; augmentait et rougissait lorsque l'enfant criait; était peu douloureuse à la pression. M. Thierry a été dans le doute d'abord s'il s'agissait d'un spina-bifida ou d'un encéphalocèle proprement dit. Comme l'enfant dépérissait à vue d'œil et que la tumeur augmentait de volume, une consultation a eu lieu, et l'on a décidé qu'une opération sanglante était indispensable. M. Thierry l'a pra-

tiquée en présence de plusieurs médecins dont il cite les noms. Il la ponctionne d'abord avec les trois quarts; mais ce moyen ne vidant pas complètement la tumeur, il pratique, avec l'avis de M. Magendie, une incision verticale, et met le fond de la tumeur à découvert : on a vu que ce fond était formé par le cervelet hernié qui sortait à travers une ouverture de l'os occipital. On a réuni exactement la plaie à l'aide de la suture enchevillée. La mort a eu lieu seize jours après. L'autopsie a fait constater avec plus d'exactitude le prolongement extra-cranien de l'encéphale c'était la portion postérieure du cerveau et non du cervelet qui se prolongeait dans la tumeur.

D'après les faits que M. Dézeimeris a recueillis dans les auteurs, il résulte que les tumeurs en question ont été opérées souvent, soit sciemment, soit par erreur. On les a opérées 1° par la ligature, lorsque la nature du mal avait été méconnue; 2° par l'incision, comme dans le cas de M. Thierry; 3° par la ponction et la compression. Presque toujours la mort a été la conséquence de ces opérations. M. Dézeimeris conclut avec raison des faits qu'il rapporte, que si l'on en excepte la compression, toutes les opérations sanglantes devraient être proscrites sur ces sortes de tumeurs. Sous ce rapport, par conséquent, M. Dézeimeris est parfaitement d'accord avec les chirurgiens modernes les plus accrédités. Il résulte cependant aussi des faits cités par l'auteur que la ponction pourrait dans quelques cas précéder avec avantage l'emploi de la compression méthodique.

Recherches anatomiques sur la membrane muqueuse du canal digestif dans l'état sain et dans quelques états pathologiques; par le docteur N. Guillot.

Le procédé qu'a suivi M. Guillot dans l'examen auquel il vient de soumettre la muqueuse intestinale consiste à injecter avant toute observation une liqueur colorante dans les vaisseaux qui la parcourent. Ce procédé a, d'après lui, sur tous les autres l'avantage de ne point détruire les tissus, de permettre de continuer lentement les observations que l'on a pu commencer, et de laisser apercevoir plusieurs particularités qui lui paraissent entièrement inconnues. Après l'injection de la membrane muqueuse, il la conserve dans l'huile et l'examine à l'aise sous ce fluide. L'œil nu peut servir à l'observateur, mais l'auteur préfère l'usage des verres grossissans.

Parmi les organes les plus importans que décrit M. Guillot, les suivans nous paraissent seuls lui avoir fourni quelques observations intéressantes : 1° les villosités. Chacune d'elles, examinée avec une loupe, ressemble assez bien à un petit boudin, tantôt cylindrique, tantôt aplati, et souvent renflé à son extrémité libre. Examinés sans injection, ces petits organes paraissent alors être d'un tissu entièrement homogène: ils sont ordinairement hygrométriques, et l'eau et les liquides qu'ils contiennent sont tellement nécessaires à leur existence qu'ils s'effacent et disparaissent dès qu'on les en a privés: aussi ne peut-on les examiner après la dessiccation; on ne distingue alors dans leur intérieur aucune trace de vaisseaux; même, lorsqu'une rougeur morbide les colore, ils ne sont percés d'aucune ouverture. Avant l'injection, chaque villosité est flasque et le plus souvent aplatie; dès que la matière colorante a pénétré dans son intérieur, elle est, au contraire, dans une sorte d'érection, qui permet fort bien d'étudier sa structure: alors on n'observe à sa surface aucun orifice; elle offre une enveloppe aussi délicate que la pensée seule peut lui donner une épaisseur. Au-dedans de cette enveloppe sont des prolongemens vasculaires qui remplissent entièrement la villosité. Chacun d'eux présente véritablement une petite racine qui plonge incessamment au milieu des matières que contient l'intestin.

2° Les recherches de l'auteur sur les follicules intestinaux nous paraissent plutôt propres à jeter de l'obscurité sur l'anatomie normale et pathologique de ces organes qu'à l'éclairer. Les glandes de Brunner, d'après M. Guillot, ne se trouveraient pas à l'état normal, dans l'intestin grêle, et ce qu'on a regardé comme une hypertrophie ou un état morbide de ces follicules dans la fièvre typhoïde, le choléra, la fièvre scarlatine, ne serait que le résultat de l'agglutination de plusieurs villosités par leur extrémité libre. « Ces villosités, qui sont quelquefois réunies au nombre de trente, sont inclinées les unes vers les autres, paraissent tenir ensemble par une sorte d'agglutination, et forment à la vue simple une sorte de petit bouton qui a reçu le nom de glande de Brunner. Il est rare qu'il n'y ait pas au centre de la petite tumeur qu'ils forment une certaine quantité de villosités détruites et de plus un peu de pus, ce qui peut donner l'apparence d'un canal excréteur. » Nous citons textuellement ce passage à cause de l'importance qu'ont acquise, depuis quelques années, les altérations de ces organes, depuis qu'on a démontré leur fréquence dans la fièvre typhoïde; mais nous devons aussi faire remarquer que la lésion décrite dans ces lignes n'a aucun rapport avec celle qu'on observe chez les sujets qui ont succombé à la fièvre typhoïde. Il est possible, nous pensons même, que M. Guillot a donné là la description d'une lésion jusqu'ici peu connue ou même inaperçue; mais ce n'est pas celle connue et décrite sous le nom d'engorgement des follicules isolés (à la suite de la fièvre typhoïde).

Nous en dirons presqu'autant des développemens qu'il donne sur l'anatomie normale et morbide des follicules agminés (glandes de Peyer). Il est évident que l'auteur n'a point observé ces plaques gaufrées si saillantes, si dures que l'on rencontre chez les sujets qui meurent dans les premiers jours de la maladie et qui donnent à la fièvre typhoïde un caractère anatomique si tranché, disons le mot, si *spécifique*, quand il dit que l'altération des plaques de Peyer se réduit à une destruction des villosités de leur surface, et qu'elle ne diffère pas du désordre du reste de la membrane muqueuse dans la même maladie, ou que peut-être l'auteur ne l'a observée qu'à une époque éloignée du début, quand déjà elle a perdu son caractère le plus important.

De l'inflammation considérée comme cause des affections organiques du cœur; par le docteur Legroux.

Le titre de cet article en indique à la fois et la direction et toute la portée. L'auteur ne cherche rien moins qu'à démontrer que toutes les altérations organiques du cœur sont, sans aucune exception, le produit de l'inflammation, et il considère à part 1° les lésions du péricarde; 2° celles de l'endocarde dont il rapproche les altérations de l'aorte; 3° enfin, celles du tissu charnu du cœur, vulgairement désignées sous le nom d'anévrismes.

Les épanchemens séro-purulens ou purulens, les exsudations pseudo-membraneuses, les taches blanches, si fréquentes à la surface du péricarde, les adhérences partielles et générales des deux feuillets de cette membrane, adhérences albumineuses, concrètes, celluleuses, semi-cartilagineuses, fibreuses et même osseuses, ont toutes une cause, une origine commune : l'inflammation. Cette assertion paraît si incontestable à l'auteur, qu'il lui semble inutile de la démontrer. Mais il n'en est pas de même pour les lésions de l'endocarde et de l'aorte. Aussi entre-t-il dans de longs détails, et rapporte-t-il plusieurs faits à l'appui de l'opinion déjà tant de fois avancée, qui attribue aux déformations valvulaires et aux altérations analogues que l'on voit dans l'aorte une origine inflammatoire, ou plutôt qui les considère comme les produits de l'aortite et de l'endocardite. Non-seulement l'auteur rapporte à l'inflammation les ossifications que l'on rencontre dans les valvules du cœur de quelques sujets; mais il n'admet point d'ossifications séniles, sous le prétexte qui paraîtra peu philosophique qu'il ne serait pas rationel d'admettre deux causes pour une même lésion. Dans les faits rapportés par M. Legroux, nous trouvons des exemples remarquables des altérations organiques du cœur; mais rien ne nous y démontre que ces altérations fussent réellement le résultat de l'inflammation de la membrane interne du cœur, à moins qu'on n'admette avec l'auteur comme absolument démontré que la rougeur avec ramollissement soit un caractère positif de la phlegmasie. Pour nous, nous ne croyons pas l'étude de l'endocardite asssez avancée pour admettre ce caractère comme certain.

Nous trouvons cependant dans ce travail une distinction importante, et qui a été négligée dans des travaux d'une plus longue haleine sur le même sujet; c'est celle des produits organiques situés à la face libre de l'endocarde, de ceux qui se trouvent à la face adhérente de cette membrane.

La dilatation des cavités du cœur est également rapportée par M. Legroux à la phlegmasie de cet organe. Le ramollissement des tissus, soit charnus du cœur, soit membraneux des vaisseaux étant, d'après lui, un produit fréquent de l'inflammation, il en résulte que la résistance des tissus à l'effort latéral du sang devient insuffisante, et la dilatation s'opère.

Nous ne pouvons suivre l'auteur dans son long travail, où il accumule un grand nombre de faits et un nombre non moins considérable d'hypothèses, qu'il considère trop souvent comme des vérités incontestables. Ses efforts pour rapporter les effets les plus dissemblables à une cause unique et toujours la même sont trop éloignés de la marche adoptée aujourd'hui dans les sciences pour que nous reproduisions les nombreuses inductions sur lesquelles l'auteur cherche à appuyer sa manière de voir; c'est moins par des généralisations trop vastes qu'on fera faire de vrais progrès à la science que par une étude plus approfondie des phénomènes morbides et des différences qui existent entre eux.

IV. Journal des connaissances médico-chirurgicales.

De la compression des artères comme moyen thérapeutique et spécialement de la compression des carotides; par le docteur Allier.

La compression des artères dont on a vanté l'efficacité dans le traite-

ment des convulsions est encore applicable dans d'autres affections, et surtout, d'après les faits rapportés dans cette communication, dans le traitement de la névralgie. Deux faits où elle paraît avoir été utile sont rapportés; le premier est un cas de névralgie intermittente du lobule de l'oreille droite qui, après avoir résisté aux narcotiques, au sulfate de quinine, céda à la compression de la carotide du côté malade, pratiquée une demi-heure avant le retour présumé de la douleur. Tous les quarts d'heure, elle était interrompue durant quatre ou cinq minutes. La douleur revint encore, mais avec un caractère de simple fourmillement tout-à-fait supportable et ne fut que passagère. La compression fut ainsi réitérée deux fois à l'heure accoutumée de l'invasion de l'accès névralgique qui, dès-lors, disparut complètement sans retour. Dans le second cas, une névralgie du nerf orbito-frontal, puis du rameau supérieur du nerf honteux, fut guérie par la compression successive de la carotide et de l'aorte abdominale. L'auteur avertit qu'il a employé le même moyen dans plusieurs autres cas de névralgie mais sans succès.

De l'emploi simultané de la saignée et du kermès minéral dans la pneumonie; par le docteur Lemarchand.

Douze observations sont rapportées ici à l'appui de l'utilité du traitement indiqué par le titre ci-dessus, et dans toutes la maladie s'est terminée d'une manière favorable, bien que dans quelques-unes elle eût offert une gravité remarquable. L'auteur administrait le kermès à la dose de huit à douze grains dans les vingt-quatre heures, et les doses étaient rapprochées suivant l'intensité de la maladie et suivant l'urgence. En cherchant à démêler les effets propres au kermès, la première chose qui l'a frappé, est la promptitude avec laquelle survenait l'amélioration; en effet le pouls baissait rapidement, l'expectoration devenait meilleure, la peau et la langue s'humectaient, les forces se relevaient, le délire lui-même diminuait et cessait complètement.

M. Lemarchand fait encore remarquer que le kermès n'a déterminé ni vomissemens ni garderobes, et qu'il a même été nécessaire d'avoir recours à des lavemens purgatifs pour vaincre la constipation. Il est vrai qu'il unissait une préparation d'opium au kermès.

Ces résultats qui viennent à l'appui de ceux déjà observés par plusieurs expérimentateurs ne peuvent être expliqués par les médecins qui pensent que le kermès et le tartre stibié n'agissent que par la dérivation qu'ils produisent sur le tube digestif; mais en médecine, les faits les plus importans ne sont pas toujours ceux qu'il est plus facile d'expliquer, et on ne doit pas nier ceux qui se trouvent en contradiction avec nos théories; car les faits restent lorsqu'ils ont été bien observés, tandis que les explications changent, on le sait, trop souvent.

Sur l'emploi de la compression dans le traitement des convulsions; par le docteur Petit.

Cette communication contient deux observations : la première mal caractérisée chez un adulte; la seconde, de convulsions chez un enfant, dans lesquelles la compression, appliquée sur les deux carotides, fit cesser immédiatement les accidens, qui reparaissaient aussitôt que la suppression était suspendue. Le premier de ces faits remonte à 1832 et a été publié par l'auteur, en 1835, dans sa dissertation inaugurale; le second est de 1837.

V. LANCETTE FRANÇAISE.

HYPERTROPHIE DE LA GLANDE THYROÏDE ET DES MUSCLES STERNO-CLÉIDO-MASTOÏDIENS. EMPLOI DE LA SOLUTION IODÉE. GUÉRISON.

Le 29 décembre 1837 est entré à la maison de santé et de médecine opératoire (boulevard Montparnasse, n° 46) un jeune homme âgé de 28 ans, de tempérament lymphatico-sanguin. Ce malade présente un gonflement considérable de toute la région sus et sous-hyoïdienne des deux côtés. La glande thyroïde, partagée en deux lobes distincts, est hypertrophiée, ainsi que les deux muscles sterno-mastoïdiens, qui viennent s'épanouir sur elle. La glande sous-maxillaire et les ganglions cervicaux sont engorgés. Le malade éprouve beaucoup de gène dans la respiration. Les deux tumeurs qui forment sur les parties latérales du cou, comme deux colonnes au centre desquelles se dessine la trachée-artère, laissent apercevoir un battement très-appréciable à la vue. On serait tenté de croire, au premier abord, que l'on a affaire à une dilatation anévrismatique des deux artères carotides; mais, à l'aide de l'auscultation, l'on acquiert la certitude qu'il ne s'agit pas d'une aussi grave affection, car l'oreille ne perçoit pas de bruissement; l'on entend seulement un bruit plus fort qu'à l'état normal, et qui résulte de la compression des artères carotides par les deux tumeurs.

M. Lugol, qui, comme on sait, s'occupe avec beaucoup de succès de ces maladies, diagnostique l'existence d'un goître compliqué d'hypertrophie des deux muscles sterno-cléido-mastoïdiens. Le malade, interrogé sur la cause présumée de la maladie, a dit avoir eu, dans son enfance, plusieurs engorgemens lymphatiques au cou, qui se sont dissipés par un régime analeptique convenable. Il habite ordinairement un pays très humide, marécageux, et où existent des brouillards en abondance. Obligé, en outre, par son état, de faire de longs voyages, il est continuellement exposé aux vicissitudes atmosphériques, et c'est dans ses dernières courses, qu'ayant senti ses deux tumeurs faire de nouveaux progrès, il vint à Paris se confier aux soins de M. Lugol, qui l'adresse à la maison de santé et de médecine opératoire. Dès son entrée, le malade fut soumis au traitement suivant :

Les huit premiers jours, boire le matin à jeun, et dans l'après-midi, une heure avant de dîner, trois gouttes de la liqueur suivante :

Prenez :	Iode très pur,	12 grains.
	Iodure de potassium,	1 scrupule.
	Eau distillée,	4 gros.

Les huit jours suivans, on augmente les deux gouttes, et ainsi de suite, jusqu'à ce qu'on soit arrivé à en boire douze, puis on s'arrêtera.

En outre, le malade prendra deux bains par semaine, composés ainsi qu'il suit :

Prenez :	Iode très pur,	5 scrupules.
	Iodure de potassium,	10 scrupules.
	Eau distillée,	8 onces.

Y rester une demi-heure.

Le malade fera encore usage en frictions de la pommade suivante :

Prenez :	Iodure de potassium,	2 gros.
	Axonge purifiée,	2 onces.

Que l'on divisera en seize paquets égaux, à prendre un le matin et un autre le soir.

C'est à l'aide de ce traitement que le malade a été parfaitement guéri, dans l'espace d'un mois, d'une affection qui eût pu avoir pour lui les suites les plus fâcheuses.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 19 MARS.

EMPLOI DES POMMES DE TERRE GELÉES.

Nous avons, il y a quelques semaines, donné l'analyse d'un mémoire dans lequel M. Payen traitait des causes auxquelles est due la détérioration des pommes de terre qui ont été soumises à la congélation, recherchait, d'une part, à quoi tenait la saveur désagréable qu'on trouvait dans ces tubercules, lorsqu'on voulait les employer comme substance alimentaire, de la même manière que celles qui n'auraient pas été gelées; et, de l'autre, d'où provenait le déchet considérable quand on voulait en obtenir des fécules.

Toutes ces recherches sont exposées de nouveau dans un rapport fait sur le mémoire de M. Payen, par MM. Turpin et Dutrochet. Ces honorables académiciens déclarent que l'auteur, ayant, par des expériences exactes et précises, déterminé les causes des altérations précitées, son mémoire est très digne de l'approbation de l'Académie.

Voici les principales conclusions auxquelles M. Payen est arrivé :

1° Les différences considérables entre les proportions de fécule obtenues des pommes de terre avant leur congélation et après le dégel tiennent à la dislocation générale de leur tissu. Les utricules isolées ou groupées s'engrainent sous la râpe sans être, la plupart, déchirées au point de laisser sortir la fécule.

2° Cette sorte de pulpe granuleuse, facile à laver, donne, après dessiccation et broyage, une substance farineuse alimentaire, dont le poids, réuni à celui de la fécule, équivaut à la quantité de substance ordinairement obtenue des tubercules sains, par les procédés usuels d'extraction.

3° Outre les moyens en usage dans quelques établissemens ruraux, mais trop peu connus, trois procédés nouveaux permettent d'utiliser les pommes de terre gelées : l'un consiste dans la pression des tubercules dégelés, pression qui élimine la plus grande partie du suc, souvent âcre, libre dans la masse et que l'on peut utiliser dans la macération des fumiers.

Pour suivre le deuxième procédé, on doit broyer et laver les tubercules dégelés, on en extrait alors une partie de la fécule, et l'on soumet la pulpe à la presse.

Le troisième se compose d'un broyage pendant la congélation même, du tamisage et de la pression de la pulpe.

4° La saveur plus ou moins âcre de l'odeur vireuse et la coloration des tubercules, après le dégel, tiennent surtout à l'épanchement des sucs contenus dans l'enveloppe herbacée, ou médule externe, tissu qui, d'ailleurs, ne renferme pas d'amidon.

5° La couche corticale, épaisse sous le tissu précédent, est plus abondante en fécule que la partie enveloppée par elle; les limites se distinguent en général dans les tranches minces par la différence de translucidité et d'autant mieux que les pommes de terre sont plus aqueuses.

6° La détermination faite de la proportion de substance sèche contenue dans les pommes de terre donne des indices assez exacts sur le rendement en fécule; mais l'observation qui précède montre que ce mode d'essai et tout autre pourraient conduire à des résultats erronés, si l'on prenait pour échantillon une portion seulement des tubercules.

7° Lorsqu'on écrase les tubercules encore gelés une partie de leurs grains de fécule sont déchirés.

La coloration bleue par l'iode des fragmens de la fécule au milieu d'un liquide resté incolore prouve qu'aucune partie de la substance amylacée ne sort dans l'eau de ses grains rompus, et que, par conséquent, elle est en entier insoluble à froid.

8° Les données relatives à la distribution de la fécule dans la masse tuberculeuse et aux qualités des différentes couches du tissu montrent enfin comment une friction énergique opérée dans les laveurs mécaniques, ou à la main, avant le rapage, peut enlever une partie de l'épiderme, ainsi que de la médule externe, et sans rien faire perdre du produit, et donner ainsi de la fécule plus blanche et plus pure.

ACTION THÉRAPEUTIQUE DES PRÉPARATIONS D'OR.

M. Legrand adresse un mémoire sur ce sujet. Il y a traité plus particulièrement de l'action exercée sur les organes de la digestion et de la nutrition. Je suis arrivé, dit l'auteur, à des résultats tout à fait semblables à ceux que les médecins du seizième siècle avaient su déduire d'expériences directes; je crois, ajoute-t-il avoir établi, par les faits exposés dans ce mémoire, que l'or métallique, réduit en poudre impalpable, que les oxides de ce métal et que les perchlorures d'or et de sodium même possèdent au plus haut point la propriété de relever les forces vitales, de tonifier l'estomac, de rendre aux organes de la digestion et de la nutrition la puissance assimilatrice. Je crois avoir démontré qu'on pourra les administrer aux enfans les plus jeunes, aux adultes qui ne sauraient supporter l'alimentation la plus légère, et qui, par des causes variées, mais non par suite de maladies bien définies, arrivent au marasme, et meurent après une lente agonie.

SUR LES ANIMALCULES MICROSCOPIQUES, CONSIDÉRÉS COMME CAUSE DE LA PUTRÉFACTION.

MM. Beauperthuy et Anet de Roseville adressent un mémoire sur ce sujet. Les résultats auxquels ils annoncent avoir été conduits dans le cours des recherches qui font l'objet de leur travail sont les suivans :

1° Lorsqu'on met une substance animale dans des conditions convenables pour que la putréfaction se développe après un temps dont la durée varie selon la température et l'état hygrométrique de l'air, on voit des animalcules s'y former et cela avant qu'aucune odeur fade ou de *relent* (première époque de la fermentation putride) se fasse sentir, et alors même que le liquide ne présente aucun signe d'acidité ou d'alcalinité. Ces animacules sont d'abord des *monades;* ils passent ensuite à l'état de *vibrions*, se nourrissent aux dépens de la substance dans laquelles ils se sont développés et s'y multiplient avec une très grande rapidité.

2° A une époque plus avancée, et où déjà le liquide rougit le papier de tournesol, le microscope fait reconnaître que les animalcules y sont extrêmement nombreux, et particulièrement dans la pellicule brunâtre qui flotte à la surface du liquide. On trouve aussi un assez grand nombre de cristaux parfaitement dessinés, qui sont mêlés aux animalcules; mais il ne se manifeste encore aucune espèce d'odeur.

3° Plus tard le liquide se charge de plus en plus de parties détachées de la substance animale qui s'y trouve plongée; toutes ces particules ne sont formées que d'animalcules agglomérés sur quelques débris de tissus en décomposition, et c'est à cette époque seulement qu'il commence à se développer une odeur fade, puis putride.

4° Dans une quatrième et dernière période enfin, les animalcules se rencontrent par myriades, et il arrive un moment où la masse de la substance, complètement désorganisée, se montre formée uniquement par ces êtres élémentaires. Alors le liquide alcalin est d'une extrême fétidité.

De ces observations les deux auteurs se croient autorisés à tirer la conclusion suivante :

« Le développement des animalcules, précédant toujours la décomposition putride, et cette dernière n'ayant lieu que lorsque ces êtres se trouvent en nombre incalculable dans le liquide, il en résulte que ce sont les animalcules qui engendrent la putréfaction, et non la putréfaction qui produit les animalcules. »

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 27 MARS. — PRÉSIDENCE DE M. MOREAU.

La correspondance officielle ne comprend qu'une seule pièce, c'est le rapport d'un médecin de Meaux sur une épidémie de variole.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

1° Note de M. Oustalet sur l'absence des testicules.

2° Lettre d'un pharmacien de Lyon sur un nouveau papier vésicant.

— Après le dépouillement de la correspondance, M. le président demande à l'Académie si elle veut accorder un tour de faveur à MM. Baudens et Pravaz, lesquels ont des communications importantes à lui faire. L'Académie consent.

M. Baudens est appelé à la tribune.

Il présente 1° deux bouteilles d'une eau minérale et thermale qu'il a rapportées d'Afrique. Elles sont renvoyées à la commission des eaux minérales pour être analysées;

2° Une sonde œsophagienne de son invention; c'est une longue tige terminée à une de ses extrémités par une espèce de parasol qui se déploie et qui se charge des corps étrangers qu'on cherche à extraire;

3° Plusieurs fragmens d'os, et entre autres six têtes humérales qu'il a réséquées en Afrique par suite de coups d'armes à feu qui avaient fracassé l'épaule. Trois de ces malades ont parfaitement guéri et se servent très bien de leur membre.

4° Enfin, M. Baudens lit l'histoire détaillée de la fracture de l'olécrane de M. le duc de Nemours. On était à la hauteur de Lisbonne. M. le duc de Nemours monta sur le pont, enveloppé dans son manteau, fit une chute et se cassa l'extrémité supérieure du cubitus. La fracture était facile à reconnaître. La première indication était de prévenir l'inflammation. On emploie pour cela des sangsues, des cataplasme émolliens; mais ces moyens, bons pour combattre l'inflammation qui existe, sont impuissans à l'empêcher. De tous les moyens préventifs proposés, M. Baudens n'en connaît qu'un seul d'efficace, c'est l'eau froide; encore faut-il en continuer l'emploi pendant plusieurs heures et même pendant plusieurs jours : c'est celui qu'il a mis en usage sur son malade, et il n'y a presque pas eu de douleur.

Contre l'opinion générale des chirurgiens, M. Baudens a mis le bras dans l'extension. Pourquoi, dit-il, le met-on ordinairement dans la flexion? c'est pour prévenir l'ankylose; mais cette position a un immense inconvénient, c'est de mettre les fragmens dans l'impossibilité de se toucher, et, par conséquent, de se réunir immédiatement. Aussi est-ce une vérité avouée de tous les praticiens que les fractures de l'olécrane ne se consolident qu'à la faveur d'une substance fibro-cartilagineuse plus ou moins étendue. M. Baudens a échappé à ce grave inconvénient en faisant tendre les bras, et il a évité l'ankylose en exerçant l'articulation de temps en temps. Aujourd'hui la guérison est parfaite, et elle a été constatée par les chirurgiens les plus distingués de la capitale.

— M. Bally demande à M. Baudens si les grandes opérations chirurgicales exercent quelque influence sur le développement du choléra.

— M. Baudens répond qu'un régiment en garnison à Marseille où régnait le choléra fut envoyé en Afrique. On le séquestra, ce qui ne l'empêcha pas d'avoir le choléra; il se mit d'abord parmi les fiévreux; après quoi il passa dans la salle des blessés; mais il n'envahit que les hommes épuisés.

LUXATIONS CONGÉNITALES DU FÉMUR.

M. Pravaz communique un nouveau cas de guérison de luxation congénitale du fémur chez un jeune garçon âgé de huit ans. La luxation avait lieu en haut et en dehors. Le traitement a consisté dans l'extension lente et continuée pendant plusieurs mois, du membre luxé, et la réduction au moyen du moufle(1). Après la réduction, M. Pravaz a mis en usage des exercices gymnastiques propres à fortifier l'articulation, et à compléter la coaptation des surfaces articulaires.

M. Pravaz a fait précéder et suivre l'histoire de ce cas de réflexions générales sur l'état de la science relativement au traitement des luxations congénitales.

A l'égard des cas de guérison rapportés par M. Humbert, M. Pravaz établit que ce médecin s'est fait illusion, et qu'au lieu d'avoir réduit des luxations du fémur en haut et en dehors, il n'a fait que les convertir en luxations en bas et en arrière dans l'échancrure ischiatique. On se rappelle que dans un premier mémoire sur le traitement des luxations congénitales du fémur, M. Pravaz avait soutenu que dans les guérisons annoncées par M. Humbert ce médecin avait changé les luxations du fémur, en haut et en dehors, en luxations en bas et en avant. C'est même en cherchant à produire cette substitution de luxation, que M. Pravaz a obtenu son premier exemple de réduction (2).

RAPPORT DE M. BLANDIN SUR UNE OPÉRATION DE CYSTOPLASTIE VAGINALE, FAITE PAR M. JOBERT.

Après un accouchement pendant lequel la tête de l'enfant resta engagée plusieurs jours dans l'excavation du bassin, une femme rendait les urines par le vagin. Il y avait 18 mois qu'elle était dans cet état. La fistule avait son siège derrière le col de la vessie; elle n'avait pas moins d'un pouce de diamètre, au dire de M. Jobert. Convaincu de l'inutilité de tous les moyens proposés pour guérir cette infirmité, M. Jobert s'avisa d'un procédé nouveau. Il prend un lambeau aux dépens d'une des grandes lèvres, le traverse avec une aiguille armée d'un fil, ramène les deux bouts de ce fil à l'aide de la sonde de Belloc, et les fait sortir par le méat urinaire, retourne au haut la face saignante du lambeau, et après l'avoir fait basculer sur son pédicule, il le porte sur l'ouverture fistuleuse. Inutile de dire qu'il commença par aviver les bords de la fistule. Cependant cette opération échoua. Elle fut répétée sur une autre femme, et cette fois, M. Jobert fit son lambeau plus épais, et ne le sépara des chairs auxquelles il tenait par son vésicule, que lorsque les adhérences furent complètes. L'habileté de l'opérateur obtint enfin un plein succès. Les commissaires rendent éclatante justice à M. Jobert, et proposent à l'Académie de lui adresser ses félicitations.

M. Gerdy. J'ai beaucoup entendu parler des essais faits par M. Jobert pour guérir les fistules vésico-vaginales, et je crois pouvoir affirmer que jusqu'à la fin de l'année dernière aucun de ces essais n'avait été couronné de succès. MM. les

(1) Depuis que M. Pravaz a communiqué à l'Académie son premier cas de réduction temporaire obtenu sur une petite fille qui nous avait été présentée par M. Breschet, j'ai obtenu six réductions de luxations congénitales du fémur, dont quatre chez deux sujets atteints de luxations doubles, et deux chez des sujets atteints de luxations simples. Chez trois de ces sujets, la réduction a persisté; chez le quatrième (luxation double) les luxations se sont reproduites plusieurs fois, et, finalement, j'ai renoncé à les traiter. Je publierai prochainement l'histoire détaillée de ces quatre cas avec d'autres dont le traitement n'est pas encore complet. (NOTE DU RÉDACTEUR EN CHEF.)

(2) La seconde opinion de M. Pravaz ne nous parait pas mieux fondée que la première. Il n'y a aucune raison pour croire que M. Humbert se soit constamment trompé, et il y a de fortes raisons de toute espèce pour ne pas admettre l'explication de M. Pravaz; cette explication n'aurait d'ailleurs d'autre résultat que de dépouiller M. Humbert d'un honneur qui lui appartient réellement.
(N. DU RÉD. EN CHEF.)

commissaires viennent de m'apprendre ce que je ne savais pas; toutefois, je leur demanderai quels sont les moyens qu'ils ont employés pour constater la guérison de la femme dont ils nous ont donné l'observation.

M. Blandin. Premièrement, nous nous sommes rendus chez cette femme sans être attendus; elle n'avait pu, par conséquent, s'approprier et se préparer à nous recevoir; en second lieu, nous l'avons examinée et nous n'avons pas vu la moindre humidité qui annonçât que l'urine passait encore par le vagin; enfin, il n'y avait point d'inflammation, ni dans le vagin, ni sur les grandes lèvres, ni ailleurs, et c'est une assez bonne preuve que l'urine ne touchait pas ces parties; on voyait d'ailleurs manifestement le lambeau greffé au bas-fond de la vessie.

M. Gerdy : J'aurais voulu qu'on eût introduit une sonde dans la vessie; car, supposé qu'on ait visité cette femme une demi-heure après qu'elle avait uriné, il se pouvait que la quantité des urines renfermées dans la vessie ne fût pas assez abondante pour atteindre la fistule, et dès-lors on conçoit qu'on n'aurait pas trouvé d'humidité dans le vagin. J'avoue que cette opération m'inspire peu de confiance. Il m'est difficile de croire qu'un morceau de peau retournée puisse se faire au contact de l'urine, et qu'elle puisse contracter des adhérences avec la membrane muqueuse. Remarquez que l'urine irrite, enflamme, ulcère, tue tout ce qu'elle touche, et que la muqueuse vaginale elle-même ne peut pas lui résister.

M. Blandin : Je ne propose pas le procédé de M. Jobert comme ayant atteint son dernier degré de perfection : il est possible qu'il soit modifié un jour; mais le fait cité dans notre rapport est incontestable. M. Gerdy objecte que M. Jobert a souvent échoué, cela est vrai, et M. Jobert en convient franchement; il fait plus, il dit pourquoi il échouait, c'est parce qu'il faisait son lambeau trop mince, et parce qu'il se pressait trop d'en rompre le pédicule. A l'égard des vues théoriques de M. Gerdy, je répondrai qu'il y a des faits d'autoplastie bien plus extraordinaires, et, par exemple, qui ne sait qu'on fait adhérer des morceaux de peau avec les intestins et que ces bouchons cutanés se font très bien au contact des matières fécales? Au surplus, les applications physiologiques ne sauraient prévaloir contre un fait de pratique. M. Gerdy aurait voulu qu'on eût introduit une sonde dans la vessie; mais on pourrait faire une opération inutile; car si les urines avaient été rendues peu de temps avant notre visite, il est certain qu'il en serait très peu sorti par la sonde.

M. Desportes: Et moi j'aurais voulu qu'on eût injecté un liquide coloré dans la vessie.

M. Blandin : Le moyen est bon sans doute; mais comment exiger qu'une femme qui est bien sûre de sa guérison se prête à une pareille complaisance, dans le seul but de satisfaire la curiosité d'un chirurgien?

M. Velpeau : Je ne révoque pas en doute le fait; mais je comprends les difficultés de M. Gerdy. M. Blandin répond qu'on ne peut exiger qu'une femme se soumette à un examen si rigoureux; je conviens qu'il doit être fort désagréable pour elle; mais il s'agit en ce moment de la science et de ses exigences. Il eût été du moins à désirer que M. Blandin nous eût dit combien de fois M. Jobert a fait la même opération : or, je crois qu'il l'a faite quinze ou seize fois, et on nous dit qu'il n'a réussi qu'une seule fois. En ce cas, M. Lallemand a été plus heureux; je sais de lui que sur dix-sept femmes il en a guéri sept.

— M. Roux demande la date du fait dont M. Blandin vient d'entretenir l'Académie. Il a quelque intérêt à la connaître parce qu'il est chargé de semblable rapport à l'Académie des sciences.

Le rapport et ses conclusions sont mis aux voix et adoptés.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité sur le ténia, d'après des observations particulières; par le docteur Weishaar, 1 vol. in-8, en allemand.

La méthode de M. Wawruch, professeur de clinique à Vienne, dans le traitement du ténia est une de celles qui comptent le plus de succès. M. Weishaar, qui a suivi l'enseignement de ce professeur pendant les années 1824 et 25, s'est proposé de faire connaître dans ce travail cette méthode avec les modifications qu'il y a apportées; il eo a fait usage lui-même dans plus de ceot cas, et ne l'a vu échoœr que deux fois. L'obscurité qui règne eocore sur toot ce qui regarde le ténia, et la difficulté qu'on éprouve souvent à expulser cet entozoaire, malgré les meilleures méthodes qu'on possède déjà, nous ont engagé à reproduire avec quelques détails ce travail basé sur un grand nombre d'observations.

Diagnostic. Il est quelquefois difficile: 1° la seule preuve convaincante de la présence du ver solitaire, c'est, comme on sait, la sortie de quelques anneaux, dont les uns offrent encore de la vie et du mouvement; d'autres sont morts et pourris; les premiers appartiennent à des ténias jeunes non encore développés; les autres à des vieux. Les mois de mars, juin, juillet et août sont les époques où leur expulsion a lieu le plus fréquemment.

2° Un symptôme assez constant, c'est un sentiment d'un corps qui presse et remue dans le bas-ventre, et les malades éprouvent souvent en même temps comme si quelque chose les pinçait, les mordait ou les rongeait, ce qui leur arrive surtout lorsqu'ils s'exposent à un changement brusque de température.

3° Douleur pongitive dans la région frontale.

4° Altération de la vue, photopsie, vue imparfaite ou double des objets comme à travers un nuage ou un voile; pupilles dilatées, yeux troubles et cernés; les corps paraissent aux malades comme entourés d'un cercle irisé désagréable à la vue.

5° Tantôt appétit exalté, tantôt anorexie, et tantôt demi-instinctif pour certains alimens, tantôt constipation, tantôt diarrhée.

6° Prurit à l'anus, au nez et au vagin accompagné d'un sentiment de fourmillement à la peau; serrement du cou avec accumulation aqueuse dans la cavité buccale.

7° Chez des sujets sensibles, secousses pendant le sommeil, vertiges, défaillances, coovulsions, épilepsies et autres accidens nerveux semblables.

8° Aspect cachectique chez quelques individus, d'autres restent sains et colorés malgré la longueur de la maladie.

Nous ne passerons pas en revue les différentes maladies qui peuvent être confondues avec la présence du ténia.

Étiologie. Malgré le grand nombre d'hypothèses des oaturalistes, l'origine des entozoaires et do ténia en particulier est encore douteuse; mais ce qui est sûr, c'est qu'elle est liée à une certaioe prédisposition qui est souvent héréditaire dans quelqoes familles à tempérament flegmatiqoe. L'âge de 16 à 40 ans est celui où l'auteur l'a le plus soovent rencootré; un avait 7; deux 9; uo 13; deux 11; un 2 ans et deux 6 mois; il est évident que chez ces deux derniers cas le ténia était congénital. Il est plus fréquent chez les femmes, et se développe souvent après des accoochemens prompts, des fièvres et la miliaire puerpérale, et surtout pendant la grossesse. Une autre cause prédisposante qui a été ootée de tous les temps, c'est la nature des alimens : one nourriture grasse, farineuse, difficile à digérer, de la viande de porc fumée, contribuent beaucoup à la production do ténia.

Les poissons ont été regardés autrefois comme une cause fréquente du ténia, mais le professeur Wawruch conoaît des maisons de chartreux où cette maladie ne s'est pas observée depuis quelques siècles quoiqu'on s'y nourrisse exclusivement de poissons; ce qui favorise le développement de ce ver, c'est l'usage d'uoe eau corrompue, le séjour dans une habitation humide et sombre, la proximité des rivières dont l'eao ressemble à l'eau de mer comme le Danube, et enfio le séjour dans une atmosphère chargée d'émaoations d'animaux récemment tués; aussi le ténia est-il très fréqoent chez les bouchers, les brasseurs, les tisserands, les cuisiniers, etc., et surtout quand ils sont en proie à des peines et à des soucis. Le ténia accompagne souvent les fièvres intermittentes; c'est ainsi qu'un faubourg de Vienne (die Leopoldstadt) présente par année plus de fièvres intermittentes et de ténias que tous les autres faubourgs ensemble; la même chose a été observée dans quelques caotons du Wurtemberg. Uoe autre circonstance digne de remarque, notée par le professeur Wawroch et confirmée par l'auteur de cet article, c'est que le ténia se voit très souvent chez des individus antérieurement affectés de teigne ou de gale.

Pronostic. Qooique la maladie ne soit pas mortelle, elle peut le devoir dans le courant d'autres maladies, comme coliqoes, asthme, hypocondrie, hystérie et autres accidens nerveux; puis la présence de ce parasite, en absorbant les eaux nécessaires à la nutrition, peut cooduire le malade ao tombeau ordinairement par suite d'une hydropisie.

L'expulsion du ténia est favorisée par les circoostances suivantes :

1° Quand le ver n'est plus très jeune, mais complètement développé, et quaod le malade a déjà rendu quelques anneaux à moitié pourris.

2° Quand oo o'a pas eocore donné l'huile oo d'autres drastiques qui ont émoussé le canal iotestinal et l'eotozoaire.

3° Qoand pendant la cure il ne survieot pas de vomissemens, et que le malade prend les médicamens avec confiance.

4° Quand il n'y a pas en même temps d'aotres vers, et qu'il n'existe aucune contre-indicatioo eotravant le traitement.

5° Il est incontestable qoe l'expulsion est plus facile et plus sûre au déclin de la lune.

Quant à la régénération du ténia, le pronostic est toujours douteux.

En outre, il est prouvé par l'observatioo que plusieurs ténias, mais de la même espèce, peuvent se trouver chez le même individu. Le professeur Wawruch a expulsé chez une fille, en deux fois, cinq ténias complets, et l'auteur deux en une fois.

Il est curieux qoe dans le cas de régénération, c'est juste dans la onzième semaine qu'oo voit de nouveau partir des anneaux partiels, cette époque serait-elle le terme de sa formation complète? La sortie de la tête, et encore moins une aotre partie du ténia, ne prouve pas une guérison radicale, surtout si le malade s'expose aux mêmes influences; on peut la regarder comme sûre si, au bout de dix ou douze mois, aucun symptôme équivoque ne s'est manifesté.

Le *traitement* par lequel le professeur Wawruch a guéri des centaines de malades peut se diviser en trois périodes: 1° traitement par abstinence; 2° traitement expulsif; et 3° traitement consécutif.

Pendant deux à trois jours, le malade, si sa constitution et l'âge le permettent, ne prend par jour que deux soupes de panade qui peuvent être bien graissées, mais avec peu de pain. Comme médicament.

Prenez racine de chiendent.
— chicorée 1 once.
Faites cuire avec eau font. q. s. pendant une demi-heure pour une colat. de six onces.
Ajoutez sel amon. 1 gros.
Sirop de chicorée avec rhubarbe 1 once.
M. d. s. à prendre une cuillerée toutes les deux heures.

Puis tous les jours un lavement d'infusion de graine de lin avec du lait et du sucre. La veille de l'expulsion, le malade reçoit une soupe de panade graissée avec du beurre, et de six à neuf heures, un lavement d'infusion de graine de lin avec du lait, puis on passe à l'expulsion; à cet effet, on ordonne :

Prenez huile de ricin 2 à 3 onces.

Prenez poudre de racine de fougère mâle 3 à 4 gros.
Divisez en trois parties égales.

Prenez gomme gutte.
calomel 6 gr.
sucre blanc 10 gr.
M. f. p. répét. cette dose n. 3.

Prenez écorce d'orange 1 demi-once s. à mâcher.

Le matin à six heures, on donne au malade un lavement; à six heures et demie une soupe de panade et un lavement; à sept heures, deux cuillerées de l'huile de ricin; à sept heures et demie, une poudre de la racine de fougère mâle; à huit heures, de nouveau deux cuillerées de l'huile de ricin; à huit heures et demie, une poudre de fougère et ainsi de suite. Puis des lavemens, du thé à boire et du calomas à mâcher. A 10 heures, on donne la première dose de drastique et des cataplasmes émolliens sur le bas-ventre; à midi et demi la seconde, et seulement vers le soir la troisième dose.

M. Weisbaar a modifié le traitement du professeur de Vienne de la manière suivante, comme plus convenable dans la pratique civile; il ordonne pendant trois jours une abstinence sévère. le troisième jour, il fait manger au malade matin et soir la salade de harengs de Schmidt; le quatrième au matin, il fait prendre à jeun, ou une demi-heure après la soupe, 60 à 80 gouttes d'huile de fougère mâle, avec une demi-once d'huile de ricin; une demi-heure après, deux cuillerées d'huile de ricin; une heure plus tard, le premier drastique; et une demi-heure après, de nouveau l'huile de ricin; et, enfin, le premier drastique.

Il supprime les cataplasmes et diminue le nombre des lavemens.

Traitement consécutif. Une décoction de jalap et quelques lavemens. Pendant plusieurs semaines on fait prendre au malade les pilules suivantes jusqu'à purgation :

Prener poudre de racine de rhubarbe.
— jalap.
gomme gutte 15 gr.
calomel 1, 10 scrupules.
poudre de racine de fougère mâle.
— de semen contra.
— de racine de gentiane.
— de calamens aromatiques 1 demi-gros.
huile de fougère mâle 10 gouttes.
M. f. l. a. pil. de 2 gr., d. s. d'après prescription.

On fait prendre au malade une alimentation forte, entre autres du raifort, des oignons, du vin, et plus tard des médicamens amers et ferrugineux.

Nous ne devons pas omettre de dire en terminant que le traitement antiténieux dont la base est la fougère mâle et les drastiques est connu en France depuis longues années; nous connaissons des personnes qui ont été guéries de la sorte du ténia depuis plus de vingt ans; MM. Wawruch et Weishaar cependant ont le mérite d'avoir généralisé cette médication, d'en avoir démontré l'utilité réelle et de l'avoir surtout réduite en principes scientifiques.

—Qu'est-ce que l'inflammation? Qu'est-ce que la fièvre? par Robert Latour, D. M.; 1 vol. in-8. Paris, 1838. Prix br. 3 f.

Chez Labbé, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, 10, ancienne maison Gabon.

VARIÉTÉS.

— Tous les praticiens de la capitale s'accordent à reconnaître une tendance particulière dans la constitution médicale régnante, caractérisée par des symptômes gastriques, accompagnés ou non de fièvre. Cet état morbide, très peu grave, n'exige aucun traitement actif, et ne dure ordinairement que trois à quatre jours. S'il acquiert quelqu'importance, nous nous en occuperons d'une manière détaillée dans notre prochain numéro.

— L'importance que nous avons toujours attachée à la défense de la considération médicale, attaquée dans la personne de quelques-uns de nos confrères, nous fait un devoir de reproduire textuellement l'article suivant que nous lisons dans le numéro du lundi, 19 courant, du *Siècle :*

« Il s'est glissé, dans notre numéro du 9 octobre dernier, un article qui a dû porter atteinte à la réputation de MM. les docteurs Lachaise et Garnier. Nous nous faisons un devoir de reconnaître et de déclarer que tout ce que contient cet article est faux, et nous ne pouvons expliquer son insertion dans notre journal qu'en admettant que quelque personnes malveillante, guidée sans doute par une basse jalousie, a trompé un de nos employés subalternes. Nous désirons bien sincèrement que cette déclaration répare le tort bien involontaire que nous aurions pu faire à ces deux médecins, dont l'un (M. Lachaise), avantageusement connu par ses écrits, figure au nombre des collaborateurs du nouveau Dictionnaire des sciences médicales, dont nous avons récemment annoncé la prochaine publication. Nous reconnaissons d'ailleurs tout ce qu'a de vraiment utile le projet que MM. Lachaise et Garnier ont depuis long-temps conçu, de former dans les différens quartiers de Paris des maisons médicales de secours permanens. »

— M. le docteur Jobert, chirurgien de l'hôpital St-Louis, vient de publier un ouvrage sur l'anatomie, la physiologie, et la pathologie du système nerveux, qui renferme des idées ingénieuses, des vues importantes et des faits pratiques remarquables. Nous nous proposons de rendre un compte détaillé de cet ouvrage.

— Concours pour la chaire de chimie et de toxicologie vacante dans la faculté de médecine de Strasbourg. — Les docteurs en médecine ou en chirurgie sont avertis qu'il y aura un concours public devant la faculté de médecine de Strasbourg pour la chaire de chimie et de toxicologie vacante dans cette faculté.

Ce concours sera ouvert le 17 juillet 1838.

Les qualités requises pour être admis à concourir sont : de jouir des droits civils, d'être âgé de trente ans accomplis, d'avoir été reçu docteur en médecine ou en chirurgie dans l'une des facultés du royaume.

Le concours se composera de six genres d'épreuves, savoir :

1. Une composition écrite faite à huis clos;
2. Une leçon, faite après vingt-quatre heures de préparation, sur la chimie;
3. Une autre leçon, faite après trois heures de préparation, sur un point de toxicologie;
4. Une opération sur un point de chimie et de toxicologie;
5. Une thèse ou dissertation écrite en français sur une matière où les candidats s'argumenteront réciproquement, conformément aux articles 27, 28 et 29 du réglement du 12 avril 1823, sur les concours d'agrégation ;
6. Une appréciation des titres antérieurs des candidats.

Ceux qui désireront concourir sont invités à remettre ou à envoyer, au secrétariat de la faculté de médecine de Strasbourg, les pièces constatant qu'ils ont les qualités exigées, savoir :

1. Copie légalisée de leur acte de naissance;
2. Leur diplôme de docteur;
3. Un paquet cacheté contenant l'exposé de leurs titres.

Ces pièces devront être parvenues à la faculté avant le 17 mai, époque où le registre sera clos irrévocablement.

— Compendium de médecine pratique, ou Exposé analytique et raisonné des travaux contenus dans les principaux traités de pathologie interne ; par MM. Louis de la Berge, docteur en médecine, agrégé à la Faculté de médecine de Paris, etc., etc., et Ed. Monneret, docteur en médecine, etc. ; 6e livraison. Prix de chaque livraison 3 f. 50 c. et 4 f. 50 c., franc de port par la poste.

On souscrit à Paris, chez M. Bechet jeune, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine, 4.

— De l'albuminerie ou hydropisie causée par maladie des reins; modifications de l'urine dans cet état morbide, à l'époque critique des maladies aiguës, et durant le cours de quelques affections bilieuses; par M. Martin Solon, médecin de l'hôpital Beaujon, agrégé à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie royale de médecine ; 1 vol. in-8, *avec planches coloriées*. Prix 6 f. et 7 f. 50, franc de port par la poste.

— Errata. Il s'est glissé dans l'impression de la lettre de M. Lelut sur la *structure comparée de la peau et de la membrane muqueuse*, deux fautes qu'il importe de corriger : au lieu de *destruction* de ces deux feuillets de l'épiderme (page 181, 2e col., ligne 3), il faut lire distinction, et au lieu de une seule *cause* (même col. lig. 27), lisez couche.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

IMPRIMERIE DE FÉLIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

Gazette Médicale DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux réunis*) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Poissonnière*, n° 5, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Mémoire sur une nouvelle méthode de traitement du torticolis ancien, présenté à l'Académie des sciences le 2 avril 1838; par le docteur Jules Guérin.

J'ai décrit, dans mon *Histoire des difformités du système osseux*, les différentes espèces d'inclinaison latérale de la tête, ainsi que les méthodes de traitement proposées jusqu'alors pour les combattre. Je ne répéterai rien ici des développemens dans lesquels je suis entré, dans la vue de présenter, avec quelque précision, l'histoire d'un ordre de difformités dont aucun auteur n'avait traité d'une manière détaillée. Je me propose uniquement aujourd'hui d'exposer une nouvelle méthode de traitement contre l'espèce d'inclinaison de la tête qui est produite et entretenue par un raccourcissement ou un défaut de développement du muscle sterno-mastoïdien, difformité à laquelle un grand nombre d'auteurs ont donné le nom de torticolis chronique. Cette méthode comprend à la fois un procédé opératoire et l'emploi d'appareils mécaniques nouveaux, et elle résulte de la combinaison successive de ces deux ordres de moyens. Avant d'indiquer en quoi consiste cette méthode, je vais exposer rapidement les idées qui m'y ont conduit, et qui lui servent naturellement de base.

§ I. De la duplicité anatomique, physiologique et pathologique du sterno-cléido-mastoïdien.

Eo examinant attentivement le cou d'un jeune homme affecté d'un torticolis de naissance, je fus frappé de cette particularité, savoir, qu'en faisant respirer fortement le sujet, on voyait manifestement la portion clavi-

Feuilleton.

ÉTAT ACTUEL DE LA MÉDECINE DANS LE LEVANT,

PAR HENRI JOSEPH DE TURCK, ORIENTALISTE.

Dès le second siècle de l'hégire, sous le khalifat des Haroun, sous le vizirat des Barmékides, les Mécènas de l'Asie, des écoles florissaient dans Bagdad, et Makrizi nous apprend que même sous le tyran aliéné Hakem-be-amr-Allah, qui est encore aujourd'hui la divinité des Druses, une université fut ouverte au Caire sous le nom de *dâr elhekme* (palais de la sagesse); une riche collection de livres y fut ouverte au public et les professeurs de médecine y jouissaient entre autres de traitemens considérables.

De ces écoles de Coufa, de Bagdad, du Caire naquirent ces fameux médecins et pharmacologues dont nous conservons encore les ouvrages, tels que Râzi, Ebn-Sina, Yehia, fils de Masouwaih (1), Ebn-Djeala, l'auteur du grand traité de médecine dédié au prince Dara-Chekouh et tant d'autres, dont Ebn-abi-Osaïba, dans sa biographie médicale, nous a transmis le nom, la vie et les ouvrages.

Cet état prospère et progressif des connaissances médicales chez les Arabes, dont nous pouvons recueillir des fruits dans les manuscrits qui nous restent, persévéra jusqu'aux invasions de Djengis-Khân et de Timour-lénk (Tamerlan) qui au commencement du XIIIe siècle et à la fin du XVe portèrent de rudes coups au temple de la science. Et bientôt après, les hordes destructives des Turcs, ennemis de la liberté et du savoir, achevèrent d'en saper les derniers fondemens: partis des confins de l'Europe, ils étendirent leurs ravages jusqu'aux rives du Tigre, tandis qu'en Perse, par un fatal concours, les règnes sanglans de la détestable dynastie des Sefi plongeaient ces nobles contrées dans le plus obscur barbarisme. — Depuis ces temps, la science, exilée de ses sanctuaires en ruines, privée de ses ministres, n'a cessé de marcher d'un pas rapide et rétrograde vers l'anéantissement. Les écoles, les professeurs, les bibliothèques publiques n'existent plus, et les médecins orientaux de nos jours, aussi ignorans que présomptueux, ne peuvent pas même atteindre à la médiocrité de l'empirisme. — Pour nous former une idée de leur savoir, jetons un coup d'œil sur leurs manières d'obtenir le titre de docteur. Assez fréquemment la profession se transmet de père en fils; alors celui-ci parvenu à un âge convenable, sachant lire et écrire, et suffisamment imbu des principes paternels, commence par rester dans la pharmacie, donne des consultations, prépare et vend les médicamens au commun des pratiques, tandis que le père fait en ville les visites d'importance. L'apprenti se fait connaître, se produit, établit une boutique pour son compte et devient héritier du système, des recettes, des secrets et des drogues de son père. Dans ce cas, l'époque du doctorat ne peut être pré-

(1) Yehia, fils de Masouwaih, que l'on nomme Jean, fils de Mesué, a composé un traité d'hygiène sous le titre de *Traité du régime des corps dans l'état de santé*.

culaire du sterno-cléido-mastoïdien se contracter pour concourir au soulèvement en totalité du thorax, alors que la portion sternale restait complètement immobile. Cette observation bien établie fut un trait de lumière qui me conduisit immédiatement aux conséquences suivantes :

1° Le sterno-cléido-mastoïdien constitue deux muscles distincts, le sterno-mastoïdien et le cléido-mastoïdien.

2° Le sterno-mastoïdien et le cléido-mastoïdien ont des fonctions séparées; le premier est surtout fléchisseur et rotateur de la tête, l'autre est un muscle essentiellement inspirateur.

3° Dans le torticolis attribué jusqu'ici au raccourcissement total du sterno-cléido-mastoïdien, la portion sternale du muscle est seule primitivement affectée.

4° Dans le traitement du torticolis chronique, dû au raccourcissement du sterno-mastoïdien, la section de la portion sternale seule suffit pour faire disparaître la cause essentielle de la difformité.

— J'ai soumis ces quatre propositions à l'observation et à l'expérience directes. Voici comment je suis arrivé à la confirmation de chacune d'elles.

1° LE STERNO-CLÉIDO-MASTOÏDIEN FORME DEUX MUSCLES DISTINCTS.

Albinus avait déjà émis l'opinion que le sterno-mastoïdien et le cléido-mastoïdien forment deux muscles séparés (1). Plus récemment Meckel a reproduit cette manière de voir (2). Ces auteurs se fondent, avec raison, sur ce que, les deux chefs du muscle sont plus distincts l'un de l'autre dans toute leur étendue que ne le sont certains muscles dont on fait des organes séparés. A cette considération, on peut en ajouter de plus puissantes, tirées de ce qui s'observe chez les animaux. La plupart des mammifères présentent les portions sterno-mastoïdienne et cléido-mastoïdienne complètement séparées. Je me suis assuré directement que, chez le chien, le lièvre et le mouton, cette disposition est manifeste. Chez le chien les deux portions sont non seulement séparées dans toute leur étendue, mais leurs insertions supérieures ont lieu à une hauteur différente : la portion sternale s'attache dans l'étendue de cinq à six lignes à un rebord saillant, qui domine l'apophyse mastoïde, et la portion externe s'attache à quelques lignes plus has par un faisceau distinct et n'a aucune connexion, dans toute son étendue, avec le chef interne ou antérieur. L'insertion inférieure de cette dernière portion chez les animaux sans clavicule, comme chez les solipèdes et les ruminans, vient se perdre dans la portion claviculaire du trapèze et du deltoïde. Chez ceux, au contraire, qui ont une clavicule parfaite, le cléido-mastoïdien se rend exactement à cet os, et il ne s'unit jamais, comme dans l'homme, au steroo-mastoïdien. En un mot, la portion sternale, ou le sterno-mastoïdien, a une existence constante et spéciale chez tous les mammifères, et la portion claviculaire, ou le cléido-mastoïdien n'existe pas toujours; et, quand elle existe, elle est constamment séparée de la précédente et souvent confondue avec d'autres muscles chez les animaux sans clavicules. Ajoutons que, chez l'homme, les deux portions peuvent non-seulement être isolées jusqu'à leurs insertions supérieures, mais que la direction de leurs fibres est fort différente; qu'elles se croisent un peu après leur origine, de manière que le sterno-mastoïdien recouvre et coupe dans son trajet le cléido-mastoïdien.

(1) Albinus, *Annotationes anatomicæ*. Leidi, 1768.

(2) Meckel, *Manuel d'Anatomie*, t. 2, p. 134.

2° LE STERNO-MASTOÏDIEN ET LE CLÉIDO-MASTOÏDIEN ONT DES FONCTIONS DISTINCTES.

Comme je l'ai dit plus haut, il suffit d'examiner ce qui se passe pendant les fortes inspirations chez les sujets atteints de torticolis ancien par raccourcissement du sterno-mastoïdien. On voit manifestement le cléido-mastoïdien se gonfler, se raccourcir, à mesure que la poitrine s'élève, tandis que le sterno-mastoïdien reste immobile. On rend cette opposition plus manifeste encore en comprimant l'abdomen de manière à empêcher le refoulement du diaphragme. Chez les sujets atteints de déviations latérales de l'épine, considérables, j'ai montré que la respiration s'exécute principalement par une ascension du thorax en totalité : je me suis assuré que le cléido-mastoïdien concourt puissamment à ce résultat, tandis que le sterno-mastoïdien reste inactif ou ne contribue à ce résultat que d'une manière peu sensible. La même remarque peut être répétée chez les sujets sans difformités dans les fortes inspirations, et surtout lorsqu'on a soin d'atténuer l'action du diaphragme par la compression de l'abdomen. Je le répète, ce résultat est visible à l'œil et sensible au toucher : le muscle se gonfle et se raccourcit. L'action inspiratrice du cléido-mastoïdien à l'exclusion du sterno-mastoïdien est donc un fait directement établi par l'observation et l'expérimentation sur l'homme. Il l'est encore par la physiologie comparée et par l'appréciation dynamique de la direction des deux muscles.

Chez la plupart des quadrupèdes dont la région cervicale rencontre le reste de la colonne angulairement, et qui sont dépourvus de clavicules, le cléido-mastoïdien devient un auxiliaire du trapèze et du deltoïde, et ne concourt à la respiration qu'indirectement et par une action commune à ces deux muscles : aussi, chez ces animaux, l'élévation du thorax en totalité, ou son transport en avant, n'a pas lieu; le rapprochement des membres antérieurs et leur fixité au sol s'y opposent complètement. Cependant le sterno-mastoïdien existe très développé et avec ses insertions accoutumées. Au contraire, chez les mammifères qui ont une clavicule, comme les écureuils, non seulement le cléido-mastoïdien existe avec son attache claviculaire; mais, dans l'action de grimper, si familière à ces animaux, ou lorsqu'ils reposent sur le derrière, ce muscle agit comme chez l'homme, verticalement, et tend à soulever le thorax pendant la respiration. La direction du sterno-mastoïdien ne lui permet que difficilement, aussi bien chez l'homme que chez les animaux, de concourir à ce résultat. Chez l'homme sa direction est oblique d'avant en arrière et de dedans en dehors : son action inspiratrice serait donc peu efficace. Chez les animaux, la région cervicale forme un angle à sommet antérieur avec la région dorsale; la direction du sterno-mastoïdien, presque perpendiculaire à l'axe longitudinal du thorax, est encore plus défavorable.

Ce fait de la diversité d'action des deux muscles, dont l'un est inspirateur et l'autre moteur de la tête, ne ressort pas moins manifeste lorsque l'on retourne au sterno-mastoïdien l'observation comparative précédemment appliquée au cléido-mastoïdien, c'est-à-dire lorsque l'on cherche dans le cléido-mastoïdien les caractères d'une action analogue à celle du sterno-mastoïdien pendant la contraction de ce dernier. Si l'on examine et touche, en effet, le cléido-mastoïdien, pendant l'inclinaison latérale et la rotation de la tête produite par le sterno-mastoïdien correspondant, on

---

cisée : on y parvient d'une manière insensible, inaperçue. Mais parfois les licences se font ex-abrupto : Abou-Joussouf, chrétien du mont Libau, ayant fait un héritage et ennuyé de son échoppe d'épiceries, se procura quelques fragmens d'Ebn-Sina, et les étudia pendant trois mois consécutifs; alors, convaincu de la suffisance de son savoir, il ouvrit une boutique à Damas dans la rue Bâb-Thouniâ (quartier des chrétiens) et se déclara hhakim (1) Car ces docteurs diffèrent de nos charlatans en ce qu'ils sont à demeures fixes dans les bazars et les lieux populeux; ils y établissent une pharmacie, ou, pour me servir de l'expression locale, *ils y ouvrent une boutique de médecin*.

Toutes les manières de devenir médecin sont analogues aux deux exemples que je viens de donner comme prototypes, et elles me dispenseraient de décrire plus largement la mesure des connaissances médicales des docteurs orientaux, connaissances que l'on peut comparer à celles d'un de nos hommes du peuple qui, sachant lire et écrire, aurait étudié un traité de thérapeutique et un formulaire.

De ces études isolées qui ne sont souvent dirigées par personne, ni soumises à aucun examen, il résulte que chaque médecin se forme empiriquement dans sa pratique un système particulier dont il ne rend compte à personne; néanmoins il y a des points de doctrine sur lesquels ils sont tous d'accord et voici les principaux : la grande division de toutes les maladies en chaudes et froides, division qui s'étend aux médicamens eux-mêmes, mais avec des degrés et des modifications sur lesquels on diffère; par exemple, le café est chaud et humide au premier degré, la feuille de chanvre est chaude et sèche au troisième degré, selon les uns, et au quatrième, selon les autres; elle est même froide et sèche, d'après une troisième opinion; mais il est toujours bien entendu que les médicamens chauds conviennent aux maladies froides et réciproquement. — Ils sont aussi d'accord sur l'influence, comme cause interne et matérielle, de la bile (*essofra*) dans les affections gastriques et entériques, de l'atrabile (*essauda*) dans les névroses, du flegme (*elbalrhâm*) dans les maladies cutanées et de la rétrocession ou métastase hémorroïdale (*elbewasir*), dans tout ce qu'ils ne savent pas classer. Les obstructions (*essedoud*) sont de même généralement admises; mais au lit du malade, il est bien rare que deux médecins s'entendent sur les causes prochaines.

Dans ce galénisme plus ou moins bien conçu par ceux qui le professent, on reconnaît le système prédominant des auteurs arabes du XIIe au XIIIe siècle.

Ces mêmes idées médicales sont répandues dans toute l'Asie mahométane; mais chez aucun peuple on n'égale la vaine faconde et la présomption des docteurs persans : avec quelle gravité, précision, assurance et emphase, ils détaillent l'origine, les symptômes, la marche de la maladie, les phénomènes survenus dans les organes, le danger de l'expectation, l'effet des médicamens et la terminaison heureuse avec l'aide de Dieu et de son vicaire Aly. — Souvent pour les grands personnages la médecine s'unit à l'astrologie; car cet art mensonger est encore en Perse dans toute sa vigueur; et des khan ou seigneurs de la cour,

(1) Hhakim est le nom qu'on donne aujourd'hui au médecin dans le Levant; l'ancienne dénomination de thabib, qui est moins honorifique, est tombée en désuétude, surtout dans la conversation.

Hhakim vient de la racine hhakam qui réunit les idées de science, autorité et sagesse.

n'aperçoit et ne sent qu'une très faible contraction. Cette contraction est, au contraire, très apparente dans le sterno-mastoïdien, qui se gonfle, se durcit et se soulève à mesure que par son concours on incline la tête en tournant la face en haut du côté opposé. On remarquera, d'ailleurs, que les insertions du sterno-mastoïdien sont merveilleusement placées pour produire des mouvemens faciles et étendus de la tête, tandisque le cleïdo-mastoïdien, favorablement disposé pour concourir au soulèvement du thorax, en tirant sur la clavicule, comme sur une anse, devrait faire des efforts de contraction considérables pour incliner directement la tête sur le col. Or, lorsque l'on produit ce dernier mouvement séparément des inspirations fortes, on n'aperçoit que des contractions à peine sensibles dans le cleïdo-mastoïdien.

Ces idées devaient naturellement me conduire à rechercher quels sont les nerfs qui se distribuent aux deux muscles, et s'ils reçoivent des rameaux distincts provenant de nerfs différens. Je n'ai rien trouvé dans ces recherches qui fût contraire ou favorable aux idées que l'on professe aujourd'hui sur les propriétés spéciales des nerfs moteurs et respirateurs.

Le cleïdo-mastoïdien reçoit tout à la fois des filets provenant du nerf spinal et des filets des nerfs cervicaux. Il en est de même du sterno-mastoïdien. On remarquera cependant que le tronc principal du nerf spinal, après avoir donné quelques filets aux deux muscles vers leur tiers supérieur, quitte l'intervalle qui les sépare, s'engage entre les deux couches de fibres musculaires formées par le cleïdo-mastoïdien, et continue son trajet entre ces deux couches jusqu'à la partie moyenne du muscle, qu'il quitte pour se diriger vers le bord supérieur de l'omoplate, où il s'engage sous le trapèze. Les filets nerveux qu'il cède lors de son passage à travers les deux muscles se joignent à des filets provenant des nerfs cervicaux et composent un plexus assez considérable qui occupe l'espace compris entre le tiers supérieur et la partie moyenne des deux muscles. Cette disposition qui n'offre rien de remarquable, quant à l'action physiologique, mérite d'être prise en considération par rapport à l'opération dont les muscles sterno et cleïdo-mastoïdiens ont été jusqu'ici le siége.

3° DANS LE TORTICOLIS ANCIEN ATTRIBUÉ AU RACCOURCISSEMENT TOTAL DU STERNO ET DU CLEÏDO-MASTOÏDIENS, LE STERNO-MASTOÏDIEN EST SEUL PRIMITIVEMENT AFFECTÉ.

Cette troisième proposition découle naturellement des deux premières, et l'observation directe l'établit plus légitimement encore.

On comprend en effet que si le sterno et le cleïdo-mastoïdiens sont positivement distincts et animés de propriétés différentes, il est très naturel d'admettre que l'un puisse être affecté sans l'autre, et que le contraire soit le fait exceptionnel; car il n'y aurait pas plus de raison pour que le cleïdo-mastoïdien fût malade en même temps que le sterno-mastoïdien, qu'il n'y en aurait pour que le splenius, le complexus, le trapèze ou l'un des scalènes partageassent l'état pathologique du sterno-mastoïdien. Or cela n'a pas lieu, du moins le plus généralement, ainsi que je le montrerai plus bas, et le fait serait si rare qu'on n'en cite aucun exemple bien établi, et que sur un assez grand nombre de cas de ces difformités, un seul m'aurait présenté la coïncidence dont il s'agit. Voici ce qui se passe généralement, et voici le moyen d'apprécier l'affection isolée du sterno-mastoïdien.

J'ai établi, dans mon histoire des difformités, qu'un grand nombre de difformités articulaires congéniales, comme la plupart des pieds-bots, des mains-bots, certaines luxations et subluxations, etc., sont le résultat de deux causes combinées; premièrement, d'une rétraction musculaire convulsive des premiers temps de la vie intra-utérine; secondement, d'un arrêt de développement des muscles atteints de cette rétraction et consécutif à cette rétraction, arrêt de développement qui les empêche de suivre l'accroissement normal du squelette et les dépouille en partie de leur activité fonctionnelle. Cette doctrine est le résultat de faits observés dans toutes sortes de conditions, depuis certaines anencéphalies présentant toutes les articulations convulsées, retournées, avec tous les muscles correspondans rétractés, jusqu'au simple pied-bot accompagné des traces d'une ancienne affection cérébrale convulsive. Qu'arrive-t-il dans cette catégorie de difformités? C'est que le muscle ou les muscles primitivement rétractés et secondairement arrêtés dans leur développement, sont considérablement raccourcis et réduits de volume; ils s'offrent sous l'aspect et avec la consistance de cordes ou de membranes fibreuses peu ou point contractiles : dégénérescence produite, comme je l'ai démontré, par l'état de tension continue où sont placées les fibres musculaires dans certaines difformités. Or que voit-on dans la difformité du cou qui nous occupe? La portion sternale du sterno cleïdo-mastoïdien, c'est-à-dire le sterno-mastoïdien, puisque c'est pour nous un muscle distinct, seul atteint d'un raccourcissement considérable, seul contracturé, seul très tendu, seul réduit à l'apparence et à la consistance d'une corde fibreuse, seul dépouillé d'une partie de sa contractilité, seul enfin avec les véritables caractères de la cause efficiente de la difformité. Et qu'observe-t-on au contraire dans le cleïdo-mastoïdien? uniquement ce qu'on observe dans le splenius, le complexus, le trapèze, l'angulaire, le cervical descendant du côté correspondant, c'est-à-dire un retrait passif des fibres musculaires sans apparence de contracture, retrait qui, suivant une autre loi propre au système musculaire, tend à proportionner la longueur des muscles à l'étendue de l'espace compris entre leurs points d'insertion rapprochés par une difformité. Je le répète, ce retrait est tout passif : il ne conduit pas à la transformation fibreuse; mais plutôt à la transformation graisseuse : or c'est ce qui arrive au cleïdo-mastoïdien dans les torticolis produits par la rétraction du sterno-mastoïdien. Au lieu d'être distendu, fibreux, comme ce dernier, il est simplement raccourci passivement, adapté et proportionné au trajet mesuré par la distance de ses deux points d'insertion. De plus, il jouit de la plénitude de ses fonctions; pendant les fortes inspirations, il se contracte d'une manière complète et manifeste; et enfin lorsqu'on a vaincu la résistance au redressement de la tête, par la section de son congénère le sterno-mastoïdien, il n'oppose plus à ce redressement qu'une résistance passive, partagée par les autres muscles latéraux correspondans du cou et assez facile à vaincre. C'est là un fait établi par l'expérience, et que nous aurons occasion de développer plus bas.

Voilà l'observation de ce qui arrive dans la généralité des cas, à savoir que le sterno-mastoïdien est seul atteint et seul activement rétracté dans l'espèce d'inclinaison de la tête dont il s'agit; c'est du moins ce que j'ai toujours vu à une seule exception près, dans douze cas soumis à mon observation. J'ai fait constater la même particularité par plusieurs médecins, notamment à Bicêtre par M. Leuret et plusieurs internes de cet hospice; à la Pitié par MM. Lisfranc, Pinel-Grandchamp, Sédillot et un grand nombre d'autres personnes présentes à l'expérience; enfin dans mon établissement et chez d'autres malades de la ville, par MM. Kuhn, Macgloughlin, Pointe, etc. Je n'exclus pas, comme on le voit,

---

d'une éducation distinguée pour leur pays, d'ailleurs philosophes et esprits forts, auxquels il m'était permis de parler librement des erreurs du *chiisme* et des fourberies du prophète, ceux-là mêmes se révoltaient à de simples observations sur l'astrologie, et les combattaient par des récits de faits prétendument avérés et de réussites merveilleuses qui me réduisaient au silence. Ainsi, l'astrologue préside à l'administration d'un remède comme à l'horoscope d'une naissance illustre et au pronostic des affaires de l'état.

A ces absurdités se joint l'emploi des remèdes insignifians, dont je n'ai du moins jamais pu reconnaître l'efficacité; tels sont la poudre de perles, la poudre de diamans dans les cordiaux; le bézoard animal (*pâd-zéhir* ou *bâd-zéhir*, *chasse-poison*), concrétion calculeuse, singulièrement préconisée comme alexipharmaque, et un bitume ou naphte agglutinant calogène, réunissant en peu de jours les fractures les plus graves. Déjà à Bagdad et ensuite en plusieurs lieux de la Perse, le concours et l'unanimité des témoignages, tant des docteurs que des personnes qui me semblaient dignes de foi, avaient vivement excité ma curiosité sur les vertus de ce remède. Les uns en avaient vu les effets sur des individus dont ils me citaient le nom; les autres avaient assisté à des expériences concluantes. J'ai vu, me disait-on, rompre la patte à un poulet, ou à un autre animal vivant, rejoindre, enduire de cette naphte, maintenir au moyen d'attelles, et vingt-quatre heures après l'expérience, les parties parfaitement consolidées permettaient un usage aussi libre du membre qu'avant la fracture. — Cette substance précieuse a sa source dans une grotte basse et étroite, dont la porte en fer est soigneusement gardée, dans les montagnes du Mazanderân; elle en distille lentement et goutte à goutte; le produit, qui ne se recueille qu'une fois par an, est entièrement réservé pour le roi qui en envoie de petites boites en cadeau à ses alliés. — Malgré la défiance que m'inspiraient ces discours, j'étais curieux de vérifier ce qu'ils pouvaient avoir de réel; enfin, à la cour de Chirâz, on me montra une petite boite métallique contenant une fort petite quantité du précieux *belsân* ou baume, qui était fondu et agglutiné aux parois de la boite et dont l'apparence et l'odeur résineuse et légèrement balsamique me firent penser que ce ne pouvait être qu'une espèce de naphte épaissie. On ne me permit point de mettre ses vertus à l'épreuve, et, quelque temps après, des circonstances trop longues à décrire m'en empêchèrent une seconde fois à Ispahan. — Mes recherches sur une autre concrétion, puissant alexitère, furent encore plus infructueuses : la pierre qui se trouve dans la tête de certains serpens, me dit-on, s'applique sur toute morsure ou piqûre d'animaux venimeux; poreuse et absorbante, elle en attire tout le venin, s'en imprègne et l'abandonne dès qu'on la pose dans une coupe de lait frais. — Si mes lectures ne m'avaient pas fait connaître la pierre de *cobra* ou de serpent, composé argileux que l'on supposait se former dans la tête de la vipère *nadja*, j'aurais ajouté plus de foi à l'efficacité de ce spécifique, car il rentre dans le domaine de la toxicologie, science dans laquelle les Orientaux ont fait le plus de progrès, dont ils tiennent les secrets cachés et dont ils ne se servent que trop souvent pour satisfaire les caprices ou la sombre politique d'un cruel despote.

Je passerai sous silence d'autres remèdes, dont j'aurai l'occasion de parler dans le courant de cet article, pour dire un mot de l'état actuel de la chirurgie de l'Orient.

Si la médecine interne, égarée dans de fausses routes, traîne à sa suite une foule de remèdes illusoires, la médecine externe, rentrée dans les langes de l'enfance, a perdu tous ses moyens; abandonnée aux mains des barbiers, sauf la ca-

d'une manière absolue, l'existence d'une rétraction primitive simultanée des deux muscles sterno et cléido-mastoïdiens, pas plus que, parce qu'il y a un grand nombre de pieds-bots équins avec rétraction seule des jumeaux, je n'exclus l'existence d'autres rétractions musculaires simultanées, mais plus rares, des autres muscles de la jambe et du pied. Je dis et me borne à dire que, dans la généralité des cas, la rétraction du sterno-mastoïdien existe seule, à l'exclusion du cléido-mastoïdien, aussi bien que des autres muscles latéraux du cou. L'expérience m'a montré jusqu'ici un seul exemple de rétraction primitive des deux muscles, et alors ils offraient tous deux à un égal degré les caractères de la rétraction et de l'arrêt de développemens primitifs, raccourcissement égal, saillie, tension sous la peau en forme de Λ renversé, réduction de volume, et apparence d'état fibreux; mais ce fait n'est qu'un fait exceptionnel à côté du fait simple, général, que l'induction anatomique et physiologique confirmée par l'observation directe m'a permis d'établir.

4° LA SECTION DU STERNO-MASTOÏDIEN SEUL SUFFIT POUR FAIRE DISPARAÎTRE LA CAUSE ESSENTIELLE DE LA DIFFORMITÉ.

Cette proposition est à la fois la confirmation des précédentes, et elle est confirmée par elle. S'il est vrai, en effet, que la section du sterno-mastoïdien seul suffise à faire disparaître, dans le plus grand nombre des cas, la cause primitive et principale de la difformité, il est très présumable que cette portion du muscle est seule primitivement affectée, qu'elle a une existence et des fonctions spéciales, et n'a que des rapports de contiguité avec le cléido-mastoïdien : or il est très réel que la section seule de la portion sternale du sterno cléido-mastoïdien ou du sterno-mastoïdien proprement dit, suffit pour détruire la cause efficiente de la difformité et conduit au redressement complet de la tête. L'expérience a été faite deux fois en présence de médecins français et étrangers, parmi lesquels je citerai MM. Lisfranc, Sédillot, Pinel-Grandchamp, Kuhn, Simon, Macgloughlin, Thompson d'Edimbourg, Bruni de Florence, etc., et notamment une fois à l'hôpital de la Pitié, en présence des nombreux élèves qu'attire chaque jour la clinique du chirurgien en chef de cet hôpital. L'expérience a prouvé qu'immédiatement après la section du sterno-mastoïdien proprement dit, le malade sent sa tête se redresser spontanément, et recouvre en grande partie la faculté de la tourner en tous sens, sans autre difficulté que celle résultant du retrait passif des autres muscles cervicaux. Cette difficulté, qui met momentanément des bornes au redressement complet, ne peut être invoquée contre mon opinion sur la délimitation de l'affection principale et primitive au seul muscle sterno-mastoïdien; j'opposerais immédiatement ce qui se passe dans le traitement du pied-bot équin par la section du tendon d'Achille. Cette difformité est bien primitivement due à la rétraction ou à la brièveté de ce tendon, ou du muscle qui l'engendre; et cependant la section du tendon seul ne suffit pas toujours au redressement immédiat du pied, parce que, en effet, les autres muscles, par suite de leur retrait passif, opposent une plus ou moins grande résistance à ce redressement; mais il suffit d'employer pendant quelque temps des moyens mécaniques appropriés pour obtenir un résultat complet. Voilà ce qui se passe aussi dans le traitement du torticolis par raccourcissement du sterno-mastoïdien : la section du muscle enlève immédiatement la cause primitive de l'inclinaison et de la torsion de la tête; mais il est indispensable d'opposer aux résistances secondaires résultant du retrait passif des muscles contigus, des moyens capables de faire disparaître ces résistances : quelques moyens mécaniques fort simples que je décrirai plus bas remplissent cette seconde indication.

Les conclusions qu'on peut tirer de ce qui précède sont donc les quatre propositions énoncées au commencement de ce mémoire, propositions qui établissent la duplicité anatomique. physiologique et pathologique du sterno-cléido-mastoïdien, la rétraction primitive presque toujours bornée au faisceau sternal de ce muscle dans le torticolis ancien, et conduisent à une nouvelle méthode de traitement de cette difformité, savoir : la section du sterno-mastoïdien seul, et l'emploi de moyens mécaniques consécutifs pour combattre les effets secondaires de la difformité.

§ II. DESCRIPTION DE LA MÉTHODE.

La méthode dont il s'agit comprend donc des procédés chirurgicaux et des procédés mécaniques distribués en deux temps pour répondre aux deux indications principales du traitement.

1° PROCÉDÉS CHIRURGICAUX.

Je fais la section du sterno-mastoïdien à six ou huit lignes au-dessus de son insertion sternale : je fais cette section sous la peau au moyen d'une seule ponction et suivant deux procédés différens.

PREMIER PROCÉDÉ. Le malade étant couché sur un lit dont le tiers supérieur se relève en pente, un aide lui tient la tête et tend à l'incliner en sens inverse de l'inclinaison pathologique, et à exagérer la rotation existante. Ces deux mouvemens sont indispensables : le premier a pour effet de tendre le muscle à diviser, et de favoriser ainsi l'action de l'instrument tranchant. L'exagération de la rotation pathologique est plus importante encore : elle a pour effet de faire saillir en avant le muscle sterno-mastoïdien, de le détacher des parties sous-jacentes, en transportant son insertion mastoïdienne dans un plan plus antérieur. Le soulèvement du muscle est quelquefois tel dans cette condition qu'il est complètement séparé de plusieurs lignes des parties profondes, et qu'on peut l'embrasser en totalité entre le pouce et l'index, de manière à ce que la peau seule soit interposée entre les deux doigts qui la pressent. Une fois le muscle soulevé et tendu, je fais à la peau, six à huit lignes au-dessus de l'insertion sternale du muscle, un pli parallèle à la direction de ce dernier, pli dont la base répond au point de la peau qui, dans le relâchement, longe le bord externe du muscle. Je plonge à la base de ce pli un bistouri mince, large de deux lignes et légèrement concave sur le tranchant. Dans le premier temps de l'opération, la lame de l'instrument est introduite à plat, le tranchant tourné du côté de la tête; lorsqu'elle a été enfoncée de six à huit lignes, c'est-à-dire de manière à dépasser le bord interne du muscle, sans traverser la peau du côté opposé à la ponction, je relève, dans un second temps, la lame du bistouri, et j'applique son tranchant sur le muscle. Dans un troisième temps, j'abandonne le pli de la peau et coupe le tendon. La peau relâchée et revenue sur elle-même s'applique contre l'instrument, le presse et le suit pour reprendre ses premiers rapports; elle l'empêche ainsi de faire une ouverture plus grande que celle qui a servi à son introduction. Le faisceau musculaire est presque spontanément divisé. Il ne faut pas craindre d'appuyer avec quelque force, afin d'éviter une division incomplète de

---

tration et la circoncision, elle est réduite à la petite chirurgie et ne possède pour tout instrument que le rasoir et la lancette : la saignée, les scarifications, l'application des ventouses, des cautères, maintenir les fractures au moyen de bandages et d'attelles, réduire maladroitement des luxations et la prétendue réduction des entorses, voilà le groupe de ses connaissances. Et les opérations douloureuses, mais efficaces d'Abou l-Casis et ses prédécesseurs sont tombées dans l'oubli, on ne trouvent plus pour les pratiquer de mains assez habiles.—Deux de ces opérations se sont seules maintenues par l'exigence des institutions religieuses. L'une d'elles, la castration, pour le service des harem, consiste dans l'ablation complète des parties génitales au moyen du rasoir; l'hémorragie est arrêtée par des poudres astringentes aidées, en cas de besoin, du cautère actuel. Cette opération réussit parfaitement, même sur les adultes. Pour obvier au rétrécissement de la partie prostatique de l'urètre, on y introduit un cylindre ou bougie de plomb d'environ un pouce de longueur et une ligne de diamètre. Ces cylindres dépourvus de tête et mal maintenus par des bandages imparfaits, risquent à tout moment de tomber dans la vessie et d'y servir de noyau à un calcul urinaire.

La castration et la circoncision, qui se font aussi au moyen du rasoir, sont les seules opérations importantes des chirurgiens orientaux, qui n'ont acquis du contact des Européens que la pierre infernale, tandis que les médecins se sont approprié le quinquina, la salsepareille, le tartre-émétique et le calomel.—La vaccine, qui commence à faire des progrès chez les Arabes, est encore presque exclusivement dans les mains de ceux qui l'importent : à Damas, c'était naguère le père Tomasio, capucin de l'île de Sardaigne; à Alep, Antioche, Tripoli, Acre, Jérusalem et les principales villes de la Syrie, c'étaient des Européens qui la pratiquaient; à Bagdad, c'est un Levantin; en Egypte même, sa naturalisation est difficile.

L'anatomie et surtout l'anthropotomie, stigmatisée par la religion, s'opposera long-temps aux progrès des sciences médicales. Les principales parties de notre charpente osseuse ne sont connues que par leur ressemblance avec celles des quadrupèdes; la myologie et la névrologie sont encore plus pauvres, et l'on ne connait guère du système vasculaire que les veines basilique et radiale; l'ouverture de la première, nommée *eurk-el-beden* (veine du corps), est indiquée dans les affections thoraciques ou abdominales, et celle de l'autre nommée *eurk-erfas* (veine de la tête), dans les affections cérébrales.

Toutes les idées médicales sur la division des maladies et autres, que j'ai exposées dans cette esquisse de la médecine orientale, sont profondément enracinées dans toutes les classes; ce sont des préjugés de nation qui s'énoncent comme une formule de foi, ne rencontrent aucun réfractaire et n'admettent aucun doute. Le médecin européen, quand il n'a pas l'occasion de les combattre victorieusement, doit toujours les respecter et s'y soumettre; il doit absolument les connaître, sous peine d'être taxé d'ignorance et de ne pas comprendre le langage médical du peuple et de quiconque vient réclamer ses secours. Mais cette dernière proposition, que l'entraînement du sujet m'a fait prématurément émettre, appartient à la seconde partie de cet article, dans laquelle je traiterai de la position du médecin européen dans le Levant, des préjugés qui gênent la pratique, et des affections le plus communément occurrentes dans telle et telle contrée.

Avant d'entrer en matière, qu'il me soit permis de faire quelques observations

ses fibres. La section complète du muscle s'annonce d'ailleurs par un bruit semblable à celui qu'on entend dans la section du tendon d'Achille, et par le redressement de la tête.

Deuxième procédé. L'application de mon second procédé exige une modification dans la forme de l'instrument, qui, au lieu d'être concave sur le tranchant, doit être légèrement convexe. J'introduis le bistouri sous le tendon du muscle, toujours au moyen d'une simple ponction, et après avoir fait préalablement un pli à la peau; je coupe le muscle d'arrière en avant jusqu'à ce que je n'éprouve plus de résistance, ayant soin, comme dans le cas précédent, de ne pas percer la peau du côté opposé à la piqûre d'introduction.

J'ai eu recours à ces deux procédés; mais je donne la préférence au premier, parce que, avec le second, on n'est pas sûr d'embrasser tout le muscle, et qu'une sonde cannelée se fraie difficilement passage à travers le tissu cellulaire sous-jacent.

Je ferai remarquer qu'en ayant soin de soulever le muscle par le transport de son insertion mastoïdienne dans un plan plus antérieur, et en prenant la précaution de diriger la pointe de l'instrument vers la ligne médiane du cou, on ne court aucun risque de blesser les vaisseaux. La veine jugulaire externe est à près de trois pouces en dehors du siège de l'opération; l'artère carotide primitive et la veine jugulaire interne correspondent à la base de la lame de l'instrument, et sont protégées d'ailleurs par les muscles sterno-hyoïdien et sterno-thyroïdien qui les recouvrent en ce point, et qui empêchent, d'autre part, la pointe de l'instrument, en cas de mouvement brusque de la part du malade ou de l'opérateur, de piquer la trachée artère. Les seuls vaisseaux qui pourraient être rencontrés, si on opérait sans précaution, sont la veine jugulaire antérieure et la veine thyroïdienne inférieure. La première n'existe qu'accidentellement, et il est toujours aisé de l'éviter, puisqu'elle est sous-cutanée; la seconde, protégée par la couche des muscles sous-jacens, est aussi à peu près hors d'atteinte de l'instrument; la lésion de cette veine serait d'ailleurs sans importance.

Quoique je n'aie pas opéré jusqu'ici de rétraction simultanée des deux muscles sterno et cléido-mastoïdiens, j'ai dû prévoir le cas où cette double rétraction aurait lieu, puisque j'en ai rencontré un exemple, et faire choix d'un procédé propre à diviser le cléido-mastoïdien sous la peau, comme je le fais pour le sterno-mastoïdien; voici, le cas échéant, comment il me paraîtrait convenable de se conduire.

On ferait d'abord la section du sterno-mastoïdien, afin d'obtenir une certaine quantité de redressement de la tête, et de produire, par suite, une tension plus grande du cléido-mastoïdien rétracté; on inclinerait et l'on ferait tourner la tête du malade du côté opposé au côté rétracté. Le cléido-mastoïdien étant soulevé et mis en saillie, comme pour la section du sterno-mastoïdien, on ferait un pli à la peau parallèle à la direction du muscle, on introduirait à la base de ce pli, entre la peau et le muscle, à huit lignes au-dessus de son insertion claviculaire, et perpendiculairement à la direction de ses fibres, un bistouri concave sur le tranchant; et on inciserait comme je le fais pour le sterno-mastoïdien. Contrairement à ce que je prescris dans ce dernier cas, il faudrait diriger la pointe de l'instrument de dedans en dehors et d'avant en arrière, l'opérateur étant placé du côté sain du sujet. Avec cette précaution, on ne courrait aucun risque de blesser les gros vaisseaux : le trajet de la carotide primitive et de la jugulaire interne répondrait en effet à la base de la lame de l'instrument, et l'artère carotide primitive, protégée par la veine jugulaire interne placée au-devant d'elle, serait complètement à l'abri. La veine jugulaire externe et la portion horizontale de la jugulaire antérieure, dans son trajet pour se rendre à la veine sous-clavière, pourraient être seules atteintes par la pointe de l'instrument; mais avec la précaution de ne faire la section que huit lignes au-dessus de la clavicule, on éviterait la jugulaire antérieure, et en introduisant comme je l'ai dit le bistouri perpendiculairement à la direction des fibres musculaires, et non à plat comme dans le premier cas, il serait facile de laisser la jugulaire entre le dos de l'instrument qui est légèrement recourbé, et la peau, et par conséquent d'éviter toute effusion considérable de sang. On pourrait encore faire la section du cléido-mastoïdien d'arrière en avant, sur une sonde cannelée qu'on aurait glissée sous le muscle; mais, outre que l'introduction de la sonde ne se fait pas sans obstacle, on n'est jamais sûr d'embrasser la totalité du muscle, et, par conséquent, d'opérer sa section entière. Je préférerais donc le premier procédé.

Les soins à donner au malade après l'opération sont des plus simples : un morceau de diachylon gommé de la grandeur d'une pièce de vingt sous est appliqué sur l'ouverture de la peau : une compresse légère et deux ou trois tours de bande complètent le pansement. Le malade n'a ordinairement aucun accident inflammatoire ni symptômes fébriles; cependant, le jour de l'opération, je ne lui accorde que peu d'alimens. Le troisième jour, la plaie extérieure est ordinairement cicatrisée; je commence alors la seconde partie du traitement.

2° procédés mécaniques.

Une fois l'obstacle primitif détruit, le sterno-mastoïdien coupé, il faut vaincre la rétraction passive des autres muscles du même côté, et de ceux du côté opposé qui maintiennent à un degré plus ou moins prononcé *l'inclinaison de la tête sur la colonne, quelque reste de rotation* de cette dernière, *l'inclinaison de la région cervicale sur la première vertèbre dorsale*, et, finalement, *le raccourcissement de tous les muscles longitudinaux du cou* des deux côtés. N'ayant pas encore publié les observations qui me sont propres sur l'histoire du torticolis ancien, je suis obligé, pour l'intelligence de ce qui précède, d'entrer dans quelques détails sur quelques particularités anatomiques, non indiquées, de cette difformité.

J'ai établi (1) qu'indépendamment des mouvemens de flexion de totalité qu'elle effectue au moyen des fibro-cartilages et de ses articulations communes, la colonne vertébrale présente à la réunion de la dernière lombaire avec le sacrum, à la réunion de la onzième dorsale avec la douzième, et à la réunion de la septième cervicale avec la première dorsale, des dispositions articulaires spéciales en vertu desquelles elle exécute des mouvemens d'inclinaison latérale *de localité*; en sorte que le rachis s'incline en totalité sur le sacrum, la région dorsale sur la région lombaire, et la région cervicale sur la région dorsale, comme la tête s'incline sur la région cervicale (2). Cette faculté qu'a la région cervicale de s'incliner en totalité sur la première vertèbre dorsale sert d'une manière remarquable

(1) Dans mon histoire inédite des difformités du système osseux. (Voir le rapport de l'Académie des sciences du 21 août 1837.)

(2) L'indication générale de ces faits a été donnée dans le rapport de l'Académie des sciences : ils seront publiés prochainement avec tous les détails et tous les développemens qu'ils comportent.

générales tirées, comme tout ce que je me permets d'avancer, de sept années d'expérience passées dans diverses parties du Levant.

Le vrai médecin est l'homme qui, dans tout l'Orient, jouit du plus de considération; partout le respect l'accompagne, il est admis en tous lieux, depuis le palais jusqu'à la cabane; il brave la jalouse surveillance musulmane jusques dans le secret des harem; l'Arabe, le Turkmân, le Lor nomades dans leurs déserts, le Courd brigand, le féroce Yézidi dans leurs montagnes; toutes les peuplades, toutes les sectes l'accueillent avec bienveillance. Les connaissances médicales sont donc de la plus haute utilité à tout voyageur qui veut explorer scientifiquement l'Orient, et les pressentimens que m'inspira à ce sujet la lecture de quelques voyageurs, eurent pour moi les plus heureux résultats. — Après avoir irrévocablement arrêté d'aller étudier les langues et les mœurs de l'Orient en Orient même, les quatre années qui précédèrent mon départ et que je ne comptais primitivement employer à Paris qu'à l'étude des langues seules, furent aussi consacrées à l'acquisition des connaissances médicales, que, dès-lors, je crus indispensables. Cette acquisition, facilitée par mes études antérieures à Louvain, ne fut, il est vrai, que secondaire; je ne pris de la théorie que ce qui m'offrait une utilité pratique et conforme au tracé de mon plan. — Privé de la dextérité en chirurgie, que l'on ne peut pas même acquérir aux leçons et à la clinique des grands maîtres, mon savoir incomplet me fut pourtant un auxiliaire précieux; il m'introduisit dans les cours des souverains et dans la société des classes supérieures, qui pouvaient seules m'initier dans la pureté du langage et de la prononciation; il me procura en divers lieux les commodités et les agrémens que l'argent même n'aurait pu m'y donner; enfin, il me délivra des mains des brigands et me sauva plusieurs fois la vie. Je ne puis donc assez proclamer l'utilité des études médicales dans les voyages au Levant; Rome et l'Espagne l'ont senti depuis long-temps, et leurs missionnaires s'en servent avec succès.

C'est ici l'endroit de redire ce que j'ai incidemment avancé dans un journal, que tout vrai *médecin-operateur* est certain de se créer une fortune indépendante dans les vastes contrées soumises à l'islamisme; mais ce résultat positif est subordonné à des conditions dont l'exposé nous offrira implicitement la position du médecin européen chez les Orientaux, et les règles de conduite dont il ne doit jamais se départir.

La première condition indispensable est l'intelligence de la langue. Ici un groupe d'anecdotes de drogmans viendraient à l'appui de mon assertion; mais, trop triviales et trop longues, elles m'écarteraient loin des voies de mon sujet.

Une autre condition nécessaire à la réussite du médecin européen, en Orient, est la connaissance des usages et des préjugés du peuple et des docteurs. Ceux-ci, remarquant qu'une grande partie de nos remèdes, tels que le tartre-émétique, la quinine, le calomel, etc., s'administrent à de fort petites doses, s'imaginent que toute notre pharmacopée consiste en quintessences ou bijoux (*djewahir*), comme ils les nomment; et cette opinion s'est répandue dans les masses. — Ces mêmes docteurs font de même tous leurs efforts pour perpétuer l'ancienne opinion, que toute affection quelconque, même externe et traumatique, se révèle au médecin à la seule exploration du pouls. Ils croient par ce moyen s'élever au-dessus de la science de l'Europe, qui les blesse et qui excite une admiration générale dont ils sont jaloux. Aussi, à chaque première visite, le malade ne fait que présenter le pouls, et il attend, sans rien dire, l'exposition du diagnostic — Dans les harem musulmans, c'est bien pis; à la première visite, la femme, que le mari ou les eunuques présentent, est tout à fait voilée

dans la formation du torticolis. Pour balancer le déplacement considérable qui résulterait de l'inclinaison du même côté, et de la tête, et de la région cervicale, la colonne cervicale s'incline en sens inverse sur la première vertèbre dorsale, de manière à former en ce point avec l'horizon, un angle de retour très aigu du côté sain, et très obtus du côté rétracté. Il en résulte que la tête, quoique inclinée sur la région cervicale, est ramenée dans la verticale, afin de ne pas troubler l'équilibre du tronc. Cette disposition est générale, on l'observe sur tous les sujets atteints de torticolis ancien, et j'ai eu occasion de la faire remarquer à plusieurs reprises avant et après l'opération de la section du sterno-mastoïdien. Elle persiste donc, après cette opération, et devient la source d'une indication importante à remplir. Voilà pour l'inclinaison.

La *rotation* de la tête, et même l'*inclinaison de la tête sur la colonne* n'ont pu disparaître en totalité par la section du sterno-mastoïdien, bien que ce dernier fût l'agent essentiel et primitif de ces dispositions. On remarquera, en effet, que la tête et le cou ayant été maintenus pendant de longues années dans une position anormale, tous les muscles du cou, aussi bien ceux du côté sain que ceux du côté affecté, ont subi consécutivement des changemens de rapports et de dimensions, ainsi que je l'ai établi ailleurs, relatifs au rapprochement ou à l'écartement permanent de leurs points d'insertion. Ces changemens expliquent la permanence d'un certain degré de rotation et d'inclinaison de la tête après la section du muscle; ils expliquent encore un phénomène qu'on n'avait pas noté, savoir le raccourcissement des muscles longitudinaux des deux côtés du cou, par suite duquel tous les individus traités par les méthodes chirurgicales seulement conservent une apparence de brièveté du col résultant de l'inclinaison de la colonne cervicale sur la région dorsale, inclinaison que le raccourcissement des muscles qui vont de la tête aux épaules, ou de la région cervicale aux épaules ou à la région dorsale, empêchent de disparaître.

Les développemens dans lesquels je viens d'entrer montrent donc évidemment qu'un traitement mécanique consécutif est aussi indispensable que le traitement chirurgical. Cependant aucun auteur ne s'en était occupé jusqu'ici d'une manière méthodique, par la raison que les indications à remplir n'étaient pas connues ou n'avaient été aperçues que dans leur généralité. Je dirai plus, c'est que la plupart des chirurgiens qui ont rapporté des observations de section du muscle sterno-cléido-mastoïdien se contentent d'affirmer qu'aussitôt après la section des muscles la tête s'est redressée, et ils se sont contentés de ce résultat. Une connaissance plus approfondie des caractères anatomiques de la difformité, et principalement la détermination du phénomène de l'inclinaison de la colonne cervicale sur la colonne dorsale qui est souvent restée droite, a dû nous rendre plus difficile, et nous a conduit à établir les élémens du traitement mécanique consécutif, en nombre et en importance proportionnées aux élémens restans de la difformité.

Le moyen principal que j'ai imaginé dans ce but est un lit orthopédique à extension parallèle dont j'ai rendu le casque mobile dans des plans différens, de manière à exécuter tour à tour ou simultanément l'extension parallèle ou oblique de la tête et de la région cervicale, l'inclinaison latérale de la tête à droite ou à gauche et sa rotation dans tous les sens. Une tige deux fois coudée à angles droits alternes unit le casque au plateau supérieur. La branche horizontale du premier coude, longue de trois pouces, s'articule en tête de compas avec la partie moyenne et extrême de la base du plateau supérieur et détermine les mouvemens d'inclinaison latérale du casque sur un axe vertical. A quatre pouces de hauteur, c'est-à-dire un peu plus que l'épaisseur du plateau supérieur, la branche verticale du premier coude se replie et forme le second coude à angle droit et se continue horizontalement de niveau avec la face supérieure du plateau jusqu'à la base du casque. Au milieu de son trajet, cette branche horizontale du second coude est interrompue par une noix qui permet au casque d'effectuer des mouvemens de rotation dans tous les sens : tels sont les élémens mécaniques fort simples du système d'inclinaison et de rotation du casque de mon appareil. Le système d'extension parallèle ou longitudinale est le même que dans les lits orthopédiques brisés que j'ai fait construire d'après les appareils de Shaw, à l'exception que le point d'intersection supérieur, au lieu de correspondre au niveau de la région dorsale moyenne, correspond à l'union de la région cervicale avec la région dorsale. Toutefois dans le cas où une déviation latérale de l'épine coïnciderait, comme cela arrive quelquefois, avec le torticolis, la ligne de séparation des plateaux pourrait-être maintenue au niveau de la courbure principale et même on pourrait conserver les deux divisions que j'ai fait établir au lit de Shaw, modifié par M. Pravaz.

Le sujet étant couché sur ce lit, il y est maintenu fixé: 1° par une ceinture qui embrasse les hanches et se rend à l'extrémité du plateau inférieur; 2° par un corsage élastique qui enveloppe la moitié supérieure du thorax et les épaules, et adhère au plateau supérieur au moyen de courroies bouclées de chaque côté; 3° par un collier rembourré, bouclé au pourtour de la demi-circonférence du casque prenant appui sur les mâchoires inférieures et se fermant au niveau du menton. On peut encore ajouter deux épaulettes en cuir qui ont pour but d'empêcher un des côtés du tronc de monter ou de descendre sous l'influence des mouvemens d'inclinaison de la tête. Une fois le corps ainsi appliqué sur l'appareil, on fait incliner le casque du côté opposé à l'inclinaison pathologique, on le tourne en sens inverse de la rotation de la tête, et celle-ci, ne faisant qu'un avec le casque, est entraînée dans toutes les directions qu'on imprime à ce dernier.

Des vis de pression rendent l'inclinaison et la rotation produites, permanentes. S'il est besoin d'ajouter à ces efforts le secours de l'extension longitudinale ou parallèle, qui est oblique d'après l'inclinaison de la tête, on éloigne d'une certaine quantité le casque du plateau supérieur dans le sens longitudinal, et par la combinaison de ces moyens, l'extension se porte sur tous les muscles du col, sur le sterno et le cléido-mastoïdiens rétractés, et enfin sur tous les muscles du cou des deux côtés, de manière à ce que leur allongement permette à la colonne cervicale de se redresser sur la colonne dorsale. C'est ainsi, comme on le voit, que tous les élémens de la difformité consécutive sont tour à tour ou simultanément combattus. Le dernier à disparaître est ordinairement l'inclinaison de la colonne cervicale sur la colonne dorsale; dans ce cas, l'extension parallèle simple appliquée directement sur la région cervicale finit par déterminer un allongement suffisant de tous les muscles, et par suite la disparition de l'angle d'inclinaison.

La durée de ce traitement mécanique est variable; elle est subordonnée à l'ancienneté et au degré de la difformité; quelques jours suffisent pour rétablir la normalité en apparence; mais plusieurs semaines et même plusieurs mois sont souvent nécessaires pour obtenir un résultat complet.

Dans les instans où l'opéré ne reste pas sur son appareil, on peut y

---

d'une étoffe dont la densité intercepte tout regard, tout rayon de lumière; son pouls seul est mis à la disposition du médecin. Cet usage, gênant en apparence, n'est rien dans la pratique : les informations antérieures sont toujours suffisantes pour baser un premier exposé, et ce voile importun des femmes disparaît graduellement de visite en visite. C'est rarement la jalousie qui le commande; c'est la bienséance, c'est la loi religieuse qui défend à toute femme de s'exposer aux yeux d'un homme.

Le préjugé relatif au pouls faillit une seule fois m'embarrasser et me confondre. Le soir de la veille de mon départ de Jérusalem, des personnes qui m'avaient obligé durant mon séjour vinrent me prier avec instances de me rendre de suite auprès d'une dame samaritaine. J'y fus, et au centre d'une vaste salle, j'aperçus, sur une antique chaise à bras, une matrone souffrante, enveloppée dans plusieurs vêtemens et environnée d'une cinquantaine de femmes, tant amies que domestiques. Le pouls me fut confié; il était élevé, fréquent; la peau chaude et humide. J'allais commencer une série de questions, lorsqu'une partie de la troupe, dans son bruyant empressement, m'entraîna vers la porte, en me suppliant de chercher aussitôt un remède. Des paroles confuses ne m'avaient rien appris, si ce n'est que le mal était récent, et les gestes ne m'avaient indiqué qu'une douleur abdominale.—Ce ne pouvait être une colique nerveuse. — Mais à peine parvenu à l'entrée du vestibule, des acclamations joyeuses se firent entendre; on accourut me remercier de l'heureuse influence de ma présence, et je n'avais été appelé que pour faciliter *par des médicamens* un accouchement laborieux. — Le fauteuil, meuble rare et peu usité en d'autres circonstances, aurait seul pu me servir d'indice, si je n'en avais été détourné par la coutume qui défend la présence de tout médecin, de tout homme, au travail et à la parturition, qui dans ces climats s'opère avec une telle facilité que rarement l'art pourrait l'aider de ses secours. Les sages-femmes même sont inutiles, et les aides ordinaires sont une mère ou une femme âgée de la maison. — Chez les nomades du désert, les couches se font avec encore plus de simplicité, et souvent l'épouse, restée seule sous la tente, coupe le cordon ombilical, lave son enfant, l'enveloppe d'un linge et continue ses occupations domestiques.—On a pensé que cette facilité de l'accouchement ne provenait pas seulement de l'influence du climat, mais que l'habitude des femmes de s'asseoir, depuis leur tendre jeunesse, accroupies et les genoux fort écartés en dehors, pouvait beaucoup y contribuer; j'y joindrais volontiers le relâchement de tous les tissus, produit par l'usage fréquent et prolongé des bains de vapeur. Ce principal divertissement des femmes, qu'elles organisent en parties de plaisir, où elles passent plusieurs heures à folâtrer entre elles dans les bains publics ou particuliers, amollit leur constitution à un point qui frappe l'observateur le moins expert.

Cet usage immodéré des bains, une vie molle et sédentaire et certains abus secrets sont les sources des maladies du sexe dans tout l'Orient, et l'hystérie, la leucorrhée et une stérilité consécutive forment les cas les plus ordinaires. —On obtient généralement un mauvais effet des boissons et préparations martiales : l'estomac participant de l'irritabilité générale ne les supporte à aucune dose; les amers même doivent s'administrer avec précaution.

(*La suite au prochain numéro.*)

suppléer momentanément, mais d'une manière imparfaite, au moyen d'un petit bandage en ruban de fil, analogue à celui déjà conseillé en pareil cas par Winslow. Cet appareil consiste en bandes cousues qui entourent le front, se croisent sur le sommet de la tête d'avant en arrière et d'une oreille à l'autre, et donnent naissance au niveau de l'apophyse mastoïde à un long chef libre destiné à parcourir le trajet du sterno-mastoïdien sain et à exagérer son action. Ce chef dirigé au-devant du sternum va se fixer à un point résistant ou plus bas à une ceinture, en tirant fortement la tête dans la direction même du sterno-mastoïdien du côté sain. Ce bandage combat l'inclinaison et la rotation de la tête, mais il n'exerce aucune action sur l'inclinaison opposée de la colonne cervicale et tend même à l'augmenter.

§ III. Comparaison de la méthode nouvelle avec les méthodes antérieures.

Est-il besoin d'entrer dans beaucoup de détails pour montrer les avantages de la méthode que j'ai adoptée sur les méthodes employées jusqu'à ce jour? Ces avantages peuvent être examinés sous le rapport du traitement primitif et sous le rapport du traitement consécutif, c'est-à-dire sous le point de vue chirurgical et sous le point de vue mécanique.

Les procédés chirurgicaux employés jusqu'à ce jour pour la section des deux muscles réunis, considérés comme un seul muscle, peuvent être rapportés à deux principaux.

Dans le premier on fait une incision transversale à la peau, au niveau des insertions inférieures des deux muscles ou de leur partie moyenne, et dans une étendue un peu plus grande que celle de l'espace qu'ils occupent en largeur. On divise ensuite les fibres musculaires, couche par couche, dans la crainte de léser les vaisseaux et les autres parties sous-jacentes. Ce procédé est le plus généralement mis en usage. MM. Brodie, Warren, m'ont dit l'avoir employé : c'est celui auquel M. Amussat, et plus récemment MM. Roux et Magendie, ont eu recours.

Dans le second procédé, on fait une incision longitudinale à la peau, suivant la direction des deux muscles réunis et au niveau de leur partie moyenne. On passe une sonde cannelée sous les deux muscles, on les soulève et les attire au-dehors, à travers l'ouverture de la peau, et on les divise en travers sur la sonde. Ce procédé a été mis en usage par M. Roux, il y a un an environ, mais non sans offrir de grandes difficultés.

Ces deux procédés diffèrent considérablement, comme on le voit, dans leur principe et leur mode d'exécution, de ceux que j'ai adoptés; ils diffèrent bien plus encore quant à la promptitude, à la facilité et à la sécurité de l'opération.

Dans le procédé par section transversale et successive de la peau et des muscles, l'opération est longue, fatigante, douloureuse, et ne permet pas de juger d'une manière certaine si la section des différentes couches de fibres musculaires est effectuée ou près de s'effectuer. Cela est si vrai que dans la relation de son opération, M. Amussat dit explicitement qu'il n'a coupé que les trois quarts ou les cinq sixièmes des fibres musculaires, et dans l'opération récemment pratiquée par M. Magendie, la manœuvre a été très longue, et, malgré une large incision à la peau, le tiers seulement du corps charnu des deux muscles paraît avoir été divisé. Ce n'est pas tout; suivant ce procédé, on s'expose à rencontrer et à couper des filets nerveux importans, même le tronc du nerf spinal, surtout si, comme l'a fait M. Magendie, on pratique la section vers la partie moyenne des deux muscles. Cet inconvénient est assez grave pour être pris en considération; car il est arrivé à M. Bouvier de vouloir couper, toujours par le premier procédé, les deux muscles près de leurs insertions mastoïdiennes, chez une jeune fille de 20 ans. Le commencement de l'opération a causé une douleur si vive que la malade n'a pas consenti à la laisser terminer et s'est résignée à garder sa difformité, quoique M. Roux eût été appelé pour compléter l'opération. On sait, en effet, que vers le tiers supérieur des deux muscles se ramifient et se distribuent un grand nombre de filets nerveux, provenant du spinal et des nerfs cervicaux, formant en ce point le plexus, que nous avons indiqué. Les mêmes inconvéniens se retrouvent, ou à peu près, dans le second procédé, celui de l'incision longitudinale de la peau et de la section transversale du muscle soulevé sur la sonde cannelée : la lésion et la section des mêmes nerfs se représentent ; de plus, les obstacles au soulèvement du muscle par la sonde cannelée et à sa sortie, par l'ouverture de la peau, sont assez assez grands pour avoir exigé toute l'habileté et la dextérité de M. Roux, dans le seul cas qu'il ait opéré jusqu'ici par ce procédé.

Les résultats immédiats de l'opération par les deux procédés dont il vient d'être question sont relatifs à la durée et à la difficulté de la manœuvre, à la douleur qu'elle provoque et à l'étendue de la plaie qu'elle nécessite. Une inflammation locale assez vive, qui se propage à la gorge et aux autres parties environnantes, ainsi qu'on l'a vu dans un des cas opérés par M. Roux, des menaces de phlegmon, de la fièvre pendant plusieurs jours, sont le cortège habituel de ces opérations. Ajoutons qu'une cicatrice d'un aspect fâcheux, assez longue à obtenir, et s'opposant, par conséquent, à l'emploi immédiat des appareils mécaniques, fait adhérer les muscles à la peau et ne permet plus tard qu'une extension très faible, quand la rétraction de la cicatrice ne diminue pas elle-même les bénéfices immédiats de l'opération. Quant à ses résultats définitifs, ils ne sont et ne peuvent être plus avantageux. Un redressement toujours incomplet de la tête, la persistance d'un certain degré de rotation et presque toute l'inclinaison de la colonne cervicale, sur la première vertèbre dorsale, voilà ce qu'il était permis d'obtenir par des procédés qui empêchent l'application immédiate des moyens mécaniques, qui entraînent la formation de cicatrices plus ou moins dures et étendues et l'adhérence de la peau avec les parties sous-jacentes (1).

L'imperfection de ces résultats a pu et a dû être en grande partie méconnue, parce qu'on n'avait pas jusqu'ici fixé son attention sur le fait spécial de l'inclinaison cervico-dorsale, opposée à l'inclinaison de la tête. Or, cet élément, par sa persistance après l'opération chirurgicale, permet à l'axe longitudinal de la face de se replacer dans la verticale, bien que la tête reste inclinée sur la première vertèbre cervicale. Cette combinaison de mouvemens donne ainsi à la tête l'apparence d'un redressement complet; mais, en y regardant de plus près, on s'aperçoit que le redressement n'est qu'apparent, et qu'en faisant disparaître l'inclinaison de la colonne cervicale, le degré persistant de l'inclinaison de la tête du côté opposé se montrerait dans toute son étendue.

Ce qui précède prouve tout à la fois combien un traitement mécanique consécutif à l'opération chirurgicale était indispensable, et cependant combien peu la science possédait de ressources pour satisfaire à cette indication. Il est inutile d'insister pour montrer que les causes de cette lacune tenaient autant au défaut de notions précises sur la constitution anatomique de la difformité, qu'à l'emploi de procédés chirurgicaux qui s'opposaient à l'application des machines dans les premiers temps de l'opération, alors qu'elle eussent pu produire quelques résultats. Ce que je dis en général a pu être vérifié en particulier dans les opérations pratiquées par MM. Roux et Magendie, avec l'assistance de M. Bouvier. En sa qualité d'orthopédiste, ce médecin aurait dû, mieux que personne, indiquer quelque moyen propre à compléter le traitement chirurgical. Or, dans l'opération exécutée avec son assistance par M. Roux, à l'Hôtel-Dieu, le 25 novembre 1836, il fit construire une machine dont il n'existait pas de modèle dans la science, mais qui fit tant souffrir le malade qu'elle ne put être supportée (2). Le souvenir de ce mécompte empêcha probablement M. Bouvier de renouveler toute tentative, car chez le malade opéré en dernier lieu par M. Magendie, aucun traitement mécanique consécutif n'a été employé; aussi le sujet a-t-il conservé la plus grande partie de sa difformité, c'est-à-dire un certain degré d'inclinaison et de rotation de la tête, et une inclinaison considérable en sens inverse de la colonne cervicale sur la première vertèbre dorsale. En présence de ces résultats, il est inutile d'insister pour montrer l'importance des indications nouvelles, que je crois avoir précisées, et des moyens que j'ai imaginés pour les remplir.

Il me resterait à donner les observations détaillées des cas où j'ai appliqué la méthode de traitement exposée dans ce mémoire. Cette application

---

(1) Vers la fin du mois de février, c'est-à-dire près de trois mois après l'opération que je fis le 2 décembre 1837, et en présence de MM. Lisfranc, Macgloughlin, Bruni (de Florence), Thompson (d'Edimbourg), Kuhn et autres médecins, et près de deux mois après celle que je fis publiquement à l'hôpital de la Pitié, dans l'amphithéâtre de M. Lisfranc, M. le docteur Ruef (de Strasbourg), chargé de l'analyse des journaux allemands pour la Gazette Médicale, m'a fait part d'un premier cas de section sous-cutanée des muscles sterno- et cléïdo-mastoïdiens, pratiquée par M. Stromeyer (de Hanovre). Mais dans ce cas il s'agissait d'une affection spasmodique intermittente des muscles sterno et cléïdo-mastoïdiens et du trapèze. M. Stromeyer a d'ailleurs fait successivement la section des trois muscles, a pratiqué deux ouvertures opposées à la peau, et par la nature même de l'affection, il n'a pas été obligé de recourir à un traitement mécanique actif.

(2) J'extrais les détails suivans sur l'appareil imaginé par M. Bouvier, et les circonstances où il a été mis en usage, de l'observation que je dois à l'obligeance d'un des internes de l'Hôtel-Dieu : « Après le pansement, on coucha le malade sur une machine composée : 1° d'un plan horizontal; 2° de deux lames de tôle verticales, rembourrées et disposées de manière à empêcher l'épaule droite de s'abaisser et à la gauche de s'élever; 3° de brides matelassées, embrassant le menton et le front; 4° de courroies, les unes tirant la tête à droite et les autres la faisant tourner à gauche, se fixant toutes sur le plan horizontal en bois matelassé. Cette machine fit beaucoup souffrir le malade: le soir, il avait beaucoup de fièvre, le pouls plein et fréquent. Le 26, angine très intense, impossibilité presque complète d'avaler. Chaque fois que le malade avale sa salive, la douleur est si vive qu'il survient des contractions brusques dans les divers muscles et surtout dans ceux des membres inférieurs (saignée de 4 palettes); on supprime l'appareil extenseur. » Il serait injuste de mettre tous ces accidens sur le compte de l'appareil de M. Bouvier.

a été faite deux fois avec le plus grand succès; la première, dans mon établissement, en présence de MM. Lisfranc, Marglougblin, Bruni de Florence, Thompson d'Edimbourg et Kuhn; l'opération a été faite, le 2 décembre 1837, sur un jeune homme de 18 ans, pour un torticolis de naissance très considérable. La seconde a été faite à l'hôpital de la Pitié, le 16 janvier dernier, sur un jeune homme âgé de 22 ans, atteint d'un torticolis également très considérable, datant de l'âge de dix-huit mois; l'opération a été faite à la clinique de M. Lisfranc, en présence de ce célèbre chirurgien et de MM. les docteurs Pinel-Grandchamp, Sédillot, Piorry, Simon et des élèves qui suivent habituellement la clinique de cet hôpital. Avant d'opérer ce second sujet, M. Lisfranc a bien voulu me permettre d'exposer verbalement devant son nombreux auditoire les idées et les observations nouvelles qui m'avaient conduit au traitement que j'allais employer. Ce traitement a été continué dans les salles de la Pitié, sous les yeux du public; après six semaines la difformité avait entièrement disparu. Les observations détaillées de ces deux cas de guérison dont les sujets seront représentés à la commission de l'Académie ne pourront être publiées qu'après le rapport dont elles seront l'objet.

En résumé, des observations et des expériences rapportées dans ce mémoire, je crois pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° Le muscle sterno cléido-mastoïdien, considéré jusqu'ici comme un seul et même muscle, constitue deux muscles distincts : le sterno-mastoïdien et le cléido-mastoïdien. Ces deux muscles ont des fonctions séparées; le premier est surtout fléchisseur et rotateur de la tête, l'autre est un muscle essentiellement inspirateur.

2° Dans le torticolis ancien attribué jusqu'ici au raccourcissement total du sterno-cléido-mastoïdien, la portion sternale du muscle ou le sterno-mastoïdien proprement dit est, dans le plus grand nombre des cas, seule primitivement affectée; d'où il résulte que la section de ce muscle suffit généralement pour faire disparaître la cause essentielle de la difformité.

3° La section du sterno-mastoïdien doit être pratiquée à six lignes au-dessus de son insertion sternale et à l'aide d'une simple ponction sous-cutanée. Cette opération, qui peut être appliquée au cléido-mastoïdien, lorsqu'il participe à la rétraction active de son congénère, ne cause aucune douleur, ne donne lieu à aucune effusion de sang et peut être pratiquée en quelques secondes.

4° Dans le torticolis ancien, il existe, en sens inverse de l'inclinaison de la tête sur la colonne, une inclinaison de totalité de la colonne cervicale sur la première vertèbre dorsale, qui persiste après le traitement chirurgical, et qui réclame un traitement mécanique consécutif. Ce traitement consiste dans l'emploi d'un appareil orthopédique propre à opérer l'inclinaison et la rotation de la tête en sens inverse de l'inclinaison et de la rotation pathologiques et l'extension de tous les muscles du cou.

5° La double inclinaison en sens inverse de la tête sur la colonne cervicale, et de la colonne cervicale sur la région dorsale caractérisant le torticolis ancien ne sont que l'exagération de mouvemens articulaires normaux. Cette circonstance explique l'absence de déformation notable des vertèbres comprises dans la difformité, la facilité et la rapidité du redressement du cou, et établit la possibilité d'obtenir la guérison de cette difformité, même à un âge avancé.

REVUE DES JOURNAUX DE MEDECINE

JOURNAUX ANGLAIS.

I. THE LANCET.

Les numéros des mois de janvier, février et mars contiennent les articles originaux suivans : 1° *Rupture d'un anévrisme de la carotide primitive; ligature près de l'artère innominée*; par M. Argyll Robertson, professeur de chirurgie à Edimbourg; 2° *Du traitement des contractures qui succèdent aux brûlures*; par M. Teeling. Rien de neuf; 3° *Fracture très grave du crâne*; par M. Smellie. Rien d'inconnu; 4° *Abcès intra-pelvien et kyste de l'ovaire; opération; mort; autopsie*; 5° *Observations recueillies à la clinique de M. Seymour*. Faits peu importans; 6° *Ostéosarcome à la mâchoire supérieure; opération*; par M. Dietz; 7° *Fracture de l'humérus par action musculaire*. Le membre a été mis en appareil et la consolidation s'est bien faite; 8° *Phlegmasia alba dolens*. Cas assez ordinaire; 9° *Ligature de l'artère carotide gauche au-dessous du muscle omohyoïdien*; par M. C. Edwards; 10° *De l'auscultation du cœur*; par M. Hope; 11° *De l'existence de l'acide carbonique dans le sang veineux*; par M. Squire; 12° *Cas de manie puerpérale*; 13° *De la résection des os de la face*; faits communiqués par M. Dieffenbach. L'auteur rapporte l'histoire abrégée de dix-huit cas de résection qu'il a faites de portions plus ou moins considérables des os de la mâchoire supérieure par suite d'affections fongueuses et ostéo-sarcomateuses; 14° *Anévrisme à la région poplitée des deux membres; opération*; par M. George Gwynne Bird; 15° *Amputation de la jambe à la suite d'une blessure au pied*; par M. Liston; 16° *Diagnostic des tumeurs abdominales*; par le même; 17° *Ecoulement du nez guéri à l'aide de l'hydriodate de potasse*; par M. Elliotson; 18° *Blessure au périnée suivie de rétention urinaire; cathétérisme d'après un nouveau procédé*; 19° *Entropion opéré*; par M. Caley; 20° *Ablation d'une tumeur au cou*; par M. Syme; 21° *Amputation spontanée des membres dans l'utérus*; par M. Richard Smith; 22° *Eréthisme mercuriel*; par M. C. Edwards; 23° *Tumeur axillaire donnant issue à du lait*; par M. W. H. Moore; 24° *Lithotomie pratiquée*; par M. Guthrie; 25° *Tumeur formée par l'hypertrophie du clitoris et des nymphes*; par M. Eves; 26° *Laryngite compliqué de bronchocèle*; par M. Campbell; 27° *Du traitement de l'hydrocéphale à l'aide de la ponction*; par M. Conquest; 28° *Anévrisme poplité, ligature de la fémorale superficielle puis de la fémorale primitive; amputation du membre; ligature de l'iliaque; guérison*; par M. Hewson; 29° *Traitement du rétrécissement du rectum à l'aide de l'incision*; par M. Stafford; 30° *Leçon sur les maladies nerveuses*; par Marshall-Hall; 31° *Fièvre jaune de la Guiane*; par M. Fraser.

ANÉVRISME TRAUMATIQUE DE L'ARTÈRE CAROTIDE PRIMITIVE; RUPTURE SPONTANÉE; LIGATURE DU TRONC CAROTIDIEN PRÈS DE L'ARTÈRE INNOMINÉE; GUÉRISON; par M. ARGYLL ROBERTSON.

OBS. — Major, âgé de 52 ans, chassait à cheval dans le mois d'avril 1836, lorsqu'il tomba et se blessa gravement à la tête : il eut une plaie à la région pariétale gauche qui saigna abondamment, et il fut trouvé tout-à-fait sans connaissance. Dès cette époque, il s'est toujours plaint de raideur douloureuse dans le côté droit du cou, semblable à un torticolis, et de douleur dans le côté correspondant de la tête : il a éprouvé de temps en temps des vertiges, un léger strabisme avec diplopie; cette dernière circonstance surtout l'a obligé à renoncer à la chasse; il a perdu toute idée des distances; mais l'appétit s'est bien conservé; le pouls était toujours plutôt plein.

En décembre de la même année, il commence à éprouver de temps en temps un sentiment d'engourdissement et de froid dans le bras et la jambe du côté gauche. MM. Alison et Robertson sont consultés; ils caractérisent le mal par une congestion apoplectique et prescrivent des sangsues répétées tous les deux ou trois jours aux tempes, des ventouses scarifiées, des laxatifs, un régime diététique approprié, applications froides sur la tête plusieurs fois par jour, exercice modéré du corps. Sous l'influence de ce traitement, les symptômes se dissipent, la vision et les autres fonctions deviennent normales.

Vers la moitié de janvier 1837, le malade s'aperçoit d'une grosseur à la partie latérale droite du cou, ses amygdales sont gonflées, et il se plaint d'un mal de gorge avec difficulté d'avaler. La tumeur est d'abord regardée comme un simple ganglion, et l'on n'y fait qu'à peine attention : on applique de temps en temps des sangsues qui n'ont d'autre effet que d'enflammer la peau et la rendre douloureuse.

Le 20 mars, le malade est saisi tout-à-coup, à dix heures du matin, et d'une manière inattendue, d'hémorragie abondante par la bouche, le sang ruisselle d'une manière effrayante, puis il s'arrête spontanément; le malade en a rendu une demi cuvette; il se met au lit et dort profondément toute la nuit.

Le lendemain matin, il se lève à huit heures; le sang reparaît subitement avec autant de violence que la veille; le malade tombe en défaillance sur le parquet; on calcule à cinquante onces le sang qu'il vient de rejeter sans compter ce qui est passé dans l'estomac; il a eu effectivement plus tard des selles abondantes de sang caillé. Les deux hémorragies sont évaluées à cent onces. Encore cette fois, le flux sanguin s'est arrêté spontanément et le malade en est revenu; il ressent un froid intense; la syncope s'est reproduite dans la journée.

M. Robertson est appelé; il trouve l'état suivant :

Pouls filiforme, quarante-cinq pulsations par minute. Existence d'une tumeur sur le côté droit du cou, s'étendant depuis l'angle de la mâchoire à un pouce du sternum, et offrant trois pouces de large; sa surface est lisse, égale, arrondie et offre des pulsations très obscures. Comme le malade est très calme et la circulation très lente, on temporise l'opération.

M. Robertson prend, en attendant, les mesures convenables pour lier le tronc carotidien au-dessous de la tumeur, et demande l'assistance de M. Forest.

L'*opération* est pratiquée de la manière suivante :

La première incision porte sur le bord interne du muscle sterno-cléido-mastoïdien, et s'étend depuis le sternum jusqu'au bord inférieur de la tumeur, elle a un pouce de longueur. L'opérateur divise ensuite transversalement le muscle sterno-thyroïdien et quelques fibres du sterno-hyoïdien. On voit alors à nu une partie de la poche anévrismale faire saillie entre l'artère et la trachée : ce prolongement est si effilé et tellement collé à l'artère que M. Robertson le prend d'abord pour une dilatation de l'artère elle-même, et cherche à l'embrasser dans une ligature qu'il passe avec une aiguille. Mais un examen plus attentif lui démontre bientôt le véritable état des choses et découvre l'artère qui était déplacée à côté de ce prolongement du sac; ses pulsations sont faibles bien que distinctes; le point où le chirurgien agit est à un travers de doigt au-dessus de son origine de l'artère innominée; en portant le doigt dans la plaie, on sent les pulsations du tronc carotidien sur la face palmaire et celles de l'innominée à côté. Immédiatement au-dessus de ce point, le vaisseau s'épanouit et forme la tumeur. M. Robertson passe une ligature qu'il noue à un demi-pouce de l'origine de l'artère. L'opération a été fastidieuse, longue et difficile; mais aucune veine importante, aucun nerf n'ont été lésés.

Aussitôt après la ligature, les pulsations de la tumeur cessent complètement, et son volume diminue presque d'un tiers. Le malade a été couché la tête très élevée, afin de relâcher les tissus de la plaie; celle-ci a été réunie par une suture et par des bandelettes adhésives. Diète absolue; lavemens. On évite de donner des purgatifs afin d'éviter les vomissemens.

Le dix-septième jour, les fils tombent; la plaie est presque cicatrisée; la tumeur anévrismale diminue de jour en jour.

Le vingt-deuxième jour, irritation dans la narine droite, éternuemens, écoulement de quelques gouttes de sang : ce phénomène n'a pas de suite. La suite de la cure n'a rien offert de particulier. Guérison complète.

Il est assez rare de voir les anévrismes de la carotide primitive s'ouvrir du côté de la cavité buccale. Bien qu'il soit, à la vérité, difficile de dire si la tumeur précédente appartenait au tronc primitif ou à l'un des troncs secondaires de l'artère, la circonstance dont il s'agit n'est pas moins remarquable: si l'on joint au phénomène de l'aémorragie buccale les symptômes encéphaliques que le malade a éprouvés durant la première période de l'affection, et surtout les particularités intéressantes que l'opération a présentées, on trouvera dans ce fait les circonstances des cas les plus importans et rares de la chirurgie. Ce qui rend principalement la cure digne de méditation, c'est le courage éclairé de l'opérateur, qui, dans un si petit espace que la tumeur laissait libre au-dessus du sternum, il ait osé porter le fer jusqu'à l'entrée de la poitrine et lier à une si grande profondeur un vaisseau aussi considérable. Il a de la sorte arraché le malade à une mort certaine.

ABCÈS INTRAPELVIEN; KYSTE OVARIEN; OPÉRATION PAR LE VAGIN; par M. LISTON, chirurgien à l'hôpital du collége universitaire.

OBS. — Une femme domestique, délicate, âgée de 48 ans, a été reçue le 28 novembre, pour être traitée d'une tumeur abdominale. Elle rapporte que quinze ou seize ans auparavant elle avait reçu un coup violent à la partie inférieure du ventre en voulant tourner une mécanique, et que sa tumeur date de cette époque. D'abord petite et indolente, la tumeur avait depuis deux ans pris de l'accroissement dans toute la région hypogastrique, et causé des douleurs lancinantes et pulsatiles dans la même partie. Les douleurs s'étendaient quelquefois jusqu'aux reins et causaient des rétentions urinaires qui duraient pendant plusieurs jours : la malade faisait un usage habituel de la sonde.

A l'examen, M. Liston trouve une tumeur à la région hypogastrique, inclinant à gauche et proéminent aussi dans la partie supérieure du vagin. En pressant la partie inférieure de l'abdomen, la malade accuse de la douleur. La pression alternative donne une sensation manifeste de fluctuation au doigt placé dans le vagin.

Quelques jours après, M. Liston fait comprimer la tumeur à l'hypogastre, afin de lui faire faire le plus de saillie possible dans le vagin, s'assure de nouveau de la fluctuation, et y plonge un long trois-quarts du côté de ce canal. Une pinte et demi de pus noir s'écoule par la canule. D'autre pus s'évacue spontanément en grande quantité pendant la nuit suivante, puis cet écoulement a diminué par degrés.

Quelques jours après, la malade se plaint de faiblesse, d'inappétence, d'agitation et d'insomnie; elle ne sait définir sa souffrance, mais évidemment elle est faible; sa langue est légèrement brune. On prescrit une dose d'*hydrargirium cum creta*. Elle continue dans cet état pendant plusieurs jours; fréquentes envies de vomir.

Le 18 décembre, elle accuse une sensibilité exquise à l'abdomen, et, en particulier, à la région iliaque gauche. Fomentations émollientes à l'hypogastre; boisson d'eau animée d'eau-de-vie.

Le 22 décembre, même état; ventre très chaud et très douloureux; langue sèche et brune; insomnie.

Le 25, collapsus plus prononcé. Mort le 27.

NECROPSIS 36 HEURES APRÈS. Emaciation peu prononcée; abdomen tuméfié; écoulement de pus par le vagin; la cavité péritonéale contient une quantité considérable de fluide citronné, limpide et floconneux; les intestins grêles offrent des dépôts de lymphe plastique à leur face externe adhérent mollement sur quelques points de la séreuse pariétale, et sont fortement injectés; leurs tuniques sont épaissies par de la sérosité qui les pénètre. La région iliaque gauche présente une collection de pus très épais dans une cavité que circonscrivent plusieurs anses intestinales adhérentes en avant et derrière la portion sigmoïde du colon, et inférieurement les parois d'un kyste volumineux qui s'étend au-dessus du pubis. Ce pus n'est pourtant que faiblement retenu, car il s'écoule facilement vers l'excavation pelvienne, et au-dehors, aussitôt que la paroi ventrale a été fendue; il n'a pas de communication avec la cavité du kyste. Les parties ayant été bien lavées, le kyste se montre dans toute son étendue, il remplit tout le pelvis. La vessie est au-devant de la tumeur; le rectum et l'S iliaque sont considérablement déplacés par cette dernière. On ouvre le kyste par la partie supérieure; il s'écoule deux à trois pintes de pus. Ce pus est très huileux, il contient deux gros morceaux de graisse jaune et un peloton de cheveux noirs enveloppés de substance grasse, dure et blanche. Ce peloton a le volume d'un œuf d'oie, est plutôt lourd et cède à la pression, il a la consistance de la graisse dure. Tant cette tumeur que les deux portions de substance grasse, étaient libres dans la cavité du kyste. Les parois de ce dernier offrent des incrustations sur plusieurs points; en portant la main dans sa cavité, on sent l'utérus derrière le kyste. On dissèque soigneusement la tumeur, mais on ne trouve aucune trace des ovaires : on constate seulement l'existence de la trompe fallopienne droite et le ligament large; la trompe gauche ne présente qu'un petit reste au fond de l'utérus. L'utérus est allongé et considérablement atrophié. L'ouverture vaginale pratiquée par le trois-quarts répond à la cavité extracystique, elle est petite et ronde; celle dans la cavité est large, plissée et comme ulcérée. La matière pour sortir avait fusé entre les parois du vagin et celles du kyste.

Des considérations d'un grand intérêt se rattachent à l'observation qui précède : les unes portent sur la double lésion pathologique qu'elle présente; les autres sur l'opération qu'elle a réclamée.

Dans l'état actuel de la science, nous ignorons complètement les conditions pathogénésiques des kystes sécréteurs, comme ceux des ovaires, par exemple. Pourrait-on regarder la contusion hypogastrique que la femme avait éprouvée quinze années auparavant comme la cause déterminante de la tumeur? Si l'on réfléchit, d'une part, que les mêmes tumeurs se développent souvent sans l'intervention d'aucune cause traumatique; de l'autre, que les malades sont souvent très disposés à attribuer leur affection à des causes imaginaires, l'on ne tiendra pas un grand compte de la circonstance dont il s'agit. Que savons-nous, d'ailleurs, sur le mode de formation de ces masses pileuses et graisseuses qu'on rencontre dans ces sortes de kystes? (V. GAZ. MÉD., 1837, p. 618.) Une chose pourtant peut être admise comme vraisemblable, c'est que les douleurs lancinantes que la malade avait éprouvées depuis deux ans se rattachent à une phlogose lente que la tumeur ovarienne avait occasionnée par sa pression sur les tissus flasques de la fosse iliaque. Lorsque la malade est entrée à l'hôpital, elle était évidemment encore sous l'influence de cette phlogose suppurative que l'opération n'a fait que généraliser, pour ainsi dire, et entraîner la mort.

Pour ce qui est enfin de l'opération pratiquée par M. Liston, elle est digne d'attention et d'imitation. Si sa malade est morte, c'est que l'organisme se trouvait en mauvaises conditions pour en supporter les suites. On conçoit, du reste, que la voie vaginale offre dans la ponction des kystes abdominaux plus de chances de réussite que celle de la paroi ventrale, et l'on devrait en général lui donner la préférence toutes les fois que la chose est praticable.

ANOMALIE SINGULIÈRE DES MAMELLES CHEZ UNE FEMME, PRÉSENTÉE A LA SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE LONDRES; par M. LEE, professeur d'obstétrique à l'hôpital Saint-Georges.

Une femme, âgée de 35 ans, venait d'accoucher, avant terme, de son premier enfant. Ses mamelles étant devenues excessivement douloureuses et grosses, elle a consulté M. Lee. A l'examen, ce praticien trouve quatre mamelles en place de deux et autant de mamelons, deux de chaque côté. Les mamelles inférieures, ou pectorales, sont fort développées et normalement situées; leurs mamelons, leurs aréoles et leurs glandes offrent les conditions de l'état normal. Près du bord antérieur de l'aisselle de chaque côté, et au-dessus des précédentes, est une autre mamelle d'un sixième de volume. Les mamelons de ces deux mamelles sont petits et plats, mais ils donnent du lait en abondance sous la douce pression des doigts; ce liquide jaillit par plusieurs petits trous, comme des mamelles ordinaires. En exprimant le lait des mamelles inférieures, il en sort, en même temps, une petite quantité des mamelons supérieurs, et lorsque le liquide s'échappe des premières, les autres se gonflent et durcissent constamment. La femme n'allaite son enfant que par les mamelles inférieures; les supérieures ne sont point serviables, à cause de la petitesse et la forme plate des mamelons.

A la suite de ce fait, M. Stanley en rapporte un autre analogue. Une femme était entrée à l'hôpital St-Barthelemy pour être débarrassée de deux tumeurs incommodes qu'elle portait, une à chaque côté de l'aisselle. A l'examen on a trouvé que ces deux tumeurs n'étaient autre chose que deux mamelles surnuméraires sans mamelons; à la place des mamelons, il y avait des orifices par où s'écoulait une abondante quantité de lait. La femme allaitait à cette époque; on a fait appliquer la bouche de son enfant à ces mamelles, il n'a jamais pu les prendre, à cause de la petitesse du mamelon. La malade est sortie de l'hôpital sans subir aucune opération.

ANÉVRISMES AUX DEUX RÉGIONS POPLITÉES; LIGATURE DES DEUX ARTÈRES FÉMORALES SUPERFICIELLES; GUÉRISON; par M. GWYNNE BIRD, chirurgien à l'infirmerie Swansea.

OBS.—David Philippe, commissionnaire, âgé de 38 ans, très robuste, grand buveur, a été reçu le 3 janvier 1837 pour être traité de deux anévrismes qu'il portait, un dans chaque jarret. Le mal s'était déclaré depuis deux ans au côté droit, et, depuis quelques semaines seulement, au côté gauche; du moins, le malade ne s'en était aperçu qu'à ces époques. La tumeur du membre droit avait augmenté rapidement depuis peu.

A l'examen, M. Bird trouve, dans le jarret droit, une tumeur considérable remplissant complètement l'espace poplité et débordant même latéralement. Dans le jarret gauche, la tumeur est moins considérable et moins ferme, son volume est à peu près égal à celui d'une orange. L'une et l'autre présentent les caractères ordinaires des anévrismes.

Peu de jours après l'entrée du malade, la tumeur du côté droit fait des progrès, menace de devenir diffuse et de se rompre. M. Bird demande l'avis de MM. Rowland et Cohen, qui conseillent l'opération.

Opération. Le 7 janvier, on lie la fémorale d'après la méthode de Hunter. Les choses tournent bien; le fil tombe le treizième jour; la plaie se cicatrise; la tumeur s'affaisse et marche vers la guérison.

Le 7 mars, M. Bird lie l'artère fémorale de l'autre membre; les pulsations dans la tumeur s'arrêtent complètement; mais deux ou trois jours après, elles reparaissent, quoique un peu moins fortes qu'avant. Le fil de cette ligature tombe vers la septième semaine; l'anneau formé par le nœud est encore entier, et il prouve que le vaisseau avait été parfaitement lié et oblitéré à l'endroit de la plaie. Le retour des battemens de la tumeur ne peut être par conséquent expliqué que par l'intervention de quelque branche anastomotique communiquant avec le sac. En attendant, la plaie se cicatrise; mais la tumeur revient absolument comme avant l'opération.

On prend le parti d'attendre avant de tenter une autre opération; le malade se lève et marche assez bien; il sort le 4 mai de l'hôpital, assez content de son amélioration, et s'engage de revenir de temps en temps se faire voir. Il s'est petit à petit livré de nouveau à l'exercice de son état; la première tumeur avait entièrement disparu, et l'autre, au lieu d'augmenter, est restée d'abord stationnaire; puis ses battemens et son volume sont allés en diminuant; enfin, elle a complètement disparu.

Au dernier examen, le 14 janvier 1838, l'individu a été déclaré radicalement guéri.

On peut dire avec raison que le traitement de l'anévrisme d'après la méthode de Hunter est l'un des plus beaux triomphes de la chirurgie moderne. On avait déjà lié avec succès les deux artères fémorales chez un même individu (V. Scarpa); on avait aussi lié les deux carotides; mais le cas que nous venons de rapporter se recommande par une autre circonstance non moins importante : le retour des battemens dans la tumeur. Wadrop a, à ce que nous croyons, été le premier à apprécier à sa juste valeur le retour des pulsations anévrismales après la ligature artérielle. Quel que soit le volume des branches anastomotiques qui communiquent avec la poche, si la ligature du tronc artériel parvient à retarder le mouvement du sang dans la tumeur, cela suffit pour que la guérison ait lieu à la longue. Ce retard, en effet, provoque des dépositions successives de couches de lymphe plastique dans le sac, la tumeur s'oblitère petit à petit et finit par guérir. C'est ce qui est arrivé chez le malade dont on vient de lire l'histoire.

Blessure périnéale; rétention urinaire; cathétérisme d'après un nouveau procédé; par M. Howship.

Obs.—Un jeune homme fait une chute sur une porte basse et se frappe fortement le périnée contre son bord; les tégumens n'ont pas été déchirés; mais le canal urétral l'a été, car, peu de temps après, une tumeur urinaire s'est formée sur la région blessée. Le lendemain, un chirurgien est appelé, il trouve une rétention urinaire et veut sonder le malade; mais il ne peut en venir à bout; alors le malade est transporté à l'hôpital. A l'examen, M. Howship trouve un gonflement mou au périnée, et la vessie distendue d'urine; il essaie à son tour de passer une sonde, mais ne donne issue qu'à du sang. En attendant, les symptômes de la rétention deviennent plus imposans et la ponction de la vessie paraît indispensable; M. Howship la pratique par l'hypogastre, et le malade est soulagé. Quelques jours après, le chirurgien veut rendre libre le canal naturel.

Opération. Le malade est placé comme pour l'opération de la taille; le chirurgien introduit dans l'urètre un cathéter conique, de calibre moyen, qu'il pousse jusqu'à l'endroit de la déchirure; il pratique une boutonnière sur le raphé, donne issue à du sang caillé et y fait sortir la pointe du cathéter. Ensuite, il prend une sonde métallique ouverte par les deux bouts, l'introduit dans la vessie par l'ouverture sus-pubienne, la pousse de haut en bas dans le col; la fait passer dans l'urètre à l'endroit de la boutonnière, et l'engaine solidement avec le cathéter précédent. Par un mouvement combiné des deux instrumens, le cathéter est alors conduit par la sonde dans la vessie où il est laissé en permanence jusqu'à la cicatrisation des deux plaies.

On pourrait se demander pourquoi M. Howship n'a pas suivi dans ce cas une autre pratique plus simple et plus expéditive qui est en usage en Angleterre depuis long-temps, savoir, inciser des l'abord le périnée, près du col de la vessie, introduire par là une sonde de gomme élastique dans cet organe, le vider de l'urine, puis franchir la totalité de l'urètre, à l'aide de sondes élastiques, soit en allant d'arrière en avant, à partir de la boutonnière, soit en suivant la direction opposée. Cette conduite aurait été plus simple, plus facile et plus sûre, et aurait épargné l'opération de la cystocentèse dont on ne peut jamais prévoir toutes les conséquences.

Nouveau moyen pour guérir l'intussusception chez les enfans; par M. Mitchell.

L'expérience a prouvé que le volvulus est un accident beaucoup plus fréquent chez l'enfant que chez l'adulte. Cela tient-il à la flaccidité plus grande des intestins chez le premier que chez le second? Les cris continuels auxquels beaucoup d'enfans sont sujets ne seraient-ils pas une cause occasionnelle de l'intussusception? Lobstein a vu des intussusceptions se former sous ses yeux chez des animaux vivans, qu'il avait soumis à des expériences; il a observé qu'après l'ouverture de l'abdomen les intestins présentaient, sous les cris de l'animal, des mouvemens tels que souvent le tube se plissait spontanément sur un point et la portion supérieure s'engainait pour plusieurs pouces dans l'inférieure. Cela arrivait après que l'animal avait crié pour quelque temps et qu'il avait été affaibli par la douleur. C'est ce qui a porté l'anatomiste de Strasbourg à penser que le volvulus n'arrivait chez beaucoup d'enfans que peu de temps avant la mort. Quoi qu'il en soit, dans l'état actuel de la science, une lacune complète existe sur ce point, tant sous le rapport du diagnostic que sous celui du traitement. M. Mitchell, qui a eu l'occasion de rencontrer plusieurs fois ce formidable accident, trace ainsi les symptômes du volvulus : Agitation continuelle, vomissemens, décomposition singulière des traits de la figure, constipation opiniâtre. Les remèdes proposés jusqu'à ce jour étaient les bains chauds, les lavemens et les frictions anodynes sur l'abdomen; mais tout le monde sait combien est grande l'inefficacité de ces moyens. Dans un cas de cette nature, M. Mitchell, ayant tout essayé sans succès, a eu recours à l'expédient suivant : il a introduit dans le rectum, aussi haut que possible, une canule de gomme élastique, qu'il a adaptée au bec d'un soufflet de cheminée, puis il a poussé de l'air en quantité; la distension intestinale ayant déployé les anses du tube digestif, a fait, comme par enchantement, disparaître les symptômes d'étranglement; des garderobes se sont manifestées et l'enfant a guéri. Ce moyen, du reste, n'a été employé, jusqu'à ce jour, qu'une seule fois.

Il ne faut pas se dissimuler cependant que de grandes difficultés existent dans l'emploi de ce moyen chez les enfans, à cause de l'état équivoque du diagnostic. S'il est vrai néanmoins que le caractère univoque de l'intussusception, comme de l'étranglement herniaire, est le vomissement de matière stercorale, ainsi que Dupuytren l'a établi, on aurait en cela un signe certain de diagnostic, qui autoriserait suffisamment l'emploi du remède proposé par M. Mitchell. Il est curieux, du reste, de rapprocher ce moyen de celui employé aussi avec succès par M. O'Beirne (et avant lui par Hauff, Busch, et Kohler) contre les étranglemens herniaires, savoir, l'aspiration par le rectum (Voy. Gaz. Méd., 1837, p. 39. *Hufeland's Journal*, juillet 1832.)

Cas remarquable d'intussusception chez un enfant; par M. Clarke; Discussion sur ce sujet à la société médicale de Westminster.

Un enfant, âgé de onze mois et trois semaines, est saisi, le 13 février, à neuf ou dix heures du matin, d'agitation violente et jette les hauts cris pendant trois ou quatre heures. Dans l'après-midi, on lui scarifie les gencives et on lui donne des poudres de calomel et d'antimoine.

Le lendemain, M. Clarke est appelé; il trouve que l'enfant avait passé une nuit fort agitée, et qu'il n'avait pas eu d'évacuations alvines; en examinant les langes, il voit du sang, et la mère lui dit qu'il en a rendu beaucoup toute la nuit par le rectum; de sorte qu'il a fallu le changer cinq à six fois. La physionomie de l'enfant est extraordinairement abattue comme s'il eût le choléra. Pouls vite et faible, pâleur, agitation; l'enfant se tord par les souffrances qu'il éprouve; l'abdomen n'est ni distendu ni douloureux, ou du moins il ne l'est que peu au toucher. Aussitôt après avoir allaité, il vomit; la peau est froide. M. Clarke ne sait d'abord à quoi attribuer ces symptômes; comme cependant il venait d'entendre qu'on soupçonnait qu'une bonne avait donné du gâteau à l'enfant, il prescrit trois grains de calomel à répéter s'ils ne procurent pas de garderobes, et une potion composée de rhubarbe et d'eau de cinnamome. Le calomel est rejeté avec le lait de la mère. On donne un lavement d'huile de ricin qui paraît soulager; mais l'enfant n'évacue que du sang et du mucus. Flanelles chaudes aux pieds et sur le ventre.

Le lendemain 15, les symptômes empirent; vomissemens plus prononcés, agitation plus grande, pouls filiforme; l'abdomen est un peu balonné, l'écoulement muco-sanguinolent continue; l'urine passe librement.

On appelle M. Streeter en consultation. Ce praticien soupçonne une intussusception, mais il s'arrête de préférence à l'idée d'une hémorragie intestinale; il prescrit des lavemens de térébenthine, une nourriture légère d'arrow-root et un peu de vin, et si la faiblesse augmente, quelques gouttes d'éther. L'enfant cependant n'a pu rien prendre, et il est mort dans la nuit du 15, soixante-deux heures après l'attaque, dans un état très prononcé d'émaciation.

Nécropsie 36 heures après. On ouvre l'abdomen, on trouve une exudation légère de fluide séro-sanguinolent dans le péritoine; les intestins ne sont pas à leur place naturelle; ils forment une grosse masse appliquée à l'épine du côté gauche, résultant principalement par le colon descendant. L'examen fait voir que cet intestin en contient un autre dans son intérieur. L'intussusception commence à quatre pouces environ de la fin de l'ileum dans le colon. La portion invaginée avait passé dans le colon descendant conjointement au cœcum et à tout le colon ascendant et transverse et descendait jusqu'à la portion sigmoïde. Aucune inflammation n'existe; l'intestin invaginé est noir et couvert de mucus; le reste du canal contient de la matière liquide; l'estomac est dilaté et offre un bel exemple de l'action émolliente, destructive et perforante des sucs gastriques. Les organes de la poitrine sont sains. Le cerveau n'a point été examiné. La pièce pathologique a été présentée à la société médicale de Westminster.

Deux circonstances, dit l'auteur, peuvent rendre univoque le diagnostic de l'intussusception intestinale, la présence d'une tumeur dans la région

iliaque gauche, et le prolapsus par le rectum de la portion invaginée. Le toucher par le rectum peut aussi quelquefois faire sentir la portion invaginée si elle est à la portée du doigt. L'hémorragie anale forme un autre caractère digne d'attention. Il résulte d'un travail de M. Langstaffe, publié en 1827, que l'intussusception la plus dangereuse est celle qui a lieu par l'invagination de la fin de l'intestin grêle dans le cœcum comme dans le cas précédent. On peut distinguer, d'après M. Clarke, deux espèces d'invagination, l'une aiguë, l'autre chronique; la première arrive subitement et est presque toujours mortelle; la seconde se déclare lentement, et guérit quelquefois par la séparation et la chute de la portion invaginée.

M. Johnson soutient que malgré ce qu'on vient de dire, le diagnostic de l'intussusception est extrêmement difficile. Nous manquons en effet de signes positifs le plus souvent pour reconnaître la nature de la maladie. La tumeur abdominale dont on vient de parler peut dépendre d'autres causes que d'une invagination : une hernie ventrale, une collection de matière fécale, un peloton de vers peuvent la produire. Du reste, lorsque le diagnostic n'est point équivoque, le traitement doit être dirigé d'après la nature des dangers dont le malade est menacé : or, deux dangers sont à craindre : 1° l'obstruction et la distension de la portion intestinale supérieure; 2° l'inflammation des parties invaginantes, invaginées et voisines. Il faut donc d'abord prévenir l'inflammation à l'aide d'évacuations sanguines, locales, répétées, et la diète. Ce dernier moyen prévient aussi la collection de matières fécales; mais il faut, en attendant, soutenir les forces de la constitution, à l'aide de lavemens nourrissans, et mettre ainsi l'organisme dans les conditions d'établir les adhérences nécessaires, et de séparer la partie mortifiée. Les purgatifs qu'on a coutume de prescrire dans le but de débrouiller l'intestin sont nuisibles dix-neuf fois sur vingt. Les lavemens répétés d'eau chaude seraient plutôt préférables d'après l'auteur.

M. Hardwicke pense que ni les lavemens, ni les autres remèdes indiqués ne peuvent désengainer l'intestin. Il n'y a de guérison possible, d'après lui, que par l'adhérence des deux séreuses intestinales qui viennent en contact, et l'évacuation de la partie invaginée.

M. Clarke fait remarquer que chez son malade, il n'y avait pas de tumeur abdominale; mais que chez un autre, observé il y a trois mois par un de ses confrères, la tumeur était très manifeste. Pendant les six ou sept premiers jours l'enfant n'avait présenté d'autre symptôme principal que des vomissemens; puis l'hémorragie anale s'est déclarée, l'enfant a rendu des masses de sang noir fétide, et, enfin, il a fini par succomber.

M. Johnson ajoute aux considérations qu'il a déjà émises, qu'après le travail d'adhésion des deux séreuses invaginées, la nature ne ménage pas toujours une voie pour le passage des matières; tantôt il existe un petit espace par où les fèces s'évacuent, tantôt, au contraire, il y a obstruction complète. C'est là, du moins, ce qui résulte des faits publiés jusqu'à ce jour.

TRAITEMENT DU RÉTRÉCISSEMENT DU RECTUM A L'AIDE DE L'INCISION; par M. STAFFORD, chirurgien à l'infirmerie Marylebone.

L'auteur décrit deux cas de rétrécissement rectal qu'il a traités à l'aide de l'incision; l'un date de 1831, l'autre de l'année dernière. Dans le premier, le rétrécissement existait à deux pouces et demi de l'anus depuis neuf ans : la coarctation était indurée et admettait à peine le passage d'une bougie n° 12. M. Strafford l'a incisé d'avant en arrière vers le sacrum à l'aide d'un histouri particulier; après l'incision, le doigt medius a pu passer; à peine quelques gouttes de sang se sont écoulées, et le malade a été fort soulagé. Les choses sont bien allées pendant trois semaines lorsque le malade a été saisi d'érysipèle à la face dont il est mort. A l'autopsie, on a trouvé que tout le tube intestinal était malade par suite du rétrécissement; mais il a été évident que l'incision avait produit une grande amélioration et que le malade aurait guéri complètement sans l'affection étrangère qui l'a enlevé.

Dans l'autre cas, le chirurgien a divisé de la même manière deux rétrécissemens dont l'un admettait à peine une bougie n° 10. Une légère hémorragie a eu lieu; deux heures après, le malade a rendu une garderobe copieuse et très fétide; pendant trois jours, il a eu une diarrhée abondante, et a été grandement soulagé; il a fini par guérir complètement.

Ces deux faits ayant été présentés à l'Académie médico-chirurgicale, M. Hawkin a fait observer que le traitement dont vient de parler M. Stafford est loin d'être neuf : depuis vingt ans, dit-il, ce traitement est en usage à l'hôpital St-Georges ; nous nous en servons dans les cas exceptionnels, qui résistent aux médications ordinaires, et surtout lorsque la coarctation représente une bandelette étroite. Je l'ai moi-même employé deux fois. Nous nous servons pour cette opération du bistouri herniaire de Sir A. Cooper, que nous employons comme dans le débridement des hernies. Après l'incision, nous avons recours à l'usage des sondes dilatantes, et la guérison a presque toujours lieu.

LE SIÉGE DES PASSIONS; par le docteur MARSHALL HALL.

Autant il paraît démontré que le cerveau est le siége de l'intelligence, autant il semble difficile de ne pas admettre que la moëlle allongée est le siége ou l'organe nerveux de la manifestation des appétits et des passions. Chez l'idiot, dont les lobes cérébraux ont été frappés d'une telle atrophie, d'un tel arrêt de développement, qu'il ne lui reste souvent presqu'aucun vestige de l'intelligence, les appétits non seulement n'ont éprouvé, dans aucun cas, de diminution, mais sont ordinairement beaucoup plus prononcés que dans l'état normal. Le désir des alimens, l'excitation sexuelle, la colère et la terreur prennent chez lui une intensité remarquable.

Le bras, qui est complètement paralysé aux mouvemens volontaires, chez l'hémiplégique, est violemment agité par la surprise ou les autres fortes émotions. Le siége de ces émotions est donc placé dans le système nerveux, au-dessous du siége de la volonté et plus bas que le point malade, puisque les passions sont si prononcées dans ces cas. Il en est autrement chez le paraplégique, chez lequel la maladie a détruit à la fois l'influence des passions et celles de la volonté; c'est que le siége de la maladie est au-dessous de celui de la paraplégie et de celui des passions. Le siége des passions est donc au-dessous du point qui est lésé dans l'hémiplégie et au-dessus de celui qui est altéré dans la paraplégie, c'est-à-dire dans la moelle allongée.

FIÈVRE JAUNE MALIGNE A LA GUIANE ANGLAISE; par le docteur WILLIAM FRASER.

On a tant parlé de la fièvre jaune, il y a quelques années, qu'il semblerait presque rationnel de n'en plus parler aujourd'hui; mais c'est précisément parce qu'il n'en a pas été question parmi nous depuis long-temps que nous croyons pouvoir donner un extrait de cet article, qui contient des documens importans.

A la fin de 1835 et au commencement de 1836, la fièvre jaune accompagnée de vomissement noir faisait de grands ravages à Surinam; de Kernow, elle passa pendant l'été de la même année à l'île de la Barbade, où elle fit de nombreuses victimes; et de cette dernière île à Demerara, où elle atteignit sa plus grande intensité dans les mois de mai, juin et juillet. Renfermée d'abord dans un seul quartier, elle s'étendit bientôt à tout le reste de la ville, et aux équipages des navires, dont quelques-uns perdirent la moitié de leurs hommes. Les étrangers récemment arrivés furent les premiers frappés, et au bout de quelque temps, la maladie ne fit plus de distinction, et les noirs seuls furent un peu ménagés; mais non complètement exempts de son attaque. Deux missionnaires de Berbice vinrent en juin à Demerara, et s'en retournèrent au bout de quelques jours à Berbice : l'un légèrement indisposé; l'autre dans son état de santé habituelle. Tous deux furent pris en arrivant chez eux des symptômes de la fièvre jaune et moururent; la femme de l'un d'eux, qui était la sœur de l'autre, éprouva le même sort, et de ces trois individus, la maladie gagna la ville, et le reste du district de Berbice, où elle causa une grande mortalité.

M. Shomburgh, qui voyageait pour le compte de la société géographique de Londres, revint au mois de juin à Demerara, après son excursion à la rivière Corantyn, ramenant avec lui un Indien indigène de cette partie de la colonie, comme domestique. Il avait eu déjà à plusieurs reprises la fièvre intermittente et la fièvre rémittente des colonies; en arrivant, il descendit dans une chambre et coucha dans un lit où trois semaines auparavant un jeune homme était mort de la fièvre jaune, et bientôt après le maître et ensuite son domestique furent pris de la même maladie et furent long-temps dans un grand danger. Plusieurs des Indiens d'Arrowach et autres, qui étaient venus en ville pour les affaires de leur petit commerce, furent soumis à l'infection, et étant retournés dans leurs villages, non-seulement succombèrent à la maladie, mais la communiquèrent à ceux de leurs tribus, dont plusieurs moururent.

L'auteur rapporte plusieurs autres faits qui ne permettent guère de douter de la nature contagieuse de la maladie dont il parle. Tous les médecins qui furent exposés à son influence la contractèrent, bien qu'aucun n'en soit mort. Mais la mortalité paraît avoir frappé de préférence les ministres du culte, dont 7 ou 8 ont succombé.

II. LONDON MEDICAL GAZETTE.

Les numéros des trois derniers mois contiennent les articles originaux suivans : 1° *Blessure par une arme piquante à l'abdomen*, par M. Curling; fait intéressant, mais n'apprenant rien de neuf; 2° *Cas d'hydrophobie*, par M. Reaume; 3° *Idiotisme supposé*; 4° *Faits pratiques re-*

cueillis à la clinique de M. Watson, médecin de l'hôpital Middlesex; 5° *Mémoire sur le choléra morbus*, par M. Griffon; 6° *Cas de menstruation à l'âge de 56 ans*, par M. A. Brown; 7° *Cas de transposition des viscères*; 8° *Leçons cliniques sur la syphilis*, par M. Lawrence; 9° *Abcès du foie*, par M. Colledge; 10° *Observations pratiques sur le delirium cum tremore*, par M. W. Munk; 11° *Affection fongoïde du rein*, par M. J. Gorham; 12° *Fracture du fémur avec séparation des épiphyses*, par M. Grantham; 13° *Cas remarquable de tumeur hydatique*, par M. Barrett; 14° *Traitement de la phthisie tuberculeuse*, par M. Scudamore; 15° *Plusieurs cas d'irritation spinale*, par M. Watson; 16° *De la rupture du cœur et de l'hémorragie dans le péricarde sans rupture du cœur ni des gros vaisseaux*, par M. Thurnam; 17° *Remarque sur la pathologie du staphylome*, par M. Jones; rien de bien neuf; 18° *Vomissement noir chez un Africain*, par M. Macdiarmid; 19° *Observations sur le lepra vulgaris*, par M. Bishop; 20° *Plusieurs cas de chorée, traités avec succès*, par M. Aldis; 21° *Cas de suppuration dans les ventricules du cerveau*, par M. Scudamore; 22° *Recherches sur l'endocardite*; par M. Thurnam; 23° *Traitement du rhume par l'abstinence des boissons*; par M. Williams; 24° *Hydrophobie sept ans après la morsure*; par M. Thomson.

Traitement du lepra vulgaris (dartre furfuracée arrondie d'Alibert), à l'aide des préparations arsénicales; par M. John Bishop.

Une foule d'auteurs, entre autres Willan, Batty, Bateman, Duffin, Gurdlestone, etc., ont recommandé les préparations arsénicales contre plusieurs affections chroniques de la peau, et, en particulier, contre la lèpre vulgaire. Des mémoires spéciaux ont même été publiés dernièrement pour prouver l'efficacité de l'arsenic contre ces maladies. Les praticiens cependant paraissent éprouver une sorte de répugnance dans l'adoption de ce moyen. Les deux faits suivans tendent à dissiper ces préventions et à encourager l'emploi de l'arsenic.

Obs. I. — Une femme, âgée de 60 ans, habituellement bien portante, après une pluie battante sur le dos, dans un moment où elle était en grande transpiration, vit l'éruption lépreuse se déclarer aux membres et de là empiéter sur toute la surface du corps. Dans l'espace de quelques mois l'éruption était devenue tellement intense qu'il fallait tous les matins lui ouvrir les paupières et les narines, en débarrassant ces parties des écailles épaisses qui les encombraient pour la faire voir ; les ongles, les cheveux, les cils étaient tombés, et la force de la constitution déclinait à vue d'œil. La malade languissait dans le lit depuis trois ans lorsqu'elle a fait appeler M. Bishop ; il a prescrit les remèdes suivans :

1. P. Arséniate de potasse liquide (*liq. potassæ arsenitis*), un gros.
Liqueur de potasse, un gros.
Décoction de salsepareille comp., une livre.
La malade en prendra trois tasses par jour (*capiat cyathum ter quotidie*) (1).

2. P. Une pillule mercurielle tous les soir (*hydrarg. submur. gr.* 5.).

3. P. Sulfate de magnésie, deux gros dans une tasse d'eau de menthe fraiche; à répéter toutes les fois que le corps n'est point libre.

Ces remèdes ont été continués pendant six semaines sans interruption. L'amélioration n'a pas tardé à se manifester; la démangeaison a d'abord diminué; puis elle a cessé complètement; la desquammation est plus transparente. On porte la liqueur de potasse arsénicale à huit gouttes, trois fois par jour. Après le sixième mois de traitement, la tête et la face commencent à revenir à l'état naturel, les forces et l'appétit se relèvent; la malade est fatiguée de la salsepareille; on remplace cette tisane par une légère infusion de thé, et l'on porte à dix le nombre des gouttes arsénicales trois fois par jour; puis on revient à la salsepareille. Guérison complete après une année de traitement non interrompu.

Obs. II.—Une femme, âgée de 30 ans, robuste, habituellement bien portante, entre au service de la malade précédente ; elle n'avait jamais fait de maladie ni en d'affection de la peau. Après quelque temps de cohabitation avec la malade, elle a été saisie de la même maladie. Voici comment le mal a débuté : elle se servait du peigne de sa maitresse; une fois elle s'est fait une petite écorchure à la tête en se peignant; sur ce point, il s'est formé une croûte qui s'est étendue et a envahi toute la tête, puis la figure, enfin tout le corps.

M. Bishop l'a soumise au même traitement ; seulement la liqueur de potasse arsénicale a été administrée dans du thé léger en place de salsepareille, à la dose de six gouttes trois fois par jour. Il a fait en même temps employer une pommade d'*hyd. nitr.* La démangeaison a cessé après six semaines ; alors on porte la liqueur arsénicale à dix gouttes trois fois par jour. Guérison complète après neuf mois de traitement.

La guérison de ces deux malades ne s'est point démentie depuis plusieurs années qu'elle a eu lieu.

L'auteur déduit de ces deux faits, et d'un grand nombre d'autres pareils, qui lui sont propres, les propositions suivantes :

1° Contrairement à l'opinion de la plupart des dermatographes, le *lepra vulgaris* doit être regardé comme une maladie contagieuse par inoculation ;

2° Une des causes les plus efficaces de cette maladie est la suppression instantanée de la transpiration ;

3° La liqueur de potasse arsénicale, donnée pendant long-temps, par petites doses, est capable de guérir les cas les plus anciens, les plus opiniâtres et les plus graves de cette affection ;

4° La dissipation de la démangeaison de cette maladie a constamment lieu après la sixième semaine de l'emploi de la liqueur arsénicale ;

5° La liqueur arsénicale n'a échoué entre les mains de plusieurs praticiens que parce qu'on ne l'a pas employée assez longtemps ni à dose assez forte ;

6° Délayée dans une grande tasse de salsepareille ou de douce-amère (*dulca-amara*), la liqueur arsénicale n'irrite point l'estomac.

7° La reproduction abondante et répétée de l'épiderme dans ces circonstances vient à l'appui de l'opinion qui attribue la formation de cette membrane à une sécrétion dépendant d'un appareil de canaux redoublés d'une membrane muqueuse.

Recherches sur les effets de l'endocardite, et spécialement sur l'épaississement scutiforme des valvules aortiques; par J. Thurnam.

L'auteur de cette communication faisant allusion aux recherches de M. Watson sur le même sujet (V. nos dernières revues des journaux mensuels anglais), jette d'abord un coup-d'œil sur la structure des valvules aortiques à l'état normal, avant d'arriver à l'objet qui doit l'occuper principalement. Il paraît disposé à admettre qu'à leur base le tissu qui compose ces valvules offre plus d'épaisseur qu'à leur bord libre; mais il ne pense pas qu'il y ait un seul point sur lequel le tissu fibreux ne fasse partie de leur organisation; cependant, il paraîtrait que les fibres qui constituent ce tissu seraient fréquemment séparées l'une de l'autre par des espaces considérables, et qui, conséquemment, ne sont fermés que par l'endocarde, et que c'est plutôt sur ces points que les valvules sont disposées à être déchirées, que sur ceux où elles sont soutenues par du tissu fibreux. Il croit que c'est surtout vers l'angle d'attache des valvules que l'on remarque cette absence de tissu fibreux, parce que, sur ce point, les fibres sont disposées par faisceaux. C'est aussi sur ces points que la perforation des valvules se rencontre le plus fréquemment.

Cette disposition crébriforme des valvules aortiques était déjà connue de Sénac; mais elle n'a été bien décrite que par les docteurs Williams et Kingston. Il est très facile de la constater en regardant les valvules du côté de l'artère, et surtout en les mettant entre la lumière et l'œil de l'observateur; chez le bœuf, on voit très distinctement que ces valvules sont formées de faisceaux de fibres tendineuses qui s'entrelacent plus ou moins complètement, et qui laissent le plus grand intervalle près des attaches des valvules, d'où elles s'écartent en divergeant.

Arrivant alors à l'endocarde elle-même, l'auteur pense que l'endocarde doit offrir les mêmes altérations que le péritoine, la plèvre, le péricarde, puisqu'étant de même structure, il doit être sujet aux mêmes maladies; puis, il admet qu'il est difficile de s'expliquer comment les produits de l'inflammation de cette membrane externe du cœur ne sont pas constamment enlevés par le cours du sang. Cependant, il ne regarde comme caractère anatomique de l'inflammation de cette membrane que la présence d'une couche de lymphe plastique, demi-transparente, plus ou moins étendue, d'une couleur plus ou moins foncée, granuleuse, adhérente à l'endocarde, mais pouvant en être séparée.

Dans deux cas où l'endocardite était compliquée de péricardite rhumatismale, et qu'il a observés, il y avait une fausse membrane offrant tous ces caractères, disposée par larges plaques dans l'oreillette gauche, et recouvrant la valvule mitrale. Dans ces deux cas, les valvules aortiques offraient aussi l'épaississement scutiforme décrit par le docteur Watson. Dans un troisième cas, l'endocardite avait son siége sur la surface inférieure ou ventriculaire de la position antérieure de la valvule mitrale, et s'étendait aussi, mais en se prononçant de moins en moins à la surface ventriculaire des valvules aortiques, cette endocardite se trouvait chez un sujet affecté d'anévrisme du cœur.

M. Thurnam, passant ensuite à l'examen des 13 cas d'endocardite qui forment dans l'ouvrage de M. Bouillaud la première catégorie, n'en trouve

(1) Cette manière d'administrer la liqueur arsénicale n'est pas bien précise; mieux vaut prescrire les élémens de la potion à part, et verser dans la tisane chaque fois la dose convenable de la liqueur arsénicale. On commence ordinairement par quatre gouttes trois fois par jour; puis on en élève graduellement le nombre jusqu'à dix. (N. d. Trad.)

qu'un seul qui ait présenté ce qu'il vient d'établir comme le vrai et seul caractère anatomique de l'endocardite; et encore, dans ce cas même, il serait disposé à croire que les caillots albumineux n'étaient que des caillots formés par le sang. Il relève surtout l'opinion de M. Bouillaud, qui regarde comme une erreur peu importante de confondre les concrétions sanguines décolorées et adhérentes avec les productions pseudo-membraneuses, car les premières sont très fréquentes dans des cas où il n'y a pas eu la moindre trace d'inflammation de l'endocarde. Il dit aussi n'avoir aucune confiance dans la rougeur considérée comme caractère de l'endocardite.

Poursuivant l'endocardite à une époque plus éloignée de son début, l'auteur voit cet état morbide déterminer d'autres altérations, telles que les produits stéothomateux, athéromateux, cartilagineux et osseux qui se déposent au-dessous de cette membrane, de même que des productions analogues se rencontrent quelquefois au-dessous de la plèvre et des autres membranes séreuses.

Enfin, arrivant à l'altération du bord libre des valvules, décrite par le docteur Watson, sous le nom de festonnement du bord libre des valvules, il croit pouvoir encore l'expliquer avec la même facilité.

Pendant la diastole du cœur, et au moment où les valvules ferment l'orifice de l'aorte, certaines portions de ces valvules sont nécessairement mises dans un contact mutuel. Il est facile de reconnaître que c'est exactement sur les parties des valvules qui se trouvent en contact dans ce moment, que se trouve l'apparence de feston décrite par le docteur Watson. Ce festonnement est évidemment le résultat de l'action simultanée des lois de l'hydrostatique et de la mécanique.

Lorsque ces valvules deviennent le siège d'une inflammation aiguë ou subaiguë, et que leur face ventriculaire se couvre d'une couche de lymphe plastique, il est aisé de comprendre que cette lymphe sera enlevée sur les points qui se trouveront en contact mutuel, et s'accumulera sous la forme d'un rebord sur les lignes festonnées qui forment les limites inférieures de ces segmens. L'auteur appuie encore cette explication de ce que l'on observe dans certaines formes de la péricardite, dans laquelle le cœur, recouvert d'une fausse membrane offre les formes bizarres qui avaient fait appeler, dans ce cas, le cœur, par les anciens auteurs: *cor hirsutum tomentosum;* disposition anatomique qui dépend certainement de la même cause.

M. Turnham dit avoir trouvé depuis quinze mois, sur 77 cas, pris indifféremment chez des sujets morts des maladies les plus différentes, cette espèce d'épaississement qu'il désigne sous le nom de scutiforme, trente-sept fois à une période plus ou moins avancée. Dans un ou deux cas seulement, les valvules de l'artère pulmonaire étaient en même temps altérées et encore à un degré beaucoup moins avancé. Dans tous les cas qu'il a examinés sous ce point de vue, il a trouvé que cet épaississement dépendait de la présence d'une pellicule ou fausse membrane qui était fortement adhérente à la surface ventriculaire des valvules, et d'où elle pouvait cependant être enlevée plus ou moins complètement, soit avec l'ongle, soit avec la pointe d'un scalpel. Quand cette fausse membrane avait été ainsi enlevée, la valvule offrait tout à fait son aspect normal, et il n'existait plus de trace de ces lignes festonnées.

Dans plusieurs de ces cas, la fausse membrane passait de la base des valvules sur le tissu musculaire du cœur, et le recouvrait quelquefois assez loin. Une nouvelle preuve encore de la vérité de l'explication donnée ici, c'est que dans un petit nombre de ces cas, les valvules étaient devenues adhérentes l'une à l'autre dans une étendue d'une ou deux lignes, à partir de leur point d'attache; adhérence qui dépendait évidemment de la fausse membrane dont les valvules étaient recouvertes.

Un dernier caractère anatomique indiqué par l'auteur, mais dont il ne donne pas l'explication, c'est que ces fausses membranes ne s'observent qu'à la surface ventriculaire des valvules; il ne les a jamais trouvées à leur surface artérielle ou aortique.

Le plus souvent cette altération coïncidait avec quelque autre lésion du cœur; mais, dans quelques cas, toutes les autres parties de cet organe étaient à l'état normal. Aussi, l'auteur ne balance pas à considérer cette altération comme celle qu'on rencontre le plus fréquemment dans le cœur. Enfin, il s'étonne, en terminant, qu'une altération aussi commune ait échappé à la plupart des pathologistes qui se sont occupés des maladies du cœur, et surtout à M. Bouillaud; il pense que c'est d'elle qu'a voulu parler M. Bizot, dans ses « recherches sur le cœur et le système artériel », sous la dénomination d'*altérations des tubercules d'arantius;* car c'est sous ce nom que le docteur William l'avait déjà désignée.

Traitement du rhume par l'abstinence des boissons; par le docteur Williams.

L'auteur de cette méthode dit l'avoir essayée d'abord sur lui-même avant de la recommander aux autres, et voici dans quelles circonstances: dans sa jeunesse, il avait été très sujet à de violens coryzas qui, après avoir duré pendant huit ou dix jours, se terminaient par un rhume de poitrine dont il ne pouvait se débarrasser, même en gardant la chambre, et faisant tout ce qui était convenable, en moins de quinze jours, et qui souvent durait plus d'un mois. Et pourtant pendant tout ce temps il s'astreignait à un régime sévère, ne prenait pas de vin, ni de viande, et sa poitrine porte encore les traces nombreuses des emplâtres de tartre-émétique qu'il s'appliquait lui-même. Il y a douze ans, il remarqua pendant un de ces rhumes, que quand il prenait beaucoup de thé ou d'une autre boisson, bien qu'il se trouvât plus à l'aise sur le moment, cependant, au bout d'une heure, il ressentait constamment une forte chaleur à la tête; et, en même temps, il s'écoulait par les yeux et les narines une très grande quantité d'un liquide séreux et irritant: « Je pensai, dit-il, que je ferais au moins cesser ces exacerbations en cessant de leur fournir les matériaux, en m'abstenant de boissons; et, pendant vingt-quatre heures, je ne pris pas une seule goutte de liquide, ce qui, à ma grande surprise, non-seulement arrêta ces forts redoublemens qui m'étaient si incommodes, mais diminua notablement le flux nasal lui-même. Je persistai pendant vingt-quatre heures encore, et mon coryza avait disparu. Les matières qui sortaient du nez étaient muqueuses et épaisses, comme à la fin d'un rhume de cerveau. Mais ce qu'il y eut de plus important pour moi, c'est que je n'eus pas de rhume de poitrine; il semblait que la disposition catarrhale eût été entièrement enlevée. Depuis cette époque, j'ai toujours suivi la même méthode avec un succès variable quant au degré; mais qui se résume à ceci: savoir, que mes coryzas ne durent jamais plus de trois jours, et que je n'ai eu qu'un seul catarrhe pulmonaire, et cela dans une circonstance où je ne pus persévérer dans ma *diète sèche.* J'ai recommandé ce moyen à beaucoup de mes amis et de mes cliens, et tous ceux qui ont voulu l'employer complètement ont vu se terminer promptement les coryzas quelquefois très longs. Ce moyen ne convient, il est évident, que dans les cas où le coryza a une longue durée, ou bien est constamment suivi de catarrhe pulmonaire; car pour un coryza simple et de un ou deux jours de durée, le remède serait peut-être pire que le mal. »

M. Williams cherchant ensuite à se rendre compte du mode d'action de ce moyen fait remarquer que le principal effet de l'abstinence des liquides est de diminuer promptement la masse des fluides en circulation. Les sécrétions normales continuent à s'opérer, bien qu'avec une légère diminution; mais il n'en est pas de même des sécrétions morbides des membranes irritées. L'irritation est diminuée par la diminution de la plénitude des vaisseaux sanguins, le flux morbide cesse, et la muqueuse n'étant plus irritée par le fluide qu'elle sécrétait, revient promptement à l'état normal. Si on prend des liquides trop tôt, avant que la pituitaire soit revenue à l'état normal, l'écoulement revient, et la maladie offre toute son intensité première. Mais si, après que le flux nasal a été suspendu pendant vingt-quatre ou trente-six heures de diète sèche, on cherche à entretenir les sécrétions normales par l'exercice, la chaleur de la peau, on pourra prendre impunément un peu de liquide, parce qu'alors la masse des fluides en circulation se trouvera encore au-dessous du point où elle pourrait fournir des matériaux à la membrane irritée.

L'auteur passe ensuite à l'examen des effets que pourrait produire l'abstinence de boissons sur la marche d'autres maladies, telles que la congestion, l'hémorragie; mais l'absence de faits l'empêche de rien établir de positif à cet égard. Il rappelle que d'un autre côté le défaut de liquide dans l'économie doit donner lieu à d'autres maladies; que les organes excréteurs peuvent souffrir de l'état de concentration des matières excrémentitielles auxquelles elles doivent fournir passage; que la digestion pourrait en souffrir également; mais il affirme n'avoir jamais rien vu de semblable pendant qu'il s'est soumis à ce plan pour le traitement des rhumes les plus violens. Il dit être resté plusieurs fois pendant trois jours sans prendre une seule goutte de liquide. Le seul effet désagréable qu'il en ressentait était à la fin de deux jours un léger mal de tête, un peu de langueur, une diminution notable de la force musculaire et la petitesse du pouls. Ces symptômes étaient diminués par une nuit de repos, puis reparaissaient le lendemain; ils étaient entièrement dissipés dans la soirée du troisième jour par deux tasses de thé; et il ne restait des effets de l'abstinence que le désir de réparer les besoins de l'économie par d'abondantes libations qui lui procuraient beaucoup plus de plaisirs que l'abstinence ne lui avait été désagréable.

Il est essentiel, pour le succès de la diète sèche, que le coryza soit dans sa première période: s'il y a de la fièvre, on y joindra un laxatif. Les alimens solides ne doivent pas être d'une nature trop sèche ou excitans. Le régime doit se composer de farineux, de légumes, de poissons blancs, de viandes blanches ou gélatineuses, de fruits secs, etc. On n'est point obligé de garder la chambre, il suffit d'être bien couvert en sortant, et tout le traitement dure rarement plus de quarante-huit heures.

Hydrophobie sept ans après la morsure; par le docteur Hare Thomson.

Le docteur Hare Thomson, président de la société médicale de Westminster, a rapporté, à l'une des dernières séances de cette société, l'observation suivante qui présente quelque intérêt par le long intervalle de temps écoulé entre la morsure et le développement des accidens rabiques et par le degré d'authenticité qu'on ne peut refuser à ce fait.

Obs. Le sujet était un enfant âgé de 17 ans, qui était en prison depuis 25 mois, et, pendant ce temps-là, n'avait été exposé à la morsure d'aucun animal; mais il rapportait avoir été fortement mordu par un chien sept ans auparavant, et c'est à cette cause qu'il attribuait une cicatrice qu'il portait à la hanche gauche. Pendant les 25 mois de son emprisonnement, il avait toujours paru sombre, triste et très réservé, et on ne l'avait jamais vu regarder en face les personnes auxquelles il parlait. Il ne commença à se plaindre que trois jours avant sa mort, époque où, le trouvant très faible, on le fit transporter à l'infirmerie de la prison. On crut d'abord qu'il ne s'agissait que d'un simple rhume; mais on vit bientôt se développer avec rapidité des symptômes du caractère le plus alarmant et qui offraient quelques rapports avec ceux du choléra spasmodique. La hanche droite, où était la trace de la morsure, devint successivement douloureuse et des élancemens, avec des mouvemens spasmodiques, parcouraient tout le membre inférieur du même côté. Pendant ce temps, l'enfant demandait toujours, à grands cris, qu'on lui fît les plus fortes frictions. Les symptômes les plus tranchés d'hydrophobie se déclarèrent peu avant sa mort, et continuèrent, avec de très courtes intermissions, jusqu'aux derniers momens, qui se terminèrent par un délire convulsif.

A l'autopsie, on trouva que le larynx et la trachée, qui furent présentés, avec la moëlle épinière, à la société, offraient des signes non douteux d'inflammation aiguë. Toute la surface de la moëlle épinière était également fortement injectée et d'une couleur écarlate très vive. A la tête, on ne trouva rien de remarquable, sinon un petit nombre de points rouges à la surface du cerveau. Le cervelet et les lobes moyens avaient un volume considérable. Le cuir chevelu était d'une densité extraordinaire et le crâne plus épais que d'habitude. L'estomac et le cœur étaient tout à fait à l'état normal.

Le traitement qui fut employé consista en une application de vésicatoires sur tout le trajet de la colonne vertébrale et l'emploi de la morphine par la méthode endermique. A peine quatre minutes s'étaient écoulées après l'application de la morphine que le malade avait recouvré le calme complet, dans lequel il resta quelque temps; mais, bientôt après, les symptômes revinrent avec toute leur violence première.

A l'occasion de cette observation, un membre de la société (M. le docteur Petitgrew) rappela quelques cas de la même maladie, qu'il avait rapportés devant la même société à une session précédente, et dans lesquels l'injection de la trachée cessait subitement à son point de division dans les bronches; on voyait aussi cesser l'injection dans l'œsophage subitement et à la même hauteur que dans la trachée.

Rupture des épiphyses du fémur; guérison; par M. John Grantham.

Le 27 novembre 1837, un jeune homme appellé Stillwel, délicat, âgé de 12 ans, essuie sur la cuisse droite le passage d'une roue de tomberau vide. A l'examen, M. Grantham trouve : 1° le fémur fracturé obliquement dans son milieu; 2° les deux condyles du genou divisés transversalement de la diaphyse et entraînés tout-à-fait en dehors, sur le côté péronier du membre : une légère manœuvre suffit pour réduire cette épiphyse et occasionner une sorte de crépitation matte; 3° en promenant la main vers la région trochantérienne, il sent nettement une séparation transversale du fémur, au-dessous des trochanters : la crépitation est aussi matte dans cette épiphyse que dans l'épiphyse inférieure. A l'aide d'une légère extension, le membre devient parfaitement droit; mais en l'abandonnant à lui-même, il reprend de suite la forme vicieuse, le genou se tournant en dehors, etc.

M. Grantham a mis le membre sur un double plan incliné, et en a soutenu les fragmens à l'aide d'un bandage ordinaire et trois attelles. Le quatorzième jour, les épiphyses étaient déjà solidement réunies; mais il a laissé le membre en appareil pendant plus long-temps et n'a permis au malade de marcher qu'après la cinquième semaine. Guérison parfaite.

Les ruptures épiphysaires avaient été à peine étudiées avant le travail publié par la Gazette médicale en 1834. D'autres travaux ont été faits depuis, et ces lésions sont aujourd'hui appréciées avec toute l'importance qu'elles méritent. Le fait qui précède peut être regardé comme fort remarquable et rare, tant à cause de la triple division du fémur dans un âge aussi peu avancé, que de la guérison sans difformité que M. Grantham a obtenue.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 3 AVRIL. — PRÉSIDENCE DE M. MOREAU.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Lettre ministérielle, avec envoi des rapports des médecins inspecteurs des eaux minérales de Bagnères, de Luchon, de Chateldon et d'Evaux.

2° Lettre *idem*, avec envoi d'une histoire de la grippe.

3° Lettre *idem*, avec envoi d'un spécifique contre les désordres de la menstruation.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

1° Lettre de M. Souberbielle sur une nouvelle opération de taille sus-pubienne.

2° Lettre de MM. Rey et Boissonneau sur l'action du verre sur le virus vaccin.

3° Deux observations de guérison de torticolis par la section sous-cutanée du muscle sterno-mastoïdien, par M. J. Guérin. A cet envoi est jointe une lettre que nous publierons dans notre prochain numéro.

4° Lettre de M. Delmas, agrégé à la faculté de médecine de Montpellier. Se plaint de l'abus que M. Pigeaire a fait de son nom, et déclare que tout ce qu'il a vu du magnétisme n'est que jonglerie, et qu'il n'y ajoute aucune foi.

FISTULES VÉSICO-VAGINALES.

Après le dépouillement de la correspondance, M. Biett demande la parole à l'occasion du procès-verbal. On a vu dans le dernier numéro de ce journal un extrait du rapport de M. Blandin, sur la guérison d'une fistule vésico-vaginale, obtenue par M. Jobert. Je ne voudrais pas, dit M. Biett, renouveler la discussion à laquelle ce fait a donné lieu; mais quelques personnes, et particulièrement M. Gerdy, ayant exprimé le désir d'avoir quelques éclaircissemens, je suis prêt à leur en donner. Je commence par dire que l'examen que ces messieurs ont provoqué a été fait; il a été fait par M. Blandin lui-même, en présence de plusieurs médecins estimables. Il ne m'appartient pas de vous en faire connaître le résultat : c'est un soin que M. Blandin ne veut laisser à aucun autre. Toutefois, puisque j'ai la parole, j'en profiterai pour relever quelques erreurs. M. Roux a demandé si le fait transmis par M. Jobert à l'Académie des sciences est le même que celui qu'il a transmis à l'Académie de médecine. Oui, c'est le même, et il est assez important pour recevoir cette double publicité. D'un autre côté, M. Nacquart a dit qu'il avait vu dans les salles de M. Jobert, à l'hôpital St-Louis, la femme qui fait le sujet de cette observation : en cela il s'est trompé; M. Nacquart a bien vu une femme qui a subi la même opération; mais ce n'est pas celle dont on a transmis l'histoire à l'Académie des sciences et à l'Académie de médecine, c'est une autre; c'est un autre exemple de guérison. M. Velpeau a demandé la proportion des succès, et faisant la question et la réponse, il a dit que M. Jobert avait traité dix-huit fistules vésico-vaginales, et qu'il n'en avait guéri qu'une seule. Erreur! M. Jobert n'a traité que sept femmes, et il en a guéri trois. Cinq de ces faits ont été publiés.

M. Blandin : Quoique bien convaincu, par mon premier examen, de la guérison de la femme dont j'ai entretenu l'Académie mardi dernier, j'ai consenti à le recommencer pour satisfaire les esprits les plus difficiles. Elle avait été prévenue, cette femme, de notre visite, et on lui avait spécialement recommandé de garder l'urine. En arrivant, j'ai pris une sonde, et je l'ai introduite dans la vessie, d'où j'ai retiré huit onces deux gros d'urine. Du reste, toujours point d'inflammation du vagin, ni de la vulve, ni des parties supérieures des cuisses; en un mot, rien de ce qui annonce le passage de l'urine ailleurs que par ses voies naturelles. Ce n'est pas tout : tandis que j'y étais, j'ai fait bouillir du bois de campêche, et j'ai injecté une décoction dans la vessie; il ne s'en est pas perdu une goutte, et elle a été rendue tout entière quelques instans après par le canal de l'urètre. Ainsi, Messieurs, s'il est un fait bien constaté, c'est celui-ci; il n'est pas permis à personne de le mettre en doute.

M. Emery : Après ce que viennent de vous dire MM. Biett et Blandin, j'aurai peu de choses à ajouter. Je répéterai seulement que M. Jobert a pratiqué sept fois l'opération d'autoplastie dont il est question. Trois femmes sont guéries; trois ont conservé leur infirmité; une est morte. L'une de ces malades a été vue par M. P. Dubois ici présent; mais elle était encore en traitement; je crois même que le pédicule du lambeau destiné à faire l'ouverture fistuleux n'était pas encore coupé.

M. Gerdy : Je me félicite, Messieurs, d'avoir provoqué les éclaircissemens que vous venez d'entendre : ils étaient nécessaires pour dissiper tous les doutes. Tous les doutes! c'est trop dire. Il m'en reste encore. M. Blandin a dit qu'en introduisant la sonde dans la vessie, il avait rencontré à l'entrée du col quelque obstacle qu'il suppose être formé par le lambeau de peau qui forme les fistules. D'où il résulterait que cette fistule avait son siége au col et non dans le bas-fond de la vessie, comme on l'a dit primitivement. Or, ce cas est fort différent.

— Pardon, s'écrie M. Blandin, je n'ai pas été compris; j'ai dit, à la vérité, que le lambeau s'étendait au col de la vessie, et qu'il gênait le passage de la sonde; mais il ne s'ensuit pas de là que la fistule n'ait son siége principal dans le bas-fond de la vessie.

— Ce qu'il y a de certain, reprend M. Gerdy, c'est que la fistule du col et la fistule du bas-fond de la vessie sont deux choses fort différentes. Si la fistule avait son siége au col, je m'étonne moins de sa guérison; mais si elle avait son siége dans le bas-fond, mon étonnement est toujours le même. Loin de moi la pensée de mettre en doute et la lumière et la bonne foi des chirurgiens qui ont visité l'opérée de M. Jobert; mais, enfin, quand les faits sont extraordinaires, on ne saurait prendre trop de précautions pour se garantir de toute illusion. Aussi, je voudrais que maintenant elle fût visitée par des hommes sans prévention, cela va sans dire; mais aussi sans engagement.

— Ici plusieurs voix demandent l'ordre du jour; M. le président le met aux voix; il est rejeté, et la discussion continue.

M. Double : Je ne cache pas que j'ai un intérêt particulier à cette discussion; aussi je me réjouis fort de la décision que vient de prendre l'Académie; je m'en réjouirai bien davantage si elle reste toujours dans les bienséances académiques.

M. Gerdy : Si c'est une leçon qu'a voulu m'adresser M. Double, je le remercie; mais j'avoue que je ne croyais pas la mériter. Eh quoi, parce que je ne suis pas

convaincu, je suis inconvenant! parce que je conserve des doutes, je suis injuste... Non, Messieurs, je ne suis rien de tout cela : je ne demande pas mieux que de croire; mais pour croire, il me faut des raisons qui contentent la mienne. Est-ce que je n'explique pas mes doutes, moi? Je le répète, puisqu'on m'y oblige. Quand je considère que l'urine irrite, enflamme, ulcère, tue tout ce qu'elle touche, je ne puis pas croire qu'on puisse impunément prendre un morceau de peau, l'introduire dans le vagin pour en faire un bouchon et l'exposer à l'action continuelle de l'urine. Quand je considère la différence d'organisation de la peau et des membranes muqueuses, je ne puis pas croire que ces tissus adhèrent ensemble de manière à ne laisser entre eux aucun vide. On dit que ce sont là des vues physiologiques. Sans doute, ce sont des vues physiologiques; mais ce sont aussi des faits, ou mieux encore, ce sont des résultats de faits, et cela vaut un peu mieux, ce me semble, qu'un fait individuel comme le sôtre. S'il était vrai ce fait, il faudrait l'envisager comme une exception, comme un hors-d'œuvre. Voltaire disait, en parlant des faits extraordinaires, miraculeux, que pour y croire, il voudrait qu'ils fussent constatés par l'Académie des sciences, protégée par deux cents gardes armés pour éloigner la foule des imbécilles toujours si crédule. Eh bien, messieurs, je voudrais quelque chose d'équivalent en médecine. Si M. Jobert a opéré sept femmes de fistule vésico-vaginale; s'il en a guéri trois, comme on le dit, pourquoi ne communique-t-il qu'un seul fait? Pourquoi n'ont-ils pas tous reçu la même publicité? Pourquoi ne les a-t-il pas fait constater par ses adversaires? Que risque-t-on quand on est sûr de la vérité? J'aurais bien voulu, pour ma part, voir une de ces femmes; mais impossible de l'approcher; j'ai interrogé les élèves, les internes mêmes de la salle où elle était couchée, et je n'en ai pas su davantage. M. Jobert est-il donc si indifférent au triomphe de la vérité, et ne sent-il aucun plaisir à confondre ses adversaires. Nous sommes d'un caractère fort différent.

M. Lisfranc : Vous venez d'entendre M. Gerdy vous déclarer que par cela seul qu'on avait éprouvé quelque difficulté à faire pénétrer la sonde dans la vessie, il y avait fistule urétrale, et non fistule vésicale. Belle conclusion, ma foi, comme si vingt obstacles ne pouvaient pas produire le même effet, et pour ne parler que d'un seul, je citerai le trigone vésical. Cette objection est donc comme non avenue. On dit ensuite que le fait est fort extraordinaire. Et qui a dit le contraire? Est-ce que vos commissaires vous l'ont donné comme une chose commune, ordinaire? Nullement. Quant à ce qu'a dit M. Gerdy, qu'il ne croit que ce qu'il a vu, il faut convenir que c'est tout à la fois et une singulière prétention et une triste logique. Et où en serions-nous, où en serait la science si chacun de nous prenait son expérience pour la seule règle de ses croyances?

M. Emery : Que faire, en vérité, que répondre à M. Gerdy? Que dire, en effet, à un homme qui ne veut s'en rapporter qu'à lui seul? à un homme qui, pour avoir des renseignemens, s'adresse à des élèves qui ne peuvent lui en donner? Que ne s'est-il adressé à l'interne de M. Jobert ou au mien, que j'aperçois dans cette enceinte? Mais c'est un besoin pour lui d'être en opposition avec ses confrères. Que d'inconvenances ne lui sont pas échappées dans la discussion sur l'entrée de l'air dans les veines! Il récuse le témoignage de MM. Lisfranc, Blandin, P. Dubois, etc., comme si ces messieurs avaient ou moins de lumières ou moins de bonne foi. Je m'arrête.

M. Blandin : M. Gerdy m'a fait dire ce que je n'ai pas dit et ce que je n'ai pas voulu dire. Et qui ne sait que les fistules qui succèdent à des accouchemens laborieux ne se font pas au bas-fond de la vessie? Cela seul aurait dû nous épargner l'objection qu'on nous adresse. M. Gerdy dit qu'il ne comprend pas que l'urine qui frappe de gangrène tout ce qu'elle touche ne mortifie pas la peau : c'est qu'apparemment il y a quelques exceptions à cette règle; le fait de M. Jobert en est une; car je préviens M. Gerdy qu'il ne lui servira de rien de répéter sans cesse : « Je ne puis pas croire; je ne comprends pas... » Ce qu'il ne comprend pas et ce qu'il ne peut pas croire existe : je l'ai vu, j'ai touché de mes doigts le bouchon qui ferme l'ouverture fistuleuse; ce bouchon est plein de vie; il porte encore des poils, qui témoignent de son origine étrangère. Au reste, je soupçonne, moi, que M. Gerdy n'a tant de peine à se rendre à l'évidence que parce qu'il est, en général, très peu favorable à l'autoplastie.

M. P. Dubois : On a invoqué mon témoignage; mais, en effet, il est sans valeur dans l'espèce, car l'opérée était encore en traitement quand je l'ai vue.

M. Velpeau : C'est moi qui avais estimé à dix-sept ou dix-huit les opérées de M. Jobert; j'avais fait, à ce qu'il paraît, cette estimation sur des renseignemens inexacts. Je passe à un autre point; ce qui surtout effarouche M. Gerdy, c'est la difficulté de comprendre que des surfaces aussi différentes que la peau et les membranes muqueuses puissent se réunir et se coller ensemble; mais qu'on y réfléchisse, et l'on verra que ce n'est pas précisément la peau qui adhère à la muqueuse vaginale, mais bien une surface celluleuse. J'ajoute que toutes les surfaces qui doivent être mises en contact sont préalablement avivées. Pour moi, j'accepte sur la foi de nos commissaires le succès de l'opération pratiquée par M. Jobert.

M. Breschet voudrait que M. Gerdy fût appelé à constater ce fait, bien convaincu qu'il est assez loyal pour déclarer la vérité devant l'Académie.

La discussion s'arrête.

M. Dubois-d'Amiens lit *quelques recherches microscopiques sur la constitution du fluide vaccin.*

Les principales conclusions sont que :

1. Le fluide vaccin n'offre aucune trace de globules;
2. Aucune trace d'animalcules;
3. Récent, il est parfaitement limpide; après quoi il se cristallise;
4. Desséché, il offre deux ordres de dispositions : des traînées opaques et des lacis d'une grande ténuité;
5. Ces dispositions caractérisent le bon vaccin;
6. Il les perd quand il s'altère;
7. Les extrêmes de la température, c'est-à-dire l'ébullition et la congélation le dénaturent et le frappent d'impuissance;
8. Il est fort analogue par sa constitution au venin de la vipère.

M. Double demande si, pour faire ses expériences, M. Dubois s'est servi de la lumière du jour ou de la lampe d'Argant. La chose, dit-il, était bonne à dire; car les résultats que donne le microscope sont très différens, suivant qu'on se sert de l'une ou de l'autre de ces lumières.

M. Dubois répond qu'il a fait la plupart de ses expériences à la lumière artificielle.

— A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de la section de médecine opératoire sur les candidats à la place vacante dans son sein. Ce sont : MM. Berard et Jobert, Malgaigne, Sédillot, Laugier et Robert.

BIBLIOGRAPHIE.

Recherches sur l'encéphale, sa structure, ses fonctions et ses maladies (des altérations de l'encéphale dans l'aliénation mentale). Deuxième mémoire. Par M. Parchappe, médecin en chef de l'asile des aliénés de la Seine-Inférieure.

M. Parchappe vient de publier un second mémoire sur l'encéphale, sa structure, ses fonctions et ses maladies. Dans un premier travail, il avait traité la question du volume de la tête et de l'encéphale chez l'homme. Dans celui que nous allons analyser, il s'est livré à l'examen des altérations de l'encéphale dans l'aliénation mentale, et a compris dans cette étude la solution de plusieurs questions qui s'y rattachent d'une manière plus ou moins directe. C'est à Saint-Yon, asile des aliénés de la Seine-Inférieure, un des établissemens de ce genre les plus étendus et les mieux organisés, que M. Parchappe a puisé les faits qui constituent la base de son travail; en sa qualité de médecin en chef il a mis laborieusement à contribution les ressources que lui offrait son vaste service, et partout dans cette œuvre l'observation du fait précède son interprétation, et la conclusion ressort sans le secours d'aucune hypothèse.

Dans une courte introduction, l'auteur commence par signaler la divergence des opinions sur la valeur des altérations encéphaliques dans l'aliénation mentale; ces opinions peuvent être ramenées aux trois suivantes :

1° Le rôle des altérations encéphaliques est nul, soit qu'on n'observe rien de morbide ou d'anormal après la mort, soit que les altérations existantes ressemblent exactement à celles qu'on remarque chez les individus qui ont succombé avec toute l'intégrité de leurs facultés intellectuelles;

2° Ce rôle est secondaire, et c'est le trouble de la pensée qui a entraîné consécutivement l'altération de l'organe;

3° Il est principal ou antérieur au trouble fonctionnel; en un mot à l'aliénation mentale.

En dehors de ces trois opinions, il s'en trouve encore beaucoup d'auteurs qui hésitent à se prononcer et flottent dans un doute continuel. A quoi peuvent tenir cette indécision et cette divergence? M. Parchappe en trouve la cause dans l'obscurité qui régnait sur les altérations du cerveau, surtout avant les travaux de MM. Rostan et Lallemand, et dans la défectuosité des méthodes d'observation suivies jusqu'à ce jour, méthodes qui ne préludaient pas à la généralisation des phénomènes par l'observation sévère et minutieuse d'un grand nombre de faits particuliers; c'est en remplissant ces dernières conditions, dans 131 cas de mort arrivés en trois années sur une population de 450 aliénés des deux sexes, qu'il pense être arrivé à des inductions auxquelles on peut attacher une valeur réellement scientifique.

M. Parchappe entre ensuite en matière; le premier des quatre livres qui constituent son mémoire est consacré à une analyse raisonnée des recherches d'anatomie pathologique depuis Morgagni jusqu'à nos jours; ce résumé historique, qui comprend les travaux de près de quarante auteurs sur les altérations de l'encéphale dans la folie, est disposé par ordre chronologique et présenté avec beaucoup de clarté et de précision; il sera consulté avec fruit par tous les médecins, et surtout par ceux qui ne se consacrant pas d'une manière spéciale à l'étude des maladies mentales, désirent néanmoins posséder des notions étendues sur des travaux qui ne leur sont pas familiers.

Dans cette exposition des travaux ou des doctrines de Morgagni, Haller, Greding, Pinel, Gall, Esquirol, Georget, Ferrus, Falret, Lelut, Leuret, etc., etc., on remarque qu'il attribue une grande valeur aux recherches de Greding, et à l'influence qu'ont eue les travaux de M. Lallemand sur ceux des auteurs qui l'ont suivi. Les inductions que M. Foville a cru pouvoir tirer des altérations constatées dans l'encéphale des aliénés lui semblent avoir un caractère absolu de généralité qui devrait lui être étranger; en revanche, il attribue une grande exactitude aux observations d'anatomie pathologique du même auteur, et annonce être arrivé à un résultat d'ensemble parfaitement analogue. M. Lelut est parmi

ces auteurs, celui qui a le plus éveillé la verve critique de M. Parchappe, et quoique le mémoire intitulé : *Inductions sur la valeur des altérations de l'encéphale dans le délire aigu et dans la folie* soit le motif apparent de ses attaques, il est facile de reconnaître à son langage trop amer qu'il fait principalement allusion à l'auteur du *Démon de Socrate*.

Dans le deuxième livre qui traite des altérations encéphaliques considérées dans l'aliénation mentale en général, M. Parchappe, qui s'annonce comme partisan de la statistique, expose, d'après cette méthode, les résultats variés qu'il a obtenus de ces observations; celles-ci sont au nombre de 131 dont 73 concernent des hommes et 58 des femmes. Les altérations qui apparaissent les plus nombreuses sont : l'épaississement et l'opacité de l'arachnoïde cérébrale, 79 fois; le ramollissement de la partie moyenne de la couche corticale, 56 fois; l'hypérémie du cerveau, 52 fois; l'infiltration séreuse de la pie-mère, 47 fois; les adhérences de la pie-mère à la surface cérébrale, 46 fois, etc. Trois fois les centres nerveux n'ont rien présenté d'anormal. On s'étonne de ne point rencontrer dans ce tableau d'autres altération; qu'on observe quelquefois chez les aliénés, telles que la sécheresse, et état poisseux de la cavité arachnoïdienne, la coloration éclatante et l'élasticité de la substance blanche du cerveau, les indurations partielles de nature squirrheuse du même organe. L'auteur pense que, parmi les altérations qu'il signale, il n'y en a pas une qu'on puisse envisager comme la condition essentielle de la folie, puis qu'aucune d'elles ne s'est rencontrée dans l'universalité des cas; cependant, il espère qu'on parviendra à isoler l'une de l'autre, dans l'aliénation, des variétés distinctes par la constance des symptômes et des altérations.

Il attaque ensuite les auteurs qui, s'appuyant sur la prétendue ressemblance ou identité des altérations encéphaliques chez les aliénés et les autres malades, considèrent les lésions matérielles de l'encéphale comme une conséquence ou une complication. Dans cette réfutation, on ne le voit point tourner les objections de ses adversaires; mais abordant avec franchise les faits qui lui sont opposés, il démontre que les altérations encéphaliques constatées par MM. Andral, Chomel, Louis, dans diverses maladies, dont le siége était rapporté à d'autres organes que l'encéphale, diffèrent essentiellement de celles que renferme sa table statistique, et que même dans les maladies encéphaliques, décrites par MM. Bouillaud, Parent-Duchâtelet et Martinet, il y a différence de fréquence pour les altérations communes, et différence de nature pour les altérations spéciales. Dans cette opposition des anomalies morbides qu'il a rencontrées et de celles qu'il commente dans les auteurs, on ne peut s'empêcher de convenir, et l'auteur l'avoue lui même, qu'il en est de communes à l'aliénation et aux autres maladies cérébrales; mais il se hâte d'ajouter qu'il est une classe d'altérations vraiment essentielles, puisqu'on ne les rencontre avec les mêmes caractères que dans l'aliénation mentale; ce sont :

Les ecchymoses sous-arachnoïdiennes et l'injection partielle de la surface corticale, avec ou sans ramollissement;

Le ramollissement étendu de la partie moyenne de la couche corticale;

Les adhérences de la pie-mère à la surface cérébrale;

La coloration rose, lilas, violette de la couche corticale;

La décoloration de la couche corticale;

L'atrophie des circonvolutions;

La dureté du cerveau;

Altérations parmi lesquelles domine le ramollissement étendu de la couche corticale, qui est constamment mortel. Ces altérations ont été l'objet d'une prédilection spéciale de la part de M. Parchappe, dans le chapitre qui est consacré à l'examen des caractères anatomiques des altérations encéphaliques dans la folie; aussi a-t-il émis sur quelques-unes d'entr'elles des vues qui nous ont paru ingénieuses et nouvelles. Après avoir envisagé d'une manière générale les altérations encéphaliques chez les aliénés, M. Parchappe pénètre dans celles qui se rapportent aux diverses espèces de l'aliénation mentale, dont il adopte la classification actuelle, quelque imparfaite qu'elle lui paraisse. En examinant, soit d'une manière isolée, soit d'une manière comparative, les altérations aiguës et celles qui sont chroniques, il est arrivé à conclure que dans les espèces aiguës il y a une très grande analogie dans le nombre et la nature des altérations, tandis que le contraire a lieu pour les espèces chroniques, et que les altérations de la folie aiguë diffèrent considérablement de celles qu'on rencontre dans la folie ancienne. L'auteur considère la monomanie aiguë comme une forme très rare de l'aliénation mentale. Sur 131 observations, il n'a rencontré qu'un seul cas de monomanie légitime. Cette dernière, qui offrait la variété érotique, fut observée chez une femme qui se pendit. A l'autopsie, l'appareil utérin était à l'état normal, tandis que le cervelet présenta un développement considérable. Ce fait unique a fourni à M. Parchappe l'occasion de faire sa profession de foi en faveur du système de Gall, et l'a conduit à admettre que, dans le cas de monomanie sans lésion organique, le trouble intellectuel, n'est qu'une exagération de la fonction coïncidant avec une prédominance de l'organe.

Un des chapitres les plus importants est celui consacré à l'examen des altérations encéphaliques, dans la folie paralytique. Des 44 observations sur lesquelles portent les conclusions de l'auteur, 37 appartiennent au sexe masculin et 7 au féminin, différence numérique qui est parfaitement conforme aux observations faites antérieurement sur la rareté de la paralysie générale chez les femmes. Ce faisceau d'observations caractérisées par ce mode particulier de lésion motile est le seul pour lequel les altérations organiques de l'encéphale aient quelque chose de commun et de constant, savoir, le ramollissement de la partie moyenne de la couche corticale, constaté dans la totalité des observations. A l'occasion de la folie paralytique, M. Parchappe rend pleinement justice aux travaux de M. Calmeil sur la paralysie générale des aliénés, et reconnaît que les recherches de cet auteur ont été le point de départ des siennes, et lui ont tracé la voie qu'il devait parcourir. Une question des plus intéressantes est celle de constater s'il n'y a pas, dans divers points de l'encéphale, de lésions toujours constantes par leur siége et se rapportant aux élémens variés du délire. M. Parchappe n'a point été conduit à une solution affirmative, et le seul fait remarquable qu'il note sur ce point de vue, c'est que l'embarras le plus grand de la parole a paru généralement coïncider avec les lésions les plus étendues et les plus profondes des lobes antérieurs.

Le quatrième et dernier livre a pour titre : *Des rapports de coïncidence, de succession et de causalité entre les altérations encéphaliques et les lésions fonctionnelles dans la folie en général.*

Parmi les propositions les plus saillantes, mais peut-être les plus hasardées de ce chapitre, on remarque les suivantes :

Les différentes espèces de folie ne sont que des formes diverses d'une même époque de la maladie, ou des époques différentes d'une maladie entièrement identique.

Les altérations se succèdent et se transforment avec les symptômes, suivant les époques de la maladie.

S'il est vrai que les altérations de l'encéphale aient, pour les diverses espèces, la valeur de conditions organiques des lésions fonctionnelles, on doit retrouver dans ces altérations des caractères analogues à ceux qu'on signale dans les symptômes, et c'est ce qui a lieu.

Avant de terminer ce livre, M. Parchappe reproduit l'explication physiologique qu'il a déjà émise sur la cause probable de la monomanie et entame un assez long plaidoyer en faveur du système de Gall; d'ailleurs, il ne se bornera point à des idées spéculatives, et c'est aux faits qu'il aura recours pour donner à son opinion une valeur incontestable et établir sur des bases solides les rapports qu'il a cru déjà entrevoir entre le siége des altérations et celui des facultés intellectuelles les plus lésées. Si nous saisissons bien la pensée de l'auteur, cette portion du domaine physiologique du système nerveux est destinée à être l'objet de ses prochaines explorations scientifiques.

Nous sommes loin de partager l'opinion de l'auteur sur l'importance qu'on doit accorder aux ecchymoses sous-arachnoïdiennes et au ramollissement de la partie moyenne de la couche corticale; nous ne croyons pas davantage à la coïncidence presque constante de la paralysie générale avec une des formes aiguës de la folie. A M. Parchappe, qui nie que le délire ambitieux s'accompagne fréquemment de la paralysie générale, j'opposerai l'opinion contraire, si fréquemment exprimée par M. Ferrus dans ses leçons cliniques, et mes observations personnelles durant mon internat à Bicêtre, en voyant tant de fous superbes et à musculature énergique, brisés par la paralysie générale.

Ces objections peu nombreuses n'ôtent rien au mérite réel de la nouvelle production de M. Parchappe. Les hommes qui aiment les travaux conçus et exécutés au point de vue de l'observation prédiront, comme nous, à ce nouveau mémoire, un succès complet et légitime.

H. D.

— Nous avons reçu de M. Chervin une lettre très étendue en réponse à celle de M. Bulard; nous la publierons dans le prochain numéro.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

IMPRIMERIE DE FÉLIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

Gazette Médicale
DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunis) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Poissonnière*, n° 5, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

MÉDECINE GÉNÉRALE.

Instruction médicale pour la commission scientifique d'Afrique (lue à l'Académie des sciences dans sa séance du 26 mars 1838); par M. Serres.

La médecine a eu peu de part jusques à ce jour dans les instructions diverses données par l'Académie aux commissions scientifiques. On conçoit en effet le peu d'intérêt qu'offrent pour cette science les voyages de circumnavigation, dans lesquels on n'a ni le temps, ni les moyens de se livrer aux recherches délicates qu'exigent les observations médicales; puisque ce n'est, pour ainsi dire, qu'en passant que les commissions se mettent en rapport avec les peuples qu'elles visitent.

Mais il n'en est pas ainsi pour la commission scientifique de l'Algérie; si, comme tout porte à le croire, la France conserve l'Algérie en totalité ou en partie, le temps et les moyens ne lui manqueront pas pour se livrer à ses recherches. On conçoit d'ailleurs que l'un des intérêts les plus pressans de la colonie est la connaissance des conditions climatériques et hygiéniques qui peuvent être nuisibles ou favorables à la santé des habitans ou des colons. On conçoit surtout que les conseils à donner à ces derniers, de même que les mesures à prendre pour l'acclimatement des militaires, ne peuvent être que le résultat d'une étude approfondie des localités, ainsi que de la connaissance des maladies, soit endémiques, soit sporadiques qui peuvent régner dans ces contrées. Dans notre propre intérêt, comme dans celui des habitans, rien ne doit donc être négligé pour arriver le plus promptement possible à ce résultat, afin de rendre à l'Algérie la salubrité qu'elle avait du temps des Romains, salubrité que lui ont fait perdre les ravages de la barbarie.

Dans cette vue, les maladies endémiques sont le premier sujet sur lequel doit être portée l'attention de la commission. A toutes les périodes de la civilisation, les colonies n'ont englouti tant de milliers d'hommes que parce qu'on ne s'est pas occupé assez tôt d'éteindre ces foyers de destruction. Or la source de ces foyers se trouve constamment dans la topographie des localités où ils existent : en réunissant les notions qui seront fournies par les physiciens, les géologues et les autres membres de la commission, on peut donc espérer de posséder tous les renseignemens propres à éclairer la médecine sur ce sujet.

Après l'étude de la température et de ses variations, après celle de la direction habituelle des vents, celle de l'appréciation de la quantité de pluie qui tombe dans une année, la commission doit s'occuper spécialement de la direction et de l'écoulement des eaux. Si leur cours est continu,

Feuilleton.

État actuel de la médecine dans le Levant.

Par Henri Joseph de Turck, orientaliste.

(Suite.)

Les demandes de remèdes prolifiques, qui enrichissent des charlatans périodeutes, offrent une des importunités auxquelles tout médecin doit s'attendre en Orient de la part des femmes; il en est de même des confections (*madjoun*) ou électuaires aphrodisiaques, que les hommes sollicitent avant leur sixième lustre. — Sous ce rapport, la générosité des Orientaux n'a point de bornes : je vis à Siwâs, en Anatolie, un médecin napolitain, qui avait reçu la somme de 800 piastres d'un riche Turc pour un de ces électuaires, et celui-ci avait fourni six fois autant d'ambre gris qu'il en était entré dans la préparation. — Et comment l'impuissance ne serait-elle pas précoce sous un climat qui accélère le développement des facultés, et sous l'empire des coutumes qui en permettent l'exercice aussitôt qu'elles se manifestent? — La facilité, la satiété engendrent le dégoût et tous les raffinemens sont mis en usage; leur comble, c'est la sodomie, aussi générale chez les Turcs que chez les Arabes, les Persans ne cherchent pas même à la voiler. — C'est dans ces excès qu'il faut chercher la cause première des maladies les plus fréquentes, et selon la constitution et l'idiosyncrasie, leur influence débilitante attaque les organes gastriques, thoraciques ou le système nerveux; de-là ces anorexies ou inappétences dont se plaignent spécialement les Persans, ces phthisies, ces consomptions, que l'on ne doit pas toujours attribuer aux exhilarans opiacés (*mefarrahh*), dont l'usage devient moins fréquent partout ailleurs qu'en Perse; de-là cette prostration morale et ces névroses qu'ils qualifient d'atrabilaire (*saudawi*) et peut-être certaines névralgies assez communes, surtout la faciale ou tic douloureux. Les Orientaux ont assigné pour cause de cette affection, dont l'invasion est parfois subite et promptement douloureuse, un soufflet reçu dans les ténèbres et appliqué par un *afrit* ou génie malfaisant.

Lorsqu'aucune désorganisation n'est survenue, nous combattons ces diverses maladies avec des avantages infiniment plus marqués et plus rapides que chez nous, par l'éloignement des causes, les amers et l'exercice. Ce dernier moyen est d'autant plus puissant, qu'il est toujours négligé dans l'état de santé. — Le châh-zâdé ou prince d'Ouroudjerd, fils de Fatahh-Aly-Châh, était depuis plusieurs mois dans un état d'anorexie complète; la maigreur approchait du marasme, des déjections liquides alternaient avec la constipation; deux accès de fièvre hectique dans un nycthémère se manifestaient par l'accélération du pouls et une alternative de froid et de chaud. — Je l'éloignai de son harem, en lui conseillant l'habitation de son château de plaisance, situé dans un lieu élevé

leur effet est surtout utile dans les pays chauds. Mais s'il est arrêté, et si en s'accumulant les eaux forment des marais ou des marécages en s'infiltrant dans les terres, leur infiltration ou leur stagnation devient constamment la cause permanente des maladies endémiques dont la gravité est toujours et dans tous les lieux en raison directe de l'élévation de la température.

La nature des eaux marécageuses influe également d'une manière puissante sur leur danger; ainsi on a remarqué que les marais, recevant à certaines époques des eaux sulfureuses, deviennent peu de temps après plus meurtriers qu'ils ne le sont habituellement. On a remarqué que ceux qui, dans certains temps de l'année, communiquent avec la mer sont de tous les plus dangereux, par la raison que le mélange des eaux produit la mort des infusoires et des mollusques qui vivent dans leur sein.

A l'indication des marais qui peuvent exister dans l'Algérie, la commission est donc invitée à joindre leur topographie particulière, en indiquant le sol sur lequel ils reposent. les infusoires et les mollusques qui se trouvent dans leurs eaux, les plantes qui de préférence croissent aux alentours, les mammifères, les oiseaux et les reptiles qui vivent en plus ou moins grand nombre dans leur voisinage; circonstances qui toutes peuvent nous mettre à même de bien apprécier la nature des endémies marécageuses et par conséquent nous éclairer sur les moyens les plus efficaces à leur opposer.

Car les fièvres des marais sont ou des intermittentes simples, dont on se rend maître avec assez de facilité; ou des rémittentes continues, dont la gravité est si souvent rebelle à tous les moyens de l'art. Le tableau de ces fièvres serait donc incomplet sans les données qui précèdent et sans la détermination précise de l'époque où leurs effluves deviennent nuisibles et surtout du rapport qui peut exister entre cette époque et leur dessèchement ou leur communication avec la mer par l'effet des marées. Cette dernière circonstance est particulièrement utile à l'administration militaire pour le stationnement des troupes et leurs mutations qui en temps de paix doivent être basées sur le degré de salubrité des localités qu'elles doivent occuper. Quant à la topographie des villes, l'hygiène publique est trop avancée en ce qui les concerne pour qu'il soit nécessaire d'indiquer quelque chose de particulier aux recherches de la commission.

Après les endémies marécageuses, les épidémies sont le fléau le plus à redouter pour l'Algérie. Le *Moniteur algérien* de 1834 nous a fait connaître la peste qui a ravagé Alger en 1817 et 1818; et soit qu'elle ait été importée de l'Egypte ou de l'empire de Maroc, il paraît qu'elle s'est propagée vers le désert par voie de contagion. Ce fait mérite une vérification scrupuleuse de la part de la commission qui devra rechercher avec soin jusques à quelle distance elle s'étendit dans les terres et comment elle s'arrêta dans sa propagation. Elle examinera également si son invasion et sa terminaison ont eu lieu comme en Egypte à des époques déterminées. Enfin, elle complétera cette histoire, s'il lui est possible, par la recherche des épidémies qui ont pu se déclarer dans l'Algérie dans le cours du dix-huitième siècle.

Les symptômes de la peste ont un caractère frappant d'analogie quelle que soit la diversité des lieux et des climats où elle s'est manifestée. Mais ce qu'il y a de remarquable, et ce qui, avant M. le docteur Chervin, avait peu été remarqué, c'est l'analogie des phénomènes morbides qui l'ont précédée dans tous les temps et sous toutes les latitudes. Partout en effet où la peste s'est déclarée dans le seizième, le dix-septième et le dix-huitième siècle, elle a été précédée de fièvres graves, que les auteurs désignent sous le nom de fièvres malignes. M. Ségur Dupeyron a insisté d'une manière particulière sur ce prodrome des épidémies de l'Egypte dans le mémoire qu'il a communiqué il y a deux ans à l'Académie; on le trouve également indiqué dans la relation de la dernière peste d'Alger faite par M. le docteur Guyon.

Ces signes constans d'incubation de la peste si intéressans par eux-mêmes, le deviennent plus encore si on les rapproche des causes diverses auxquelles l'origine de la maladie a été attribuée. Mais ce que les anciens désignaient sous le nom de fièvres malignes est en général si vague qu'il devient nécessaire de recueillir toutes les notions que l'on pourrait se procurer sur le caractère et la nature des symptômes de cette incubation. En se livrant à ces recherches, la commission n'oubliera pas qu'en 1814 le typhus était caractérisé par la présence d'une éruption très prononcée sur les deux tiers inférieurs de l'intestin grêle; elle n'oubliera pas non plus que dans le choléra asiatique on a presque toujours rencontré des myriades de granulations dans toute l'étendue de la membrane muqueuse intestinale, et qu'enfin, en Europe, les fièvres graves sont accompagnées quatre-vingt-dix fois sur cent d'une éruption des plus intenses sur le canal intestinal.

Cette éruption existe-t-elle dans les fièvres graves d'Afrique? Sa marche est-elle conforme à celle qu'elle suit en Europe? Les ulcérations des plaques de Peyer sont-elles plus ou moins fréquentes? La chaleur du climat influe-t-elle sur ces éruptions, comme elle le fait sur celles qui siégent sur la peau? Ces notions sont d'autant plus utiles qu'elles seules peuvent servir de règle pour établir une méthode rationnelle de traitement en les rattachant aux symptômes généraux qui les accompagnent, et en les complétant, s'il est possible, par l'étude des altérations des fluides et par celle du sang plus particulièrement.

Si malheureusement une dyssenterie endémique ou épidémique se manifestait parmi les militaires en Afrique, il serait très-important de s'assurer si elle s'accompagnerait d'un développement insolite des follicules isolés de Brunner, ou agminés de Peyer, car la médecine doit marcher présentement vers la solution du problème qui suit:

« *Pourrait-on ramener toutes les épidémies aux affections éruptives, dont les unes auraient leur siège sur l'enveloppe externe du corps, et les autres sur son enveloppe interne?* »

En étudiant les signes précurseurs de la peste, la commission est invitée de vérifier, à Alger, si les personnes qui avaient été attaquées de la maladie dans les épidémies antérieures ont ressenti dans la dernière, et quelque temps avant, des douleurs plus ou moins aiguës dans les cicatrices de leurs bubons. Si ce phénomène était aussi exact et surtout aussi constant que l'ont supposé quelques auteurs, ne pourrait-on pas, par ce moyen, prévoir d'avance l'invasion de la maladie?

Enfin, nous ne saurions trop recommander à la sollicitude de la commission l'étude approfondie de tout ce qui pourra répandre quelque lumière sur l'origine et le caractère transmissible ou non transmissible de la peste. Dans un moment où l'Orient et l'Occident se rapprochent en quelque sorte par la navigation à la vapeur, il importe plus que jamais que l'on sache à quoi s'en tenir sur la contagion de la peste. Les faits semblent décider pour l'affirmative; mais ces faits sont-ils bien exacts? Sont-ils dégagés de toute préoccupation? Des faits semblables n'avaient-ils pas fait croire à la contagion de la fièvre jaune et du choléra asiatique? Or, d'a-

---

et sec; je lui prescrivis d'assister à cheval, deux fois par jour, à la chasse au faucon, qu'il aimait, mais qu'il négligeait; une diète, consistant en potages au bouillon de viande pris en petites quantités, et pour tout médicament, des pilules de quassia simarouba. Le troisième jour, l'appétit se prononça vivement: nourriture succulente, mais toujours mélangée du riz habituel. Le huitième jour, l'embonpoint commençait à paraître, et à la fin du second septenaire, l'état normal de toutes les fonctions m'annonça la fin de la convalescence.

Parmi les suites des excès que je viens de signaler, et dont les ravages sont généralement circonscrits dans l'enceinte des grandes villes, je ne noterai point la syphilis, d'ailleurs bien plus bénigne que chez nous, et qui ne propage visiblement ses poisons qu'à Constantinople, Smyrne et le Delta d'Egypte. Il est à remarquer que ces lieux sont aussi les seuls où la peste paraît être endémique.

Ce dernier fléau que j'ai pu observer à Acre, à Mardin et avec plus de loisir à Mousal (Ninive), me fournit peu d'observations, après la description vraie et savante de Desgenettes; j'indiquerai seulement que d'après l'opinion générale, la peste d'Alexandrie semble plus promptement meurtrière. — L'humidité du sol serait-elle favorable au développement du virus? — N'en serait-elle pas une des causes formatrices? — Un suintement abondant découle des murs des habitations d'Alexandrie, et de même que le typhus d'Amérique, la peste ne prend jamais naissance dans les lieux élevés et elle n'y étend qu'avec peine sa faux destructive. C'est dans ces affreuses épidémies que le fatalisme soumet ses sectateurs aux plus cruelles épreuves; ils voient les Occidentaux en sécurité dans l'isolement, au moment où leur opinion les conduit à la mort. Ces exemples évidens ont déjà porté les premiers coups et le fatalisme soumis à des interprétations perd son pouvoir absolu. *On peut, l'on doit même fuir les lieux infectés*, dit le musulman instruit, *mais lorsqu'on s'y trouve, il est défendu de fuir; tel est le sens ou l'esprit de la loi.*

Si la peste décime les habitans des contrées qu'elle ravage, les fièvres miasmatiques occasionées par les eaux stagnantes, en Chypre, à Alexandrette, à Tripoli et à Mascate, ne sont pas moins redoutables; souvent rebelles à la quinine, elles persistent jusqu'à huit mois après le changement de climat. Ici, pour être certain d'un succès au moins momentané, le fébrifuge doit être uni au narcotique par excellence. — Néanmoins, l'Européen, que des intérêts de fortune retiennent dans ces endroits dangereux, peut impunément les habiter, s'il se soumet avec persévérance aux préceptes d'une hygiène bien entendue; alors il parviendra, aussi bien que dans sa patrie, à l'âge avancé de M. Rey, le doyen des négocians français dans l'île de Chypre.

Du reste, sous toutes les latitudes dans le Levant, le climat est généralement sain; l'air des montagnes surtout favorise singulièrement l'assimilation; les eaux sont légères et exemptes des sels calcaires dont elles abondent chez nous. Dans les plaines même, où l'on trouve toutes les grandes villes bâties au bord d'une rivière, les fonctions persistent dans leur état normal, malgré l'excessive chaleur qui, unie à la sécheresse, accable moins que nos étés des pays humides. — La nourriture, principalement composée de riz, laitage, chair de mouton, volailles, herbages et fruits, contribue au maintien de la santé, et sauf les épidémies pestilentielles, le chiffre de la mortalité est probablement moins élevé que chez nous, surtout chez les habitans des campagnes et des villes peu populeuses. — Ceux-ci sont affligés de peu de maladies graves. La lèpre éléphantine, qui s'attache spécialement aux classes pauvres et aux laboureurs, offre moins de cas qu'on ne pense; la léontine est encore plus rare: pour son traite-

près les observations rigoureuses faites par un de nos compatriotes (le docteur Chervin), la plupart des médecins de l'Amérique sont revenus de cette opinion, en ce qui concerne la fièvre jaune, et depuis les travaux et les observations des médecins de Paris en 1832, personne ne croit plus, en France, à la contagion du choléra. Les faits qui ont fait décider la contagion de la peste doivent donc être soumis de nouveau au rigoureux examen de la médecine de nos jours.

Les maladies cutanées, devenant souvent épidémiques, méritent, d'après ce qui précède, l'attention particulière de la commission. On sait que les pays chauds sont éminemment favorables à leur développement. L'influence de la chaleur se fait-elle sentir sur la durée des maladies aiguës de la peau, telles que la rougeole, la scarlatine, la variole? Lorsque ces maladies existent épidémiquement, l'invasion de l'épidémie coïncide-t-elle ou non avec le plus haut degré de la température? La réponse à cette question, dont on pourra facilement se procurer les élémens dans l'Algérie, nous mettrait à même de juger l'opinino de sir Humprey Davy sur l'action désinfectante d'une forte chaleur, opinion que paraissent confirmer les expériences directes du docteur Henry. Peut-être aussi pourrait-elle éclairer l'idée si singulière de certains médecins arabes qui considéraient la variole comme nécessaire, comme indispensable même à l'évolution physique de l'homme.

L'intensité de la variole dans les pays chauds est un des faits les plus anciennement connus de son histoire. Avant la découverte de la vaccine, les tableaux statistiques sur cette maladie avaient appris qu'elle allait graduellement en s'affaiblissant à mesure qu'on s'avançait du midi vers le nord de l'Eurnpe. Selon quelques auteurs, les habitans de la Laponie en étaient exempts. Appliquée à la vaccine, cette connaissance pourrait avoir des résultats très importans.

Depuis quelques années, l'opinion que le vaccin s'affaiblit et préserve moins efficacement de la variole s'est répandue en Europe. Cette opinion est fondée sur la marche moins active des pustules vaccinales, et sur le nombre toujours croissant des varioloïdes qui attaquent les personnes vaccinées. Jusques en 1825 on observait rarement la varioloïde dans les hôpitaux de Paris; mais dans la violente épidémie de variole qui eut lieu cette année, sur 682 variolés qui furent reçus à l'hôpital de la Pitié, il y en eut 162 qui avaient été vaccinés, et 88 dont la vaccination était douteuse. On compta 19 vaccinés sur les 176 malades qui succombèrent. Depuis, la varioloïde a été plutôt en augmentant qu'en diminuant, à la gravité près. C'est d'après des faits de ce genre que la revaccination a été proposée; et c'est pour les prévenir que les médecins se sont mis à la recherche du *cowpox*, afin de rajeunir le virus vaccinal, et de lui rendre l'énergie qu'il avait peu de temps après la découverte de Jenner.

Or, quand on examine de près cette question, que la prudence des médecins ne leur a permis que d'effleurer jusques à ce jour, on trouve que tandis que dans le midi de l'Europe le virus vaccin conserve presque son activité première, cette activité va au contraire en s'affaiblissant à mesure que l'on avance vers le nord; c'est-à-dire, que l'affaiblissement de la vaccine semble répéter assez exactement l'affaiblissement que l'on avait constaté dans la variole, du midi au nord. Une expérience curieuse de M. le professeur Moyon, de Gênes, quoique faite dans un autre but, paraît justifier ce résultat. Ce médecin distingué ayant fait congeler du virus vaccin dans un tube, et l'ayant ensuite inoculé sur des enfans, reconnut que la congélation lui avait fait perdre sa propriété de transmission.

S'il est incontestable, d'après ces faits, que l'activité des maladies cutanées est excitée par l'influence de la chaleur, il est donc à présumer que la vaccine a dû conserver dans l'Algérie toute son énergie; et, si cela est, on conçoit que, en la transportant en France, nous pourrions rendre à notre virus-vaccin toute son énergie première. Pour donner aux expériences le degré de certitude qu'elles doivent avoir, il est nécessaire de suivre jour par jour le développement du virus-vaccin dans l'Algérie, et d'en comparer jour par jour les pustules à celles décrites par Jenner. Il est nécessaire également de constater si, comme en Europe, la varioloïde se développe chez les personnes vaccinées. Avec ces deux élémens, il sera facile de résoudre promptement la question.

L'inoculation de la variole est-elle encore en vigueur dans l'Algérie, et la pratique-t-on à la paume ou au dos de la main, comme du temps du docteur Shaw? Les Arabes font-ils encore avorter les pustules des paupières et des environs de l'œil, en les frictionnant avec une pommade grise? Si cette pratique est encore en usage, la commission devra rechercher la composition de cette pommade? Est-ce un carbure de fer, ou le mercure qui en fait la base? On reconnaît à ce procédé l'idée première de notre méthode ectrotique de la variole, et si le mercure entre dans la composition de la pommade des Arabes, nnus aurions été devancés dans les modifications que nous lui avons fait subir. Car, en 1835, 1836 et 1837, nous avons arrêté le développement des pustules varioliques sur 37 malades, en les recnuvrant avec l'emplâtre de Vigo, dans la composition duquel entre, comme on le sait, le mercure. Ce procédé, sur lequel deux thèses ont été soutenues à la Faculté de médecine, par MM. Gariel et Boussat, a été employé avec le même succès à l'hôpital Cochin par MM. Briquet et Nonat, médecins de cette maison.

Enfin, la commission devra particulièrement s'attacher à rechercher quelles sont les maladies cotanées qui règnent dans l'Algérie, et quelles sont les races qu'elles affectent plus spécialement. Les Arabes des diverses tribus que l'abbé Poiret visita en 1785, aux environs de la Calle, avaient tous la galle: en est-il de même aujourd'hui? Les tumeurs éléphantiasiques du scrotum, si fréquentes dans la Basse-Egypte s'observent-elles dans l'Algérie? Y rencontre-t-on l'éléphantiasis des extrémités et la lèpre? Ces maladies sont-elles différentes, ou ne sont-elles que des degrés d'une même maladie, comme le squirre et le cancer ulcéré? Le pian, si commun sur la côte occidentale de l'Afrique entre les deux tropiques, existe-t-il en Algérie? ou bien est-il remplacé par la pellagre que nous voyons presque s'éteindre dans certaines parties de l'Italie? Enfin, où en est la syphilis en Afrique, et par quelle méthode de traitement la combat-on?

On sait encore que la cécité est commune chez les Arabes: à quelle cause faut-il l'attribuer? Est-elle le résultat d'ophtalmies produites par l'intensité de la lumière ou par l'action irritante des sables du désert sur le globe de l'œil? L'ophtalmie est-elle quelquefois endémique ou épidémique comme en Egypte? Est-elle contagieuse? La cécité ne serait-elle pas produite par la paralysie de la rétine, trop excitée par l'intensité de la lnmière? La commission pourra facilement résoudre sur les lieux la plnpart de ces questions. Elle pourra s'informer encore si les Arabes sont aussi partisans de la saignée qu'ils l'étaient lorsqu'ils furent visités par l'abbé Poiret? S'ils font toujours un grand usage du cautère actuel

---

ment, ainsi que pour toutes les maladies cutanées, les médecins arabes recommandent les bains d'eaux thermales sulfureuses de Tibériade, qui semblent offrir aussi de grands avantages pour combattre les affections scrofuleuses et les tumeurs blanches des articulations.

Je n'ai rencontré qu'un seul cas de tétanos spontané; il a cédé graduellement pendant trois fois vingt-quatre heures à l'emploi de la morphine à hautes doses, combiné avec les lavemens antispasmodiques et les frictions de laudanum; mais le quatrième jour, il revint avec violence, et je perdis à Jafa, mon malade, jeune homme robuste de 16 à 17 ans.

Les apoplexies sont rares chez les Musulmans, ce que l'on peut attribuer en partie à l'abstinence des boissons spiritueuses. Cette même abstinence et surtout l'absence des passions amoureuses, dont les lois du prophète ont si bien su affranchir ses disciples, une vie uniforme, des réunions paisibles, où jamais le jeu, la danse et les émotions de la scène ne viennent troubler la tranquillité mentale, enfin la privation ordinaire de tout excitant moral, nous donnent de suffisantes raisons de la rareté des cas de phrénopathie qui se rencontrent en Orient.

Presque toutes les altérations de la santé des gens de la campagne et des petites villes reconnaissent pour cause l'abus des fruits verts ou non parvenus à leur maturité; de là de fréquentes irritations gastro-intestinales; diarrhées, fièvres, dysenteries, et ces enfans à ventres proéminens, à figures pâles et amaigries, qui périssent avant leur sixième année. — Des dérangemens analogues sont encore produits chez les Musulmans par leurs jeûnes rigoureux du mois de ramadhân durant lequel, après une abstinence absolue de toute une journée, ils se livrent à des excès de table qu'entraîne un appétit surexcité. Ces

mêmes causes favorisent certaines ophthalmies ou du moins s'opposent probablement à leur guérison. — On sait que l'Egypte est la patrie des aveugles: la cécité, qui frappe peut-être un dixième de ses habitans, semble y perpétuer la plaie des ténèbres. On assigne comme cause de ces maux une poussière déliée ou plutôt des atomes qu'un vent léger amène du désert; également répandus dans l'atmosphère, ils lui communiquent une teinte roussâtre qui en trouble la transparence. — Sans doute ces atomes, long-temps en contact avec l'organe délicat de la vue, doivent y porter une irritation qui peut dégénérer en un état morbide; mais il est probable que l'abaissement subit de la température, qui se manifeste au coucher du soleil, est, dans bien des cas, la cause déterminante et prochaine, si elle n'est pas la seule. Alors l'Egyptien, accablé de la chaleur de la journée, ôte presque toujours imprudemment son turban encore imprégné de sueur; il se couche même, exposé à une fraîcheur humide qui supprime subitement la transpiration cutanée. — La même cause produit les mêmes effets en Asie, à cela près, que le changement de température étant moins subit et surtout exempt d'humidité, les cas sont beaucoup plus rares. Toutes les villes qui avoisinent le grand désert d'Arabie, du côté de l'Orient, sont souvent témoins de ces obscurcissemens de l'atmosphère, produits par des atomes imperceptibles qui ne semblent cependant pas y produire les terribles ophthalmies qu'on leur attribue en Egypte.

Il est à remarquer qu'en Asie le même vent, producteur de ce phénomène, qui alarme l'esprit et semble être le précurseur d'un bouleversement de la nature, est le vent empoisonné du désert, le redoutable Semoun. — Un mystère encore impénétrable enveloppe les causes et l'action de ce vent destructeur; il est positif que, semblable à un immense [illegible]

dans le traitement des maladies internes, telles que la pleurésie, la pneumonie, l'entérite, les rhumatismes, etc., etc.

La phthisie pulmonaire mérite d'une manière spéciale l'attention de la commission. Les auteurs qui ont écrit sur les maladies des pays chauds en ont peu fait mention dans leurs ouvrages. De là peut-être l'opinion qui s'est accréditée parmi les médecins, que l'habitation de ces pays est éminemment favorable à ceux qui en sont atteints ou menacés; de là même, la demande faite dernièrement à M. le ministre du commerce de fonder dans l'Algérie un établissement pour traiter les phthisiques.

Mais, dans l'état présent de la science, nous manquons des élémens nécessaires pour déterminer l'influence que les climats exercent sur le développement de la phthisie pulmonaire. Car, d'une part, bien que les médecins qui ont pratiqué dans les pays chauds ne la mentionnent pas parmi les maladies que l'élévation habituelle de la température peut produire, néanmoins, on la trouve décrite dans les observations particulières qu'ils rapportent, et malheureusement on y voit que sa terminaison est peu différente de celle qu'elle a en Europe. Et, d'une autre part, quand on consulte les tables de mortalité dressées dans les diverses capitales de l'Europe, on reconnaît que le nombre des décès causés par la phthisie est loin d'être entièrement à l'avantage des pays chauds.

Ainsi, à Marseille, il y a 1 décès produit par la phthisie pulmonaire sur 4 décès; à Paris et à Londres, 1 sur 4 1|3; à Gênes, 1 sur 6; à Gibraltar, 1 sur 7; à Naples, 1 sur 8.

Tandis qu'à Vienne, il y a un décès produit par la phthisie sur 8 1|2; à Berlin, 1 sur 14; à Stockholm, 1 sur 15 3|4.

A Rome et à Milan, il n'y a, au contraire, qu'un phthisique sur 20 décès. (M. Andral, *Leçons sur la phthisie pulmonaire.*)

C'est-à-dire que Marseille, Paris et Londres occupent le haut de l'échelle de mortalité par la phthisie pulmonaire; Rome, Milan, Stockholm en occupent le bas; et Gênes, Gibraltar, Vienne, Naples et Berlin, les degrés intermédiaires.

Ce serait donc un service rendu à l'humanité, si l'on pouvait déterminer d'après les faits, l'influence que le climat de l'Algérie exerce sur cette terrible maladie. Indépendamment des notions que pourront fournir à ce sujet les malades indigènes, celles que l'on pourra recueillir sur les militaires envoyés en Afrique seront surtout propres à éclairer cette question. On sait, en effet, que d'après les mesures prises par les conseils de révision, on exempte du service militaire toute poitrine mal conformée, tout individu dont la constitution se rapproche des conditions physiques qui prédisposent aux scrofules, c'est-à-dire que l'on écarte tous les élémens compliqués du problème, de sorte que les militaires chez lesquels la phthisie pulmonaire vient à se développer sont précisément dans les conditions requises pour bien apprécier l'influence du climat sur cette maladie.

Le rapport de géologie nous a fait savoir qu'il existe dans l'Algérie plusieurs sources d'eau thermale; d'un autre côté, les relations des voyageurs nous ont appris que, comme dans les pays chauds, les maladies chroniques de la peau y sont très fréquentes. Si parmi ces eaux il y en avait de sulfureuses, le remède se trouverait, pour ainsi dire, à côté du mal. Il serait donc à désirer qu'aux notions demandées par la géologie on ajoutât leur analyse chimique, en les comparant aux analyses déjà connues de nos eaux thermales. La composition des eaux connue, la médecine pourra déterminer, à son tour, leur action sur les organismes de l'homme et indiquer, *à priori*, par cette action, le genre de maladie auquel leur usage pourra être approprié. Indépendamment des avantages que ces eaux offriraient, par la suite, aux indigènes, aux colons et aux militaires, il y aura peut-être des sources dont l'exploitation pourrait peut-être devenir très-utile pour la France.

Est-il vrai que la rage chez les chiens soit très rare dans les pays chauds, particulièrement chez les Musulmans? En vérifiant le fait, la commission doit être invitée à en rechercher la cause, puisque en France c'est presque toujours dans les temps chauds, ou après les longues sécheresses, que l'hydrophobie se développe chez ces animaux. Sans rien préjuger sur l'explication qui pourrait en être donnée, nous croyons devoir rapporter un fait qui déjà serait propre à mettre sur la voie. On a remarqué à Paris que, depuis l'établissement des bornes-fontaines, l'hydrophobie est devenue moins fréquente. On attribue ce résultat à l'eau limpide qui coule dans les rues et à la facilité qu'elle offre aux chiens errans pour se désaltérer : car on sait que les chiens boivent fréquemment et se désaltèrent rarement dans l'eau trouble ou malpropre. On a remarqué de plus que les cas d'hydrophobie observés dans ces dernières années provenaient des chiens de la banlieue, dont les mares, entretenues par les eaux pluviales, se dessèchent presque toutes en été. On a observé enfin que l'époque du rut prédispose beaucoup les chiens au développement de l'hydrophobie.

Si le fait de la rareté de la rage chez les Musulmans est bien exact, ne pourrait-on pas en entrevoir la cause d'une part dans les soins qu'ils prennent de ces animaux, et, d'autre part, dans l'abondance des eaux qu'exigent les ablutions journalières prescrites par le Coran? Ces circonstances rapprochées de l'observation faite à Paris, rapprochées de cet autre fait non moins significatif, que presque jamais la rage ne se déclare chez les grandes mentes, ne pourraient-elles pas nous conduire à prévenir la rage chez les chiens et, par suite, chez l'homme? Car c'est à prévenir cette affreuse maladie que nous devons présentement nous appliquer, aujourd'hui que l'insuccès des expériences tentées à l'Hôtel-Dieu, depuis 25 ans, avec un soin et une hardiesse peu communes, nous font presque désespérer de découvrir un moyen qui en arrête la déplorable issue.

Enfin, nous terminerons ce rapport en portant l'attention de la commission sur quelques vues de médecine générale, dont elle remplira, s'il lui est possible, les indications.

La première sera relative à la statistique médicale. Si l'on pouvait se procurer dans l'Algérie des tableaux sur le nombre des mariages et des naissances, la comparaison des résultats rapprochés de ceux obtenus en France fournirait des élémens précis pour juger l'influence que la polygamie exerce sur la population. Des tableaux sur la mortalité, sur la durée moyenne de la vie, sur les établissemens de bienfaisance, sur la nature des malades et des maladies qui y sont reçus, nous fourniraient également des matériaux précieux pour juger, comparativement à la France, le degré de salubrité de l'Algérie et l'état comparatif de la pathologie; car on sait qu'il est des maladies telles que le rachitisme, l'aliénation mentale, les scrofules, etc., dont la fréquence est presque toujours en raison directe de la civilisation, par la raison que la civilisation conserve les enfans débiles et chétifs, que la barbarie laisse mourir peu de temps après la naissance. Les maladies des femmes musulmanes offriraient également un sujet tout nouveau d'études. Les maladies du système nerveux, celles de l'utérus et de ses dépendances, sont-elles aussi fréquentes

---

dulantes qu'il se promène à environ un pied au-dessus du sol du désert, dont il ne s'élève jamais à plus de vingt pieds de hauteur. Les murs des villes et villages qui bordent ses domaines suffisent pour en préserver les habitans, et les chameaux, qui prévoient et pronostiquent aux hommes son passage, s'en garantissent en abaissant leur tête au niveau de la terre. Alors les Nomades s'étendent sur le sable, ils y font une cavité pour y placer leur visage; et attendent ainsi, à plat ventre, que le souffle empoisonné soit passé. — Il me paraît évident que sa puissance délétère, agissant par les seuls organes de la respiration, entrave ou trouble chimiquement l'ématose. L'asphyxie est prompte, la mort instantanée; bientôt le cadavre est livide et la putréfaction fait des progrès surprenans.

Les habitans de la côte de Syrie, les montagnards de la longue chaîne du Liban, ne connaissent ce fléau que par ouï-dire; mais chez ces derniers, un phénomène de nos organes, peu connu des Nomades, afflige un grand nombre de familles : les calculs urinaires parviennent chez eux à une grosseur prodigieuse et causent des maux déchirans, dont ils doivent tous périr sans secours. — Ah! si un de nos opérateurs se présentait chez eux! s'il savait les comprendre! quel accueil flatteur ne recevrait-il pas, après avoir donné des preuves de ses talens! Ce peuple, si souvent trompé par des charlatans, se disputerait partout l'honneur de lui offrir une hospitalité reconnaissante; les femmes, les enfans, dans la simplicité de leurs mœurs, viendraient partout lui baiser les mains sur son passage. Mais aucun, je crois, ne s'est encore présenté dans des pays où le maniement des armes est général, les routes physiquement dangereuses, les révoltes et guerres partielles fréquentes, et tous les instrumens qui facilitent le travail de l'homme imparfaits, là, le besoin de la chirurgie se fait sentir à chaque pas. Eh bien! depuis les confins de l'Inde jusqu'à la Méditerranée, depuis la Servie jusqu'au fond du golfe Persique, je n'ai rencontré qu'un seul véritable médecin, attaché à la résidence anglaise de Bender-Bouchir. Moi, simple philologue, disciple imparfait d'Esculape, que de remercîmens, que d'honneurs ne m'ont pas valus les opérations les plus insignifiantes! — Opérateurs adroits et instruits, que j'ai de fois convoité vos talens! — C'est là que la fortune et la considération suivraient vos pas; mais votre caractère et vos mœurs devraient être dignes du titre honorifique que l'on vous accorderait.

Je l'ai dit, la première condition pour réussir c'est la connaissance de la langue du pays que l'on se propose de visiter; il faut y joindre un maintien grave et s'abstenir de gestes : le gesticulateur n'est jamais estimé en Orient; on attribue à son esprit la légèreté de ses actions. — En présence des médecins du pays, il faut avec fermeté les écraser de la supériorité de nos connaissances, sans jamais daigner entrer avec eux en consultation, malgré leurs paroles flatteuses et leur soumission affectée. — Voici un exemple qui éclaircira le précepte : Khosrouf-Khân, gouverneur d'Ispahan, eunuque athlétique et sanguin, dans un accès de colère, souleva deux de ses serviteurs par leur ceinture et les heurta l'un contre l'autre : dans cet acte de violence, une fausse position de la colonne vertébrale occasionna une distension forcée de ses parties fibreuses, et les signes de l'entorse se manifestèrent soudain. Deux heures après l'accident, tandis qu'il me faisait chercher partout, je le trouvai étendu sur un matelas; le moindre mouvement le livrait à des douleurs déchirantes, dont une application de quinze sangsues et des topiques émolliens, légèrement narcotiques, calmèrent la première violence. — Le lendemain, profitant de mes momens d'absence, le médecin de la cour vint alarmer l'esprit du khân. Je l'y trouvai à mon re-

dans l'Algérie qu'en Europe? Quelles sont les précautions hygiéniques et médicales que prennent les femmes musulmanes pendant la grossesse, après l'accouchement et pendant la lactation? Enfin quelle influence exercent sur leur organisation et sur leurs maladies les conditions physiques et morales auxquelles les assujétit la loi de Mahomet?

Telles sont les questions de médecine et d'hygiène publique sur lesquelles il nous paraît utile de porter l'attention de la commission. Ainsi que nous le disions au commencement de ce rapport, il faut pour les résoudre du temps, et des médecins pour en recueillir les élémens. Le temps ne manquera pas, si nous conserverons l'Algérie en totalité ou en partie; et quant aux médecins, indépendamment de ceux qui feront partie de la commission, M. le ministre de la guerre trouvera dans le personnel du service de santé de l'armée des hommes instruits, qui se dévoueront à ces recherches et qui les exécuteront avec la précision qu'exige l'état actuel de la médecine. Leurs résultats ne peuvent manquer d'exercer sur la salubrité de l'Algérie, sur la santé de ses habitans et sur celle de nos militaires l'influence la plus heureuse et la plus désirable dans l'état actuel des relations de l'Europe avec ces contrées.

En définitive, si la civilisation a fait sentir aux Arabes la force irrésistible de ses armes, si elle leur a montré la puissance de son industrie, en leur dévoilant l'une des sources actives de la richesse des nations, n'est-il pas nécessaire, n'est-il pas digne de la France de leur faire connaître par l'expérience le bien-être que les sciences et surtout la médecine assurent aux populations civilisées?

REVUE DES JOURNAUX DE MEDECINE.

JOURNAUX ITALIENS.

I. ANNALI UNIVERSALI DI MEDICINA.

Les cahiers des mois de janvier, février et mars contiennent les articles originaux suivans : 1° *Mémoire de philosophie médicale sur les causes de la lenteur des progrès de l'art*, par M. Buffa; 2° *Faits pratiques de chirurgie*, par M. Petrali; 3° *De la constitution médicale des années* 1835, 36 et 37, *et réflexions sur l'emploi des sels de quina*, par M. Quaglia; 4° *De la valeur des expériences faites chez les animaux avec le sang des cholériques*, par M. Semmola.

FAITS PRATIQUES DE CHIRURGIE; par M. PETRALI, de Mantoue.

Les faits contenus dans cet article sont au nombre de huit. Les trois premiers ont pour but de démontrer l'utilité de la réunion immédiate des plaies en général; les autres portent sur des lésions diverses. Nous en extrairons les deux suivans comme étant les plus intéressans.

BLESSURE A LA GORGE PAR UN COUP DE CORNE DE BOEUF, CIRCONSTANCES REMARQUABLES.

OBS. I.—François Caliaro, âgé de 3 ans, a été frappé à la région sus-hyoïdienne d'un coup de corne par un bœuf, le 4 juin 1836. Appelé à son secours, M. Petrali trouve 1° une plaie de la longueur de quatre travers de doigt, pénétrant dans la bouche par le plancher de cette cavité; 2° la langue divisée en deux parties dans le sens longitudinal; 3° le voile du palais déchiré aussi, quelques lignes au devant de la luette, jusqu'au milieu de la voûte palatine où les os sont dénudés. Il lave exactement la plaie avec de l'eau froide et la panse de la manière suivante :

Il applique d'abord, à l'aide du porte-aiguille de M. Roux, un point de suture simple au milieu de la plaie du plancher buccal : il implante ensuite, à l'aide du même instrument, mais avec beaucoup de difficulté, à cause de l'indocilité du petit malade, deux points séparés sur la déchirure de la langue, puis un autre point sur le milieu du voile du palais, enfin deux autres points à la face externe de la plaie sus-hyoïdienne. Les bords de toutes ces plaies, bien que contus, machés et inégaux, ont été affrontés assez exactement par ces sutures. Des bandelettes agglutinatives, de la charpie et une bande ont achevé le pansement. Le malade a été couché avec la tête penchée en avant et une sorte de cravate faite à l'aide d'une vessie remplie de morceaux de glace.

Peu d'heures après, fièvre intense avec coma. On applique quarante sangsues à la tête et sur les côtés du cou. Nuit passable.

Le 5 juin, la fièvre persiste; langue gonflée; coma. Autre application de quarante sangsues. Boisson d'eau légèrement nitrée; abstinence absolue; collier glacé.

Le 6, mieux; la fièvre et la somnolence ont diminué; langue gonflée; même prescription; quelques cuillerées de bouillon froid.

Le 7, amélioration sous tous les rapports; langue d'apparence presque naturelle, surtout à ses bords.

Les 8 et 9, le mieux continue.

Le 10, on ôte l'appareil; on retire le point de suture postérieure de la langue et celui du voile du palais; ces parties sont réunies.

Le 11, on ôte les autres points. Le plancher buccal est parfaitement réuni; la langue recollée jusqu'à sa pointe, moins une demi-ligne. La plaie du cou n'est pas réunie et laisse un cul de sac d'un demi-pouce environ. Les points non réunis immédiatement se sont cicatrisés par granulation dans l'espace d'un mois. La guérison a été parfaite, et aujourd'hui l'enfant jouit de toutes ses fonctions.

Les blessures pénétrantes du plancher de la cavité buccale ne s'observent ordinairement qu'à la suite de coups de feu. Il y a, comme on le conçoit, une grande différence entre une pareille blessure, produite par une balle, et celle qu'occasionne un corps coniforme, comme une corne de bœuf. La première est beaucoup plus grave, à cause de la mortification des tissus, sans compter, bien entendu, la commotion cérébrale, qui peut être commune à toutes les deux. La réunion immédiate pourtant doit être tentée dans l'un comme dans l'autre cas, bien qu'elle offre d'ailleurs des chances très différentes. Ce qui est surtout à craindre dans ces sortes de blessures, c'est la propagation aux menninges et à la gorge de la réaction phlogistique de la plaie. Chez le malade de M. Petrali, cette réaction a été heureusement combattue, et la conduite de ce praticien est digne d'imitation, tant pour le pansement primitif que pour le pansement consécutif.

GOITRE HYDATIQUE (HYDROCÈLE DU COU DE M. MAUNOIR); CAS COMPLIQUÉS; OPÉRATION DELICATA; GUÉRISON.

OBS. II. — Jean Perretti, percepteur dans la commune d'Arzignano, âgé de 50 ans, de constitution robuste, s'est aperçu, il y a quelques années, d'une petite tumeur à la partie latérale droite du larynx; elle fit des progrès et acquit à la longue un volume très considérable. La compression qu'elle vint à exercer sur la jugulaire profonde a occasionné une attaque d'apoplexie. La déglutition est difficile, et le timbre de la voix singulièrement altéré et désagréable. La maladie avait été d'abord caractérisée pour une thyrocèle, et attaquée

---

tour; une consultation me fut proposée; je la rejetai avec un sourire de dédain, et m'adressant au noble docteur, descendant de la famille du prophète, je lui dis : Votre médecine, arriérée de plusieurs siècles, d'ailleurs déviée du sens de ses auteurs, nous est connue; nous en avons, depuis longtemps, extrait le peu de bons principes qu'elle contenait. Depuis ces temps éloignés jusqu'à nos jours, dans un pays comme le nôtre, où les écoles sont nombreuses, les hôpitaux fréquentés, les observations multipliées et répandues par la presse, les progrès ont été si vastes que votre esprit ne peut les concevoir; tandis que durant le même espace, l'absence de tous ces moyens vous plongeait chaque jour dans de plus épaisses ténèbres. Toute consultation entre nous est impossible, mon langage vous serait inconnu. Maintenant je laisse à la sagesse du khân de choisir entre nous; je vous abandonne son traitement, s'il le veut, mais je n'abandonnerai jamais son amitié. — Le gouverneur n'hésita pas; il me pria de continuer des soins dont les résultats étaient déjà heureux. — La cure marchait selon mes désirs, mais un malheureux penchant vint entraver sa marche; le vin généreux que le khan buvait à mon insu, et des alimens intempestivement pris, furent probablement la source des symptômes de pléthore générale qui apparurent le cinquième jour, et me firent juger la phlébotomie nécessaire. Cette décision parvint, sans doute, à la connaissance du docteur indigène, qui accourut au moment même de l'opération, et deux onces avaient à peine jailli de la veine, qu'il s'écria que c'en était assez et que j'avais à répondre de la vie d'un des principaux seigneurs de la Perse. Les regards interrogatifs du khân étaient fixés sur moi et sa physionomie exprimait des craintes que sa bouche n'osait prononcer. Alors, pour toute réponse, simulant un sangfroid qui n'était pas dans mon cœur : n'écoutez pas, dis-je au khân, les discours d'un ignorant; fiez-vous à la parfaite conviction qui me fait agir; je réponds sur ma tête de votre santé. — Le liquide continua à s'élancer d'une large ouverture, plus longtemps peut-être que je ne me l'étais d'abord proposé, et l'insolent, plein de dépit, se retira sans plus oser parler.

Evitez la société des médecins indigènes; ils vous recherchent, mais c'est pour vous nuire. Dans la pratique, n'ayez de commun avec eux que les usages que le caractère du pays rend indispensables; ils sont peu nombreux, mais, sans inconvéniens, vous ne pouvez vous en abstenir. Ainsi, dans toute maladie de longue durée, vos émolumens ne s'acquittent point par visites; il se passe entre le malade ou ses parens et le médecin un contrat aléatoire, dans lequel celui-ci s'engage à employer toutes ses connaissances et ses moyens à la guérison désirée, que la volonté de Dieu seul peut opérer par ses mains. On y stipule qu'une moitié ou le tiers au moins de la somme sera perçue par anticipation pour frais de médicamens et le restant en cas de guérison.—Au moyen de ce contrat, qui se passe souvent devant le *Mehhkémé* ou tribunal du Câdi, la responsabilité du médecin est entièrement à couvert.—Cette précaution devient surtout nécessaire en cas d'opérations chirurgicales, qui pourraient entraîner la mort du patient et susciter de la part de la famille un procès en indemnité, ou *sur le prix du sang* (*khaq-eddem*), comme disent les Arabes. Ces contrats et leur exécution n'offrent aucun embarras; le peu de démarches qu'ils entraînent sont moins désagréables que la difficulté que l'on éprouve à faire observer un régime aux malades, lorsqu'on ne les a pas constamment sous les yeux. Cependant il m'a toujours paru que cette inobservation avait moins de suites fâcheuses que chez nous, surtout chez les montagnards, et que même il était imprudent de les soumettre à une diète absolue. De même, et je le dis avec

à l'aide de l'éponge brûlée, de l'iode et autres fondans ; mais inutilement. On avait enfin renoncé à toute espèce de traitement. L'accroissement continuel et rapide de la tumeur a plus tard occasionné la déchirure d'une veine sous-cutanée et déterminé une énorme ecchymose qui a beaucoup effrayé le malade; c'est ce qui l'a engagé à consulter M. Petrali.

Ce chirurgien trouve une tumeur à la partie latérale droite du cou, s'étendant du bord de la mâchoire à deux travers de doigt au-dessous de la clavicule. A sa face antérieure, elle présente deux lobes adossés réciproquement; leur point d'union a lieu un peu à gauche; elle s'étend d'un côté vers le bord de l'aisselle; de l'autre vers le sternum. A gauche, elle dépasse un peu le bord antérieur du muscle sterno-mastoïdien. Les tégumens ne sont pas altérés, si ce n'est à la partie inférieure droite de la tumeur où ils sont ecchymosés. On ne sent pas au toucher de fluctuation manifeste; la surface lisse et élastique de la tumeur fait croire cependant à une hydrocèle du cou. M. Petrali l'a opérée le 19 septembre 1836, en présence des docteurs Cherubini et Meneghini.

Opération. On fait un pli transversal à la peau; l'opérateur pratique une incision suivant l'axe vertical de la tumeur à droite; il divise le tissu cellulaire sous-cutané, quelques fibres du muscle premier et met le kyste à découvert. Ce kyste est d'un beau brillant tendineux; le chirurgien l'ouvre dans toute son étendue, et donne issue à un demi-bocal de liquide jaune, limpide et inodore. La partie inférieure du kyste présente un cul-de-sac qui se prolonge derrière la clavicule : une sorte de diaphragme transversal existe dans cette portion du kyste formé par un repli du même sac; ce repli est pulsatile, on croit un instant qu'il pourrait bien résulter de la présence de l'artère sous-clavière déplacée; on s'assure cependant que cela n'est pas; le chirurgien coupe ce bourrelet, et achève la division de la paroi antérieure du sac; du sang s'écoule en assez grande quantité, il provient d'un rameau de l'artère mammaire externe qui passait dans le bourrelet diaphragmatique. On panse en remplissant le sac de charpie molle, et en approchant un peu les bords de la plaie.

Jusqu'au quatrième jour, il n'y a eu rien de remarquable, pas même de fièvre.

Le 23 septembre, on ôte l'appareil, la suppuration est de bonne nature et abondante, la granulation commence sur les bords de la plaie; la paroi postérieure du sac conserve cependant sa couleur blanche et luisante; on la touche avec du nitrate d'argent, et l'on panse comme auparavant. On répète les mêmes pansemens. A mesure que cette cavité s'oblitère, on voit paraître petit à petit une autre tumeur à la partie antérieure et supérieure, provenant de derrière la portion mastoïdienne du muscle cleido-mastoïdien, et à la hauteur de l'os hyoïde, ou un peu plus haut; la paroi inférieure de cette seconde tumeur paraît répondre à la paroi supérieure de la précédente, un peu latéralement. Elle n'offre pas de fluctuation manifeste, mais elle est jugée de nature hydatique comme la précédente. En la touchant extérieurement, elle paraît pulsatile, mais les pulsations sont communiquées par la carotide voisine qui est déplacée au-dessous du muscle cleido-mastoïdien. La tumeur est tellement située que la division de ce muscle devient indispensable, si on veut la mettre à découvert. M. Petrali l'a attaquée de la manière suivante : il divise les tégumens et met cette plaie en continuation avec la précédente, divise le muscle cleido-mastoïdien dans son tiers postérieur; et découvre la tumeur; elle se prolonge en forme de coing entre l'artère carotide, le nerf pneumo-gastrique et la veine jugulaire interne; le nerf et l'artère sont poussés en avant, la veine l'est en arrière. Le chirurgien fait tirer en dehors l'artère et le nerf à l'aide d'une érigne mousse, et plonge le bistouri dans le kyste; il s'écoule un verre de liquide pareil au précédent; on dilate la piqûre dans l'étendue de six lignes; mais on ne peut faire passer le doigt dans la poche, attendu sa profondeur très considérable et la contraction des muscles. L'opérateur glisse dans cette ouverture une canule de trois quarts, qu'il dirige vers le fond, et sent le point d'union de ce kyste avec le kyste précédent; il pousse le poinçon à travers la canule, et fait une ouverture de communication; il s'écoule de nouveau du liquide, et le kyste supérieur se vide complètement : il retire ensuite le poinçon, et fait passer par la même canule un stylet-aiguille qui entraîne un petit séton. La suppuration est abondante, mais louable.

Quelques jours après, le chirurgien dilate l'ouverture du séton et remplace ce dernier par une grosse tente; les deux kystes alors n'en font qu'un. Pansemens méthodiques; bourgeonnement abondant; resserrement rapide de la plaie.

Il restait en attendant une grosseur bilobée à gauche et au-devant du cou. Cette grosseur résultait aussi de deux kystes; le chirurgien attaque d'abord le lobe antérieur, en pratiquant une incision depuis la région sous-hyoïdienne jusqu'au sternum; la tumeur était logée sous les muscles sterno-hyoïdiens; elle est ouverte comme les autres et donne issue à deux verres de liquide; les deux lobes s'affaissent et communiquent ensemble. Le doigt porté dans ce kyste fait sentir que les parties sous-jacentes sont saines, le corps thyroïdien ne paraît point malade, le larynx est un peu déplacé à gauche. Pansement ut suprà.

Le lendemain, le lobe supérieur de ce kyste a paru de nouveau rempli de liquide; on essaie de le vider à l'aide de la pression, mais sans succès. On le traverse à l'aide d'un séton. Le lendemain de cette dernière opération, le côté gauche du cou se gonfle. Saignée, cataplasme émollient : amendement.

Pansemens comme ci-dessus, continuation des deux sétons, emploi répété de la pierre infernale, granulations de bonne nature, oblitération et exfoliation des kystes ; guérison parfaite.

Depuis la publication du travail de M. Maunoir sur l'hydrocèle du cou, la plupart des chirurgiens ne conseillent que l'emploi du séton pour le traitement de cette tumeur. Ce moyen semble effectivement devoir être non seulement efficace, mais encore exempt de danger, surtout si on le compare à l'incision. Consultez cependant les détails de deux cas de cette nature opérés par M. Addisson à l'hôpital Guy (Gaz. méd., 1837, p. 25 et 26), et vous verrez que le séton et l'incision ne donnent pas toujours les résultats qu'on pourrait en attendre. Dans l'un en effet la tumeur a été traitée à l'aide du séton; la guérison a été très difficile; elle s'est fait longtemps attendre; le mal a récidivé plusieurs fois et le séton a occasioné des accidens très sérieux. Dans l'autre, au contraire, traité par incision, la guérison a été prompte et non accompagnée d'accidens sérieux. Il en est de même du cas de M. Petrali et d'un autre que nous avons vu traiter aussi au moyen de l'incision par Dupuytren. Contentons-nous de ces simples remarques, et convenons en attendant que les opérations connues de ce genre sont encore en trop petit nombre pour décider laquelle des deux méthodes mérite la préférence absolue.

De la tendance de la constitution médicale des années 1835, 1836 et 1837 a la périodicité des maladies, et réflexions sur les sels de quinine; par M. Quaglia, médecin à Alessandria.

Le but que l'auteur s'est proposé dans ce mémoire est de réhabiliter cette vérité, savoir : qu'il y a des constitutions médicales qui impriment un cachet particulier à toutes les maladies, et bien qu'il soit reconnu qu'il y a une constitution régnante pour chaque saison, néanmoins les constitutions peuvent s'intervertir et apparaître dans des saisons auxquelles on n'avait pas l'habitude de les observer. Ces variations, dit M. Quaglia, méritent la plus grande attention, et l'on doit en tenir compte dans la pratique pour peu qu'on voie quelques symptômes particuliers se présenter avec le même cachet dans des maladies diverses. Il prend pour exemple les années 1835, 1836 et 1837, et il prouve, à l'aide de onze faits qu'il choisit parmi un grand nombre d'autres de sa pratique, que pendant cette période il n'a régné à Alessandria où il exerce qu'une constitution médicale, imprimant le caractère intermittent ou périodique à toutes les maladies. Aussitôt que la maladie recevait cette modification, elle ne cédait qu'à l'administration des sels de quinine, quelle que fût d'ailleurs sa nature primitive. Le caractère de la périodicité ayant été combattu, ce qui

---

plus de certitude, l'usage des bouillons de poulet, que les médecins français permettent souvent au début ou dans les intervalles de rémission de certaines maladies, est toujours nuisible en Orient.

Enfin, je livre à la sagacité des praticiens une dernière remarque d'une importance plus majeure : la puissance des médicamens semble être moins active dans les climats dont je parle; les limites de nos doses devraient donc être enfreintes. Cette question délicate m'a été suggérée par l'observation des hautes doses que prescrivent les médecins indigènes, mais je ne la pose qu'avec toute la défiance et la timidité que les bornes de mes connaissances médicales m'imposent. Je n'ai déjà que trop présumé de mes forces en écrivant cet aperçu, mais il aura peut-être le mérite de faire naître des ouvrages sur la constitution médicale du Levant, sujet qui n'a été qu'effleuré par des voyageurs, la plupart étrangers à la science, et qui mérite notre attention à une époque où les communications vont devenir faciles, les relations fréquentes; à une époque où les combinaisons politiques et commerciales des peuples de l'Europe se dirigent de plus en plus vers l'Orient.

— M. le docteur Salmade, membre de l'Académie royale de médecine, chevalier de la Légion-d'honneur, membre de l'ancien comité de vaccine, et l'un des médecins de Louis XVIII et de Charles X, vient de mourir à l'âge de 72 ans. M. Salmade a publié plusieurs écrits estimés sur les maladies de l'enfance et sur le rachitisme. Comme praticien, ses excellentes qualités lui avaient assuré une nombreuse et brillante clientelle, et ses douces et simples vertus privées lui avaient acquis autant d'amis qu'il avait de cliens.

— Nous avions espéré pouvoir publier, dans ce numéro, la réponse de M. Chervin à la lettre de M. Bulard, sur la peste. Cette réponse, qui est devenue un mémoire très étendu et très important par les recherches approfondies que l'auteur y a consignées, et par les questions intéressantes qu'il y a traitées, méritait d'être distinguée d'un simple article de correspondance. Nous l'insérerons en entier dans notre prochain numéro.

— Erratum. En rendant compte de la discussion de l'Académie de médecine, sur le procédé de M. Jobert pour le traitement des fistules vésico-vaginales, nous n'avons pas reproduit exactement les paroles de M. Lisfranc. Il n'a pas dit que vingt obstacles pouvaient gêner l'introduction de la sonde dans la vessie, et il ne s'est pas borné à citer le trigone vésical : il a avancé que l'instrument arrivé sur ce trigone éprouvait un arrêtement en cheminant d'avant en arrière, et que cet arrêtement était le tampon situé au bas-fond de la vessie.

---

tenait réclamait le traitement primitif d'après son espèce. Souvent néanmoins le caractère de la maladie était primitivement intermittent soit franc soit larvé; alors le traitement n'exigeait pas de modifications thérapeutiques; il rentrait tout-à-fait dans les règles connues des affections de ce genre.

Voici maintenant les conclusions que l'auteur déduit des faits et raisonnemens qu'il expose.

1° Le moyen le plus précis pour s'assurer si une fièvre, une phlegmasie ou toute autre maladie aiguë s'est convertie réellement en affection périodique, c'est le caractère reconnu de la constitution régnante, et si ce caractère n'est pas encore bien déclaré, il suffit de l'observation de quelques cas pour mettre le praticien en éveil. Cela ne doit pas étonner quand on réfléchit que la conversion d'une maladie quelconque en périodique n'est pas toujours manifeste *a priori*, surtout si elle est de l'espèce qu'on appelle larvée. Dans plusieurs cas que M. Quaglia rapporte, il n'a jugé cette circonstance que d'après le caractère reconnu de la constitution médicale; il a prescrit sur cette seule donnée les sels de quinine et il a constamment triomphé de la maladie.

2° Quand une maladie rémittente est pour se convertir en périodique, souvent il arrive que les exacerbations qui étaient déjà diminuées redeviennent plus fortes, les rémissions s'obscurcissent au lieu de s'éclaircir, de sorte que la fièvre paraît devenir moins rémittente et presque continue ou sub-continue.

3° Une maladie périodique qui se déclare pendant le cours d'un mal aigu, traité à l'aide d'une méthode antiphlogistique exagérée, prend le plus souvent un caractère pernicieux, sinon immédiatement, quelque temps après son existence; aussi ne faut-il pas perdre de temps dans ces circonstances à administrer les sels de quinine à forte dose, au risque même quelquefois de léser légèrement quelque organe.

4° Quoiqu'il soit vrai de dire qu'il y a des individus chez lesquels l'administration des alcaloïdes de quina irritent et troublent plus ou moins l'organisme, et principalement le cerveau et les nerfs, on s'exagère généralement cette action au détriment des malades. Néanmoins dans les cas où des tempéramens particuliers prescrivent beaucoup de circonspection dans l'administration de l'antipériodique, on peut employer l'extrait de quina et le citrate de quinine; on réservera le sulfate pour les cas majeurs.

5° Il est si vrai qu'on ne doit pas craindre d'administrer ces remèdes dans certaines circonstances en apparence contraires, que dans les inflammations mêmes qui exigeraient d'ailleurs un traitement antiphlogistique, s'il survient un paroxysme menaçant de fièvre larvée ou autre, on suspend immédiatement le traitement débilitant, et l'on a recours au fébrifuge; ensuite on abandonne celui-ci lorsque la complication est domptée, et l'on revient s'il est besoin au traitement primitif.

6° C'est une chose très utile dans certaines circonstances de combiner les alcaloïdes du quina avec d'autres remèdes comme l'opium, les antispasmodiques, la rhubarbe, etc. Ces additions corrigent, ou bien activent ou modifient autrement l'action du remède. Cela est si vrai que dans certains cas les sels de quinine ne réussissent point si on les administre seuls, et ils réussissent au contraire si on sait les combiner différemment.

7° Parmi les maladies périodiques, les larvées sont les plus susceptibles de tromper; leur existence en effet est cachée sous l'apparence d'un symptôme quelconque soit nouveau soit déjà existant dès le début de la maladie, tel que la céphalalgie, l'odontalgie, une colique, des convulsions, des lipothimies, etc. Cette circonstance peut faire croire qu'il ne s'agit que d'un symptôme simple qu'il faut traiter par les moyens ordinaires, et que le cours de la maladie primitive continue, en sorte qu'il n'y a pas lieu à changer de méthode. Le problème cependant n'est pas difficile à résoudre si l'on tient compte de la constitution dominante, de la violence plus grande et inattendue de la maladie locale ou du symptôme déjà existant ou nouveau, de l'observation de quelque cas analogue, même isolé, etc. Ces considérations s'appliquent également aux affections locales; elles subissent aussi la même influence et ne cèdent point aux remèdes ordinaires; tenez compte de la constitution dominante, de la résistance obstinée de la maladie aux remèdes usuels, de son exacerbation sous l'influence de ces remèdes; enfin ayez égard à l'absence des symptômes locaux d'inflammation et toutes les difficultés seront aplanies.

8° La tolérance extraordinaire de certains malades pour le remède fébrifuge, et la nécessité d'en continuer l'usage chez quelques-uns pendant toute la convalescence et même jusqu'après la guérison complète, sont vraiment dignes de méditation. C'est pour ne pas avoir suffisamment et longuement insisté sur la quantité et le temps de son administration qu'on voit souvent des récidives ou des guérisons imparfaites. Dans un mémoire qu'il a publié à ce sujet, Rubini a eu raison de dire qu'on ne doit pas cesser l'emploi du remède aussitôt que les accès sont coupés.

9° Enfin je ne dois pas omettre de dire que, depuis quelques années, le cachet périodique de la constitution médicale est devenu fréquent chez nous, et toutes les maladies ont une certaine tendance à la périodicité.

II. IL FILIATRE SEBEZIO.

Les cahiers des trois derniers mois contiennent les articles originaux suivans : 1° *Plusieurs cas de fièvre pétéchiale sporadique*; par M. Orofino; 2° *Statistique des malades traités à l'hôpital de Loreto*; par M. S. de Renzi; 3° *Blessure trachéale très grave*; guérison par M. Cama; 4° *Recherches sur la noix vomique*; par M. Denasca; 5° *Blessure pénétrante de la poitrine*; par M. Portal de Palerme; 6° *Asphyxie par le gaz acide carbonique*; par M. Pizzuti; 7° *Abcès vermineux à l'ombilic*; par M. Girone; 8° *Empoisonnement par le précipité rouge de mercure*; par M. Pizzuti; 9° *Du danger des boissons glacées dans le traitement des maladies de poitrine*; par M. Fermarello.

Abcès ombilical contenant plusieurs vers lombricoïdes. Observation lue à l'Académie médico-chirurgicale de Naples; par M. Girone.

Obs. — Un jeune homme, âgé de 14 ans, tempérament leucophlegmatique, était depuis long-temps affecté de tabès mésentérique; il était maigre, languissant et gardait le lit; abdomen tuméfié, digestions dépravées, fièvre habituelle. Il était dans cet état depuis un an lorsqu'il ressentit une sorte de picotement douloureux à la région gauche du colon transverse, à quatre travers de doigts de l'ombilic; les urines sont troubles, les garderobes jaunâtres, presque liquides et mêlées à de la matière blanchâtre; les pupilles un peu dilatées. M. Girone appelle en consultation M. Vulpès, puis MM. Ronchi et Lucarelli. Les douleurs préombilicales continuent pendant quinze jours, ensuite elles deviennent vivement térébrantes : une rougeur se montre à l'ombilic, de forme circulaire, puis du gonflement douloureux; fièvre ardente. Enfin, un abcès se dessine; il s'ouvre spontanément; écoulement de pus de bonne nature; cataplasmes. Le cinquième jour de cette ouverture, on voit sortir, avec le pus qui coule abondamment, un ver lombricoïde, d'une longueur de cinq à six pouces et de la grosseur d'une plume d'oie. Après la sortie de ce ver, il s'écoule un peu de sang. Peu de jours après, issue d'un second ver pareil; puis d'un troisième, et le neuvième jour d'un quatrième. Après la sortie de ce dernier ver, il s'écoule une assez grande quantité de matière jaunâtre et fétide analogue à celle que le malade rendait par l'anus. Peu de jours après, apparition d'un cinquième ver; celui-ci est vivant et plus gros que les précédens; il est suivi de l'écoulement d'une matière à odeur stercorale. On continue l'usage des cataplasmes; la tumeur s'affaisse, sa base est moins dure; l'ouverture se resserre; la matière diminue. Les fonctions digestives s'améliorent, les forces et la santé reparaissent. Enfin tous les symptômes d'émaciation se dissipent, et le jeune homme revient à une santé parfaite. Plusieurs médecins qui avaient vu le sujet dans un état cachectique et désespéré sont étonnés de le voir aujourd'hui gros, fort et bien portant.

Deux questions sont discutées par l'auteur à l'occasion de ce fait; l'une porte sur la source de ces vers; l'autre sur la genèse des lombrics intestinaux en général. Les conditions physiques de la matière que l'abcès donnait ne laissaient aucun doute sur l'origine intestinale de ces êtres. M. Girone s'appuie sur les observations anatomiques de MM. Brera et Delle Chiaje pour expliquer comment les vers lombricoïdes peuvent percer les intestins et se porter soit dans la cavité péritonéale soit dans les tissus pariétaux du ventre. On sait effectivement que l'extrémité céphalique des lombrics est munie de trois éminences fort aiguës que l'animal écarte et implante à volonté; il suce par-là sa nourriture. Or lorsque ces trois éminences sont réunies et implantées sur un seul point, la tête devient dure, forte et résistante, l'animal peut non seulement perforer à l'aide de cette espèce de trompe ou de dent pointue les parois intestinales, mais encore les tissus les plus durs comme les os. Lorsque le domicile intestinal devient peu supportable à l'animal soit par la présence d'une inflammation, soit par la nature de la matière alimentaire qu'il y trouve, il émigre, il se fraie quelquefois une route nouvelle en perforant l'intestin. Une autre circonstance sur laquelle l'auteur appelle l'attention est relative à l'absence d'épanchement à l'endroit de la perforation intestinale; il présume que cela tient : 1° A la direction oblique que suit l'animal dans le trajet qu'il se forme; effectivement, dit-il, dans le cas ci-dessus le malade n'avait ressenti de douleurs térébrantes qu'à quatre travers de doigt de l'ombilic, puis l'abcès s'est formé sur la ligne médiane; 2° A la forme effilée du corps de l'animal et à la petitesse extrême du trajet qu'il se perce; 3° Enfin, à la contraction des tissus intestinaux sur le corps même de l'animal; à l'oblitération successive du trajet à mesure que son corps avance et aux adhérences que l'intestin contracte dans ces circonstances; ne savons-nous pas d'ailleurs par des faits incontestables que les perforations traumatiques des intestins ne sont pas toujours suivies d'épanchement péritonéal? L'auteur ne nie pas du reste que l'épanchement ne puisse avoir lieu quelquefois.

Quant à la seconde question, nous ne suivrons pas les raisonnemens un

peu hypothétiques auxquels M. Girone se livre pour expliquer le développement des lombrics intestinaux. Contentons-nous de faire observer que la circonstance la plus remarquable du fait qui précède est la dissipation complète de symptômes aussi graves après l'issue des vers en question. On peut rapprocher ce fait d'un autre analogue consigné dans la GAZETTE MÉDICALE de l'année 1837 (p. 570); et d'un troisième plus curieux encore, observé par M. Vanderbach, et qui a donné lieu à une discussion intéressante à la société médicale de la Loire-Inférieure. (V. GAZ. MÉD., 1836, p. 732.)

III. REPERTORIO DELLE SCIENZE MEDICHE DEL PIEMONTE.

Les cahiers des trois derniers mois contiennent les articles originaux suivans : 1° *Ulcération fongueuse de la cavité de l'utérus guérie*; par M. Riberi; 2° *De la douleur considérée comme cause prochaine de l'inflammation*; par M. Cella; 3° *Considérations pratiques sur les maladies de la tunique vaginale*; par M. Mauieri; 4° *Usage de l'acétate de morphine dans le traitement de l'arthrite et de quelques maladies nerveuses*; par M. Cristin; 5° *Cas remarquable de pseudo-cataracte*; par M. Riberi; 6° *Grossesse compliquée d'hydropisie de l'utérus*; par M. Aliprandi; 7° *Remarques du professeur Griffa sur l'emploi de l'acétate de morphine dans le traitement de l'arthrite.*

GROSSESSE COMPLIQUÉE D'HYDROPISIE DE L'UTÉRUS; par M. ALIPRANDI, professeur d'obstétrique à l'Université de Turin.

OBS. — Dans le mois d'avril 1837, M. Aliprandi a été appelé auprès d'une jeune femme enceinte de quatre à cinq mois et hydropique. L'hydropisie s'était déclarée en même temps que la grossesse. A l'examen, M. Aliprandi trouve un ventre d'un volume extraordinaire et fluctuant manifestement sur tous les points. D'un autre côté, la femme avait senti remuer son enfant, ce qui ne laissait aucun doute sur l'existence de la grossesse. Plusieurs médecins appelés en consultation ont pensé comme lui qu'il y avait ascite en même temps que grossesse, et qu'il fallait pratiquer la paracentèse. Cependant, M. Aliprandi crut devoir différer l'opération, et désira attendre quelques jours avant de se décider tout à fait. L'abdomen était surtout très proéminent en avant, il tombait sur les cuisses, et la femme ne se plaignait principalement que de douleurs atroces aux reins; elle ne pouvait rester couchée, et était obligée de passer ses nuits assise sur une chaise, ou debout penchée en avant, et appuyée devant un lit. Ces circonstances, comparées à celles qu'avait présentées une autre femme enceinte et ascitique que M. Aliprandi avait ponctionnée avec succès quelques années auparavant, lui ont fait présumer qu'il s'agissait, dans ce cas, de grossesse compliquée d'hydropisie de l'utérus, et non d'une véritable ascite; il s'est surtout basé sur les raisons suivantes : 1° l'abdomen, bien que tuméfié outre-mesure en avant et en bas ne l'est pas beaucoup en haut ni sur les côtés. La malade effectivement ne se plaint pas beaucoup de dyspnée. Or, dans l'ascite qui coexiste avec la grossesse, l'utérus remplissant l'hypogastre fait refouler les eaux en haut et sur les hypochondres, la dyspnée est extrême, la femme suffoque, et les côtés du ventre sont fort saillans et fluctuans; tels étaient en effet les phénomènes qu'avait présentés une femme opérée par Scarpa, et celle qu'avait traitée M. Aliprandi lui-même; 2° indépendamment du ventre ainsi conditionné, la femme ne présentait pas les autres caractères propres à l'ascite; les traits du visage n'étaient pas très altérés; il n'y avait pas de soif; les urines n'étaient pas très rares ni briquetées; 3° enfin, le toucher vaginal, joint à la compression hypogastrique, faisait sentir manifestement une fluctuation aussi étendue de ce côté qu'à la partie antérieure du ventre. Ces raisons ont fait déconseiller la paracentèse et attendre que la nature vidât d'elle-même les eaux par une fausse couche. Ce qui a été prévu est arrivé. Neuf jours après, les douleurs de l'accouchement se sont déclarées, et la femme a rendu deux petits fœtus précédés de l'écoulement de plus de vingt livres d'eau, et le ventre s'est affaissé. Les suites ont été assez orageuses; mais la femme a fini par guérir après une longue convalescence.

Chez beaucoup de femmes enceintes, la poche amniotique contient une quantité considérable d'eau; leur ventre est fort volumineux; mais cet état n'est regardé comme une maladie qu'autant qu'il dépasse certaines limites, comme chez la malade de M. Aliprandi. Le point le plus essentiel dans ces circonstances est de bien établir le diagnostic. On conçoit combien il est important de ne pas confondre l'hydropisie de l'utérus avec celle de la cavité péritonéale; les caractères différentiels ci-dessus exposés par M. Aliprandi nous paraissent de la plus haute importance. On conçoit aussi, d'un autre côté, qu'il y a une autre différence importante à faire entre l'hydropisie utérine accompagnée de grossesse, et celle qui n'est pas jointe à cette dernière circonstance. Lorsqu'il n'y a pas de grossesse, en effet, la ponction de la tumeur peut devenir indispensable, tandis qu'il n'en est pas de même dans l'autre cas.

IV. IL SEVERINO.

TRAITEMENT DE LA FIÈVRE INTERMITTENTE, A L'AIDE DE LA GLACE; par M. COSINI, médecin militaire.

Ayant eu à traiter un militaire atteint depuis dix mois de fièvre intermittente tierce, l'auteur a eu recours d'abord au sulfate de quinine qu'il a administré pendant assez long-temps, et à des doses assez fortes, mais sans aucun avantage; il a ensuite prescrit les éméto-purgatifs sans plus de réussite. Ennuyé de tous ces remèdes et du retour constant de la fièvre, le malade s'est avisé de manger deux livres de neige au moment où l'accès commençait. On a été étonné de voir que la période de froid, qui était ordinairement de trois heures, n'a été ce jour-là que d'une heure. On répète le même moyen au commencement de l'accès suivant; sa durée n'a été cette fois que de vingt-cinq minutes. Ensuite la fièvre a été complètement coupée à l'aide du même remède, et le malade a parfaitement guéri dans l'espace de cinq jours.

Cette observation n'a point été perdue pour M. Cofini : il a bientôt traité neuf autres sujets atteints de fièvre intermittente par l'administration de la glace; chez tous, les paroxysmes ont été coupés et la guérison a eu lieu d'une manière prompte et remarquable. Reste cependant à savoir si l'usage du même remède chez d'autres sujets et en d'autres lieux produit des effets aussi salutaires. Il ne faut pas oublier qu'il y a des fièvres intermittentes qui guérissent sans médicamens : nous voyons souvent dans les hôpitaux des fièvres de cette nature s'user, pour ainsi dire, d'elles-mêmes après quelques paroxysmes; le simple repos et le régime suffisent pour ramener l'organisme à l'état normal. Cela explique un grand nombre de guérisons, dont on fait honneur à des remèdes de nature souvent opposée. Nous ne voulons pas conclure pour cela que l'ingestion d'une certaine quantité de glace ou de neige dans l'estomac ne puisse pas couper la fièvre et même la guérir radicalement. Il serait à désirer que les expériences de M. Cofini fussent répétées.

V. BULLETINO DELLE SCIENZE MEDICHE DI BOLOGNA.

INCONTINENCE D'URINE, GUÉRIE A L'AIDE DE LA NOIX VOMIQUE; par M. CERCHIARI.

On connaît déjà quelques cas d'incontinence d'urine chez des enfans guéris à l'aide de la noix vomique administrée intérieurement; mais ces cas ne sont encore qu'en trop petit nombre pour permettre de compter suffisamment sur l'efficacité de cette substance. M. Cerchiari fait connaître deux observations qui non seulement confirment l'efficacité de cette médication, mais encore l'une d'elles prouve que la noix vomique réussit également dans les cas où l'incontinence dépend d'une contusion du col de la vessie, ainsi que cela a lieu quelquefois chez la femme après les couches. La première observation a pour sujet une jeune personne âgée de dix-neuf ans, qui, dès son enfance, rendait involontairement les urines toutes les nuits en dormant. M. Cherchiari a prescrit l'ordonnance suivante :

Prenez : Extrait de noix vomique, 8 gr.
Etiops martial et rob de sureau q. s.

Faites 24 pilules, à prendre trois par jour. Après huit jours de ce traitement, la guérison était complète. Il a prescrit une seconde dose de pilules pour en assurer la cure.

L'autre observation est relative à une jeune femme qui, à la suite de sa première couche, perdait involontairement les urines jour et nuit. Un examen attentif a assuré M. Cerchiari qu'il n'y avait pas de fistule vésico-vaginale, et que les urines coulaient toutes par le méat urinaire. Cette ouverture était rouge et douloureuse, de même que l'entrée de la vulve; il a donc présumé que l'incontinence tenait à l'impuissance du col vésical par la contusion qu'il avait peut-être éprouvé lors du passage de la tête de l'enfant; en conséquence, il a prescrit les pilules de noix vomique, comme chez la malade précédente, et la guérison a eu lieu dans l'espace de quinze jours.

FORME PARTICULIÈRE DE LA FIÈVRE INTERMITTENTE CHEZ LA FEMME EN COUCHES; par M. CANUTO, médecin communal à Cotignola.

La fièvre prend souvent chez les femmes en couches une forme particulière et grave. Son type est quotidien, tierce ou tout autre; les rémissions sont si courtes et si obscures qu'on reconnaît difficilement la marche périodique de la maladie. Ce n'est pas sur le pouls qu'il faut compter pour établir le diagnostic, car il est toujours fréquent, il n'offre pas de différence dans les intermissions, mais bien plutôt à la disparition, à la diminution de certains symptômes, qui frappent, soit par leur gravité, soit par leur singularité. Si on ne reconnaît pas de bonne heure la nature de la fièvre, les rémissions deviennent et plus courtes et plus obscures, le mal acquiert le type continu, résiste aux médications banales qu'on lui oppose et devient fort dangereux. Il cède, au contraire, constamment aux

sels de quinine, si on le reconnaît de bonne heure et si on l'attaque vigoureusement; la femme échappe, à vue d'œil, à un très grand danger.

Les symptômes que ces fièvres présentent chez la femme en couches sont ceux de la fièvre puerpérale, soit simple, soit compliquée de gastro-entérite, de pneuma-hépatite, etc., selon l'intensité du principe morbide spécifique. C'est toujours par une sensation plus ou moins manifeste de froid que le mal se déclare; une très légère sueur générale ou locale a lieu vers la fin de l'accès. La période de réaction est toujours très prononcée, et c'est sur elle surtout qu'il faut porter l'attention. Si la malade offrait avant l'accès quelques symptômes morbides, par suite de son accouchement, tels que du météorisme, des douleurs dans tout le ventre, ou à la région utérine seulement; envies de vomir, constipation ou diarrhée; diminution ou suppression des lochies, céphalalgie plus ou moins intense, dyspnée, délire de temps en temps, etc., ces symptômes augmentent excessivement durant la réaction, ou bien il s'en ajoute de nouveaux plus alarmans encore, comme une toux suffocante, la brièveté de la respiration, douleurs pleurétiques, évanouissemens, palpitations de cœur, agitation extrême, ainsi qu'on le verra dans l'exemple suivant :

Obs. — Une dame de haute condition présentait, après son accouchement, les phénomènes d'une métro-péritonite grave. Ce qui constituait la gravité la plus imposante de la maladie était l'augmentation considérable des symptômes de métrite tous les deux jours. J'ai voulu, dit l'auteur, avant d'administrer le remède antipériodique, faire appeler deux confrères en consultation, qui avaient déjà vu la malade quelques jours avant. Le danger était très grand et la périodicité de la maladie était larvée. J'ai donc administré le quinine. L'un de ces praticiens le croyait dangereux; l'autre voulait que j'essayasse d'abord les amers; mais le danger était imminent, il n'y avait pas de temps à perdre et j'ai eu à m'en féliciter, car les rémissions sont devenues de suite plus longues: j'ai continué la quinine dans les intervalles des accès et je l'ai combinée à quelques moyens antiphlogistiques. Les deux premiers accès après l'administration du remède ont été non seulement éloignés, mais même plus faibles; le troisième a manqué complètement et la malade a été sauvée. Après l'emploi du médicament, les douleurs utérines ont cessé de suite, le gonflement hypogastrique a disparu, l'expulsion des urines et des fèces est devenue facile, les lochies et le lait sont reparus, tout l'abdomen a repris sa mollesse et son indolence naturelles. La convalescence a été rapide et la femme a pu quitter le lit quelques jours après.

Un cas, plus grave encore, de cette nature s'est offert à l'auteur dans le printemps dernier. Le voici :

Obs. II. — Une femme était au troisième jour de son accouchement, lorsqu'elle a été saisie de fièvre. M. Canuto est appelé le lendemain, à deux heures après midi; il trouve les symptômes suivans :

Visage enflammé, photophobie, céphalalgie insupportable, agitation extrême de tout le corps, toux incessante, respiration très haletante, oppression sternale, point de côté; parole entrecoupée ou syllabique; abdomen tendu et extrêmement sensible au plus léger attouchement; absence de lochies, pouls fréquent, chaleur âcre à la peau.

A la seconde visite, le lendemain matin, M. Canuto trouve un changement étonnant dans l'état de la malade. La plupart des phénomènes alarmans de la veille avaient disparu, et avaient fait place à l'état suivant :

Tension abdominale et céphalalgie beaucoup moins intenses que la veille; pouls moins fréquent; chaleur de la peau douce et modérée. La malade est calme; elle ne se plaint de rien.

Aussitôt après midi les symptômes du jour précédent reparaissent tout d'un coup et avec plus de force. M. Canuto en est prévenu; il soupçonne la nature pernicieuse de la maladie, s'informe plus minutieusement des symptômes de la veille et apprend que la malade avait eu une légère sueur lorsque le soulagement s'était déclaré et un léger frisson aux jambes avant la recrudescence des symptômes. Il a donc attendu la nouvelle rémission et prescrit du sulfate de quinine associé aux remèdes antiphlogistiques que la malade prenait déjà. Les bienfaits de cette médication ne se sont pas fait attendre longtemps; les accès ont été coupés et la malade a guéri.

Il résulte de ces faits et de plusieurs autres pareils, propres à l'auteur, que la fièvre intermittente chez les femmes en couches peut revêtir la forme de métro-péritonite et devenir excessivement dangereuse si elle est méconnue. Cette remarque n'est pas tout à fait nouvelle, mais elle n'est pas assez prise en considération, ce qui nous a fait attacher quelque importance au travail de M. Canuto.

VI. GIORNALE DELLE SCIENZE MEDICHE DI TORINO.

Amaurose incomplète guérie a l'aide de l'urtication; par M. Polto.

Obs. I. — Une femme, âgée de 33 ans, domestique, tempérament bilio-sanguin, mère de plusieurs enfans, habituellement bien portante, eut, en septembre 1835, à la suite de sa dernière couche, un exanthème farineux sur tout le corps. S'étant exposée consécutivement au froid, cet exanthème a disparu complètement; de là malaise général, dérangement des voies digestives, obscurcissement de la vue et enfin bronchite. Cet état se prolonge jusqu'au mois de janvier 1837, lorsque M. Polto a été consulté; il trouve la malade au lit, aveugle, languissante et toussant continuellement : elle peut à peine distinguer un rayon de lumière; tous les corps lui paraissent couverts d'un brouillard épais; la pupille est nette, mais immobile. M. Polto prescrit d'abord l'usage de boissons chaudes diaphorétiques (guaiac, fleurs de sureau, sassafras, etc.), puis des frictions sèches à la peau, des sinapismes volans, des vésicatoires, la pommade d'Autenrieth. Amélioration; la toux est moins vive, les forces plus animées; l'âpreté de la peau et l'amaurose persistent; plusieurs collyres antiamaurotiques sont mis en usage sans plus d'avantage.

Arrivé vers la moitié du mois de juin, M. Polto a pensé soumettre la malade à l'urtication et à la flagellation : il a donc fait cueillir des orties vertes et longues et en fait à faire des bottes : il a opéré de la manière suivante :

La malade, couchée nue sur un lit, l'opérateur a commencé à la frapper avec les orties aux pieds, puis aux jambes, aux cuisses, aux fesses, au tronc, au bras, au cou; la tête seule a été épargnée. On conçoit quelle a dû être la souffrance de cette malheureuse, livrée à une si cruelle torture! Aussitôt après, M. Polto l'a fait coucher entre deux couvertures de laine, lui a appliqué deux sinapismes aux pieds et fait prendre des boissons chaudes. La nuit a été agitée, mais le lendemain, la peau ne présentait aucune réaction éruptive. On répète la flagellation pendant cinq jours, le matin et le soir. La peau saigne sur plusieurs points par l'action des orties; elle devient ensuite très sensible, enfin elle se couvre d'une éruption de forme mixte, ici érésypélateuse, là papuleuse, à côté purpurique, plus loin vésiculeuse, sur quelques points phlegmoneuse, sur d'autres érythémateuse, etc. L'excitation de la peau devient excessivement vive; fièvre, rougeur oculaire, céphalalgie; tintement auriculaire, pouls plein, oppression; urines rares. On pratique une saignée; infusion de digitale, vin émétique. Ces symptômes déclinent, l'éruption s'exfolie, mais la *purpura* dure pendant neuf jours; quelques papules suppurent. Au moment même de la réaction cutanée, la vue a commencé à s'éclaircir; la malade distingue les personnes qui l'approchent, et enfin les fonctions oculaires sont revenues tout à fait à l'état normal.

L'urtication était en usage chez les anciens, et l'on conçoit qu'elle puisse souvent produire de bons effets, mais qui oserait la prescrire de nos jours dans la pratique civile? On ne pourrait tout au plus se permettre que l'urtication partielle, car il y a, en vérité, dans l'urtication générale, telle que M. Polto l'a pratiquée, dequoi produire le tétanos. La médecine serait bien malheureuse si elle ne pouvait soulager qu'au prix d'une pareille torture!

VII. IL RACCOGLITORE MEDICO DI FANO.

Lipome très considérable au pubis; par M. Malagodi.

Obs. — Un homme âgé de 67 ans, domestique, tempérament nerveux, s'aperçut il y a treize ans d'une petite grosseur au pubis, du côté de l'aine gauche, indolente et sans changement de couleur à la peau. Elle fit des progrès : une année après son volume était assez prononcé pour gêner un peu certains mouvemens du corps; plus tard elle acquit un tel accroissement qu'elle pendait entre les cuisses comme une énorme queue de mouton de Barbarie, et empêchait la démarche. Comme la tumeur offrait une sorte de pédicule large et allongée et qu'elle était mobile, le malade la renversait en haut et la soutenait à l'aide d'une lisière passée derrière le cou; mais à la longue cet appareil était devenu insupportable, et le malade a été réduit à garder le lit.

A l'examen, le 3 juillet 1837, la tumeur offre 1° une attache de figure triangulaire; cette attache ou pédicule s'étend en haut depuis le tiers externe de l'aine gauche jusqu'à la symphyse du pubis; en bas, sur la moitié correspondante du périnée, à l'ischion et à la partie interne de la cuisse; 2° la masse pend entre les cuisses et est mobile au-devant des organes génitaux; 3° sa longueur s'étend jusqu'au quart inférieur de la cuisse; sa figure est analogue à celle d'un pot à eau; sa portion la plus large est en bas, et offre vingt-deux pouces de diamètre transversal : la circonférence totale de la tumeur est de trente pouces; 4° sa surface est lobulée et est couverte de grosses veines; une fausse fluctuation existe sur quelques points; 5° un des lobes situés à la partie inférieure de la masse est ulcéré et fongueux, et laisse exuder une matière sanieuse; du sang, en assez grande quantité, s'écoule à chaque pansement par cet ulcère; cet écoulement affaiblit considérablement le malade; aussi ne se laisse-t-il panser qu'une fois tous les huit jours. Une planche très bien faite accompagne la description précédente. L'endroit insolite qu'occupait cette tumeur et son indépendance absolue du scrotum, de l'anneau inguinal, de l'abdomen et de l'artère crurale, ont rendu le diagnostic un peu équivoque d'abord; la réflexion cependant a fait conclure, par voie d'exclusion, qu'il s'agissait d'un lipome sarcomateux. L'auteur trouvait d'ailleurs une ressemblance frappante entre cette tumeur et un lipome du poids de vingt-deux livres qu'il avait extirpé quelques années auparavant de la région inguinale gauche d'une personne reçue à l'hôpital de Fano.

Il a donc proposé l'opération et l'a pratiquée le 10 juin en présence de plusieurs médecins dont il cite les noms. Il a commencé par tracer avec une plume et de l'encre une ellipse, s'étendant depuis l'aine gauche jusqu'à l'aine opposée et comprenant la base de la tumeur, mais en épargnant une grande quantité de peau. Un aide tient la tumeur soulevée; l'opérateur divise avec un bistouri la peau dans la direction et l'étendue des deux lignes; il commence la dissection de l'arcade crurale gauche, et agit avec beaucoup de ménagement pour ne pas léser les vaisseaux et les nerfs de cette région qui ont été mis à nu; il enlève enfin toute la tumeur et lie plusieurs artères; le malade n'a pas perdu beaucoup de sang; la plaie est énorme; elle est réunie par première intention à l'aide d'aiguilles à bec-de-lièvre. Les suites de l'opération ont été heureuses et le malade a guéri en vingt-cinq jours.

L'histoire des lipomes offre sans contredit les faits les plus surprenans de la chirurgie. Ce qui étonne surtout c'est le volume énorme dont ces tumeurs sont susceptibles. On avait cru jusqu'à présent que les lipomes ne sont que le résultat d'une hypertrophie de la graisse et qu'elles ne se rencontrent que dans les régions où ce tissu abonde; les recherches récentes ont cependant surabondamment démontré l'erreur de cette opinion, et prouvé jusqu'à l'évidence que ces végétations sont plutôt le produit d'une nouvelle formation, comme les tubercules, les exostoses épiphysaires, le squirrhe, etc., et qu'elles peuvent naître et végéter même dans des régions où la graisse est fort peu abondante: le fait qui précède est parfaitement d'accord avec ces idées.

VIII. L'OSSERVATORE MEDICO DI NAPOLI.

EXPULSION D'UNE ANSE INTESTINALE PAR LE RECTUM; par M. VULPES.

M. Vulpes avait déjà présenté il y a deux ans à l'académie médico-chirurgicale de Naples, une anse d'intestin grêle de la longueur de 36 pouces qu'une femme avait rendue par l'anus, à la suite d'un volvulus, et il avait en même temps fait voir la malade qui avait parfaitement guéri de ce terrible accident. (V. GAZ. MÉD., 1836, p. 631.)

Aujourd'hui le même praticien présente à la même compagnie les détails de l'autopsie de la même personne, qui est morte d'entérite, trois ans environ après le premier accident.

Depuis sa guérison, la femme était assez bien portante; seulement elle se plaignait de borborygmes après-dîner; en palpant son ventre, on sentait une dureté entre l'hypochondre droit et la région épiploïque.

Accablée de fatigue et de chagrins domestiques, cette femme a été saisie de nouveau d'inflammation intestinale, et elle est morte vers la fin du mois de décembre 1837, âgée de 41 ans.

L'autopsie a été faite par MM. Cattaneo et Paparello, et la pièce pathologique présentée par M. Vulpes à l'Académie.

L'abdomen contient deux livres d'un liquide séro-purulent. L'angle hépatique du colon et la vésicule biliaire ont contracté des adhérences morbides entre eux. A 27 pouces au-dessous du pylore, on voit l'adhérence des deux portions intestinales tronquées par le volvulus trois ans auparavant. Ces deux portions adhèrent entre elles par leur face externe ou péritonéale et rétablissent la continuité du canal. Le jéjunum est élargi et ses parois sont épaissies; cette hypertrophie est surtout remarquable sur un point, à 24 pouces au-dessus de la cicatrice; là l'intestin offre deux pouces de diamètre, tandis que dans l'état normal, il n'y a qu'un pouce de largeur au plus. La longueur totale du paquet intestinal est de 147 pouces et 3 lignes, ou de 12 pieds 3 pouces et 3 lignes.

Joignez les 36 pouces de l'intestin qu'elle avait rendu, et qu'on a de nouveau présenté à l'Académie, vous aurez une longueur de 15 pieds 3 pouces 3 lignes, longueur qui est, à peu de chose près, celle que donne l'intestin grêle à l'état normal chez l'homme. Par conséquent, dit l'auteur, dans le travail de séparation que le canal avait subi, il n'a dû se perdre que peu ou rien du même tube.

On remarque, en outre, 1° que l'ouverture de communication entre les deux portions intestinales réunies est fort étroite; 2° que la portion de jéjunum supérieure à la cicatrice est tellement dilatée et épaissie qu'elle ressemble à un estomac secondaire, ses fibres musculaires sont plus prononcées que les fibres musculaires de l'œsophage.

Complétée comme elle est aujourd'hui cette observation offre le plus haut intérêt sous le triple rapport physiologique, pathologique et thérapeutique. Le mode d'adhésion réciproque des deux portions invaginées de l'intestin indique bien la véritable indication à remplir, alors qu'on est obligé de pratiquer l'entéroraphie; la séreuse, d'un côté, est collée à la séreuse de l'autre; c'est ce que la chirurgie moderne a bien compris, d'après l'indication de M. Jobert, dans les opérations de ce genre; elle ne fait par conséquent qu'imiter la nature. Ce qu'il y a de plus remarquable dans le fait de M. Vulpes, c'est que la malade ait pu survivre à une perte aussi considérable d'intestin, et se bien porter ensuite; elle n'est morte, comme on vient de voir, que d'une maladie indépendante de la première.

IX. GAZETTA ECCLETICA DI VERONA.

RECHERCHES SUR L'EAU VERMIFUGE MERCURIELLE.

On sait que si l'on fait bouillir du vif-argent dans de l'eau, cette eau acquiert une vertu vermifuge remarquable, et pourtant le métal n'a absolument rien perdu de son poids par l'ébullition; du moins nos balances n'indiquent aucune différence. On avait traité cette eau vermifuge avec différens réactifs, on l'avait fait évaporer, et l'on n'y avait découvert aucune trace appréciable de mercure. On était donc à s'expliquer comment le simple contact du vif-argent donnait à l'eau bouillante une pareille propriété. Quelques chimistes s'expliquaient le phénomène, en supposant qu'il y avait insinuation entre les molécules de l'eau d'une légère quantité de mercure à l'état gazeux. De nouvelles recherches ayant été faites dernièrement sur ce sujet, on est parvenu à mettre l'explication de ce phénomène dans tout son jour. On verse dans l'eau vermifuge une petite quantité d'acide nitrique, et on la fait évaporer jusqu'à un très petit résidu (huit onces réduites à trois ou quatre gouttes); l'hydrogène sulfuré et le chlorure d'étain ont démontré la présence non équivoque du mercure. Le chlorure d'étain est effectivement un des réactifs les plus sensibles pour reconnaître la présence du mercure. Ainsi donc, si l'eau en question est vermifuge, cela n'est dû qu'à la présence du mercure qu'elle contient; il importe par conséquent d'en régler convenablement les doses.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

LETTRE SUR QUELQUES POINTS RELATIFS A L'HISTOIRE DU TRAITEMENT DU TORTICOLIS ANCIEN PAR LA SECTION SOUS-CUTANÉE DU STERNO-MASTOÏDIEN, adressée a l'Académie royale de médecine; par le docteur JULES GUÉRIN.

Paris, le 2 avril 1838.

J'ai l'honneur d'adresser à l'Académie l'histoire détaillée de deux cas de torticolis ancien guéris à l'aide d'une nouvelle méthode de traitement.

Le premier des deux sujets a été opéré le 2 décembre 1837 dans mon établissement, en présence de MM. Lisfranc, Macgloghlin, Bruni de Florence, Thompson d'Edimbourg et autres médecins étrangers. Le second a été opéré le 16 janvier dernier, à l'hôpital de la Pitié en présence de MM. les docteurs Lisfranc, Piorry, Sédillot, Pinel-Grandchamp, Simon, et de tous les élèves qui suivent la clinique de M. Lisfranc. Le traitement consécutif ou mécanique a été appliqué publiquement dans les salles de la Pitié où un grand nombre de médecins français et étrangers ont été admis à en constater les effets.

Permettez-moi, à cette occasion, M. le président, de soumettre quelques réflexions à l'Académie sur deux communications qui lui ont été adressées dans sa dernière séance, relatives aux mêmes sujets, l'une par M. Bouvier, l'autre par M. Fleury, interne des hôpitaux.

Dans sa lettre à l'Académie, M. Bouvier, après avoir rappelé les opérations pratiquées par MM. Roux et Magendie, suivant les procédés connus antérieurement, parle d'un troisième procédé qui consiste à faire la section sous-cutanée de la portion sternale du muscle sterno-cléido-mastoïdien, quand cette portion est seule affectée, et il affirme avoir pratiqué cette opération en 1836, et que M. Dieffenbach lui aurait dit aussi l'avoir pratiquée. La révélation de ces faits restés ignorés jusque-là de tout le monde m'a d'autant plus frappé, qu'elle est en contradiction formelle avec d'autres circonstances bien connues: cette contradiction et la grande analogie qu'il y a entre l'opération annoncée par M. Bouvier et la mienne, feront comprendre à l'Académie de quelle importance il était pour moi de la mettre à même de juger entre les assertions actuelles de M. Bouvier et les faits antérieurs authentiques que je présente à son examen.

Et d'abord il est avéré que M. Bouvier a eu connaissance des deux opérations que j'ai pratiquées le 2 décembre et le 16 janvier: de la première par M. le docteur Bruni de Florence; de la seconde par plusieurs assistans et entre autres par M. le docteur Pinel-Grandchamp, qui lui a fait part de mes idées sur la circonscription de la cause essentielle de la difformité au chef sternal du sterno-cléido-mastoïdien. De plus, M. Bouvier cherchant à combattre mes idées et mon mode de traitement, a déclaré à plusieurs reprises que cette méthode était vicieuse, et qu'elle ne produirait aucun résultat. L'opinion de M. Bouvier était tellement connue à cette époque, que M. Lisfranc crut devoir en faire mention dans une de ses leçons cliniques, pour en montrer le peu de fondement. Lorsque mon second malade fut guéri, M. Pinel-Grandchamp, l'un des médecins à qui M. Bouvier avait exposé ses vues critiques, insista beaucoup auprès de lui, pour qu'il vînt à la clinique de la Pitié se convaincre, par les résultats de l'expérience, du peu de fondement de ses objections. M. Bouvier ne consentit pas à accompagner M. Pinel-Grandchamp; mais il alla seul s'assurer de la guérison de mon malade. Dès lors son opinion paraît avoir changé, ainsi qu'on l'a vu par sa lettre à l'Académie.

Il est encore avéré que M. Bouvier ne professait pas en 1836, et n'appliquait pas les préceptes qu'il professe aujourd'hui. En effet, M. Roux pratiqua de concert avec M. Bouvier à l'Hôtel-Dieu, le 25 novembre 1836, la section transversale des deux muscles sterno et cléido-mastoïdiens avec la peau sans que M. Bouvier communiquât rien de ses idées futures ou passées à M. Roux, ni à personne. Quelque temps après l'opération du 25 novembre à l'Hôtel-Dieu, MM. Roux et Bouvier furent consultés pour une jeune fille de 20 ans, atteinte de torticolis ancien. M. Bouvier fut

chargé d'opérer la malade. Dans l'intention d'épargner une cicatrice trop apparente à cette jeune personne, il essaya de couper les deux muscles sterno et cleïdo-mastoïdiens avec la peau, *tout près de leurs attaches mastoïdiennes*. Cette opération causa une douleur si vive qu'elle ne pût être achevée. M. Roux fut appelé quelques jours après pour la terminer, mais la malade avait conservé tant de frayeur de la tentative de M. Bouvier qu'elle ne consentit pas à se laisser opérer par M. Roux. Postérieurement encore, une jeune fille de Nismes, atteinte de torticolis ancien, fut amenée à ma consultation au mois de juin dernier; on la présenta aussi à MM. Marjolin, Roux et Bouvier. Sur le conseil de MM. Marjolin et Bouvier, l'opération fut confiée à M. Roux. Cette fois un procédé différent fut mis en usage; une incision longitudinale à la peau mit les deux muscles à découvert: ils furent soulevés et attirés au-dehors par une sonde cannelée et coupés en travers. Je me suis assuré tout récemment de l'exactitude de ces détails auprès de M. Roux, qui m'a dit n'avoir pas fait d'autres sections des sterno et celido-mastoïdiens que celles indiquées dans cette lettre, et ne pas connaître d'autres cas opérés par M. Bouvier.

Enfin, M. Magendie a pratiqué il y a quelques mois, de concert avec M. Bouvier, à l'Hôtel-Dieu, la section de la peau et d'une portion du corps des muscles sterno et cleïdo-mastoïdien pour un cas de torticolis ancien.

Ainsi, voilà depuis le 25 novembre 1836 quatre cas de section des deux muscles sterno et cleïdo-mastoïdiens pour le torticolis ancien, dont aucun n'a été traité d'après les idées et les procédés que j'ai indiqués, et dont un cependant a été opéré par M. Bouvier seul, et les trois autres avec son assistance. Que deviennent en présence de ces faits les assertions de M. Bouvier?

Quant à savoir si M. Dieffenbach aurait déjà pratiqué la section sous-cutanée du chef sternal du sterno-cleïdo-mastoïdien pour le torticolis ancien, j'affirme provisoirement que M. Dieffenbach n'a rien publié de semblable jusqu'ici, et que l'ayant beaucoup vu pendant ses deux voyages à Paris, il ne m'a aucunement parlé de l'opération dont il s'agit, et n'en a pas parlé davantage à d'autres personnes qui l'ont vu comme moi dans l'intimité. Je citerai particulièrement M. Amussat, qui, comme on sait, a fait une fois la section transversale des deux muscles sterno et cleïdo-mastoïdiens, et à qui M. Dieffenbach aurait dû spécialement faire la communication que M. Bouvier prétend avoir reçue.

En ce qui concerne la communication de M. Fleury, elle établit que ce jeune chirurgien a fait avec succès, le 11 mars dernier, l'application de mon procédé et de mes idées à un cas de contracture datant de deux mois, du seul chef sternal du sterno-cleïdo-mastoïdien; l'observation et l'opération de M. Fleury, postérieures aux miennes de plusieurs mois, offrent une heureuse confirmation de mes principes et de ma pratique.

Encore un mot et je termine.

Depuis mes deux opérations, on m'a fait part d'un cas de section sous-cutanée des muscles sterno et cleïdo-mastoïdien et de la portion claviculaire du trapèze pratiquée antérieurement à Hanôvre par M. Stromeyer. Ce fait, qui n'avait pas encore été publié en France, a été porté à ma connaissance par M. Rnef, de Strasbourg, le 25 février dernier, c'est-à-dire plusieurs mois après mes deux opérations. J'ajouterai d'ailleurs que le cas dont il s'agit consistait dans une affection spasmodique et intermittente des muscles que M. Stromeyer a coupés, et que d'ailleurs il a fait deux ouvertures opposées à la peau de trois à quatre lignes chacune: or, mes opérations ont eu lieu chez des individus atteints de torticolis permanent depuis leur enfance; l'un depuis dix-sept ans; l'autre depuis vingt-deux ans; et, en outre, je n'ai fait que la section du sterno-mastoïdien seul, et à l'aide d'une simple ponction à la peau.

Agréez, etc.

POST-SCRIPTUM DU 11 AVRIL 1838.

Depuis que cette lettre a été adressée à l'Académie de médecine, M. Bouvier en a écrit une seconde à l'Académie des sciences, et il a publié dans le journal L'EXPÉRIENCE (1) celle qu'il avait adressée à l'Académie de médecine, avec quelques additions. Je ferai remarquer avant d'aller plus loin que cette habitude, dès long-temps contractée par M. Bouvier, de remanier on de publier avec de nouveaux matériaux et de nouvelles idées les communications qu'il a adressées aux corps savans, n'a peut-être pas tous les caractères d'une loyauté scientifique parfaite, surtout lorsqu'on change une première composition après la publication, dans l'intervalle, du travail d'un autre auteur sur le même sujet. Cette réflexion dont M. Bouvier comprendra les applications présentes et passées n'est pas indifférente dans la question: car le public qui n'a pas l'habitude d'approfondir les discussions de priorité, a intérêt à connaître le mécanisme à l'aide duquel quelques personnes trouvent moyen aujourd'hui de résoudre ces questions à leur profit. J'aborde donc, en faisant mes réserves, les nouvelles prétentions énoncées dans les dernières lettres de M. Bouvier.

Dans sa lettre à l'Académie des sciences, M. Bouvier répète qu'il a opéré le remier la section sous-cutanée du faisceau sternal du sterno-cleïdo-mastoïdien pour un cas de torticolis ancien. On aurait pu espérer que parlant à un corps savant qui ne se contente pas d'assertions gratuites, M. Bouvier aurait cité avec quelque précision les circonstances de l'opération qu'il affirme avoir pratiquée le 15 septembre 1836. Au lieu de cela, il renvoie pour les preuves de fait à sa lettre du 26 mars à l'Académie de médecine et à une communication qu'il avait faite à cette Académie au mois d'août 1836. Il me reste donc à examiner le contenu et la valeur de ces deux pièces:

1° *Communication de M. Bouvier à l'Académie, en août* 1836.

Dans cette communication, M. Bouvier a présenté un sterno-cleïdo-mastoïdien, provenant d'une jeune fille âgée de 22 ans, atteinte de torticolis depuis l'enfance. Les réflexions que lui a suggérées cette pièce ont été rédigées et communiquées par lui à la GAZETTE MÉDICALE et à la GAZETTE DES HÔPITAUX (GAZ. MÉD., 20 août 1836). Or quelles conclusions M. Bouvier avait-il tirées de l'examen de sa pièce? Je vais citer textuellement.

« 1° Que la contraction ancienne n'est pas due, comme on serait tenté de le croire, à un surcroit d'énergie et à un état de contraction prédominante dans certains muscles, et qu'elle dépend bien plutôt de l'atrophie et du raccourcissement de ces organes, qui résistent comme des cordes, en vertu de leur simple cohésion; 2° que, contrairement à l'opinion de Sharp, adoptée par Boyer, dans son *Traité des Maladies chirurgicales*, il n'y a point, dans le torticolis ancien, de déformation des vertèbres qui fasse persister la difformité après la section du sterno-mastoïdien; 3° que conséquemment on peut tenter avec succès, même chez les adultes, de rémédier à cette affection, en rendant au muscle sa longueur naturelle, soit au moyen des appareils mécaniques, soit par la section totale ou partielle de ses fibres, comme l'a *pratiqué dernièrement M. Amussat* sur un malade qui a été mis sous les yeux de l'Académie. » (GAZ. MÉD., 1836, p. 543.)

Rien dans ces conclusions n'indique que M. Bouvier dût découvrir plus tard 1° que la cause essentielle du torticolis a le plus généralement limité son action au seul chef sternal du sterno-cleïdo-mastoïdien, sterno-mastoïdien proprement dit; 2° qu'on dût se borner dans ce cas à faire la section du seul chef sternal pour obtenir le redressement de la tête; 3° que cette opération dût se faire par une simple ponction à la peau; 4° qu'il existe dans tout torticolis ancien une inclinaison de la région cervicale sur la région dorsale, opposée à l'inclinaison de la tête; 5° que ce fait deviendrait une indication capitale à un traitement consécutif approprié.

En équivoquant sur les mots, M. Bouvier pourrait trouver dans l'expression de la section *totale ou partielle de ses fibres*, l'indication de mon principe de la section isolée du sterno-mastoïdien (chef sternal); mais M. Bouvier a heureusement complété, par le rappel de l'opération de M. Amussat, le sens qu'il attachait aux mots section *partielle* des fibres du muscle. En effet, M. Amussat, dans l'opération qu'il a communiquée à l'Académie, n'avait pas coupé toutes les fibres des deux muscles; il les avait divisées couche par couche d'avant en arrière, sans distinction des chefs: il s'agissait donc dans cette opération, que M. Bouvier cite comme exemple à l'appui de son précepte, de la section partielle des fibres considérées dans leurs différens plans antéro-postérieurs, et non du muscle considéré dans ses faisceaux sterno et cleïdo-mastoïdiens.

Tel est le sens de la première publication de M. Bouvier, et tel est le seul titre imprimé qu'il puisse invoquer à l'appui de ses assertions actuelles.

2° *Lettre de M. Bouvier aux Académies et au journal* L'EXPÉRIENCE.

Je ferai remarquer d'abord que tout ce que M. Bouvier revendique depuis sa note imprimée du mois d'août 1836, n'est basé que sur des assertions gratuites, sur l'opération qu'il dit avoir faite en septembre 1836, et dont il n'existe de trace nulle part (1); et, finalement, sur les lettres qu'il a adressées à l'Académie de médecine, le 26 mars dernier; à l'Académie des sciences, le 8 avril; et sur une dernière lettre insérée dans le journal l'EXPÉRIENCE, du 10 avril; or, toutes ces pièces sont postérieures de plusieurs mois à mon opération et à ma conférence publique de la Pitié (opération

(1) Voir l'EXPÉRIENCE du 10 avril. J'ai adressé une réponse à ce journal.

(1) La lettre imprimée de M. Bouvier contient un renseignement précieux sur l'opération qu'il dit avoir pratiquée en 1836. Il avoue que cette opération a échoué: on comprendra maintenant pourquoi M. Bouvier n'a cru pouvoir tirer aucun parti de cette fâcheuse tentative; pourquoi dans ses opérations postérieures de torticolis, il n'a pas eu envie de la répéter; pourquoi, enfin, il ne voulait pas croire à la possibilité du succès que j'ai obtenu.

et conférence dont il lui a été rendu compte par M. Pinel-Granchamp), et postérieures, du moins les deux dernières, à la publication de mon mémoire, présenté à l'Académie des sciences le 2 avril, et inséré dans le dernier numéro de la GAZETTE MÉDICALE. Je ne m'occuperai donc pas de combattre sérieusement les prétentions toutes récentes de M. Bouvier: je laisse à la commission nommée par l'Académie des sciences le soin de les apprécier. Seulement, pour éclairer la religion de cette commission, et justifier ce que j'ai dit au commencement de ce post-scriptum, je demanderai à M. Bouvier, si la lettre qu'il a fait imprimer dans l'EXPÉRIENCE du 10 avril, comme étant celle adressée à l'Académie de médecine, le 26 mars, ne contient pas l'énoncé d'un fait nouveau qui m'est propre, et qu'il n'avait pas indiqué dans sa lettre manuscrite à l'Académie, savoir : *l'inclinaison inverse de la partie inférieure du cou sur la région dorsale.*

M. Bouvier n'attachera sans doute pas la même importance que moi à cette addition, qu'il considérera, à son point de vue, comme un changement de rédaction; mais comme ce changement porte sur un fait et non sur l'arrangement des mots, tout le monde ne sera peut-être pas de l'avis de M. Bouvier. On pourra bien y voir la clef des modifications, des transformations et des développemens par lesquels ont passé ses idées pour arriver à se confondre avec les miennes.

JULES GUÉRIN.

LETTRE SUR UN NOUVEAU MOYEN DE PRÉVENIR LA MORT CAUSÉE PAR L'INTRODUCTION DE L'AIR DANS LES VEINES; par L. AUG. MERCIER, interne à la Charité.

Dans un mémoire inséré dans la GAZETTE MÉDICALE du 5 août 1837, j'ai démontré que l'air introduit dans les veines des animaux ne produit pas la mort, au moins quand celle-ci est *immédiate*, en amenant dans les tissus ou la vitalité des organes une lésion quelle qu'elle soit; mais en agissant comme gaz, d'une manière toute physique. J'ai dit que l'air, arrivé dans les cavités droites du cœur empêchait le sang de passer dans les cavités gauches :

1° Par sa *compressibilité* et son *élasticité*, qui annihilent en partie la force de contraction du cœur;

2° Par son *reflux* de l'oreillette dans les veines voisines, et du ventricule dans l'oreillette;

3° Par son *mélange avec le sang*; car, en vertu de cette loi de physique qui établit que le mélange d'un gaz avec un liquide rend très difficile le passage de celui-ci dans les tubes très fins, le fluide nourricier ne traverse qu'avec peine les capillaires des poumons.

Toutes ces propositions se trouvent nettement exprimées, seulement dans un autre ordre, dans le mémoire cité plus haut (p. 485), et il faut convenir qu'il est peu de personnes qui m'aient complètement attribué ce qui m'appartient.

J'ai encore dit (p. 486) que la mort a lieu comme dans les syncopes long-temps prolongées, c'est-à-dire, parce que le cerveau ne reçoit plus le sang nécessaire à sa vie. Et l'on peut remarquer en effet que si dans la majorité des expériences, le pouls ne cesse pas complètement de battre, il devient au moins très faible, malgré le surcroît d'énergie que le cœur semble acquérir.

Je ferai même observer ici que ma manière de voir explique bien mieux qu'on ne l'a fait pourquoi on hâte la mort des animaux en leur donnant une position verticale. Elle explique aussi, au moins en partie, pourquoi l'homme succombe en général plus promptement que les animaux à l'introduction de l'air dans les veines. Le cerveau du premier ayant un volume et peut-être une activité proportionnels beaucoup plus considérables que celui des seconds, a besoin d'une quantité de sang beaucoup plus grande : je n'en donnerai pour preuve que le développement considérable de ses vaisseaux comparé à celui des quadrupèdes. Eh bien ! que le cours du sang vienne à être intercepté, cet organe mourra d'autant plus vite qu'il a besoin de matériaux plus abondans: de même que de deux personnes privées de nourriture, celle dont la nutrition est plus active succombera la première.

De toutes ces idées, j'arrivai à cette conséquence, que si l'on pouvait envoyer au cerveau toute la petite quantité de sang qui aborde dans le système artériel malgré l'obstacle, on retarderait la mort et on donnerait peut-être au cœur le temps de se débarrasser de l'air. Pour cela, il suffit de *comprimer l'aorte abdominale, et, au besoin, les artères axillaires.*

Sur une chienne de moyen-âge et d'une taille moyenne, bien portante, je coupai en travers le muscle sterno-huméral. Il y eut une hémorragie de 15 à 16 onces, et je fus même obligé de lier l'artère axillaire pour l'arrêter. On vit alors la veine se gonfler pendant l'expiration, et se vider pendant l'inspiration. Je l'ouvris en travers. L'air pénétra aussitôt avec la plus grande facilité; quatre élèves en médecine qui étaient avec moi ne doutèrent pas de son introduction. J'allai même jusqu'à écarter les bords de la plaie veineuse avec une pince. Bientôt anxiété extrême, respiration précipitée, puis affaiblissement, collapsus général; et, après dix minutes, la respiration était rare, profonde; c'était le seul signe de vie. Je comprimai alors l'aorte que l'on sentait à peine. Au bout de quelque temps, la respiration devint moins rare, l'animal poussa un *petit cri plaintif*; il ouvrit les yeux, puis leva la tête; et, enfin, voulut se mettre sur ses pattes; la respiration était presque revenue à son type naturel. Je cessai la compression. Aussitôt la respiration s'accéléra, puis se ralentit peu à peu, en même temps que l'animal retomba dans le collapsus dont il venait de sortir. Nouvelle compression, nouveaux phénomènes entièrement semblables aux premiers. Je cessai de nouveau de comprimer, et l'animal retomba une troisième fois dans un état voisin de la mort. Je voulus essayer si la douleur produite par la pression n'était pas la cause de ces cris plaintifs, de cette espèce de résurrection dont nous avions été déjà deux fois témoins. On pinça l'animal très fortement avec les ongles, avec des pinces, aux jambes, sur le tronc, à la face, à la langue; aucun signe de sensibilité. Troisième compression, la même scène se reproduit. Je cesse de nouveau, il retombe une quatrième fois; je comprime encore; la chienne pousse aussitôt de nouveaux cris, ouvre les yeux, lève la tête, essaie de se mettre sur ses pattes, et y reste, bien que j'aie cessé la compression : c'était une demi-heure précise après l'ouverture de la veine. Il ne restait plus qu'un air de stupeur et d'étonnement qui ne tarda pas à se dissiper, et bientôt l'animal lécha son sang, qui était coagulé sur la table. Il mangea deux heures après près d'une demi-livre de viande cuite : constipation pendant 48 heures, puis diarrhée pendant quatre jours. *Vous l'avez vu*, Monsieur le rédacteur, *le sixième jour après l'expérience, et vous avez pu juger par vous-même que, sauf son énorme plaie, il se porte parfaitement.* La plaie est maintenant en voie de cicatrisation.

Je sais bien qu'une seule expérience est loin de suffire pour prouver un fait comme celui-là: aussi, je me propose de la répéter plusieurs fois et de plusieurs manières, avant de livrer à l'impression le travail que je prépare sur les diverses questions relatives à l'introduction de l'air dans les veines. Cependant, il faut convenir que ce fait est fort remarquable, et que dans les cas où des animaux soumis à des expériences de ce genre sont revenus à la santé, on n'a jamais observé des alternatives semblables. D'ailleurs, on aurait pu m'objecter que l'air étant, après son passage dans les cavités gauches du cœur, projeté en totalité vers le cerveau, devrait exercer sur cet organe une influence fâcheuse, mon expérience démontre que cette crainte serait mal fondée.

LETTRE SUR LA DIÈTE SÈCHE DANS LE TRAITEMENT DES BRONCHITES AIGUES; par M. PIORRY.

Monsieur le rédacteur,

Je lis à l'instant, dans votre estimable journal, un article relatif à un mémoire de M. Williams, sur l'abstinence des boissons dans le rhume. Je revendique ici la priorité à bon droit. Il y a six ans que je la prescris dans certains cas de bronchorrhée, et j'en ai formulé le mode de médication, soit dans mes leçons cliniques, soit dans le bulletin clinique, soit enfin dans le traité du diagnostic. J'attendais pour faire un mémoire spécial sur ce sujet qu'un grand nombre de faits fussent réunis. Il y en a encore plusieurs de fort remarquables dans mon service à la Pitié. Je vous prie donc de ne pas laisser passer la publication de M. Williams sans y ajouter ma réclamation. Ce fait thérapeutique est fort important, et il serait injuste d'attribuer au médecin anglais un moyen qui a été publié par moi, depuis plusieurs années, dans beaucoup de travaux.

Agréez, etc.

Ce 7 avril 1838.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 2 AVRIL.

GUÉRISON DU TORTICOLIS ANCIEN AU MOYEN DE LA SECTION SOUS-CUTANÉE DU STERNO-MASTOÏDIEN ET D'UN APPAREIL MÉCANIQUE NOUVEAU.

M. Jules Guérin adresse un mémoire sur ce sujet. (V. le dernier numéro de la GAZ. MÉD. où ce mémoire a été publié, moins les observations détaillées des guérisons obtenues par la nouvelle méthode de M. Guérin.)

M. Fleury, interne des hôpitaux, adresse l'histoire d'un cas de torticolis récent, datant de deux mois, au moyen de la section sous-cutanée du sterno-mastoïdien. Cette opération a été faite plusieurs mois après celles que M. J. Guérin avait pratiquées dans son établissement, et publiquement à l'hôpital de la Pitié. Le procédé employé par M. Fleury a consisté, comme celui de M. Guérin, dans une simple ponction sous-cutanée, sans ouverture à la peau du côté opposé. Commissaires pour les deux communications : MM. Roux, Larrey, Serres, Breschet et Savart.

DE L'AZOTE DANS LES SUBSTANCES ALIMENTAIRES.

A l'occasion des recherches de M. Boussingault sur la proportion d'azote contenue dans les différens fourrages, recherches dont une deuxième partie a été présentée dans la séance précédente, M. Gannal annonce à l'Académie que ses travaux sur l'alimentation l'ont conduit à des conséquences différentes de celles qu'a tirées M. Boussingault de ses analyses et de ses observations, relativement aux propriétés nutritives des substances employées à la nourriture du bétail.

Il me serait impossible aujourd'hui, dit M. Gannal, de soumettre à l'Académie l'ensemble de mon travail; mais, dès à présent, je puis insister sur deux propositions que j'ai consignées dans une note déposée sous enveloppe cachetée le 27 mars 1837, propositions qui sont en opposition avec la théorie qui vous a été présentée, et qui peuvent s'énoncer de la manière suivante :

1° L'azote contenu dans certaines matières végétales n'est point assimilé. Ces substances sont alimentaires, seulement en raison de la quantité de fécule, de sucre, d'huile, de gomme et de mucilage qu'elles renferment.

2° Le dernier cinquième de chaleur animale qui n'a pu être déterminée par les belles expériences de MM. Dulong et Despretz, attendu que ces deux savans ne se sont occupés que du phénomène de la respiration, provient de la partie d'air atmosphérique avalée dans la déglutition, et assimilée par la digestion.

Je me suis assuré, poursuit M; Gannal, qu'une vache rend journellement par le lait, l'urine et les déjections fécales, dix fois plus d'azote que n'en contiennent les substances végétales qui ont servi à sa nourriture pendant les vingt-quatre heures; et ici je n'ai point tenu compte de la quantité de ce gaz qui s'exhale par la transpiration cutanée et pulmonaire. La source principale de l'azote fourni par les animaux vivant de végétaux doit donc être cherchée dans le mélange de l'air aux alimens, et à la salive que l'acte de la déglutition conduit dans les intestins.

M. Gannal ajoute avoir reconnu que les substances végétales ne sont pas alimentaires au même titre et de la même manière que les substances animales.

Les principes immédiats que l'on peut isoler par les procédés chimiques conservent, dit-il, leurs propriétés digestibles et assimilables, quoique séparées, tandis que les principes immédiats des matières animales ne sont plus digestibles ni assimilables, la matière animale n'est assimilable que dans sa composition organique.

EMPLOI DE L'OR DANS LE TRAITEMENT DES SCROFULES.

M. Legrand adresse, pour le concours au prix de médecine Monthyon, un mémoire sur l'emploi de l'or dans le traitement des scrofules des os, et communique en même temps quelques nouveaux résultats qu'il a obtenus de la même méthode de traitement dans les affections scrofuleuses des parties molles, depuis la présentation qu'il avait faite à l'Académie d'un travail sur ce sujet.

« Deux fois, dit-il, j'ai appliqué cette méthode dans des engorgemens peu considérables, mais rebelles, de la glande sublinguale; ils ont été rapidement dissipés par l'usage d'un sirop aurifère, après avoir résisté à plusieurs moyens locaux. Un de ces engorgemens datait de six ans. Trois autres applications sont relatives à des engorgemens très considérables de la glande sous-maxillaire et parotide. Dans deux de ces cas, il y a eu diminution des 7/8 au moins du volume; et dans l'autre, disparition complète, quoique la maladie datât de vingt ans. La guérison a été obtenue, dans le dernier cas, par l'oxide d'or, par la potasse en frictions sur la langue. » L'auteur cite encore trois guérisons obtenues dans des cas plus graves, puisque un grand nombre de glandes du cou étaient seulement engorgées. « Un de ces trois cas a offert, dit l'auteur, une légère rechute qui s'est manifestée pendant la convalescence d'une variole grave survenue peu après la terminaison du traitement. »

RECHERCHES MICROSCOPIQUES ET CHIMIQUES SUR L'URINE.

M. Donné adresse un mémoire sur ce sujet. Il y considère ce liquide non-seulement à l'état normal, mais encore dans les diverses affections, soit générales, soit locales, et particulières aux organes génito-urinaires.

Un assez grand nombre de substances variées concourent à la formation des sédimens des urines. On peut les partager en deux groupes: les unes appartiennent à la classe des acides et des sels, et forment des combinaisons régulières que l'on a étudiées avec d'autant plus de soin qu'elles entrent dans la composition des calculs urinaires, et que les procédés ordinaires d'analyse leur sont parfaitement applicables ; elles sont, en un mot, du domaine de la chimie proprement dite; aussi les connaît-on beaucoup mieux que les secondes, appartenant aux substances organiques. Pour ces dernières, on ne trouve pas dans les livres de médecine l'indication des caractères au moyen desquels on peut les distinguer entre elles, quand on les observe dans les dépôts des urines. C'est cette lacune que M. Donné a cherché principalement à faire disparaître, en exposant dans un tableau les caractères des différens dépôts, tant de ceux où dominent les matières salines que de ceux qui sont formés plus particulièrement des substances organisées.

EXTRAIT DE LA SÉANCE DU 9 AVRIL.

TRAITEMENT DU TORTICOLIS ANCIEN; par M. J. GUÉRIN.

M. le secrétaire perpétuel donne lecture de la lettre suivante :

« J'ai l'honneur d'adresser à l'Académie l'histoire détaillée de deux cas de torticolis ancien, traités et guéris à l'aide de la section sous-cutanée du muscle sterno-mastoïdien (chef sternal du sterno-cléido-mastoïdien des auteurs) et d'un nouveau traitement mécanique consécutif. A ces deux observations qui me sont propres, j'en ai joint deux autres, l'une relative à un cas de torticolis ancien, traité par Dupuytren en 1822, au moyen de la section sous-cutanée d'une portion des deux muscles sterno et cléido-mastoïdiens; l'autre relative à une affection spasmodique intermittente des muscles sterno et cléido-mastoïdiens et de la portion claviculaire du trapèze, traitée par M. Stromeyer de Hanovre également par la section sous-cutanée des trois muscles.

Le but de cette communication est non seulement de compléter le mémoire que j'ai adressé à l'Académie sur ce sujet, mais de préciser d'une manière rigoureuse ce qu'il y a de positivement nouveau dans la méthode que j'ai eu l'honneur de soumettre à son examen. Cette indication est devenue indispensable par suite d'une autre communication sur le même sujet que l'Académie a reçue dans sa dernière séance.

Ma méthode repose sur deux faits d'anatomie pathologique nouveaux, à savoir :

1° Que dans le torticolis ancien presque toujours la rétraction et l'arrêt de développement sont exclusivement bornés au muscle sterno-mastoïdien, que je considère comme un muscle distinct du cléido-mastoïdien;

2° Qu'il y a dans cette difformité, indépendamment de l'inclinaison de la tête du côté du muscle rétracté, une inclinaison en sens inverse de toute la colonne cervicale sur la région dorsale, qui persiste invariablement après la section du muscle.

Ces deux faits m'ont conduit, d'une part, à une simplification du traitement chirurgical, à la section du sterno-mastoïdien au moyen d'une seule ponction à la peau; de l'autre, à l'invention d'une machine propre à compléter, par un traitement consécutif, le redressement de la tête et à faire disparaître l'inclinaison cervico-dorsale. L'utilité de cette dernière indication était telle que je ne crains pas de l'affirmer, on n'avait produit jusqu'ici aucun cas de guérison complète du torticolis ancien.

De ces différens points que je crois nouveaux, un seul semblerait avoir été implicitement contesté dans une lettre écrite à l'Académie par M. Fleury : c'est le procédé de la section sous-cutanée du muscle sterno-mastoïdien, à l'aide d'une simple ponction à la peau.

Après avoir rapporté un exemple de cette opération pratiquée par lui le 11 mars dernier, c'est-à-dire deux et trois mois après les deux opérations que j'avais faites dans mon établissement et à l'hôpital de la Pitié, M. Fleury attribue à M. Stromeyer de Hanovre l'honneur d'avoir employé le premier ce procédé chirurgical. Cette assertion me paraît manquer doublement d'exactitude. En effet, Dupuytren avait dès 1822, ainsi qu'on le verra par une des observations annexées à cette lettre, fait la section sous-cutanée d'une portion des sterno et cléido-mastoïdiens, pour un cas de torticolis ancien; d'un autre côté, M. Stromeyer n'avait pas employé le procédé dont M. Fleury s'est servi après moi ; car dans la section qu'il a pratiquée des trois muscles atteints d'un spasme intermittent, le médecin de Hanovre a traversé la peau de part en part, en laissant une double plaie de quatre lignes environ de chaque côté; or, M. Fleury a opéré comme moi la section du seul sterno-mastoïdien, et comme moi il n'a fait qu'une simple ponction à la peau de une à deux lignes au plus.

Agréez, etc. »

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE EXTRAORDINAIRE DU 7 AVRIL.

EXTRAIT CINARIQUE OU D'ARTICHAUT.

M. Bally fait un rapport sur la vertu fébrifuge de l'extrait cinarique présenté par M. Montain, de Lyon. Pour juger de la vertu de ce médicament, la commission a dû le soumettre à des expérience. Un assez grand nombre d'individus (23) atteints de fièvre intermittente ont donc été traités avec cet extrait à l'Hôtel-Dieu. Il résulte de ces expériences, 1° qu'il faut administrer plusieurs onces de ce médicament avant de couper la fièvre; 2° que son action est lente et qu'elle ne peut aucunement être comparée à celle des sels de quinine. En conséquence, M. le rapporteur pense que l'extrait cinarique ne saurait pas remplacer les préparations du quinquina comme vermifuge; mais il mérite d'être conservé comme remède amer, utile dans plusieurs maladies de l'estomac.

La commission conclut en proposant d'adresser des remercîmens à l'auteur.

M. Mérat : L'amertume de l'extrait cinarique est tellement insupportable qu'on pourrait à peine avaler des quantités fort minimes de ce médicament. Imaginez-vous le dégoût extrême s'il fallait en prendre plusieurs gros ou plusieurs onces ! Il en faut effectivement plusieurs onces pour produire en plusieurs jours ce que quelques grains de sulfate de quinine produisent en quelques heures. En conséquence, l'extrait en question ne mérite pas, d'après moi, une grande considération.

M. Lodibert : L'extrait d'artichaut que notre confrère de Lyon s'est plu à appeler cinarique est anciennement connu en matière médicale : il avait été abandonné par des raisons peut-être valables. M. Montain vient de le reproduire; mais je ne vois pas qu'il vaille la peine d'y attacher de l'importance.

M. Bouillaud parle dans le même sens.

M. Desportes voudrait que la commission eût comparé cette substance amère à d'autres amers déjà connus comme fébrifuges, hors le quinquina, afin d'en mesurer le degré d'efficacité, car il y a des circonstances où l'on pourrait

manquer de l'écorce péruvienne, et, dans ce cas, l'extrait cinarique pourrait rendre de véritables services.

M. Bally : Nous avions eu pour mission de l'Académie d'expérimenter la substance présentée, et nullement de faire un travail sur les remèdes amers. Nous avons par conséquent rempli notre devoir.

Du reste, comme M. Montain est membre correspondant de l'Académie, nous n'avions qu'un simple rapport verbal à faire, et si nous avons proposé des remercîmens, c'est que nous connaissons l'auteur pour homme fort honorable, et plein de zèle pour les progrès de la science.

LITHOTRIPSIE.

M. Ségalas fait un rapport sur deux opérations de lithotripsie pratiquées avec succès par M. Gendron, médecin à Château-du-Loire.

Après une courte introduction sur la marche toujours progressive de la lithotripsie, M. Ségalas expose avec détail les deux faits qui forment le sujet du rapport. L'instrument dont M. Gendron s'est servi est le brise-pierre de M. Ségalas. Plusieurs circonstances ont paru dignes d'attention dans les deux opérations. M. Ségalas les résume dans les propositions suivantes que nous reproduisons textuellement.

« Les observations communiquées par M. le docteur Gendron sont remarquables sous plusieurs rapports.

» Elles prouvent d'abord, ainsi que nous l'avons dit en commençant, que la lithotripsie continue à se populariser, qu'elle prend faveur parmi les praticiens et parmi les malades de la province, comme elle a pris faveur au milieu de nous et dans Paris. Elles montrent ensuite, et cela ressort déjà de bien d'autres faits, que la lithotritie méthodiquement conduite peut, même dans des cas difficiles, dans des cas de pierres multiples, de vessie catarrhale, de prostate engorgée, donner un résultat satisfaisant, produire une cure complète, quand d'ailleurs les sujets sont de bonne constitution et d'un âge peu avancé.

» La première observation établit en outre la difficulté que l'on peut éprouver à saisir un calcul de petit diamètre, quand il est contenu dans une vessie à colonnes, ou derrière une prostate engorgée, et l'avantage qu'il y a dans ce dernier cas à mettre le bassin dans une position élevée, relativement à celle du reste du tronc. Mais sans nous arrêter à considérer ces observations sous leurs différens points de vue, nous allons relater les réflexions que l'une d'elles, la première, a inspirées à leur auteur. Si cette observation, dit M. Gendron, peut autoriser à déduire quelques règles applicables à la pratique de la lithotripsie, voici en résumé celles qui nous paraissent importantes

» 1° Il faut veiller à ce que le malade soit bien posé sur le bord de son lit; le siège doit être très élevé, et d'autant plus que la prostate est plus développée.

» 2° Le lithotriteur ne peut agir qu'autant que le malade supporte l'injection; or, pendant la séance, la vessie se contracte souvent et chasse impérieusement le liquide injecté; il faut alors retirer le brise-pierre, et après quelques instans de repos, recommencer l'injection, et, s'il n'y a pas tolérance, remettre à un autre jour, afin de ne pas fatiguer la vessie.

» 3° Evidemment la lithotritie n'est pas applicable à tous les cas. Lorsque les parois de la vessie sont douées d'une sensibilité excessive, l'opération de la lithotritie serait plus cruelle que la taille, car elle exige un temps bien plus long, et presque toujours plusieurs séances. Toutefois, il ne faudrait pas juger de l'inaptitude de la vessie après une première épreuve, car on peut arriver, par un traitement préalable, à lui donner la tolérance qu'elle n'avait pas. Cette tolérance varie tantôt en plus, tantôt en moins. Le praticien doit toujours l'apprécier, pour fixer l'époque et la durée des séances.

» Les malades se remettent assez promptement des douleurs occasionnées par la lithotritie. Ses dangers sont donc bien éloignés de ceux de la taille; si elle exige plus de temps, elle est aussi moins douloureuse et moins grave.

» 4° Lorsque le lithotriteur est introduit, on doit s'en servir pour explorer la vessie et chercher la pierre. Il ne faut jamais ouvrir l'instrument qu'après avoir obtenu le choc du calcul; on tourne alors les branches entr'ouvertes vers le point où la rencontre a eu lieu, en faisant toujours porter l'extrémité sur la paroi postérieure de la vessie; car c'est là que le calcul repose naturellement.

» La recherche du calcul est un point essentiel. Il ne faut pas craindre d'y consacrer du temps; c'est le moyen d'abréger l'opération. Lorsqu'on le sent bien au bout du lithotriteur, il semble que les doigts et l'instrument ne font plus qu'un, et en inclinant les branches ouvertes du côté où le choc vient d'avoir lieu, le calcul est ordinairement saisi avec facilité.

» 5° Un calcul que l'on a senti peut n'être plus rencontré, soit parce que des mucosités l'enveloppent, soit parce que des brides le dépassent : il faut alors s'abstenir de toute tentative et remettre à une autre séance.

» 6° Lorsque par la pression on éprouve une résistance assez forte, il est prudent de se servir de la percussion pour éviter de briser l'instrument.

» 7° Le col de la vessie étant très sensible et peu extensible, l'instrument ne doit agir que vers la partie moyenne de cette cavité ou vers son sommet.

» Tels sont les principes que M. Gendron pose relativement à la lithotritie; ils sont les nôtres en partie, mais nous ne saurions les adopter complétement; il est des points sur lesquels ils diffèrent de ce que l'expérience nous a appris.

» D'après M. Gendron, le brise-pierre ne peut agir qu'autant que la vessie supporte l'injection, et lorsqu'elle rejette le liquide injecté, il faut retirer l'instrument, laisser reposer le malade quelques instans, puis renouveler l'injection, et si elle n'est pas tolérée, remettre l'opération à une autre séance.

» Cette manière de procéder est celle dont nous avons fait usage pendant longtemps. Aujourd'hui, il nous est démontré que des malades qui ne peuvent point supporter l'injection, parviennent, sous l'influence du repos, du régime, des boissons mucilagineuses, des bains entiers, des lavemens émolliens, et quelquefois des émissions sanguines, à conserver dans la vessie une quantité d'urine suffisante pour la manœuvre du lithotriteur, et nous insistons peu sur les injections; le plus souvent même nous n'en faisons point; nous nous bornons à étendre les urines le plus possible, et à attendre que la vessie en ait reçu une certaine quantité pour introduire et faire agir le brise-pierre. Nous trouvons à cela un grand avantage, celui de simplifier l'opération et d'éloigner deux causes de douleur, d'irritation, savoir, l'introduction de la sonde et la distension de la vessie par un liquide étranger, venant avec plus ou moins de célérité. Nous croyons même n'avoir dû qu'à cette façon de procéder le bonheur d'opérer avec succès plusieurs malades très gravement affectés, notamment M. Tresca de Lyon, proche parent et ami intime d'un chirurgien réputé de notre excellent collègue M. Bouchet. M. Tresca n'a jamais pu conserver le liquide qu'on injectait dans sa vessie, quelque ménagement, quelque lenteur qu'on apportât à cette injection, et cependant nous avons eu la satisfaction de le débarrasser, par la lithotritie, d'une pierre d'acide urique de vingt-deux lignes de diamètre. M. Rognetta a vu ce malade.

» M. Gendron veut qu'on n'ouvre jamais le brise-pierre pour saisir le calcul qu'après avoir obtenu le choc de l'instrument contre celui-ci. Je ne partage pas cette manière de voir; je pense que si, dans la plupart des cas, on peut et on doit toucher un calcul avant d'ouvrir l'instrument sur lui, il en est d'autres où, loin d'abréger l'opération, comme le dit notre honorable correspondant, on l'allongerait beaucoup, en attendant, pour saisir le corps étranger, que l'on eût produit et surtout perçu le choc du brise-pierre sur lui. Tels sont les cas de pierres petites et molles, et surtout de certains fragmens de très faible dimension et de très peu de consistance. Tel était celui d'un médecin que j'ai lithotritié sous les yeux et sur l'invitation d'un célèbre lithotomiste, de M. le docteur Souberbielle. Si, pour prendre les corps ténus et peu résistans disséminés entre les colonnes charnues de la vessie, j'eusse exigé pour condition d'en avoir entendu ou senti le choc, jamais je ne serais parvenu à épuiser une carrière où un autre lithotriteur fort expérimenté venait d'opérer, pendant trois années consécutives sans atteindre le but désiré.

» A part ces deux points, les idées émises par M. Gendron sur la lithotritie sont presque entièrement conformes à celles que nous nous sommes faites au sujet de cette opération; il nous suffit de les avoir reproduites.

» Nous proposons à l'Académie de remercier M. Gendron de la communication intéressante qu'il a bien voulu nous faire, de renvoyer son travail au comité de publication, et d'engager notre savant et laborieux correspondant à nous faire part des nouveaux faits qu'il pourra recueillir, ainsi que des réflexions auxquelles ils l'auront conduit. » (Adopté.)

PIÈCES PATHOLOGIQUES EN CIRE.

M. Despine fils, médecin aux eaux d'Aix en Savoie, présente plusieurs pièces pathologiques en cire, représentant des maladies qu'il a guéries à l'aide des eaux thermales. Ces pièces sont au nombre de trois; l'une est relative à une tumeur blanche du coude, offrant plusieurs ulcérations fistuleuses; le traitement qu'il a employé consiste en douches d'eau sulfureuse, pommades résolutives, compression méthodique, et remèdes toniques intérieurs; les deux autres représentent deux cas de syphilides à la face, qui avaient résisté aux médications ordinaires, et qui ont cédé à l'usage des eaux thermales combinées aux mêmes remèdes mercuriaux qui, administrés auparavant seuls, s'étaient montrés inefficaces.

Sur 29 cas de tumeurs blanches que M. Despine a eu à traiter dans l'espace de cinq ans, 13 existaient au genou, 9 au coude, 4 au carpe et 3 à l'articulation du pied. Sur ce nombre total, 16 ont guéri radicalement, 9 ont été considérablement amendés, et 4 ont nécessité l'amputation.

Sur 33 cas de syphilis ancienne qu'il a traités dans le même espace de temps, 24 ont guéri radicalement, 8 sont partis avant guérison, 1 seul a été entièrement réfractaire au traitement.

Une remarque curieuse que M. Despine a eu l'occasion de faire, c'est qu'en administrant les mercuriaux en frictions, ou autrement, conjointement aux boissons d'eaux thermales, on n'observe jamais la salivation.

M. Despine termine sa communication en faisant connaître qu'ayant appris à l'hôpital Guy à confectionner en cire des pièces pathologique, il a fondé à Aix une sorte de muséum qui s'enrichit tous les ans par la représentation des nouveaux cas qui se présentent à son observation.

Les trois échantillons qu'il a présentés nous ont paru d'une perfection remarquable.

M. Dubois (d'Amiens) fait un rapport favorable sur un mémoire de M. Thomas, médecin à la Nouvelle-Orléans, relatif aux fièvres intermittentes pernicieuses de ce pays. (Remercimens.)

Séance levée après cinq heures.

SÉANCE DU 10 AVRIL. — PRÉSIDENCE DE M. MOREAU.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Lettre ministérielle avec envoi d'un remède secret contre les hémorragies;

2° Lettre idem, avec envoi d'un rapport du médecin des épidémies de l'arrondissement d'Ajaccio en Corse;

3° Lettre idem, avec envoi d'un rapport sur les eaux minérales du Mont-d'Or.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

1° Lettre de M. Despièces sur le magnétisme animal;

2° Lettre de M. Deparge avec de nouvelles observations sur l'ergot du seigle;

3° Observation d'une maladie calculeuse, par M. Souberbielle.

— Après le dépouillement de la correspondance, M. Husson, vice-président, annonce à l'Académie la perte douloureuse qu'elle vient de faire en la personne de M. Salmade, décédé le 7 de ce mois. Une députation de l'Académie a assis-

té à ses obsèques, et M. Pariset a prononcé sur la tombe un discours dont il donne lecture. Il sera imprimé dans le bulletin de l'Académie.

L'ordre du jour rappelle l'élection d'un membre dans la section de médecine opératoire. La liste des candidats présentés est la suivante :

1° MM. Bérard et Jobert *ex æquo* ;
2° M. Malgaigne;
3° M. Sédillot;
4° M. Laugier;
5° M. Robert.

Il y avait 130 votans; au premier tour de scrutin, M. Bérard a eu 85 voix, M. Jobert 30, M. Sédillot 8, M. Malgaigne 4, M. Laugier 2 et M. Robert 1. En conséquence M. Bérard a été élu membre de l'Académie.

SUR LA PESTE.

Sous le titre de *Notes sur la peste recueillies en Orient, il y a quarante ans*, M. Renoult fait une courte lecture sur cette maladie. La peste est-elle contagieuse? C'est à peu près la seule question qui soit traitée dans cette notice. L'auteur se prononce pour la négative; mais il affirme qu'elle est endémique, non seulement en Egypte, mais encore en Syrie, et sur tout le littoral de la mer de Turquie. Il l'attribue à la malpropreté des villes et des habitans : toutefois les musulmans y échappent souvent; ils ont pour cela deux préservatifs puissans, la sobriété et la fatalité qui les fait vivre dans la plus parfaite indifférence, bien persuadés qu'il n'en arrivera que ce que Mahomet voudra.

Néanmoins, M. Renoult approuve fort l'institution des lazarets; mais il ne les croit bons qu'à calmer les imaginations effrayées.

M. Villermé : Je n'ai pas d'opinion sur la peste; je n'en puis pas avoir, car je ne l'ai jamais vue. Il n'en est pas de même de la fièvre jaune et du choléra. M. Renoult attribue la peste à la malpropreté des villes africaines. Il dit que les rues n'étant pas pavées, les pluies ou les débordemens des fleuves en viennent détremper la terre, et s'il survient ensuite de fortes chaleurs, ce qui est presque inévitable, cette boue entre en fermentation et laisse exhaler des miasmes qui donnent la plus terrible des maladies, la peste enfin; eh bien! cette étiologie si vraisemblable, je n'y crois pas, et voici mes raisons. Il existe en Amérique des villes en tout point comparables aux villes égyptiennes et qui n'ont jamais eu la peste, telle est entre autres la Vera-Cruz que je ne connais que sur le rapport des voyageurs, comme je connais le Caire, Damiette, Alexandrie, etc.

M. Londe demande quel est le mode de sépulture des Egyptiens.

M. Renoult répond qu'ils choisissent en général les hauteurs pour enterrer les morts, et cela dans des vues hygiéniques.

M. Récamier : La question de la contagion est aussi ancienne qu'elle est intéressante pour la société; mais elle n'en est pas plus claire aux yeux de beaucoup de personnes; c'est qu'en général on la considère d'une manière trop absolue. Il y a pour les maladies plusieurs manières de se transmettre. Et par exemple, la petite-vérole se communique par contact et à distance. Prenons maintenant le typhus. Vous rappelez-vous ce qui se passa aux assises d'Oxford? Des criminels atteints de typhus sont apportés devant leurs juges, et les juges prennent le typhus. Allons à Marseille; lisez l'histoire de la peste de 1720, par Bertrand et Chicoineau, et vous verrez la maladie partir d'un point bien isolé, bien circonscrit, et se propager de proche en proche. Si de là nous passons à Moscou, c'est toujours la même marche; ainsi, quelle que soit la manière de naître d'une maladie telle que la peste, le typhus, la fièvre jaune, etc., lorsqu'elle est développée, elle crée une atmosphère, un foyer d'infection qui exposeront tous ceux qui la respirent; je distingue, comme on voit, l'origine de ces maladies et la puissance de ces mêmes maladies lorsqu'elles sont développées; je crois donc que l'opinion de M. Renoult est beaucoup trop absolue, et je la repousse.

M. Rochoux : Ce que j'ai à dire rentre si fort dans ce qu'a dit M. Récamier que ce n'en est qu'une variante. Si les observations de typhus recueillies dans ces derniers temps sont exactes, nul doute que le typhus ne soit éminemment contagieux, car il se transmet de personne à personne; seulement il y a des différences entre les contagions; ainsi un atome de virus suffit pour reproduire la variole, la syphilis, etc.; au contraire, il en faut une certaine dose pour reproduire le typhus; il paraît qu'à cet égard la peste se rapproche du typhus. Du reste, Savaresi a dit que la peste était transmissible d'individu à individu. Clot lui-même a vu qu'il avait été trop loin en niant complètement la contagion, et il est revenu sur ses pas.

Je crois donc que d'un certain nombre de pestiférés il s'élève des miasmes susceptibles de reproduire la maladie, ce qui est bien le caractère de la contagion; mais cette contagion n'est pas à beaucoup près aussi active qu'on l'a dit. Il est en effet des médecins qui voient toujours la contagion à cheval sur un bout de corne ou sur les ailes d'une plume ou d'une toile d'araignée, c'est l'exagération de la peur. Les lazarets n'en sont pas moins inutiles; il suffit pour éteindre la maladie de disséminer les malades.

M. Chervin : Je ne parlerai ni pour ni contre la contagion de la peste. N'ayant pas vu cette maladie, il ne m'appartient pas d'avoir une opinion. A l'égard du typhus, je suis du sentiment de MM. Récamier et Rochoux, je ne le crois contagieux que dans certaines conditions, et comme M. Rochoux encore, je n'en condamne pas moins les mesures sanitaires usitées pour arrêter la contagion. Ces mesures sont mauvaises et inutiles, inutiles en ce qu'il suffit de séparer les malades pour faire cesser la maladie. A cet égard, M. Larrey nous a donné un exemple que je propose pour modèle. Regarder une maladie comme non contagieuse et plaider en faveur des lazarets, c'est se contredire soi-même; c'est ce qu'a fait M. Renoult. Il maintient, dit-il, cette institution parce qu'elle lui paraît propre à rassurer les populations, et moi je dis qu'elle n'est bonne qu'à les effrayer.

M. Renoult : C'est l'idée de la contagion qui a fait créer les lazarets, et cette idée remonte bien haut. Cette institution est chère à la société, et ce n'est pas sans danger qu'on la lui enlèverait. Le peuple se persuade que la maladie s'arrête là, et il vit tranquille; pourquoi lui enlever cette sécurité?

M. Bouillaud : J'ai entendu avec intérêt la lecture de M. Renoult, et je ne prête pas moins d'attention à la discussion qu'elle a suscitée. Ce n'est pas la première fois qu'on parle de contagion dans cette enceinte, et il me semble que depuis lors les idées de quelques membres et en particulier celles de M. Chervin se sont modifiées. Je m'étonne de l'entendre parler de la contagion du typhus. Pour éclaircir cette question, il faut revenir à la distinction de la contagion et de l'infection, distinction si bien établie par M. Dupuytren dans un rapport fait à l'Institut. Personne ne peut douter que le rassemblement d'un grand nombre de malades dans un lieu resserré ne compose une atmosphère fort peu agréable; mais de là à la contagion il y a loin.

Pour moi, je n'ai pas vu le typhus, ou, du moins, je l'ai vu dans un temps où mes observations étaient trop imparfaites pour être très fructueuses; mais je ne crois pas qu'il existe un seul fait qui prouve invinciblement qu'il est communicable d'individu à individu; il faut toujours des circonstances favorables pour le faire naître. M. Renoult approuve l'institution des lazarets, et il croit qu'ils n'ont été inventés que pour calmer les imaginations effrayées. Erreur! ils ont pris leur source dans la foi qu'on avait à la contagion. Si cette foi s'est perdue, il faut en détruire les effets sans ménagement.

M. Larrey : Je regrette d'être obligé de contredire mon très honorable collègue M. Renoult; mais il m'est impossible de laisser passer ses paroles sans un mot de réponse. Quoi qu'il en dise, M. Renoult a vu très peu de pestiférés, je le sais, puisqu'il était sous mes ordres. Moi qui en ai vu beaucoup, je suis d'un avis opposé au sien. Je déclare que la peste est très contagieuse. Tous ceux qui ont fait des expériences avec l'idée qu'elle ne l'était pas sont morts victimes de leur incrédulité. Parce que j'ai échappé à la peste moi et bien d'autres, cela ne prouve absolument rien. Sans doute, il faut des circonstances pour développer cette contagion, mais elle est réelle.

M. Renoult : M. Larrey prétend que je n'ai pas vu la peste; je l'ai vue et bien vue : il a cité un chirurgien qui ne croyait pas à la contagion et qui en mourut, c'est vrai; c'est le chirurgien Marclé; mais il faut dire qu'il s'était affaibli à force de travail, et l'on sait que rien ne rend plus sensible à la contagion qu'un grand affaiblissement. Seresol, autre chirurgien, en mourut aussi. Pourquoi? Il avait bien supporté l'épidémie jusqu'au moment où il rencontra la femme d'un capitaine du génie qui venait de perdre son mari; il recueillit cette femme, vécut avec elle et s'épuisa. A son lit de mort, un musulman lui dit : « J'aurai soin de votre femme et de son enfant. » « Prends ma femme, répondit-il; prends mon argent et prends la peste : *piglia la peste*. »

M. Récamier : On dit qu'il faut des circonstances favorables pour faire réussir la contagion de la peste; mais, sans aucun doute, tel sujet prend la petite-vérole à 70 ans qui y avait résisté jusque-là. M. Chervin voudrait raser les lazarets; ce serait la plus haute imprudence; prétend-il donc à une certitude absolue?

M. Castel : Savez-vous pourquoi on ne peut s'accorder? C'est qu'on pose mal la question. Dans une autre circonstance, j'ai eu occasion de publier un mémoire où je crois avoir mis le doigt sur la difficulté. Je disais dans ce mémoire sur la fièvre-jaune, que nul ne pouvait dire qu'elle fût toujours contagieuse, nul qu'elle ne le fût jamais. Le caractère contagieux n'est pas essentiel aux maladies, c'est un épiphénomène qui peut s'y joindre ou manquer, les maladies restant les mêmes.

M. Chervin : Si M. Récamier croit que je propose la suppression des lazarets avant d'avoir acquis la certitude que la fièvre jaune n'est pas contagieuse, il se trompe. Il faut commencer d'abord par s'éclairer. Je répondrai à M. Bouillaud que mes opinions sur le typhus n'ont pas changé depuis 1813. A cette époque, je le vis à Mayence, et, dès ce moment, j'ai été convaincu qu'il n'est point contagieux, c'est-à-dire communicable d'individu à individu, mais seulement transmissible par mode d'infection s'il y a dans le foyer de la maladie une certaine dose des miasmes qui s'exhalent des corps malades; de même que pour l'arrêter, il suffit d'étendre ces miasmes, en séparant les malades.

M. Lodibert : Il est remarquable que le typhus ne se plaît que dans les armées vaincues, il épargne presque toujours les vainqueurs. Je ne connais qu'un exemple à cette règle, c'est peu de temps après la bataille de Leipsik, lorsque le vainqueur, abusant de sa victoire, poursuivait l'ennemi à outrance. J'avoue, d'ailleurs, qu'il n'y a pas de meilleur moyen de faire cesser la maladie que de disséminer les malades; c'est le conseil que je donnai au préfet de Mayence. Au lieu d'accumuler les malades dans un hôpital, je lui conseillai de les diviser en plusieurs hôpitaux, et je lui fis sentir de mon mieux qu'il y était personnellement intéressé; car si malheureusement la maladie se répandait dans la ville, il ne le verrait pas sans chagrin, et je ne manquai pas de lui dire que le chagrin était une des causes les plus efficaces du typhus.

Diewerbrooch dit expressément qu'il se préserva de la peste en se soutenant par un peu de vin, et en y mettant sa confiance entière.

M. Ferrus croit qu'on n'a pas des idées bien nettes sur le sens qu'il convient d'attacher à ces mots : *infection* et *contagion*. La question lui paraît d'ailleurs si intéressante qu'il propose de former une commission pour s'en occuper.

M. Bally : Mon opinion sur la contagion de la fièvre jaune est fort connue; je n'en ai pas changé depuis 36 ans. Je crois toujours qu'elle est susceptible de se communiquer et par contact et sans contact, par l'intermédiaire de l'air. Si je n'admettais pas la contagion, je proposerais de raser de fond en comble tout ce qui porte le nom de lazaret. A cet égard, je dirais, comme M. Bouillaud : point de ménagement. Mais je n'ai pris la parole que pour rapporter un fait. Il a été une époque où les hôpitaux du Midi étaient encombrés de malades atteints du typhus. A Toulon, à Marseille, à Gênes, etc., on fut obligé d'improviser des hôpitaux supplémentaires. A Toulon on choisit près de la ville un lieu, le plus salubre du monde; dans le lieu on choisit la maison la mieux située et la plus saine; on y transporta des blessés et des fiévreux,

Toutes les plaies se couvrirent de la pourriture d'hôpital, et le typhus s'empara de tous les fiévreux.

Je livre ce fait à votre méditation.

M. Delens: J'ai entendu dire que les mots d'*infection* et de *contagion* ne réveillaient pas des idées bien nettes : je crois, au contraire, qu'ils ont été très bien définis. Au reste, pour moi, j'avoue que l'infection et la contagion ne sont que deux degrés du même phénomène. Qu'importe, en effet, le mode de transmission d'une maladie si elle se transmet. Il en est de la matière contagieuse comme des médicamens : ils n'agissent pas sur tous les âges et sur tous les tempéramens de la même manière et aux mêmes doses.

M. Rochoux appuie, par des exemples, le sentiment de M. Delens, et répète que, si un atome de virus varioleux suffit pour faire naître la variole, il faut une certaine quantité de miasmes pour produire le typhus. Il admet la contagion de la peste et du typhus, mais il nie celle du choléra et de la fièvre jaune. Il n'y a pas plus de danger, dit-il, à approcher ces maladies, en quelque nombre qu'elles soient, qu'à visiter des fractures.

M. Ferrus répond à M. Delens que le mode de contagion, loin d'être indifférent, est, au contraire, un point capital dans la question, car c'est là ce qui constitue l'infection ou la contagion.

Il est cinq heures, la discussion s'arrête :

BIBLIOGRAPHIE.

Traité des études médicales ou de la manière d'étudier et d'enseigner la médecine; par E. F. Dubois (d'Amiens), D. M. P. — Paris 1838. Un vol. in-8 de 624 pages. Librairie médicale de Labé, successeur de Deville-Cavelin, rue de l'Ecole-de-Médecine, 10.

Il n'est pas douteux que l'étude et l'enseignement des sciences médicales ne présentent un grand nombre de difficultés et d'obstacles que, dans l'état actuel des choses, il ne serait pas impossible de faire disparaître; parmi ces difficultés celle qui a le plus frappé l'auteur du *Traité des études médicales*, c'est le défaut d'ordre, de régularité, de suite dans les études; c'est le défaut de méthode dans la manière d'étudier et d'enseigner la médecine; c'est aussi cet obstacle qu'il s'efforce de tout son pouvoir d'écarter en signalant dans ce volume l'ordre quel'on doit suivre dans l'étude et dans l'enseignement des sciences médicales. Sans nier la réalité de ce défaut de méthode qui n'est que trop apparent et qui est senti par tout le monde, nous n'admettons pas cependant avec M. Dubois que toutes les difficultés, que tous les obstacles tiennent à ce vice unique. Il y en a d'autres qu'il serait aussi facile de signaler et qui, se liant en partie au moins à l'organisation sociale actuelle, ne disparaîtraient qu'avec la plus grande difficulté; parmi les plus graves de ces obstacles nous citerions surtout le nombre beaucoup trop considérable des élèves relativement au petit nombre de professeurs dont les cours sont réellement suivis; l'isolement de la plupart des élèves et sortout l'absence de rapports entre eux et les professeurs, qui, appelés par d'autres devoirs, d'autres occupations, aussitôt après leur leçon finie, sont obligés de renoncer à cette part d'influence qu'ils exerceraient certainement sur la conduite et les études des élèves, s'ils avaient avec eux des rapports plus fréquens et suivis. Nous aurions encore bien d'autres obstacles à signaler, mais nous ne devons nous occuper ici que de celui que M. Dubois cherche à écarter et dont il a peut-être exagéré l'importance relative.

Examinons donc le plan que propose l'auteur pour remédier à cette absence de méthode dont l'effet, nous le reconnaissons, exerce une influence funeste sur les études médicales, et suivons-le d'abord dans l'exposition qu'il en donne lui-même. « Il ne suffit pas, en effet d'étudier, mais de bien étudier; il ne suffit pas de savoir où l'enseignement est bien distribué, semestre par semestre, mais comment on doit réagir intellectuellement sur cet enseignement, comment et dans quel ordre on doit l'accepter.

» Nous avons cherché à conduire, en quelque sorte, l'étudiant pas à pas, dans cette longue route scientifique qui a pour but l'art de guérir, à le faire passer méthodiquement, et, pour ainsi dire, de lui-même, à travers toute la série de ses études, et de manière à lui faire éviter ces erreurs, ces fausses routes, si fréquentes dans un enseignement suivi au hasard.

» Il en résulte que tout est contina dans notre ouvrage, tout est lié, tout se tient, c'est un perpétuel enchaînement de faits et de raisonnemens. Aussi, ne l'avons-nous pas divisé par chapitres, et nous avons dû recourir à cet ancien usage des annotations marginales, trop négligé peut-être aujourd'hui.

» Ainsi, sans avoir à chercher au milieu du texte le sujet dont il est question, la spécialité scientifique qui s'y trouve traitée, il suffira de jeter les yeux sur les annotations, et, dès-lors, on saura de quelle grande division scientifique, de quelle science particulière on expose la méthode, on résume les lois. »

Cette graduation artificielle des études, qui s'étendent à mesure que l'intelligence s'est développée, ne peut avoir que les plus heureux résultats; elle produira économie de temps et de travail, et diminuera, si elle est bien conduite, le nombre de ces préjugés scientifiques, effets de connaissances anticipées et incomplètes. Du reste, le plan proposé par M. Dubois ne diffère de l'ordre de choses généralement adopté que par la liaison qu'il établit entre les différentes études. Ainsi, nous trouvons d'abord les études préliminaires, l'étude des langues anciennes, etc. Ensuite, celles qu'il désigne sous le nom d'études de transition : la rhétorique, la logique, la philosophie et les mathématiques; puis, de là, l'élève passe, comme nous l'avons tous fait, aux études scientifiques, sciences physiques, sciences naturelles; et, enfin, sciences médicales.

Les notions scientifiques que présente M. Dubois à l'occasion de ces divers sujets nous ont paru exactes, bien que prises d'un point élevé, qu'il ne sera peut-être pas donné à tous les élèves d'atteindre; elles sont exprimées avec cette concision, disposées avec cet esprit de classification et de généralisation qui indiquent une grande facilité de perception. Peut-être cependant l'expression de l'auteur est-elle toujours trop positive, et exclut-elle trop complètement le doute sur tous les points dont il s'est occupé. Pour lui, la polémique semble être une nécessité, comme pour M. Broussais, dont il adopte l'opinion, et qui, dans le discours prononcé dernièrement à la rentrée de l'école, appelait les élèves à la controverse, et accusait ceux qui y restaient étrangers de renoncer à leur profession.

Nous pensons qu'ici comme ailleurs l'auteur a donné trop d'extension aux prérogatives des élèves. Peut-être cela tient-il à ce qu'ayant embrassé à la fois les améliorations que réclament l'étude et l'enseignement de la médecine, il n'a pas toujours assez complètement distingué ce qui était du devoir du professeur de ce qui ne concernait que les élèves; mais, du point de vue d'où il a pris la science, M. Dubois ne pouvait séparer entièrement ces deux objets de son travail, dans lequel il a touché plusieurs questions d'organisation et de réforme, que nous regrettons de ne pouvoir indiquer, et où surtout il nous paraît avoir distingué avec justesse la mission des corps enseignans, ou facultés de celles de corps essentiellement et uniquement scientifiques ou académiques. Nous terminerons cette notice en citant le passage suivant, qui fera connaître la manière dont il voudrait que l'enseignement fût dirigé, et prouvera que, loin d'ordonner la polémique aux élèves, il semblerait même disposé à la défendre aux professeurs.

« Pour être utile aux élèves, il faut se résigner d'abord à faire moins d'éclat; il ne faut pas chercher à faire scission avec tout ce qui a été jusque-là enseigné; il faut, au contraire, montrer de perpétuels exemples des faits acquis dans la science; à cette condition, on sera véritablement didactique.

» Que si, en même temps, on veut travailler à faire marcher la science, tout en respectant les acquisitions déjà faites, on pourra, par des expériences nouvelles, en augmenter la somme.

» C'est ainsi que les expérimentateurs agissent dans les sciences purement physiques; dans l'enseignement, ils restent didactiques, ils ne rougissent pas de répéter ce que les autres ont avancé; mais, en même temps, et avec des aides suffisamment instruits, et dans le silence de leur cabinet, dans le food de leur laboratoire, ils se livrent à des expériences nouvelles; lorsqu'ils ont obtenu des résultats satisfaisans de ces mêmes expériences, ils les soumettent, non pas aux jeunes élèves qui suivent leurs leçons, mais aux hommes vieillis dans les sciences; et quand ces résultats, d'abord timidement présentés, ont à leur tour reçu la sanction du temps, ils prennent rang parmi les préceptes; ils sont également enseignés aux élèves; c'est ainsi qu'il faudrait entendre l'expérimentation clinique, c'est ainsi qu'il faudrait joindre l'analyse à la synthèse dans cette partie de la médecine. »

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

IMPRIMERIE DE FÉLIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

Gazette Médicale

DE PARIS.

LA GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux réunis*) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°.—Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Poissonnière*, n° 5, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE.

RÉPONSE A UNE LETTRE DE M. LE DOCTEUR BULARD, publiée dans la GAZETTE MÉDICALE du 31 mars dernier, relative aux expériences à faire sur la contagion ou la non contagion de la peste; par M. le docteur CHERVIN.

Je vois par la lettre que M. le docteur Bulard vient de faire paraître dans le dernier numéro de la GAZETTE MÉDICALE, que ce courageux investigateur de la peste est peu au courant, soit de mes travaux, soit des résultats qu'ils ont obtenus, soit de mes opinions, et c'est ce que je vais prouver aussi brièvement qu'il me sera possible.

Je ferai voir ensuite que des expériences faites dans les localités où règne la peste, comme le désire M. le docteur Bulard, ne seraient point concluantes, et qu'elles deviendraient même une source de graves erreurs, et je m'occuperai après cela de divers autres points dont ce médecin parle dans sa lettre.

Enfin, tout en remerciant M. Bulard de l'empressement qu'il met à m'offrir « les moyens de statuer d'une manière définitive sur le véritable caractère de transmission de la peste », je ferai remarquer que le moyen qu'il propose aujourd'hui, comme étant le seul capable de conduire à la solution de ce grand problème, n'est point nouveau, car je l'ai moi-même proposé il y a cinq ans, c'est-à-dire à une époque où les questions sanitaires étaient certainement beaucoup moins avancées qu'elles ne le sont à présent. Mais ce que je dis ici ne m'empêche point d'applaudir hautement au zèle ardent de M. le docteur Bulard, et de faire des vœux avec lui pour que la vérité sur le caractère contagieux ou non contagieux de la peste soit bientôt connue, de quelque côté qu'elle puisse se trouver.

Suivant M. Bulard « ma lutte contre la fièvre jaune et contre les partisans de la contagionabilité de cette maladie aurait été *peu profitable dans son issue*. » J'aime à croire que lorsque les faits que je vais exposer seront connus de ce médecin, il modifiera son opinion sur ce point.

En 1826, je demandai à la chambre des députés l'ajournement de la formation des lazarets projetés dans la vue de mettre la France à l'abri de la fièvre jaune; mais attendu « que rien n'était encore décidé sur la grande question de la contagion ou de la non contagion, la chambre pensa que les travaux des lazarets ne pouvaient être suspendus. » Elle renvoya seulement ma pétition au ministre de l'intérieur « en l'invitant à faire examiner avec soin les nombreuses pièces et documens dont elle était appuyée. (1) »

On sait que cet examen fut confié à l'Académie royale de médecine, et que les conclusions du rapport de sa commission furent « que mes documens étaient de nature à motiver l'ajournement que j'avais demandé

(1) *Moniteur*, du 12 mars 1826.

Feuilleton.

PROCÈS DE RESPONSABILITÉ MÉDICALE EN ANGLETERRE.—CONDAMNATION DU DOCTEUR SPILLING PAR LES ASSISES DE YORKSHIRE.

Londres, ce 3 avril 1838.

Mon cher confrère,

Vous avez probablement ouï parler d'un procès de responsabilité médicale, qui a eu lieu tout récemment aux assises de Yorkshire, et qui a fait beaucoup de bruit, tant à Londres que dans tout le reste des deux royaumes. Nous nous étonnions naguères, en lisant les feuilletons de la GAZETTE MÉDICALE, de voir des procès de cette nature intentés en France aux Hélie, aux Thouret-Noroy et à plusieurs autres. Nous voici dans le même cas en Angleterre. Cette malheureuse affaire intéressera, sans doute, les médecins français, tant sous le rapport des faits que sous celui des principes appliqués. Peut-être même y verront-ils un cas bien tranché, où la responsabilité médicale ait dû être mise légitimement en cause.

Je me hâte de vous dire, avant d'entrer en matière, que nos tribunaux procèdent autrement que les vôtres dans ces sortes de procès. Comme il s'agit de faits que les médecins seuls sont aptes à apprécier, le tribunal nomme quatre experts, chirurgiens ou médecins, dont deux remplissent les fonctions de défenseurs de l'accusé; les deux autres soutiennent, comme le procureur-général, l'accusation et la partie civile. Les témoins sont interrogés et par les juges et par les quatre experts.

Dans le cas présent, les chirurgiens défenseurs ont été MM. DUNDAS et BAINES, les accusateurs MM. STARKIE et WARTLEY. L'accusé est M. Spilling, médecin, à cheveux blancs, établi à Ecclesfield, village à cinq milles environ de Sheffield. M. Spilling est un homme d'une mine respectable, jouissant de la meilleure réputation dans son pays et dans les pays environnans, et comme praticien et comme homme probe et humain. Voici le chef de l'accusation :

Le 5 juillet 1836, à neuf heures du soir, M. Spilling est mandé à Hirst, petit village éloigné de deux milles de son domicile, pour accoucher la femme Isabelle Turnor. M. Spilling trouve la femme en travail, sent la tête de l'enfant, qu'il croit vicieusement placée, et emploie l'instrument obstétrical appelé levier, dans le but de la redresser. Malheureusement la femme meurt après ces manœuvres, sans être accouchée, et l'autopsie, faite judicieusement, en présence de plusieurs médecins et de M. Spilling lui-même, montre de graves désordres, entre autres le vagin et la cavité péritonéale largement perforés par l'instrument obstétrical, tandis que l'utérus est intact et dans la première période du travail. L'accusation porte que M. Spilling aurait appliqué le lévier d'une manière intempestive, violente et contrairement aux règles de l'art (*in a violent, rash and unskilful manner*).

dans ma pétition à la chambre des députés », et, chose inouie, ces conclusions furent prises A L'UNANIMITÉ par les dix-sept commissaires présens à la délibération.

Aussi dans sa session de 1828, cette chambre, à laquelle j'avais adressé une nouvelle pétition, reconnut-elle en principe : « que les lazarets dans les ports de l'Océan (c'est-à-dire destinés à empêcher l'introduction de la fièvre jaune en France) étaient tout à-fait inutiles, et par conséquent que les sommes très considérables qu'on avait déjà employées à leur fondation, et qu'on demandait encore pour les achever avaient été et seraient dépensées en pure perte...» Elle pensa que s'il y avait lieu de laisser les moyens d'achever les constructions de ce genre qui étaient déjà très avancées, il ne fallait pas du moins accorder ceux d'en commencer d'autres. D'après cela, elle fit sur les 400,000 fr. demandés pour la construction des lazarets une réduction de 116,000 fr. (1).

En 1829, le gouvernement ne demanda plus que 200,000 fr. pour les lazarets en construction et il ne put obtenir des chambres que la moitié de cette somme; encore M. le ministre de l'intérieur fut obligé d'annoncer formellement à la chambre des députés qu'il ne demandait cet argent que pour achever des lazarets en cours de construction, *et que son intention n'était pas d'en faire commencer d'autres* (2).

Depuis cette époque, les chambres n'ont plus rien accordé pour la formation des lazarets projetés (3), d'où il est résulté pour la France une économie de plusieurs millions, qui non seulement eussent été dépensés en pure perte, mais qui auraient encore servi à consacrer une erreur funeste à la société. Il me semble, quoi qu'en dise M. Bulard, qu'un pareil résultat n'a pas été sans *profit* pour le pays.

Ce n'est pas tout. Par suite de mes discussions l'opinion de la contagion fut fortement ébranlée, et le commerce de nos villes maritimes, profitant de cette disposition des esprits, demanda avec instances des diminutions dans la durée des quarantaines, et il en obtint successivement d'assez notables.

Les choses en étaient là lorsqu'en 1833 j'adressai à la chambre des députés une troisième pétition très développée, par laquelle je demandai *une prompte réforme de notre législation sanitaire*. Cette pétition fut renvoyée d'une manière fort pressante à M. le ministre du commerce, et, depuis son renvoi, il s'est opéré dans notre régime sanitaire de grandes et utiles améliorations que je vais indiquer rapidement.

Ainsi, par suite des ordonnances du 4 avril et du 11 juin 1835, « les bâtimens venant des États-Unis de l'Amérique du Nord et des Antilles, en patente nette, ne sont soumis à aucune quarantaine d'observation, et les balles de coton venant de ces contrées ne sont maintenant ni ouvertes ni débarquées au lazaret, *quel que soit le régime sanitaire dans lequel se trouve placé le navire qui les a portées* (4). »

(1) *Moniteur*, du 19 juin et du 13 juillet 1828.
(2) *Moniteur*, du 19 juin 1829.
(3) En 1834, le gouvernement leur demanda la modique somme de dix mille francs, pour disposer les lazarets de Tatihou et de Trompeloup, à recevoir les provenances du Levant, et cette somme lui fut refusée. (*Moniteur* du 7 mai 1834.) Depuis lors les commissions du budget du commerce et des travaux publics ont demandé hautement, dans leurs rapports, que des réformes soient faites dans notre régime sanitaire.
(4) *Bulletin des Lois*, 2e partie, nº 337 et 365.

Comme la France reçoit annuellement quelques centaines de mille balles de coton des États-Unis d'Amérique et des Antilles, la suppression de toutes quarantaines de rigueur pour les provenances de ces pays n'est certainement pas sans *profit* pour notre commerce, ainsi que nous venons d'en avoir la preuve. La fièvre jaune a régné l'année dernière avec beaucoup d'extension à la Nouvelle-Orléans et à la Havane, et les bâtimens partis de ces ports durant l'épidémie n'ont été soumis, à leur arrivée en France, qu'à une quarantaine d'observation faite dans le port même et de quelques jours seulement. On les aurait envoyés, il y a quelques années, à un lazaret plus ou moins éloigné du lieu de leur destination, à mouillage dangereux, pour y faire une quarantaine de rigueur de vingt à trente jours (1).

Mais les réformes introduites dans notre législation sanitaire depuis le renvoi de ma dernière pétition à M. le ministre du commerce ne se sont point bornées à la fièvre jaune; on en a fait aussi de très importantes dans ce qui concerne la peste.

En vertu des ordonnances royales du 11 septembre 1834 et du 5 janvier 1836 (2), les provenances du Levant ne sont plus obligées, comme par le passé, de faire leur quarantaine à Marseille ou à Toulon : elles sont admises maintenant dans plusieurs de nos ports de l'Océan, et cette heureuse innovation, qui sera utile en même temps et au commerce et à la marine de l'état, prouve qu'on redoute beaucoup moins aujourd'hui la contagion de la peste qu'on ne le faisait autrefois, et qu'on ne croit plus que les Provençaux soient les seuls capables de purifier les individus et les objets réputés pestiférés.

Enfin, en révisant ses *réglemens* en 1835, l'intendance sanitaire de Marseille a diminué quelques-unes des nombreuses entraves qu'elle impose au commerce. Ainsi, par exemple, elle a supprimé entièrement les sereines qui se faisaient à bord des navires préalablement à la quarantaine, et qui étaient, suivant la nature de la patente, de six, de douze et de dix-huit jours (3). Mais lorsqu'un bâtiment avait la peste à bord au moment de son arrivée, ou bien qu'il l'avait eue pendant le cours du voyage, il faisait une observation de vingt jours, plus cinquante jours de sereines, avant de commencer sa quarantaine (4).

Eh bien ! toutes ces mesures rigoureuses sont supprimées dans les nouveaux réglemens de l'intendance sanitaire de Marseille. Outre cela, la quarantaine des passagers venus par navires en patente brute et en patente suspecte s'y trouve réduite d'un tiers (art. 546), et celle des provenances de Gibraltar a éprouvé la même réduction (5). Quelques autres améliorations ont eu lieu, mais je ne m'y arrêterai point.

M. Bulard pense-t-il que toutes les réformes que je viens de signaler soient *peu profitables* à la société? Croit-il aussi que les recherches auxquelles je me suis livré sur la fièvre jaune et les longues et vives discussions que j'ai soutenues dans le but de prouver la non contagion de cette maladie n'aient pas contribué pour beaucoup à la diminution des entraves que les mesures sanitaires mettaient naguère à nos relations commer-

(1) *Instructions concernant la police sanitaire*, p. 84.
(2) *Bulletin des Lois*, 2e partie, n. 327 et 6136.
(3) *Instructions concernant la police sanitaire*, p. 81 et 82.
(4) Ouvrage cité, p. 89, et les *réglemens* de l'an V, p. 193.
(5) Voir la note placée au bas du *tableau de la fixation des quarantaines contre l'introduction de la peste*, p. 157.

L'un des témoins oculaires, la dame Howe, se disant instruite en matière d'accouchemens, déclare qu'à son arrivée, l'accoucheur paraissait ivre (*intoxicated*). La femme Turner avait à peine éprouvé deux douleurs; mais les eaux venaient de couler. M. Spilling l'examine, et prononce de suite que l'enfant présentait une position vicieuse, et qu'il fallait corriger cette position; il demande en attendant de l'eau et du rhum pour se rafraichir; puis il tire un instrument de la forme presque d'une cuillère, et place la femme pour l'opérer. La femme lui dit : « Monsieur, j'espère que vous n'allez pas vous servir de cet instrument sur moi. » M. Spilling lui a répondu qu'il devait faire son devoir et mettre l'enfant droit. Il introduit l'instrument dans le vagin, et agit avec une grande force pendant long-temps : le temps était très chaud, M. Spilling était en eau; il suait à grosses gouttes. Pendant tout le temps de cette manœuvre, la malade n'a fait que crier et le supplier de s'arrêter : « *Vous voulez donc me tuer !* » lui criait-elle. Les assistans suppliaient également l'opérateur de cesser ses manœuvres. Enfin, il s'est arrêté, est allé vers la fenêtre qu'il a ouverte pour respirer l'air frais, et a ordonné formellement qu'on ne déplaçât pas la malade de la position où elle était, parce qu'il n'avait pas encore fini. Les assistans, cependant, ont cédé aux instances réitérées de la malade, l'ont ôtée du lit; mais ils ont bientôt vu qu'elle ne pouvait se tenir debout, à cause d'un engourdissement douloureux de la jambe gauche, et de l'état de faiblesse ou de défaillance où elle se trouvait. On la couche, elle se plaint d'une douleur atroce vers la hanche et sur un côté du ventre. En attendant, le chirurgien boit encore un verre d'eau et de rhum, puis il s'approche du lit de la malade et demande où est son instrument; il le cherche partout et ne le trouve pas; alors la malade lui dit : « *Pardieu ! vous cherchez votre instrument; vous l'avez laissé dans mon ventre !!* » Le levier était en effet dans le vagin. M. Spilling revient à l'opération, et emploie une grande force, disant toujours que la position de l'enfant n'est pas encore droite : la malade crie continuellement; elle dit qu'elle a une cuisse paralysée et qu'elle se sent mourir; elle se trouve mal. Tous les assistans sont allarmés; alors M. Spilling dit qu'il a remis la tête de l'enfant presque droite, et que la femme va être soulagée et accouchée. Les assistans font observer à M. Spilling que la femme est mourante; il répond que ce n'est rien, que c'est une défaillance, qu'elle sera mieux tout à l'heure. M. Spilling a alors retiré son instrument du vagin. Lorsqu'il avait commencé son opération, et que la malade criait qu'on la tuait, M. Spilling lui a fait beaucoup de peur; il lui a dit que pour opérer, il devait prendre tout son temps et ses aises, et que si elle continuait à crier, il s'en irait. Tous les assistans lui ont fait observer qu'il devait s'arrêter; mais il n'en a pas tenu compte, et a continué à agir avec une grande force à l'aide de son instrument. Deux heures à peu près s'étaient passées entre le premier et le second verre d'eau et de rhum qu'il a bu; il en a donné un peu à boire à la malade. La malade était une petite femme mince; elle mourut une demi heure après la cessation de la manœuvre de l'accoucheur.

D'autres témoins oculaires confirment les faits précédens.

NÉCROPSIE JUDICIAIRE. M. William Jackson, chirurgien à Sheffield. J'ai été mandé judiciairement à Hirst, le 8 juillet, pour examiner le corps de la dame Isabelle Turner, en présence de M. Shearman, chirurgien, et de M. Spilling.

« La chaleur était intense depuis quelques jours; le cadavre offre un léger degré de décomposition; c'est celui d'une femme qui paraît être morte sans être accouchée. Les parties externes de la génération sont très gonflées et colorées. Le périnée est déchiré jusqu'à l'anus; cette plaie se prolonge en haut dans l'étendue

ciales ? Il ne m'appartient point de me prononcer ici sur une pareille question; je me borne à la soumettre au jugement du public, et je passe à un autre point de ma réponse.

Après avoir parlé de ma lutte contre les partisans de la fièvre jaune, lutte qui, suivant lui, aurait été *peu profitable dans son issue*, M. le docteur Bulard ajoute : « Mais, nous devons l'avouer, sa lettre de 1838, en rappelant sa proposition de 1829, relative aux matériaux cholériques qu'il voulait faire venir des frontières de l'Europe dans un de nos ports de l'Océan, pour se livrer à des recherches sur le mode de propagation du mal ; cette lettre, disons-nous, révèle encore trop l'observateur exclusif et à système, qui, dans sa préoccupation d'expérimentateur, ne voit que l'expérimentation en elle-même sans calculer suffisamment les conditions de validité requises pour se faire un principe scientifique ou un incontestable point de droit. »

Je ferai d'abord remarquer que ma lettre sur les deux cas de peste qui se montrèrent, en juillet dernier, à bord du bateau à vapeur de l'état, le *Léonidas*, pendant qu'il était mouillé dans le port du Frioul, près Marseille, n'est point de 1838, mais bien de 1837, puisqu'elle fut publiée dans la GAZETTE MÉDICALE du 16 septembre de cette dernière année, et que c'est par cette feuille même que M. Bulard en a eu connaissance.

Je dirai, en outre, que ce n'est point en 1829 que je proposai au gouvernement français de faire faire des expériences avec des effets ayant servi aux individus atteints du choléra-morbus, mais seulement le 1[er] juillet 1831, et j'ajouterai que je ne voulais point faire venir ces effets *des frontières de l'Europe*, mais tout simplement du littoral de la Baltique. Je ne voulais pas non plus que ces expériences fussent faites dans un de nos ports de l'Océan, puisque j'écrivais au ministre : « L'extrémité nord-ouest de la France présente, sans doute, des localités où l'on pourrait, en prenant les précautions convenables, se livrer à toutes ces expériences sans compromettre en aucune manière la santé publique. On y procéderait, ajoutais-je, absolument comme dans un lazaret contenant la maladie la plus contagieuse qu'il existe (1). »

Je prouverai plus loin que je ne suis point *un observateur exclusif et à système*, comme le prétend M. Bulard.

« Il est vrai, continue ce médecin, que M. Chervin ne demande pas, comme en 1829, que les matières à expérience soient apportées sur le littoral de la France ; qu'il veut bien attendre qu'elles s'y présentent d'elles-mêmes ; mais il semble toujours persister à croire que c'est seulement en Europe et dans ses lazarets que les épreuves doivent être consommées, et en cela, comme en beaucoup d'autres choses, nous ne sommes pas de son avis. »

M. Bulard est encore ici dans l'erreur. J'ai demandé et je demande encore que « les matières à expérience » soient apportées sur le littoral de la France, ou de tout autre point de l'Europe *occidentale*; mais je pense qu'on ne doit point négliger de mettre à profit tous les pestiférés qui viendraient à être admis dans nos lazarets, et que la rapidité de nos communications avec le Levant, au moyen de la navigation à vapeur, pourra désormais rendre assez fréquens. Je suis, du reste, persuadé que si M. Bulard avait connu la pétition que j'adressai à la chambre des députés en 1833 et la correspondance que j'eus avec M. le ministre du commerce, en 1835, lorsque la peste sévissait en Égypte, il aurait vu que mon opinion sur la manière de se procurer « les matières à expérience » est absolument la même qu'en 1831.

Après avoir dit que je semble toujours persister à croire que c'est seulement en Europe que les épreuves doivent être consommées, M. le docteur Bulard poursuit ainsi : « Nous soutenons, au contraire, que ces épreuves doivent être faites dans les localités où la peste exerce habituellement ses ravages, et que ce n'est que lorsque la science sera déjà fixée sur la propriété contagieuse ou non contagieuse de la maladie dans ces localités, que, positives ou négatives, elles pourront être répétées dans tous les autres lieux et dans les différens lazarets européens. De cette manière, les résultats seront nécessairement exacts, tandis qu'en procédant en ordre inverse, ils ne seront rien moins que cela. »

Examinons si, en procédant comme le veut M. le docteur Bulard, les résultats seraient, en effet, *nécessairement exacts*. Supposons que ce médecin fasse ses expériences pendant une épidémie de peste, soit en Égypte, soit en Syrie, soit à Constantinople, et que cette maladie vienne à se déclarer sur un ou sur plusieurs des individus soumis à l'expérimentation ; en conclura-t-il qu'ils la doivent nécessairement à ses expériences, qu'ils l'ont reçue bien évidemment par contagion, et que, par conséquent, la peste est une maladie transmissible par le mode d'expérimentation mis en pratique ? Mais une pareille conclusion ne sera point légitime, puisque des milliers d'individus sont atteints de cette redoutable affection à la même époque, et dans la même localité, sans avoir été soumis à aucune expérience.

M. Bulard aura-t-il recours à la statistique pour éclairer la question, pour nous faire voir, d'une manière bien nette, la part que les moyens artificiels peuvent avoir dans la production de la maladie ? Cette méthode ne donnera point encore de résultat certain, et en voici la raison : Quelle que soit la force de volonté, le courage et le dévouement des individus qui se soumettront aux expériences de ce médecin, dans le but d'agrandir le domaine de la science et de diminuer la somme des maux qui pesent sur l'humanité, ces personnes éprouveront nécessairement une impression morale plus ou moins vive, dont les hommes les plus braves ne peuvent pas toujours se défendre lorsqu'ils croient leur vie dans un danger imminent. Or, nous savons tous qu'en temps d'épidémie de telles impressions deviennent souvent funestes, parce qu'elles disposent l'organisme à recevoir l'action des agens morbifiques, et c'est pour cette raison que les médecins éclairés recommandent avec tant de soin la tranquillité d'esprit, le calme moral, une quiétude parfaite, pendant le règne des constitutions épidémiques. Ainsi, quand bien même les personnes soumises aux épreuves dont il s'agit seraient frappées de peste dans une proportion beaucoup plus grande que les autres habitans de la même localité, cela ne prouverait absolument rien en faveur du caractère transmissible qu'on attribue à cette maladie, parce qu'il y aurait chez les sujets expérimentés une cause prédisposante très énergique, qui n'existe point dans la masse de la population.

M. Bulard opérera-t-il sur des Arabes qui ne croient point à la contagion de la peste ? Oui. En ce cas, l'inconvénient que je viens de signaler sera seulement diminué, mais non détruit complètement, car les précautions à prendre pour donner aux résultats des expériences toute la validité qu'ils doivent avoir ne manqueront pas de frapper l'esprit de ces hommes

(1) *Expériences pour constater le caractère contagieux ou non-contagieux du choléra-morbus*, p. 4.

---

de trois pouces dans la paroi postérieure du vagin. Par cette plaie, on voit le rectum faire procidence dans le vagin. Cet intestin est sain. Ayant introduit la main comme pour faire une opération d'accouchement j'ai trouvé le col de la matrice partiellement dilaté, de la largeur à peu près d'un schelling. Le sac amniotique proéminait un peu, mais il n'était pas rompu ; l'enfant nageait encore dans les eaux de l'amnios. Ces circonstances ont fait juger l'accouchement à la première période du travail. La partie supérieure et postérieure du vagin et le péritoine qui la recouvre sont déchirés. A travers cette plaie, la main passe aisément du vagin dans la cavité abdominale. On ouvre l'abdomen et la matrice : cet organe contient un enfant du sexe féminin, enveloppé de ses membranes et à terme. La présentation de l'enfant est naturelle ; sa tête n'est pas encore engagée dans le bassin. La cavité abdominale contient cinq à six onces de sang caillé ; une grande quantité de sang liquide s'est échappé à l'extérieur. La portion sygmoïde du colon est livide, fortement contusionnée et séparée inférieurement de ses attaches naturelles. On trouve aussi en cet endroit du sang extravasé sous le péritoine. Le péritoine est déchiré du côté gauche, à l'endroit où il couvre les vaisseaux iliaques. Ces vaisseaux conjointement avec les nerfs, et plus particulièrement le nerf obturateur sont décollés de leurs adhérences naturelles. La déchirure s'étend jusque derrière les vaisseaux iliaques externes qui sont séparés, de même que les muscles et les nerfs (psoas, iliaque interne, nerf crural antérieur) de la face interne de l'os iliaque. L'os lui-même est dénudé dans l'étendue de deux à trois pouces carrés ; sa surface est raclée près de l'artère nourricière, comme si elle eût été fortement grattée avec un instrument mousse. Les gros vaisseaux iliaques ne sont pas blessés, mais plusieurs de leurs branches de petit calibre se trouvent divisées. La blessure passe entre les vaisseaux iliaques internes et externes du côté gauche, près du bord du pelvis. Les muscles ne sont pas très adhérens à l'os sur ce point. Aucune apparence de putréfaction n'existe sur le corps de l'enfant. L'accouchement était disposé à marcher naturellement autant qu'on peut le juger par les dispositions rencontrées sur le cadavre. Rien ne pouvait autoriser à penser sur le vivant que l'enfant se présentait mal. La matrice est restée dans de bonnes conditions ; elle n'a point été blessée. Les déchirures existent toutes en dehors de cet organe, principalement sur le côté gauche et en arrière. Le reste de l'organisme est sain. »

Tels sont les détails cadavériques attestés par d'autres chirurgiens présens à l'autopsie, et par M. Spilling lui-même ; ils sont fort graves comme on le voit, et semblent annoncer une sorte d'aberration mentale momentanée de la part de l'opérateur. M. Spilling a travaillé pendant quatre heures sur la malheureuse femme pour produire ces dégâts effroyables.

Réponse du même chirurgien, M. Jackson, aux interpellations du tribunal. — « A la période à laquelle l'accouchement était arrivé, la position de la tête de l'enfant ne pouvait, sans violence, être changée par l'art. La position de la tête ne pouvait être déterminée avec certitude dans cette période du travail. On ne pouvait rien faire passer jusqu'à la tête pour reconnaître avec précision sa position. »

Réponses du même à M. Storkie, chirurgien poursuivant. « La matrice n'était pas assez ouverte pour permettre l'opération. Aucun instrument employé en obstétrique, forceps ou levier, ne pouvait passer dans un pareil état du col. La plaie existait derrière et au côté gauche du col de la matrice. Je pense que cette blessure a pu être causée par un instrument obtus. Le levier peut avoir produit ces

ignorans et de les rendre par cela même plus impressionnables à la cause morbifique qui agit sur la masse des habitans. Les individus soumis aux épreuves pourront donc être atteints de la peste dans une proportion plus grande que le reste de leurs concitoyens, sans qu'on puisse attribuer cette différence à l'action *directe* de l'expérimentation.

Admettons que M. le docteur Bulard procède à ses expériences dans les intervalles que les épidémies de peste laissent entre elles, et dont la durée est quelquefois de plusieurs années; mais, pendant ces trèves réparatrices de la population, le pays n'est pas complètement exempt du fléau pestilentiel; il s'y présente à des époques plus ou moins rapprochées ou plus ou moins éloignées des cas sporadiques de peste, et ces cas enlèveront encore aux expériences de M. le docteur Bulard une grande partie de leur valeur scientifique, puisqu'ils pourront devenir une cause d'erreur.

Ce qui suit fera encore mieux sentir tout ce que la manière de procéder de ce médecin a de défectueux et à quel point elle diffère de la mienne.

Si je voulais expérimenter sur le caractère contagieux ou non contagieux des fièvres intermittentes, je ferais venir des contrées marécageuses, où ces fièvres sont endémiques, un certain nombre de fébricitans et je les placerais dans un endroit salubre, où ces affections ne prennent jamais naissance : là je réunirais des individus de tempéramens divers, de tout âge, de tout sexe et de toute condition, mais qui n'auraient pas été exposés aux effluves marécageux depuis longtemps, et je les soumettrais à toutes les épreuves possibles *d'atmosphère, de contact médiat, de contact immédiat* et *d'inoculation*. L'observation a prouvé des millions de fois que le résultat de ces épreuves serait complètement négatif.

D'après les principes posés dans sa lettre, M. le docteur Bulard agirait d'une manière toute différente : il irait, lui, faire ses expériences dans les contrées marécageuses même, sous l'influence de ce qu'il appelle « la constitution atmosphérique, provocatrice de causes organiques prédisposantes », et cette *constitution atmosphérique provocatrice* ne tarderait probablement pas à déterminer des fièvres intermittentes chez les individus soumis aux épreuves, et, peut-être aussi, sur l'expérimentateur lui-même, et l'on crierait aussitôt à la contagion.

Il y a tout lieu de croire que si M. Bulard s'était trouvé aux Etats-Unis d'Amérique, lorsque le caractère contagieux ou non contagieux de la fièvre jaune y était vivement discuté, il aurait opiné de toutes ses forces pour qu'on expérimentât tout d'abord dans les localités où cette maladie exerçait ses ravages, et il est à peu près certain, qu'en pareil cas, les malheureux soumis aux expériences n'auraient pas été long-temps sans ressentir les funestes effets de la constitution *atmosphérique locale* qui aurait déterminé chez eux la fièvre jaune, et M. Bulard se serait probablement empressé de conclure qu'il avait communiqué cette maladie par la voie expérimentale, et que, par conséquent, elle était évidemment contagieuse.

Il y a, entre la manière de voir de M. le docteur Bulard et celle de quelques-uns des anciens contagionistes des Etats-Unis d'Amérique une similitude qui mérite d'être signalée. Les deux plus grands partisans de l'importation de la fièvre jaune dans ce pays, le docteur William Currie, de Philadelphie, et le docteur David Hosack, de New-York, soutenaient que la fièvre jaune est une maladie contagieuse ou communicable; *mais seulement dans une atmosphere rendue impure par les exhalaisons de substances végétales et animales en état de putréfaction* (1).

De son côté, M. Bulard nous dit : « que l'activité de l'influence pestilentielle est toujours subordonnée dans ses effets généraux à une certaine constitution atmosphérique provocatrice de causes organiques prédisposantes. »

Suivant les deux contagionistes américains que je viens de citer, pas d'atmosphère impure, pas de fièvre jaune, quels que soient d'ailleurs la quantité et l'excellente nature des germes importés. Ces germes sont alors condamnés à périr d'inanition, ne se trouvant point placés dans un air propre à leur existence, et surtout à leur multiplication.

D'après M. le docteur Bulard « si les causes organiques prédisposantes ne sont point provoquées (par une certaine constitution atmosphérique provocatrice), les masses ne subissent aucune modification accidentelle d'organisme de la part du milieu d'activité dans lequel elles se trouvent, et l'élément pestilentiel, importé par le contacte plus multiplié, n'importe où et d'où, reste nécessairement limité à quelques rares dispositions idiosyncrasiques. »

On voit la grande analogie qu'ont entre elles les deux théories que je viens d'exposer. La dernière aura-t-elle le sort de la première, qui a succombé bien avant ses auteurs? Cela est probable; c'est du reste ce que le temps nous apprendra : attendons son jugement. Je ferai seulement observer qu'on a vu des personnes être frappées de la peste presque immédiatement après être débarquées en Egypte, et avant d'avoir communiqué avec qui que ce fût. Or, lorsque des individus sont ainsi atteints de la maladie dès leur arrivée dans une localité où règne la peste, il faut, en pareil cas, ou que « la constitution atmosphérique provocatrice de causes organiques prédisposantes » ait une action bien prompte, ou bien que cette action agisse à une très grande distance sur les personnes qui sont en mer; il n'y a, selon moi, que ces deux manières de faire concorder la théorie avec les faits.

Enfin, bien que nous ne soyons pas en droit de conclure que toutes les contagions se comportent de la même manière, on suivent les mêmes lois, puisque nous avons la preuve du contraire sur plusieurs points, je ferai néanmoins remarquer que celles qui sont à peu près universellement admises n'ont nullement besoin d'une constitution atmosphérique provocatrice pour produire leurs funestes ou salutaires effets. Ainsi, la syphilis, la gale, la rage, la variole et la vaccine sont transmises par le mode qui leur est propre, quelle que soit la constitution atmosphérique, sous toutes les latitudes et dans tous les climats (2).

Quant au typhus, nous savons qu'une température très élevée est contraire à son développement, à sa propagation et à son existence même, et

(1) M. le docteur W. Currie s'exprime ainsi : « I Am convinced that the yellow fever is only contagious or communicated from those that are sick or affected with it to those that are in good health, in situations where the air is confined and rendered impure by exhalations from putrifiying vegetables or other putrifiable substances. (Extrait du document que cet honorable médecin m'a délivré en 1821.)

M. le docteur Hosack dit de son côté, en parlant de la même maladie : « It is only communicable through the medium of an impure or viciated atmosphere. (*Observations on the laws governing the communication of contagious diseases.*)

(2) Les chiens enragés sont excessivement rares dans les pays très chauds; mais la morsure de ces animaux donne lieu, entre les tropiques, aux mêmes accidens que dans nos contrées.

---

lésions; mais pour cela il faut qu'il ait été employé avec une grande force. Je pense que dans cet état du travail il n'y avait aucune indication pour employer le levier.

» Cet instrument me paraît avoir été employé non-seulement avec précipitation et violence, mais encore contrairement aux règles de l'art, et avec une grossière ignorance. Il n'est permis sous aucun prétexte en obstétrique d'appliquer cet instrument d'une pareille manière. Il serait extrêmement dangereux d'y avoir recours dans la première période du travail. Il faut que la tête de l'enfant soit entrée dans la cavité du pelvis avant de pouvoir se servir du levier; il faut par conséquent que le col de la matrice soit complètement dilaté, et la tête plus ou moins descendue dans l'excavation. Dans un travail naturel qui marche bien, il serait très irrationel d'introduire un pareil instrument. Il n'y avait rien de contre-nature dans la présentation de l'enfant. Un praticien expérimenté peut s'assurer par le toucher si c'est la tête ou un des membres qui se présente à travers les membranes. Il y a deux membranes qui contiennent les eaux de l'amnios; quelquefois une de ces membranes se rompt, une partie des eaux s'écoule, et fait croire à la déchirure de la poche. En supposant que les eaux eussent complètement coulé, on ne doit jamais appliquer un instrument quelconque sans préciser d'abord l'indication. Dans le cas en question, le levier n'aurait été qu'improprement introduit. Si l'on eût reconnu la nécessité d'accélérer l'accouchement, la conduite aurait dû être tout autre, d'après les règles de l'obstétrique. Elle aurait dû consister dans l'introduction de la main à l'intérieur de la matrice pour tirer l'enfant par les pieds; mais il aurait été imprudent, extrêmement dangereux même, d'introduire un instrument quelconque à l'époque où le travail était arrivé. Jamais la main de l'accoucheur ne doit intervenir lorsque le travail marche naturellement. S'il avait été nécessaire d'introduire un levier, cet instrument a été mal appliqué; il n'a pas été appliqué sur l'enfant ni sur la matrice. Il s'applique sur la tête de l'enfant en le guidant avec les doigts; jamais cette application ne doit se faire sans l'accompagnement de la main. Je ne puis pas cependant dire dans le cas en question si l'instrument a été accompagné de la main. Un accoucheur instruit s'assure facilement en faisant agir le levier si sa concavité ou convexité est appliquée sur la tête de l'enfant; il ne doit jamais agir sans s'assurer d'abord, à l'aide de la main, que son application est convenable, et il doit à chaque pas revenir à cette exploration; cela est de rigueur. »

Autre reponse au tribunal. — « La concavité du bout de l'instrument pouvait se trouver à une certaine distance de la tête de l'enfant, car le travail était à la première période, et par conséquent la main pouvait distinguer plus facilement si l'instrument était bien ou mal posé. »

Autre reponse à M. Starkie. — « L'usage de l'instrument aurait été précipité et contraire aux règles de l'art dans ce cas, même en supposant qu'il eût été introduit dans la matrice. La force exercée a dû être très grande. La déchirure des parties indique une violence considérable. Toutes les parties du cadavre, excepté l'endroit des blessures, étaient à l'état naturel. Pour mon compte, je ne puis m'empêcher de regarder la mort de la femme comme l'effet immédiat des blessures. »

M. Cross, chirurgien, répond aux questions de M. Dundas, chirurgien défenseur. M. Cross déclare connaître M. Spilling depuis sept ans; il le croit un praticien très versé dans l'art des accouchemens; il s'est trouvé plusieurs fois en consultation avec lui, et n'a qu'à se louer de sa conduite pratique; mais

c'est pour cette raison que cette maladie ne se montre jamais, ou presque jamais, dans les régions basses des tropiques (1). Mais, hors de là, cette affection *n'a besoin* d'une constitution atmosphérique, particulière ou *provocatrice*, ni pour prendre naissance, ni pour exister, ni pour être transmise, dans certaines conditions données, des individus malades aux individus sains; ce qui se passait jadis en Angleterre en est une preuve frappante.

Après avoir prouvé que des expériences faites selon les vues de M. Bulard donneraient nécessairement des résultats inexacts et fallacieux, je vais signaler les conséquences funestes d'une semblable manière de procéder.

Ainsi qu'on l'a vu plus haut, la première condition posée par ce médecin est « d'expérimenter d'abord dans les localités mêmes de la peste. » Or, nous savons qu'en agissant ainsi il pourrait fort bien y avoir un plus ou moins grand nombre des individus soumis aux épreuves qui seraient atteints de cette maladie, et probablement dans une proportion plus forte que dans la masse de la population. Cela étant, qu'arriverait-il? Aussitôt des cris de contagion se feraient entendre, l'alarme se répandrait de toutes parts, des mesures rigoureuses seraient prises, et il n'y aurait plus en Europe ni gouvernement, ni administration sanitaire qui voulût ouvrir les portes de ses lazarets aux expérimentateurs, pour y procéder à des épreuves concluantes, et, par cela même, éminemment désirables.

M. Bulard pense-t-il que l'intendance sanitaire, la chambre du commerce et le conseil municipal de Marseille, qui, en 1835, se sont formellement opposés à ce que les expériences que je proposai de faire faire eussent lieu dans leur lazaret, seraient bien disposés à la laisser expérimenter dans ce même établissement, lorsque la renommée aurait proclamé à la face du monde contagioniste les résultats qu'il aurait obtenus dans le Levant; la mort d'un ou plusieurs des individus soumis à ses épreuves? S'il le pense, il est dans une étrange erreur. En procédant d'après sa manière de voir, on ferait augmenter les rigueurs des mesures sanitaires, et l'on mettrait un obstacle invincible aux expériences à tenter dans les lazarets.

M. Bulard cherche ensuite à prouver que les épreuves qui seraient faites dans ces sortes d'établissemens ne donneraient pas de résultats exacts. « Transportons-nous un instant, dit-il, aux frontières de la Provence, supposons que M. le docteur Chervin et mille autres personnes avec lui subissent successivement l'inoculation de tous les fluides, le contact sous toutes les formes, et l'infection dans toute son étendue, et que les résultats de ces différentes voies d'investigations soient négatifs, en inférerons-nous pour cela que la peste n'est pas contagieuse, jamais, ni dans aucun cas? Assurément non, car mille objections viendraient aussitôt infirmer une conclusion ainsi formulée. »

M. Bulard se montre ici beaucoup plus exigeant que l'intendance sanitaire de Marseille elle-même. Voici ce que cette administration écrivait au gouvernement, le 17 février 1835 :

« Pour que l'expérience proposée par M. Chervin fût *complète*, fût *décisive*, ne faudrait-il pas qu'elle fût faite dans plusieurs saisons de l'année, et au moyen d'effets pestiférés venus de tous les pays du Levant où règne la peste?

« Si des effets bien et dûment contaminés venus de Constantinople, de Smyrne, de Syrie, d'Égypte, de la Barbarie, etc. étaient impunément portés en France, dans les quatre saisons de l'année, par *une vingtaine* de personnes, ou même davantage, il pourrait y avoir lieu de croire que cette maladie n'est point transmissible par des objets matériels. Si nous acquérions un jour cette preuve, comme nous la devrions au dévouement de M. le docteur Chervin, nous en serions assurément bien reconnaissans. »

Tout ce que désirent sur ce point MM. les intendans de la santé pourrait très bien se faire. J'ai été moi-même beaucoup au-delà de leurs désirs, puisque j'ai proposé à M. le ministre du commerce de faire expérimenter sur au moins cent individus.

D'un autre côté, dans le rapport que l'Académie royale de médecine fit au ministre de l'intérieur, le 3 janvier 1826, sur la proposition de MM. les docteurs Lassis, Costa et Lasserre, ce corps savant fut d'avis, et avec beaucoup de raison, que le nombre des auteurs de la proposition qui lui était soumise serait évidemment trop restreint pour rendre l'expérience décisive dans le sens négatif de la question, et que l'immunité dont pourraient jouir les trois expérimentateurs ne devrait compter que pour un commencement d'expérience, qui appellerait encore un grand nombre d'épreuves semblables; « mais si, par exemple, ajoutait l'Académie, cent médecins s'y soumettaient tour à tour, avec des provenances prises à toutes les époques de la maladie, et qu'aucun d'eux n'en fût atteint, on pourrait tirer de ces faits multipliés UNE CONCLUSION DÉFINITIVE EN FAVEUR DE L'INNOCUITÉ DES OBJETS CONTAMINÉS. »

Le 31 août 1830, sur la proposition de M. Pariset, l'Académie royale de médecine se prononça de nouveau en faveur des expériences à faire dans le lazaret de Marseille, afin de constater si les marchandises qui nous viennent du Levant recèlent ou non un principe pestilentiel.

Enfin, l'intendance sanitaire de Marseille est si éloignée de penser avec M. Bulard que, pour être concluantes, les expériences que j'ai proposées devraient avoir lieu *dans les localités même de la peste*, qu'elle conseille d'y procéder dans la partie septentrionale de la France, et à Paris même, sous les yeux de tous les savans (1).

D'après M. Bulard, si parce qu'un millier d'individus se seraient soumis impunément sur les côtes de la Provence à toutes les épreuves possibles, nous en inférions que la peste *n'est jamais* contagieuse; « mille objections viendraient aussitôt infirmer une conclusion ainsi formulée. » Au lieu de mille objections, la lettre de M. Bulard n'en contient que sept à huit auxquelles j'ai déjà répondu, du moins en très grande partie; pas une ne résiste à la critique.

Toutes les maladies reconnues transmissibles jusqu'à ce jour le sont, ou par l'intermédiaire de l'air, ou par le contact médiat, ou par le contact immédiat, ou enfin par l'inoculation. Or, si, en expérimentant par ces différentes voies, de toutes les manières possibles, dans les conditions les plus variées d'individualités, de température et de circonstances concomittantes ou accidentelles, nous ne parvenons pas à communiquer telle ou telle maladie donnée, nous serons en droit de conclure que cette maladie n'est pas contagieuse, et de modifier par conséquent notre législation sanitaire d'après cette conclusion.

(1) J'ai traité ce point de l'histoire du typhus, avec toute l'étendue qu'il mérite, dans un écrit qui paraîtra incessamment.

(1) Lettre adressée au gouvernement, le 14 avril 1833, au sujet de ma demande d'expériences.

il le croit un homme à manières nerveuses. M. Cross déclare qu'il aurait pu juger plus convenablement le cas par l'inspection de la femme vivante que par son cadavre; dans certains cas cependant l'observation du cadavre suffit pour baser un jugement. La frayeur, dit-il, produit un très grand effet chez les femmes enceintes; elles paraissent quelquefois tout faire avec un singulier calcul pour empêcher la marche d'un accouchement facile; elles pourraient donner lieu à des circonstances extraordinaires dans le cours du travail. M. Cross entre ensuite dans les détails de l'autopsie à laquelle il a assisté et confirme les faits précédemment indiqués; puis il répond aux différentes questions qui lui sont adressées soit par le tribunal soit par les experts. Ses réponses sont conformes aux principes admis en obstétrique. Voici le passage le plus important de sa déposition :

« Le toucher suffit en général pour reconnaître l'espèce d'accouchement à laquelle on a affaire. Deux seules douleurs ne produisent généralement que peu d'effet; cependant dans certains cas, elles en produisent beaucoup. Il y a des cas dans lesquels le progrès de l'accouchement est très rapide, malgré que les douleurs n'aient été que légères en apparence et au nombre de deux. Si les eaux ont déjà coulé, cette circonstance accélère l'accouchement. Quelquefois la rupture partielle des eaux est prise pour l'écoulement total, et elle est dans quelques occasions accompagnée de l'écoulement spontané des urines. L'usage du levier est d'aider l'accouchement; son emploi est toujours compatible avec le salut de la mère et de l'enfant. Malgré son emploi le plus régulier le levier peut produire quelquefois un écoulement de sang, provenant de quelque déchirure de l'utérus. Le levier, bien que abandonné en place, ne peut pas faire de mal ni empêcher l'accouchement d'avoir lieu s'il a été bien appliqué. Le praticien ne doit point se laisser tromper sur l'écoulement des eaux de l'amnios; il faut qu'il s'assure du fait d'abord. Il y a cependant du doute quelquefois, même pour les praticiens les plus consommés; cela a lieu lorsque les membranes s'appliquent sur la tête de l'enfant sans l'intermédiaire des eaux; le toucher néanmoins peut faire distinguer la membrane lisse de l'amnios de l'enveloppe rugueuse de la tête. Quand la position de la tête de l'enfant n'est pas naturelle, il n'est jamais convenable de la rectifier durant les premiers temps du travail. Une pareille tentative ne serait jamais sûre. Lorsque l'application d'un instrument est reconnue indispensable, il est toujours convenable d'attendre que le travail soit avancé. Je ne pense pas qu'une convulsion ou un spasme puisse refermer le col de la matrice au moment de la mort: il est probable, d'après moi, que le col n'offre pas de changement notable sous ce rapport après la mort. L'analogie m'autorise même à avancer, au contraire, que la dilatation doit être plus prononcée après la mort. »

M. Cross répond à d'autres interpellations de M. Dundas. « Les accouchemens offrent une foule de variétés : celui dont il s'agit était des plus naturels; il ne méritait, par conséquent, aucune considération particulière ni manœuvre, autre que celle qu'on emploie dans les accouchemens ordinaires. »

Réponse au juge « Malgré les variétés nombreuses qu'offrent les accouchemens, dans celui-ci il n'y avait pas lieu du tout à employer un instrument quelconque. Je suis fâché d'être obligé de dire que, si l'accoucheur a jugé nécessaire l'emploi d'un instrument, il l'a appliqué d'une manière grossière et sans aucune précaution. Je regarde ce malheur comme le résultat d'une conduite irrégulière et non d'une erreur. Je pense que l'opérateur n'a pas connu ce qu'il faisait, et qu'il ne voulait pas faire ce qu'il a fait. »

Après avoir soutenu avec esprit une fort mauvaise thèse, M. le docteur Bulard ajoute : « Supposons que M. Chervin soit admis dans le lazaret de Marseille à faire les expériences qu'il indique; il arrivera de deux choses l'une : ou il contractera la peste, ou il ne la contractera pas. Dans le premier cas, la question de contagion sera jugée sans appel, et la science et la législation seront irrévocablement fixées sur ce point. Dans le second, si par une disposition idiosyncrasique probable, d'après les proportions numérique de 1[6 à 1[20, dans lesquelles la peste sévit, M. le docteur Chervin est réfractaire à toute influence morbide individuelle de contact ou d'infection; s'il sort sain et sauf de toutes les épreuves, il aura consommé le plus grand acte connu de courage et d'abnégation sans doute; mais il aura en même temps compromis les plus sacrés intérêts sociaux; car l'opinion de la contagion de la peste en sera nécessairement affaiblie, la confiance des masses dans les mesures d'isolement ébranlée, et toutes les conséquences terribles déduites d'un relâchement dans l'observation de ces mesures surgiront sans limites. »

M. Bulard oublie sans doute que j'ai demandé que les expériences proposées fussent faites sur au moins cent personnes. Or, peut-on supposer que ces cent personnes auront toutes sans exception « une disposition idiosyncrasique probable » qui les mettra à l'abri de la contagion de la peste, si elle existe? Non, certainement, parce qu'une telle supposition serait inadmissible. Ainsi l'objection de M. Bulard tombe d'elle-même.

Ce médecin dit avec raison que si je venais à contracter la peste dans le lazaret de Marseille, la question de la contagion serait jugée sans appel, et que la science et la législation seraient fixées irrévocablement sur ce point; mais, comptant probablement cela pour peu de chose, il ne s'y arrête pas, il passe tout de suite aux conséquences qu'aurait, selon lui, mon immunité, si par une disposition idiosyncrasique, je résistais à la contagion, et il fait de ces conséquences un tableau fort rembruni, qui dépose de sa vive sollicitude pour les mesures sanitaires.

Mais il oublie les maux effroyables que produit l'opinion de la contagion; il oublie que cette opinion donne lieu de la part des autorités aux mesures les plus tyranniques, disons même les plus atroces; qu'elle devient une cause de désordres et de misère; qu'elle rompt violemment les liens du sang et de l'amitié; porte à l'abandon des malades; donne lieu à des actes qui font frémir la nature, et augmente surtout considérablement le nombre des morts. Il n'est aucune partie de la législation qui soit aussi empreinte d'immoralité que celle qui dérive de l'opinion de la contagion. Les lois sanitaires obligent souvent, *sous peine de la vie*, le médecin à dénoncer le malheureux qui réclame ses soins; le père à dénoncer son fils; le fils à dénoncer son père; la mère à dénoncer sa fille; la fille à dénoncer sa mère; le mari sa femme; la femme son mari, et ainsi des autres (1); et l'infortuné malade, que la crainte du gibet a fait signaler à l'autorité est arraché des bras de ses parens et de ses amis, enlevé de vive force de son domicile et transporté dans un lazaret infect, ou séquestré du reste du monde, il n'a sous les yeux que des morts et des mourans, et la perspective de quitter la vie sans jamais revoir les personnes qui lui sont chères. Heureux encore quand la main mercenaire qui est obligée de lui donner des soins n'attente pas à ses jours pour s'emparer de ce qu'il possède. Si l'on m'objectait que de telles horreurs ne se commettent plus de nos jours, je renverrais à l'histoire de la peste qui régna, en 1815, à Noja, dans le royaume de Naples, et à ce qui s'est passé à Naples même, lors de l'apparition du choléra-morbus dans cette ville, en 1836. Eh bien! en procédant comme le conseille M. le docteur Bulard; en expérimentant dans les lieux mêmes où règne la peste, on ne ferait qu'aggraver un pareil état de choses.

Après avoir parlé de toutes les conséquences terribles qui surgiraient, dit-il, sans limites, si je sortais sain et sauf des épreuves auxquelles j'ai demandé à me soumettre dans le lazaret de Marseille, M. Bulard continue ainsi :

« Si nous ajoutons à cela les réflexions que font naître les idées particulières qui dominent M. le docteur Chervin, l'exclusivisme de ses théories, son opinion préconçue et ses honorables antécédens, qu'il doit à tant de labeurs et à tant de sacrifices, nous conviendrons que, de tous ceux qui peuvent recevoir la mission de s'occuper aujourd'hui de cette matière, ce médecin est, sans contredit, le moins apte, et peut-être le seul qui doive être récusé. Et M. Chervin ne nous accusera pas de passion; dès à présent, nous appuierons notre conviction sur les propres paroles de M. Chervin lui-même, qui, à propos de la discussion de ses matériaux sur la fièvre jaune, demanda pour première condition « que les médecins appelés à les examiner fussent restés jusque-là neutres dans la question de contagion; » en cela il avait raison, et le consciencieux Joseph Frank ne l'a pas moins quand il dit : « celui qui vient déclarer que la peste n'est pas contagieuse ne doit pas être investi de fonctions publiques relatives à cette calamité; s'il en a, qu'on l'en dépouille. »

Voilà certes de bien graves accusations. Voyons si elles ont quelque fondement. Suivant M. Bulard, je serais *dominé par des idées particulières*, j'aurais *des théories exclusives*, *une opinion préconçue*, je serais en un mot *un observateur exclusif et à système et un expérimentateur préoccupé*. Tant que ce médecin ne se sera pas expliqué d'une manière plus claire relativement aux *idées particulières* qu'il m'attribue, je ne saurais lui répondre sur ce point. Je dirai seulement que je n'ai, touchant les maladies contagieuses ou réputées telles, aucune idée qui ne soit partagée par beaucoup de médecins.

On a déjà pu voir par ce qui précède que je ne suis point exclusif dans mes théories, puisque je reconnais au typhus la faculté de se transmettre de l'homme malade à l'homme sain dans des circonstances données et appréciables, qu'il est souvent en notre pouvoir de faire cesser (1).

(1) Pour qu'on ne m'accuse point de charger ce tableau, je vais citer le passage suivant d'une ordonnance sanitaire qui fut rendue dans la capitale du monde chrétien, lors de la peste de 1656.

Bando sopra la sanità, 20 *maggio* 1656.

S'ordina a ciascun medico, barbiere, e officiale d'hospidale, che trovando persona infetta, o in qualsivoglia modo sospetta di mal contagioso, e a qualsivoglia altro, che havesse in qualsivoglia modo notitia di persona tale, ancor che sia *suo padre*, *fratello*, *figliuolo*, *moglie*, *ò marito*, subito lo riveli SOTTO PENA DELLA VITA.

Cette ordonnance est rapportée avec beaucoup d'autres par le cardinal Gastaldi, dans son ouvrage intitulé : *Tractatus de avertenda et profliganda peste*; 1684, p. 278.

(1) M. le baron Larrey nous fournit deux exemples frappans de cette vérité. (Voyez ses *Mémoires et Campagnes*, t. 1.)

Ce témoignage est suivi de celui d'un autre chirurgien, du docteur Schearman, qui avait également assisté à l'autopsie. Il est en tout point conforme au précédent.

PLAIDOYER DE M. DUNDAS, CHIRURGIEN DÉFENSEUR.

« Messieurs, j'ai à peine besoin d'insister sur la grande responsabilité que j'assume aujourd'hui en vous adressant la parole pour un sujet aussi grave que celui qui nous occupe. Voir un homme, consommé dans l'exercice d'une profession libérale, dont le caractère a été irréprochable jusqu'à ce jour, être conduit devant cette barre sous le poids d'une accusation d'assassinat, c'est un événement qui doit déchirer le cœur de tout homme sensible. Quelle serait, messieurs, la condition de la profession médicale si le jury allait, dans cette circonstance, rendre un verdict de culpabilité? Les médecins se trouveraient désormais dans la périlleuse condition d'être accusés de félonie toutes les fois qu'il plait à la providence de refuser à leurs efforts le succès qu'obtient ordinairement le talent et le savoir. Aucun homme ne peut se promettre le succès dans tous les temps; la cabane du pauvre et le palais du riche sont également exposés aux événemens malheureux.

» La première femme de la terre, la regrettable princesse Charlotte, n'a-t-elle pas perdu la vie dans une circonstance pareille, malgré l'entourage des premiers talens médicaux du royaume? Et, certes, messieurs, un médecin d'une longue expérience ne doit point être traîné, devant un jury de son pays, comme un criminel, par cela seul qu'il a été malheureux en assistant une pauvre femme dans sa cabane! Je ne doute nullement que mon client n'ait éprouvé, et qu'il n'éprouve encore en ce moment le plus profond regret du malheureux accident qui a causé la mort de sa malade. M. Spilling est un praticien qui exerce depuis trente ans, de la manière la plus honorable; il est estimé de tous ceux qui le connaissent, et sa douceur naturelle lui a acquis la bienveillance d'un très grand nombre de personnes. Si les persécutions dont il est l'objet aujourd'hui avaient du succès, vous compromettriez l'exercice de la profession médicale; cet art serait abandonné aux ignorans, aux imprudens et à la partie la plus basse du genre humain. Mon client a cru bien faire en agissant comme il l'a fait sur sa malade : je ne doute point que, s'il analyse les idées qu'il a eues au moment du malheureux événement, il ne se sente injustement traduit devant cette barre; je ne doute point que, si nous pouvions entrer dans le plan des motifs qui l'ont dirigé, nous ne trouvions qu'il ne s'est décidé à en agir ainsi que parce qu'il a cru que c'était le meilleur moyen de sauver la malade; mais malheureusement ses lèvres doivent rester fermées en votre présence!! Bien que le témoignage des hommes de l'art soit d'un grand poids dans cette circonstance, je dois néanmoins faire observer que ces messieurs ont agi avec trop de rigueur et sans aucune considération pour la position malheureuse d'un confrère. Mais eux-mêmes ne sont-ils pas sujets à l'erreur? et dans ce cas, ne convient-il pas plutôt de donner toute latitude au jugement d'un praticien honorable?

« Messieurs, vous avez deux choses essentielles à peser : d'un côté, le caractère, l'honneur, l'intégrité d'un homme respectable, qui est aujourd'hui traduit devant vous; vous avez à considérer non seulement qui il est, mais encore ce qu'il a été toute sa vie, et comme médecin et comme homme privé; de l'autre, vous avez à peser les conséquences fâcheuses que votre jugement pourrait avoir sur la profession médicale tout entière. Ne voyez-vous pas, messieurs, que

D'un autre côté, rien ne m'est plus facile que de prouver que je n'ai point une opinion préconçue sur le mode de propagation de la peste. Je n'ai besoin pour cela que de rappeler ici ce que j'ai publié sur ce sujet à diverses époques. Ainsi, dès que l'Académie royale de médecine eut exprimé le vœu, dans sa séance du 31 août 1830, que des expériences fussent faites au lazaret de Marseille, afin de constater si les marchandises qui nous arrivent du Levant recèlent ou non un principe pestilentiel, j'annonçai à ce corps savant que, dans le cas où sa proposition serait accueillie, je me soumettrais moi-même à toutes les expériences que le gouvernement jugerait à propos de faire faire dans le but de connaître quel est le mode de propagation de la peste. Je priai en même temps le conseil d'administration de vouloir bien transmettre à M. le ministre de l'intérieur la proposition que je venais d'avoir l'honneur de lui faire.

« Je n'ai, ajoutai-je, point d'opinion arrêtée sur le caractère contagieux ou non contagieux de la peste. Je n'ai pas eu occasion d'observer cette fatale maladie, ni même de visiter les contrées où elle exerce ses ravages. Tout ce que je puis dire, c'est que la grande majorité des médecins qui l'ont vue, soit dans le Levant, soit sur la côte septentrionale de l'Afrique, soutiennent qu'elle est contagieuse; il en est même plusieurs qui, ayant eu l'avantage d'observer la peste et la fièvre jaune, admettent la contagion comme un attribut de la première de ces maladies et la rejettent au contraire pour la seconde de la manière la plus absolue. Tels sont, entre autres, deux médecins célèbres, M. le docteur Bancroft et M. le docteur Savaresi, qui ont écrit sur l'une et l'autre de ces affections. »

Est-ce là le langage d'un homme qui a une opinion préconçue et qui cherche à la faire triompher en passant sous silence les faits qui sembleraient lui être contraires?

Je déclarai de nouveau, dans la pétition que j'adressai à la chambre des députés en 1833, que « je n'avais point d'opinion arrêtée sur le caractère contagieux ou non contagieux de la peste. » Et j'écrivais à M. le ministre du commerce, le 20 janvier 1835 : « Quant à moi, je demande de nouveau à me soumettre le premier à toutes les épreuves qui seront indiquées par l'Académie royale des sciences ou l'Académie royale de médecine, et pour qu'on ne suppose point que j'agis ici d'après une idée préconçue, je déclare que je n'ai pas d'opinion arrêtée sur le caractère contagieux ou non contagieux de la peste; mais que par suite des recherches auxquelles je me suis livré, *je serais porté* à la regarder comme étant beaucoup moins transmissible qu'on ne le pense généralement (1). »

Il est évident, d'après ce qui précède, que je n'ai pas une opinion préconçue sur le mode de propagation de la peste, comme l'avance gratuitement M. Bulard, mais que je cherche à m'éclairer sur cette grave question par le moyen le plus prompt, par la méthode expérimentale.

Eh bien! qui le croirait! il n'y a pas jusqu'à « mes honorables antécédens » qui ne fassent penser à M. Bulard que « de tous ceux qui peuvent recevoir la mission de s'occuper aujourd'hui de cette matière, je suis sans contredit le moins apte et peut-être le seul qui doive être récusé. » Mais depuis quand des antécédens honorables sont ils un motif de récusation? Je conçois très bien qu'un homme dont les antécédens sont déshonorables, dont la vie n'est point pure, dont la moralité est équivoque, ne soit point admis à s'occuper d'une question qui est en même temps de science et de probité, parce qu'un tel homme pourrait bien ne pas se montrer fort scrupuleux dans la manière de recueillir ou d'exposer les faits, suivant qu'il aurait plus ou moins d'intérêt à soutenir telle ou telle opinion; mais moi j'ai fait mes preuves à cet égard, et ce n'est pas d'aujourd'hui, ainsi qu'on va le voir.

En 1828, pendant que j'étais à Gibraltar, pour y observer la fièvre jaune, le gouvernement français fit faire une enquête officielle aux Etats-Unis d'Amérique sur ma conduite dans ce pays, sur mon caractère moral, ainsi que sur la question de la contagion ou de la non contagion de la fièvre jaune. Bien que cette mesure n'eût pas été dictée par un excès de bienveillance pour moi, ses résultats me furent entièrement favorables, ainsi que me l'écrivait M. le ministre du commerce lui-même le 4 mai 1831.

« Je me plais à reconnaître que les résultats des informations qui ont été prises aux Etats-Unis sont entièrement à votre avantage, et que les témoignages les plus respectables s'accordent à prouver que votre conduite dans ce pays a toujours été honorable, *et que vous ne vous êtes point écarté dans vos recherches du respect pour la vérité, ni d'aucun des devoirs d'un médecin consciencieux.* » (1)

M. Bulard aurait-il des motifs pour penser que si *j'avais mission* de m'occuper de la peste, je n'aurais pas pour la vérité le même respect que j'ai eu pendant les dix années consacrées à des recherches sur la fièvre jaune, et *sans mission aucune?* Mais le respect que j'ai eu pour la vérité, en recueillant des documens sur cette maladie, je l'ai eu aussi en communiquant ces mêmes documens, soit à l'autorité, soit à nos corps savans; en voici la preuve.

Le 31 mai 1826, M. de Boisbertrand s'écriait à la tribune nationale, au sujet de prétendus exemples de contagion qui auraient eu lieu en Amérique : « Ces exemples existent; ils ont été produits par les médecins du pays que M. Chervin a consultés; et ce dernier, malgré l'opinion qu'il a adoptée et qu'il veut faire prévaloir, *les a mis sous mes yeux avec une bonne foi qui lui fait honneur.* » (2)

La commission de l'Académie royale de médecine qui fut chargée de l'examen de mes documens dit de son côté, en parlant de la manière dont j'ai procédé à mes investigations : « Il reçoit tout, il accueille tout, il consigne tout dans ses papiers, et nous présente enfin avec la plus grande loyauté, nous devons le dire, *et les documens qui seraient contraires à son opinion, et ceux qui lui sont le plus favorables* (3). »

Est-là la conduite « d'un observateur exclusif et à système », ou d'un homme qui a une opinion préconçue? Je crois avoir prouvé que, quoi qu'en dise M. le docteur Bulard, je ne suis ni l'un ni l'autre et que j'ai l'*aptitude* morale requise pour m'occuper de la peste.

Après la discussion à laquelle je viens de me livrer n'est-il pas remarquable d'entendre M. Bulard nous dire « que de tous ceux qui peuvent recevoir la mission de s'occuper aujourd'hui du mode de propagation de la peste, je suis, sans contredit, le moins apte et peut-être le seul qui doive être récusé. »

(1) *Pétition adressée à la chambre des députés sur la nécessité d'une prompte réforme dans notre système sanitaire*, p. 10.

(1) Lettre de M. le comte d'Argout.
(2) *Moniteur* du 2 juin 1826.
(3) Voir son rapport, édit. in-8, p. 5.

tout homme qui pratique les accouchemens est exposé à des périls incessans, à cause de la nature même de ses opérations? Ces opérations se pratiquent à couvert, dans l'obscurité et dans des circonstances d'agitation douloureuse et pour la femme et pour les parens. Sujet comme il est à des attaques nerveuses, ainsi qu'un des témoins vous l'a dit, l'homme que je défends se trouve, par conséquent, dans des circonstances atténuantes. Un médecin est homme comme un autre; il est sujet à des erreurs de jugement; c'est là un malheur que personne ne peut éviter. L'un des témoins a cherché à insinuer que M. Spilling était pris de vin quand il est arrivé auprès de la femme Turner; c'est là, messieurs, une imputation cruelle, et qui pourtant n'est point prouvée. Ses grands succès dans cette même branche de l'art, sa patience, sa douceur, sa bonté, son attention, démentent cette assertion et donnent à son caractère les qualités inséparables des succès qu'il a toujours obtenus. Il me serait d'ailleurs très facile de prouver, ainsi que vous allez l'entendre par des témoins, qu'avant d'aller chez la femme Turner, M. Spilling se trouvait dans une maison où il venait de soulager une personne qui était à l'agonie, à l'aide d'une opération très délicate, (le cathétérisme) et qu'il était parfaitement sain d'esprit. Je termine, messieurs, en faisant remarquer que le témoignage des faits douloureux qu'on vient de rapporter pourrait aggraver beaucoup la position de l'accusé et entraîner peut-être trop loin vos convictions, à cause de la condition des hommes que vous venez d'entendre; mais à côté de ces dépositions, il y en a d'autres dont l'importance n'est pas moindre. Vous ne pouvez pas ne pas attacher un grand poids à l'expression unanime de huit ou dix personnes respectables que vous allez entendre : toutes vous assurent de la conduite honorable de M. Spilling, de la bonté de son caractère, de sa bonne réputation et de sa sobriété habituelle. »

Suivent les témoignages d'un grand nombre de personnes respectables, dont plusieurs avaient été, depuis nombre d'années, soignées par M. Spilling. Elles déposent en faveur de sa réputation comme médecin et de son caractère d'homme probe, bon et humain.

RÉPLIQUE DE M. STARKIE, CHIRURGIEN ACCUSATEUR.

» Je regarde le fait en question sous un autre point de vue que mon savant confrère. Quel que soit l'effet que la décision de ce cas pourra avoir sur la profession médicale, la loi doit-elle laisser impunis des exemples de ce genre? Il ne s'agit pas dans la question actuelle du caractère de l'accusé comme membre de la société, ni de ses succès comme médecin, mais bien de savoir s'il a agi convenablement dans l'affaire qui nous occupe, s'il n'a pas opéré avec une grande ignorance ou négligence, et si sa conduite téméraire, précipitée, violente, n'a pas causé la mort de la victime; voilà précisément ce qu'il s'agit de décider. Pour mon propre compte, j'en ai la conviction la plus intime (et cette conviction a été partagée par tout le monde) que la conduite de M. Spilling dans cette affaire est une de ces violations prévues et punies par la loi. Les témoins médecins sont tous clairs, unanimes, et leur témoignage est tout-à-fait décisif. Il y a cependant deux autres points sur lesquels je dois appeler l'attention du jury : ce sont : 1° les menaces de M. Spilling, disant qu'il irait prendre son cheval et s'en aller lorsque la femme criait et le suppliait de s'arrêter. Est-ce là de l'humanité? 2° la grande négligence qu'il a mise (pour ne rien dire de plus) pendant l'opération, d'avoir oublié l'instrument dans le corps de la femme et d'être allé ensuite le chercher dans toutes les parties de la chambre, ne sachant

M. Bulard a cru pouvoir appuyer ce jugement un peu sévère sur mes propres paroles, et il rappelle, à cet effet, qu'en 1826, lorsque l'Académie royale de médecine fut chargée de rendre compte de mes documens sur la fièvre jaune, je demandai pour première condition « que les médecins appelés à les examiner fussent restés jusque-là neutres dans la question de contagion. » Mais il oublie, en citant cette clause, les mots « *autant que possible* », que j'avais eu soin de mettre dans ma demande, parce que les trois académiciens qui furent envoyés à Barcelone, en 1821, avaient tant parlé de la contagion et d'une manière si affirmative, que leurs honorables collègues étaient généralement imbus de cette doctrine.

Eh bien! je me trouve précisément aujourd'hui, en ce qui touche la peste, dans la condition de neutralité que je désirais, en 1826, chez les membres de la commission qui devait être chargée d'examiner mes documens sur la fièvre jaune; je n'ai aucune opinion arrêtée sur le mode de propagation du fléau pestilentiel; tandis que M. le docteur Bulard est, au contraire, contagioniste *pur* et *absolu*. Il soutient que la peste n'est point *endémique* en Égypte; qu'elle n'y est point *épidémique*, et qu'elle ne s'y montre jamais sous la forme *sporadique* (1), assertions contredites par une foule d'auteurs, et particulièrement par les médecins et les chirurgiens de notre brave armée d'Orient.

« Je considère la peste, dit M. le baron Larrey, comme endémique non seulement sur la côte de Syrie, mais même dans les villes d'Alexandrie, Rosette, Damiette et le reste de l'Égypte (2). » Suivant M. Desgenettes « la peste est endémique dans l'Égypte Inférieure et le long des côtes de la Syrie, puisqu'elle y règne depuis des siècles, et qu'elle a été cent fois observée dans cent lieux qui n'avaient en entre eux aucune espèce de communication (3). » Mon honorable collègue, M. le docteur Renoult, professe absolument la même opinion (4), qui est également partagée par les docteurs Pugnet, Savaresi, Boussenard, Latill, Balme, Sotira et plusieurs autres officiers de santé qui firent les campagnes d'Égypte et de Syrie avec l'armée française.

Enfin, plusieurs médecins qui ont observé la peste en Égypte en même temps que M. Bulard la regardent aussi comme endémique dans ce pays: tels sont, entre autres, MM. les docteurs Clot-Bey, Perron, Seisson, Lefevre, Aubert et Emangart, et l'opinion de ces courageux et estimables confrères est pour moi d'un grand poids.

Que devons-nous conclure de tout cela? Que s'il faut rester neutre dans la question de la contagion de la peste pour recevoir la mission de s'occuper de ce grave sujet, M. Bulard doit, sans contredit, être récusé; car son opinion est des plus prononcées en faveur de la contagion de cette maladie; il y a chez lui *exclusivisme* complet et absolu.

M. Bulard termine l'alinéa qui vient de m'occuper en faisant observer que le consciencieux Joseph Frank avait raison quand il a dit: « Celui qui vient déclarer que la peste n'est pas contagieuse ne doit pas être investi de fonctions publiques relatives à cette calamité; s'il en a, qu'on l'en dépouille. » Mais Joseph Frank ne veut parler ici que des fonctions publiques qui se rattachent au service sanitaire en temps de peste, comme, par exemple, celles de médecin ou d'administrateur de lazaret, et nullement d'expériences et d'investigations purement scientifiques, comme celles que j'ai proposé de faire faire.

Que M. le docteur Bulard soit du reste parfaitement tranquille; je n'ai nulle envie de remplir des fonctions publiques dans aucun établissement sanitaire, pas plus en Afrique et en Asie qu'en Europe; je ne veux par conséquent diminuer en rien la gloire qui doit lui revenir pour avoir doté la Turquie du régime quarantenaire européen.

Je ferai seulement observer que si j'avais été à la place de ce médecin, au lieu de commencer par fonder un lazaret à Constantinople, dans la vue de préserver cette ville de la peste, et de demander ensuite « qu'un congrès scientifique européen soit proclamé », pour décider si cette maladie est contagieuse ou si elle ne l'est pas, je me serais d'abord occupé de faire résoudre la question scientifique, et, une fois résolue, j'aurais abordé la question administrative avec pleine connaissance de cause. Si, depuis 1458 que les Turcs sont maîtres de l'ancienne Byzance, ils se sont passés de lazarets, ils auraient bien pu s'en passer encore pendant quelques années sans beaucoup d'inconvénient, car la peste les effraie peu et ne les empêche pas d'aller leur train, quelle que soit son intensité. La marche suivie par M. Bulard, dans cette circonstance, me semble donc peu logique, et elle nous prouve en même temps à quel point l'esprit de ce médecin est dominé par l'idée de la contagion et par une confiance implicite dans l'efficacité des lazarets et de toutes les mesures dites sanitaires.

Toutefois, l'établissement du régime quarantenaire en Turquie peut avoir un heureux résultat; il peut nous faire connaître d'une manière pratique si la peste est contagieuse ou si elle ne l'est pas; car M. Bulard veillera sans doute à ce que les quarantaines soient observées sur les rives du Bosphore de la manière la plus stricte; il profitera du conseil de Joseph Frank; il n'emploiera dans les lazarets de sa création que de vrais croyans, que des hommes qui aient foi pleine et entière dans l'efficacité des mesures sanitaires, et qui les fassent par conséquent exécuter dans toute leur rigueur. Si, malgré cela, la peste ravage encore l'empire ottoman, nous serons en droit de conclure que ce fléau n'est arrêté ni par les lazarets, ni par les quarantaines, et que dès-lors ces établissemens ne sont utiles qu'à ceux qu'ils font vivre aux dépens de la société.

Je viens de repousser de la manière la plus complète les diverses accusations que M. Bulard a élevées contre moi dans le but de prouver « que de tous ceux qui peuvent recevoir la mission de s'occuper aujourd'hui de la peste, je suis, sans contredit, le moins apte et peut-être le seul qui doive être récusé. » Admettons pour un moment que ces accusations soient fondées, je ne vois pas comment « mon opinion préconçue et mon non-contagionisme » pourraient s'opposer le moins du monde au succès des expériences auxquelles j'ai demandé à me soumettre. Est-ce qu'il en serait, par hasard, de la contagion de la peste comme du magnétisme animal, qui n'opère, dit-on, ses merveilleux effets que sur ceux qui croient à ses prodiges?

D'un autre côté, est-ce que M. Bulard craindrait que le plan d'expériences que j'adopterais fût conçu de manière à ne donner que des résultats négatifs; c'est-à-dire favorables à mon *non-contagionisme?* Mais j'ai

(1) M. Bulard a émis ces opinions dans un mémoire qu'il a adressé, en même temps, au gouvernement français et à la société royale de médecine de Marseille.

(2) *Relation historique et chirurgicale de l'expédition de l'armée d'Orient*, etc., p. 133.

(3) *Histoire médicale de l'armée d'Orient*, 2e édit., p. 236.

(4) Depuis que ce passage est écrit, M. le docteur Renoult a lu, à l'Académie royale de médecine, une notice dans laquelle il se prononce ouvertement en faveur de la non-contagion de la peste.

---

où il l'avait laissé. Ce fait qui n'a point été nié par M. Spilling démontre à la fois et sa science et sa douceur et son attention!! Mais il s'agit en outre de savoir si, par une cause ou par une autre, l'accusé ne s'est pas écarté des règles de l'art et rendu coupable de négligence et d'ignorance. Je suis fâché de le dire à l'égard d'un homme d'apparences respectables et d'une position honorable, rien n'a démenti dans le cours du procès l'accusation d'ignorance et de négligence qu'on lui impute, et je pense que le jury ne peut s'empêcher de rendre le verdict de culpabilité. »

DISCOURS DE M. LE PROCUREUR GÉNÉRAL.

« Messieurs, les débats que vous venez d'entendre vous indiquent que l'affaire en question est fort grave et pour la profession médicale et pour l'accusé. Loin de moi la pensée de prononcer un mot qui puisse en aucune manière porter atteinte au corps médical; cette classe de la société est composée d'hommes utiles et mérite en général l'estime et la considération que le public lui accorde. La médecine doit être regardée comme une profession libérale. Sans cette considération personne n'oserait se confier aux entreprises ardues et difficiles qu'elle exige. Mais, messieurs, un médecin doit non seulement répondre des erreurs de son jugement, mais encore celui qui fait usage d'instrumens ou de médicamens doit comprendre toute leur portée, en avoir une connaissance parfaite et mettre la plus grande précaution dans leur emploi. Cette considération est loin d'être favorable à l'accusé, non à l'égard de ses connaissances et de sa pratique générales, mais pour l'emploi qu'il a fait d'un instrument dans le cas de la femme Turner. Sa pratique a été fort irrégulière et sa faute est incontestable. Il y a des cas dans lesquels des témoins aggravent à dessein la position des accusés, mais les témoins médecins n'en ont pas fait autant dans ce cas. L'imputation d'ivrognerie contre l'accusé n'est point prouvée, les témoins s'étant contredits à ce sujet. Les questions les plus importantes sur lesquelles je dois appeler votre décision sont: 1° L'usage de l'instrument a-t-il été la cause de la mort? 2° L'instrument a-t-il été employé convenablement, ou bien avec ignorance grossière, précipitation et violence? Aucune imputation avant celle-ci n'existe sur le compte de l'accusé, mais aucune contestation n'existe non plus sur les faits qui lui sont imputés. Les détails que vous venez d'entendre prouvent-ils que l'accusé a employé le savoir et les précautions convenables, ou bien démontrent-ils au contraire qu'il a fait usage d'un instrument sans précaution et avec témérité? »

JUGEMENT. DISCOURS DU PRÉSIDENT A L'ACCUSÉ.

Après une heure de délibération, le jury revient en séance, et se prononce affirmativement sur la *culpabilité*.

Avant de lire la sentence, le président adresse à l'accusé les paroles suivantes:

« Après une longue délibération et une mûre réflexion sur l'assassinat d'Isabella Turner, vous avez été déclaré *coupable*. Depuis que j'occupe ce fauteuil, j'avoue que je ne me suis jamais trouvé aussi embarrassé qu'aujourd'hui en me prononçant sur la culpabilité d'un accusé. J'ai acquis les preuves les plus certaines par les renseignemens que j'ai demandés, non-seulement dans le pays que vous habitez et dans les pays voisins, mais encore par ceux que j'ai obtenus du

annoncé que je me soumettrais à toutes les expériences qui seraient prescrites par nos corps savans. Or, je pense qu'un programme d'expériences rédigé par les hommes les plus éclairés que la France possède dans les sciences médicales, physiologiques, physiques et chimiques, offrirait autant de garantie que celui que vient de publier M. Bulard.

Ce médecin craindrait-il que, dominé par « mon non-contagionisme », je ne me livrasse aux épreuves à huis-clos, de manière à ne faire connaître de leurs résultats que ce qui viendrait à l'appui de mon opinion préconçue? Mais j'ai demandé qu'une commission de surveillance fût nommée pour suivre et constater toutes les expériences qui seraient faites, et que, de plus, les gouvernemens européens fussent invités à envoyer des commissaires au lazaret de Marseille pour être témoins de ces mêmes expériences et en certifier l'authenticité.

Ainsi, quand bien même je serais sous l'influence des opinions que M. Bulard a jugé convenable de me prêter, ce qui n'est point, cela n'infirmerait absolument en rien les résultats des expériences auxquelles je me soumettrais.

Ce médecin cherche à prouver par quatre raisons différentes que les expériences que j'ai proposées ne doivent pas avoir lieu dans le lazaret de Marseille :

1° Parce que les résultats n'en seraient rien moins qu'exacts;

2° Parce que si je sortais sain et sauf de toutes les épreuves, je compromettrais les plus sacrés intérêts sociaux;

3° Parce que « de tous ceux qui peuvent recevoir la mission de s'occuper aujourd'hui d'expériences sur la peste, je suis, sans contredit, le moins apte, et peut-être le seul qui doive être récusé. »

Reste la quatrième raison invoquée par M. Bulard, et nous allons voir qu'elle est tout aussi dépourvue de fondement que les précédentes; il l'expose en ces termes :

« Par toutes ces considérations, nous restons convaincus qu'en prenant un lazaret ou une localité d'Europe pour théâtre des premières expériences à tenter, on n'atteindra pas le but cherché; qu'on n'arrivera, au contraire, qu'à des objections sans réplique, et que si, par malheur, des accidens analogues à ceux du *Léonidas* se renouvelaient, l'intendance sanitaire ne voudra pas assumer sur elle une responsabilité dont elle n'a certainement pas embrassé toute l'étendue, dans sa correspondance officielle du 4 avril 1835 (1); surtout en pensant que pendant des expériences qu'elle aurait autorisées, et par des circonstances qui pourraient s'y rattacher, mais qui y seraient en réalité étrangères, il n'est pas impossible que la peste vienne à se manifester au-delà de l'enceinte sanitaire. »

Je confesse que je ne comprends pas bien le sens de cette dernière phrase. M. Bulard veut-il dire que pendant que je serais enfermé avec les pestiférés dans la triple enceinte du lazaret de Marseille, la peste pourrait se développer spontanément au dehors, ou bien qu'il pourrait y avoir plusieurs importations simultanées de cette maladie, dont une seulement serait emprisonnée dans ce *palladium* de la santé publique; tandis que les autres répandraient le mal et la terreur parmi les populations environnantes? Outre qu'une pareille supposition n'est guère en faveur de la surveillance des agens sanitaires, elle peut être faite dans tous les temps et pour tous les cas, et par conséquent tout aussi bien lorsque M. Bulard voudra venir répéter ses expériences dans les lazarets d'Europe qu'aujourd'hui. C'est à quoi ce médecin ne semble pas avoir réfléchi, tant il est prévenu contre les épreuves qui pourraient avoir lieu *d'abord* dans nos établissemens sanitaires.

« Il y a quelques mois, dit-il, l'histoire médicale et politique de la peste en était encore à son introduction; origine, cause, nature, symptômes, lésion, traitement prophylactique, tout était à découvrir. » J'ai cru, en lisant ce passage, que toutes ces choses étaient aujourd'hui découvertes, et, de plus, parfaitement connues; mais je n'ai pas été long-temps sans me convaincre que l'histoire de ce fléau présente encore d'immenses lacunes, qui seront peut-être remplies un jour. N'est-ce pas abuser de l'hyperbole que de dire que tout ce qu'on sait actuellement sur la peste date seulement de quelques mois? M. Bulard a-t-il donc oublié et les observations faites en Egypte, en 1835, et celles bien plus anciennes des médecins de notre armée d'Orient?

Après avoir dit que toutes les tentatives faites jusqu'à ce jour pour découvrir « la cause spécifique ou le principe contagieux de la peste » sont toujours restées infructueuses, incomplètes ou insignifiantes, M. Bulard ajoute : « De nouvelles expériences, comme M. Chervin les conçoit, n'auront pas plus de valeur, et quelque variées qu'elles puissent être dans leurs formes, elles n'acquerront toujours de validité que par l'observation des conditions qui suivent :

« 1° Expérimenter d'abord dans les localités mêmes de la peste, puis en dehors de ces localités, avant, pendant et après le cours d'une phase pestilentielle, sous des latitudes, dans des contrées, à des distances et à des époques différentes, sur l'homme et sur certains animaux.

« 2° Opérer sur des sujets étrangers et indigènes, sains et valétudinaires, normaux ou modifiés par certaines médications, vaccinés ou non vaccinés, variolés ou non, avec ou sans exutoires, ayant ou n'ayant pas encore eu la peste, et n'étant ni dans le milieu d'activité de la maladie, ni en rapport avec des personnes pestiférées ou compromises ou avec des effets contagiés.

« 3° Etablir quatre séries d'expériences par *infection*, par *contact immédiat*, par *contact médiat* et par *inoculation*. »

Je vais accompagner ce programme de quelques remarques. J'ai déjà dit ce que je pense des expériences qui seraient faites dans les localités mêmes de la peste, je n'y reviendrai pas ici.

On peut certainement expérimenter sur des animaux; mais, dans le cas d'un résultat négatif, il faudrait bien se garder de conclure que ce qui se passe chez eux doit également avoir lieu chez l'homme; car nous savons que telle maladie qui est très contagieuse pour une espèce ne l'est nullement pour d'autres (1).

Pour opérer comparativement sur des sujets étrangers et indigènes, il faut être placé dans les localités mêmes de la peste, comme le veut M. Bu-

(1) Cette correspondance porte qu'à la rigueur l'intendance sanitaire pourrait me placer, comme médecin quarantenaire, auprès des pestiférés qui viendront à être introduits accidentellement dans le lazaret de Marseille, et que « j'aurais de cette manière la faculté de me revêtir des habits contaminés tout à mon aise. » En s'élevant contre cette concession, M. Bulard se montre plus contagioniste que l'intendance de santé elle-même.

(1) Vicq d'Azyr, *Exposé des moyens curatifs et préservatifs qui peuvent être employés contre les maladies pestilentielles des bêtes à cornes*, etc., 1775, p. 97.

---

la partie poursuivante elle-même, que votre conduite antérieure est irréprochable, et comme homme privé et comme médecin : j'ai reçu des preuves non équivoques que vous vous étiez toujours conduit avec humanité, patience, bonté, et avec un savoir compétent dans les devoirs de votre profession. Je trouve en même temps que vous avez pris soin des pauvres de votre paroisse, soins qui obligent souvent les hommes de votre état à agir avec précipitation et brusquerie; mais vous vous êtes toujours conduit avec la plus grande douceur, au point qu'une fois on avait, par des motifs d'une économie malentendue, confié les soins des pauvres à d'autres mains, et on a été bientôt obligé d'avoir de nouveau recours à vos soins, et de vous rétablir dans vos fonctions. Maintenant, après avoir appris tout cela, il est, je l'avoue, fort pénible pour moi de prononcer contre vous la sentence qui résulte de la conviction du jury, savoir que, dans le cas en question, vous vous êtes conduit avec une grande précipitation dans l'usage des instrumens, et que vous avez agi avec une absence complète de réflexion et de savoir. Quiconque entreprend de soigner les infirmités de notre nature, ainsi que le font spécialement les hommes de votre profession, est obligé d'être pourvu de tout ce qu'il faut pour remplir ses devoirs; c'est-à-dire d'un savoir compétent, d'une grande humanité et de patience. Le jury a été instruit par moi, et plus particulièrement par votre conseil, dont les paroles sensées et graves ont produit un grand effet dans l'esprit de vos juges, que c'était une erreur de jugement, un accident dont aucun homme ne devait être responsable; mais le *verdict* que le jury a rendu vous démontre qu'il avait une autre conviction, savoir, que vous ne vous étiez pas, dans le cas en question, conduit avec savoir, humanité et patience, et que la mort en avait été la conséquence. Quiconque siège à ma place doit apprécier à un très haut degré la vie de nos semblables. Vous avez causé la mort d'une pauvre femme, et je ne dois rien dire de plus à un homme comme vous pour aggraver la peine morale que vous éprouvez. J'espère que la sentence que je vais prononcer ne vous laissera aucun doute sur l'étendue de votre faute, qui doit être regardée comme très sérieuse; je regrette cependant d'être obligé, dans l'application de la peine, d'obéir à toute la rigueur de la loi; mais j'espère que cette condamnation ne vous empêchera pas, après l'expiration, de retourner à votre profession, à votre pratique, avec un caractère irréprochable, et que vous n'aurez pas d'autres conséquences à subir du malheur que vous venez d'essuyer.

» Le tribunal a décidé que vous passerez six mois dans la prison du château d'York. »

Tels sont, mon cher confrère, les détails de cette déplorable affaire. Je me dispense de vous dire toutes les oppositions, toutes les dissidences que ce procès a fait naître parmi les médecins anglais. En général, cependant, on est tombé d'accord pour reconnaître qu'il est des limites à l'irresponsabilité médicale, et que dans le fait dont il s'agit la faute avait été trop grave, trop patente, trop grossière pour être affranchie du principe de la responsabilité générale. Les discussions n'ont porté que sur les explications données aux faits. Après comme avant le procès, on est encore à se demander si le docteur Spilling jouissait de toute sa raison quand il a été appelé auprès de la femme Turner.

Agréez, etc.

K ...y.

lard. Or, en Égypte, l'observation a démontré que les étrangers sont plus susceptibles d'être atteints de cette maladie que les personnes nées dans le pays, et qu'ils le sont d'autant plus qu'ils viennent d'un climat plus chaud (1); ce qui est absolument l'inverse de ce qui a lieu pour la fièvre jaune.

L'observation a aussi prouvé que les individus valétudinaires souffrent moins de la peste que les sujets pleins de force et de santé; mais jusqu'ici rien n'établit que certaines médications préservent de cette maladie ou la rendent plus bénigne. On avait pensé qu'un traitement mercuriel produirait cet effet, mais les expériences tentées dans le but de traduire cette idée en un fait ont été sans résultat; serait-on plus heureux en employant d'autres puissans modificateurs de l'organisme? Je ne saurais le dire.

On avait aussi prétendu que les individus vaccinés étaient exempts de la peste; malheureusement cela n'est pas, ainsi que le prouvent les observations de M. le docteur Lafont, de Salonique (2), et d'autres médecins vaccinateurs qui ont pratiqué dans le Levant; l'espoir qu'avait eu le docteur Valli de préserver de la peste au moyen du virus vaccin (2) n'était qu'une chimère. On a dit que la variole était aussi un préservatif contre cette redoutable affection; mais l'expérience est encore venue donner un démenti formel à cette assertion; la peste ne respecte point les individus qui ont eu la petite vérole (3); cette vérité est établie sur les faits les plus authentiques.

Beaucoup d'auteurs fort respectables ont soutenu que les exutoires préservaient de la peste; mais d'autres auteurs, tout aussi dignes de foi et en bien plus grand nombre, soutiennent l'opinion contraire, et ils appuient cette opinion de faits positifs que des milliers de faits négatifs ne sauraient détruire.

Enfin, une première attaque de peste affaiblit un peu la susceptibilité, mais elle ne la détruit point, car on a vu des individus être atteints trois ou quatre fois de cette maladie dans la même épidémie, et suivant le prince Constantin Ypsilandy: « Il est très ordinaire de voir des personnes qui s'en sont guéries dix fois mourir à la onzième (4). »

Les observations auxquelles je viens de me livrer prouvent que plusieurs des expériences proposées par M. le docteur Bulard n'éclaireront que fort peu la question; mais elles ne peuvent avoir aucun inconvénient.

Après avoir indiqué les sujets sur lesquels il convient d'opérer et les conditions diverses dans lesquelles ils doivent se trouver, ce médecin entre dans des détails minutieux sur la manière dont les épreuves doivent être conduites; mais tout ce qu'il dit sur ce point se présente naturellement à l'esprit de quiconque a la moindre habitude de la méthode expérimentale; enfin, il conclut ainsi:

« Mais pour remplir ces conditions si nombreuses et si graves, au prix desquelles seules le génie pestilentiel doit être révélé, il faut un grand acte, et nu seul homme ne saurait l'accomplir entier et décisif. A cette œuvre immense, il faut une volonté immense; la grandeur des efforts doit être proportionnée à la grandeur de la tâche, et son exécution authentique réclame un appareil d'autant plus solennel, qu'elle a besoin de plus de retentissement pour être produite fructueuse et impérissable... Qu'un congrès scientifique européen soit donc proclamé, qu'il s'assemble, qu'il discute, qu'il délibère, mais qu'il se hâte surtout, car demain, ce soir, peut-être, l'horrible fléau se sera de nouveau étendu rapide et meurtrier sur ces malheureuses peuplades, dont on a toujours parlé, et pour lesquelles on n'a jamais rien fait, dont on rêve le bonheur, et réalise la perte, et que le civilisateur Occident laisse se cadavériser au lieu de les vivifier. »

L'idée de former un congrès scientifique européen pour arriver à la solution des questions sanitaires n'est point une chose nouvelle. Un de nos plus savans physiologistes, et, en même temps, de nos plus habiles expérimentateurs, M. le professeur Magendie, s'exprimait ainsi en 1832: « Si les hommes de l'Europe les plus distingués dans les sciences chimiques, physiques et physiologiques, se réunissaient en congrès, s'ils apportaient en commun leurs connaissances et leurs observations, il en résulterait un faisceau de lumière capable, peut-être, d'éclairer l'origine de l'épidémie et les procédés de sa propagation (6). »

En 1833, après avoir demandé à la chambre des députés que des expériences fussent faites dans le but de connaître quel est le mode de propagation de la peste, j'ajoutai: « L'Europe qui, depuis 18 ans, a formé tant de congrès dans des intérêts politiques, ne pourrait-elle pas en former un dans l'intérêt de l'humanité, de la science et des relations des peuples entre eux? et ne serait-il pas glorieux pour la France de prendre l'initiative dans cet acte de haute philantropie, de provoquer la formation d'une réunion de médecins européens, qui assisteraient aux expériences que je propose de faire faire et se livreraient à un examen approfondi des bases fondamentales du système sanitaire actuellement en vigueur chez tous les peuples chrétiens? Les travaux d'une semblable réunion d'hommes éclairés répandraient, sans doute, une vive lumière sur les questions les plus ardues de l'hygiène publique et contribueraient, à un haut degré, au mieux-être de la grande famille européenne (1). »

Ainsi M. Bulard verra que, si nous différons d'opinion sur quelques points, nous avons la même manière de voir sur beaucoup d'autres; car je suis convaincu depuis longtemps que des expériences exécutées avec le plus grand soin, sur une vaste échelle, et variées sous toutes les formes, et un congrès scientifique européen, où les principaux gouvernemens seraient représentés par des commissaires, sont les seuls moyens de faire résoudre promptement et irrévocablement les questions sanitaires et particulièrement celle de la peste. Mais je ne pense pas, avec M. le docteur Bulard, que, pour obtenir ce résultat « le corps médical tout entier doive être convié »; un petit nombre des membres les plus dévoués et les plus éclairés de ce corps serait suffisant pour remplir la tâche, quelque grande qu'elle soit.

Je ne pense pas non plus qu'on doive mettre dans cette affaire toute la *célérité* que demande ce médecin. La question est trop vaste, trop complexe, et surtout trop grave pour qu'on n'apporte pas dans son examen toute la lenteur et toute la maturité qu'il exige; d'autant plus que « les malheureuses peuplades orientales » dont on invoque les souffrances pour faire hâter le congrès, souffriront, hélas! encore longtemps, quelle que puisse être la solution du grand problème qui nous occupe; car la peste n'est point l'unique cause de leurs maux: le despotisme et l'ignorance sont pour ces populations *des pestes* non moins terribles que celle qui est caractérisée par des bubons, des charbons et des pétéchies. Or, ce ne sera qu'avec du temps et beaucoup d'efforts que l'on parviendra à les extirper.

D'ailleurs, pourquoi tant se hâter? Si la peste est contagieuse, les Orientaux n'ont-ils pas, pour s'en garantir, les lazarets, que M. le docteur Bulard a lui-même fondés chez eux, et le corps des Ulémas ne vient-il pas de déclarer que le Coran ne s'oppose point à ce que les vrais croyans cherchent à se prémunir contre ce redoutable fléau? Sous ce rapport, grâce au zèle de M. Bulard, l'Orient marchera donc bientôt de pair avec l'Occident.

Mais si la peste n'est point contagieuse, si elle est due aux causes d'infection qui existent en si grand nombre dans diverses contrées du Levant, que ferons-nous? Irons-nous, la torche à la main, produire dans chaque localité habituellement ravagée par la peste une vaste conflagration, à l'instar de celle qui consuma presque entièrement la ville de Londres en 1666, et fit disparaître en peu de jours les abominables constructions dont se composait alors cette capitale (2), et avec elles, suivant plusieurs auteurs, les causes matérielles de la peste, qu'on n'a plus vu régner épidémiquement à Londres depuis cette époque (3)? Un pareil projet serait inexécutable et ne saurait entrer, par conséquent, dans l'esprit d'aucun homme sensé. Que faire alors? Favoriser les progrès de la civilisation dans le Levant, et attendre de la civilisation les améliorations dont ce pays a besoin.

M. Bulard prétend que « le civilisateur Occident n'a jamais rien fait pour les malheureuses peuplades du Levant. » M. Bulard se trompe; l'Europe, et la France surtout ont porté des germes de civilisation en Égypte et sur les rives du Bosphore, où ils commencent à prospérer. Mais ce médecin pense-t-il que, tout civilisateur qu'il est, l'Occident n'ait rien à faire chez lui? S'il en est ainsi, qu'il veuille bien jeter les yeux sur l'Espagne, sur le Portugal, sur l'Irlande, sur l'Italie, sur la Pologne et sur la Russie d'Europe, et il verra qu'il y a aussi en Occident bien des « peuplades malheureuses, » et qui ont les mêmes droits à notre sollicitude et à nos sympathies que les peuples soumis à l'empire du croissant. Elles méritent d'autant plus de fixer notre attention que plusieurs d'entre elles sont à nos portes et ont avec nous des relations continuelles. Eh bien! que fait-on pour améliorer leur sort? Rien, ou fort peu de chose. Les reproches adressés au peuple d'Occident de laisser les populations ottomanes « se cadavériser au lieu de les vivifier » ne sont donc point fondés.

(1) Louis Frank, *Collection d'opuscules*, etc., p. 9. Desgenettes, *Histoire médicale de l'armée d'Orient*, 2e édition, p. 259. Bancroft, *An Essay*, etc., p. 591.
(2) *Bibliothèque britannique*, vol. xxv, p. 82.
(3) *Memoria sulla peste di Smyrna*, del anno 1784.
(4) Le docteur Lafont, ouvrage cité, vol. xxiv, p. 353, et le docteur Patrick Russel, cité par Niebuhr, *Descrip. de l'Arabie*, in-4; Paris 1769, t. 1, p. 193.
(5) *Bibliothèque britannique*, vol. xxvii, p. 205.
(6) *Leçons sur le choléra-morbus*, p. 262.

(1) *De la nécessité d'une prompte réforme dans notre système sanitaire*, p. 14.
(2) Voy. Maitland's *History of London*.
(3) Voy. William Heberden's *Observations on the increase and decrease of different diseases and particulary of plague*. London, 1801, p. 69, 76 et 95.

Je viens de répondre à tous les points de la lettre de M. le docteur Bulard; il ne me reste plus qu'à signaler quelques contradictions dans lesquelles ce médecin est tombé, par inadvertance sans doute, car elles sont trop évidentes pour qu'il ne les eût pas remarquées s'il avait relu sa lettre à tête reposée.

Il dit qu'en me soumettant aux expériences que j'ai demandé à faire dans le lazaret de Marseille, « j'aurais sans doute consommé le plus grand acte connu de courage et d'abnégation. » Et quelques lignes plus bas, il m'accuse hautement de *non contagionisme*. Si je ne croyais point à la contagion où seraient le courage et l'abnégation ?

M. Bulard me regarde comme « étant, sans contredit, le moins apte et peut-être le seul qui doive être récusé, » lorsqu'il s'agira de procéder à des expériences sur la peste; et il m'écrit de Smyrne tout exprès pour « m'offrir les moyens de statuer d'une manière définitive sur le véritable caractère de transmission de cette maladie. » Ce procédé est sans doute fort généreux, et j'en remercie bien sincèrement M. Bulard; mais, si j'étais tel qu'il le dit, que gagnerait la science à mon voyage du Levant ?

Je suis d'après ce médecin *un observateur exclusif et à système, un expérimentateur préoccupé, dominé par des idées particulières, qui a une opinion préconçue de non contagionisme et des théories exclusives*. Et, malgré toutes ces conditions défavorables, M. Bulard a la bonté de dire en parlant de moi : « Sa lutte contre la fièvre jaune et contre les partisans de la contagionabilité de cette maladie, quoique peu profitable dans son issue, fut trop glorieuse pour que, dans la nouvelle lice où il paraît si disposé à entrer, nous ne lui prédisions pas une nouvelle gloire, sinon un véritable triomphe. »

Comment pourrais-je réaliser une aussi flatteuse prédiction avec toutes les qualités négatives que me prête son auteur ? On n'acquiert de la gloire et l'on obtient de véritables triomphes que lorsqu'on cherche la vérité sans esprit de système, sans préoccupation aucune, sans idées préconçues, sans théories exclusives, et que l'on recueille les faits avec une religieuse impartialité, ainsi que je l'ai constamment pratiqué pendant tout le cours de mes longues investigations concernant la fièvre jaune, et que je le pratiquerai toujours dans toutes les questions dont je pourrais m'occuper à l'avenir.

En suivant une marche contraire, on pourra bien fixer l'attention publique pendant un temps plus ou moins long, faire adopter ses opinions à l'autorité, aux législateurs, aux médecins et au public en général; mais dès que les faits viendront à être mieux observés, on recueillis avec plus de soin, on verra cet édifice à base défectueuse ou complètement imaginaire s'écrouler rapidement, et ne laisser à ses auteurs que le regret de l'avoir élevé.

Paris, le 6 avril 1838.

CHERVIN, D. M. P.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

TRAITEMENT DE L'HYDROCÉPHALIE A L'AIDE DE LA PONCTION; par M. CONQUEST, médecin de l'hôpital St-Barthélemy à Londres.

J'ai traité dix-neuf enfans atteints d'hydrocéphale interne à l'aide la ponction; mes premières opérations datent de dix ans; je fais connaître aujourd'hui le résultat de mon expérience. Voici d'abord le procédé opératoire que j'ai suivi. L'opération consiste à passer un petit trois-quarts dans un des ventricules latéraux, et tirer autant de fluide que la constitution peut. L'endroit le plus convenable pour l'immersion du trois-quarts est le trajet de la suture coronale, sur un point moyen entre l'apophyse *crista galli*, et la fontanelle antérieure : on évite ainsi de blesser et le corps strié, et le sinus longitudinal; l'instrument pénètre ordinairement à la profondeur de deux pouces; le plus souvent la sérosité est incolore, quelquefois sanguinolente. Dans un cas, cependant, opéré dernièrement à l'hôpital St-Barthélemy, il s'est écoulé une énorme quantité de sang, provenant probablement d'une branche de l'artère méningée moyenne, ce qui a donné beaucoup d'inquiétude. Quelquefois, en retirant le trois-quarts, l'eau ne s'écoule point; on est alors obligé de passer une sonde-mousse dans la canule, afin d'écarter une portion de cerveau qui s'y trouve appliquée. Après qu'on a laissé écouler la quantité d'eau qu'on a cru convenable, la tête qui, durant l'opération, est maintenue et comprimée par les mains d'un aide, est enveloppée de bandelettes collantes, de manière à maintenir doucement son volume sans comprimer le cerveau.

Des dix-neuf enfans que j'ai opérés, dix vivent encore. Quelques-uns étaient dans un état désespéré avant d'être soumis à l'opération; ils avaient des convulsions, étaient émaciés, leurs yeux étaient amaurotiques, etc. La diminution ou la disparition de ces symptômes a été un phénomène vraiment remarquable. Dans quelques cas, la guérison a été complète; dans quelques autres, je n'ai obtenu qu'une amélioration passagère, attendu que les parens n'ont pas voulu soumettre leurs enfans à la répétition de la ponction. Aucun des opérés n'est mort pendant, ni immédiatement après l'opération. Ceux qui sont morts n'ont succombé que plusieurs semaines ou plusieurs mois après. Toutes ces opérations ont été faites en public, à *Barthelomew's hospital*, en présence d'un grand nombre d'élèves et de docteurs qui ont suivi chaque sujet jusqu'à la fin. Un traitement intérieur a été toujours associé à la ponction.

OBS. I. — La première opération de ce genre que j'ai faite date de l'automne de 1828; je l'ai pratiquée sur Catherine Seager, âgée de 20 mois; sa tête avait commencé à s'élargir depuis six mois. Le trois-quarts n'a donné issue qu'à deux onces de liquide au moment ou je l'ai plongé; mais, dans la nuit, il s'en est écoulé goutte à goutte une quantité considérable; on a estimé cette quantité à deux pintes. Un seul paroxisme de convulsions a eu lieu après l'opération, puis quelques symptômes d'irritation encéphalique. On a promptement dissipé ces symptômes à l'aide de sangsues et d'applications évaporantes froides. Deux ans et demi après, lorsque les parens partaient pour l'Amérique, l'enfant était bien portant; il n'offrait aucun reste de la maladie, et toutes ses fonctions étaient dans un état parfait.

OBS. II. — Le second est celui de William Honer, âgé de huit mois. Le grossissement de la tête avait été remarqué depuis six semaines. Je l'opérai le 20 novembre 1829; j'ai retiré douze onces de sérosité limpide du ventricule droit. Le 2 décembre, j'en ai retiré autant, et le 16 j'en ai fait écouler dix onces et demie; en tout trente-quatre onces et demie. L'enfant est allé de mieux en mieux, mais ensuite il a été pris de coqueluche dont il est mort quelques mois après.

OBS. III. — La troisième opération a pour sujet le nommé William Wilmer qui a parfaitement guéri; huit années se sont écoulées depuis cette cure, et l'enfant continue à jouir d'une excellente santé; il est actuellement dans une maison d'éducation (*The orphan working school, City road*). J'ai retiré de sa tête vingt-quatre onces d'eau en deux fois.

Les détails de ce fait se trouvent consignés dans la *Lancette anglaise*, du 15 septembre 1832, par le docteur Caldwell, médecin ordinaire du petit malade. Voici les détails publiés par ce confrère :

« William Wilmer, âgé de quatre mois, m'a été présenté dans le mois de juillet 1830. Sa tête offrait un volume énorme et avait été telle dès la naissance; le front saillant et large, les yeux lourds et un peu convulsés, hoquet fréquent, vomissement, etc. Plusieurs médecins avaient été consultés avant moi; ils l'avaient tous jugé incurable. Dans le commencement d'août le docteur Cooquest l'opéra, l'eau qui jaillit était d'abord claire, puis légèrement sanguinolente. Durant le reste de la journée, l'enfant a paru plutôt faible, mais il a été plus gai qu'auparavant, et ensuite l'intensité des symptômes précédens a grandement diminué. Un mois environ après, l'opération a été répétée; c'est le 30 septembre que M. Conquest a plongé de nouveau le trois quarts dans la tête de l'enfant, et il en a retiré douze onces d'un liquide clair. L'enfant dort bien, mange bien, est gai, se porte bien et jouit de l'intégrité de toutes ses fonctions physiques et intellectuelles. »

Ce qu'il y a aussi de remarquable dans ce fait, c'est qu'après l'opération le volume énorme de la tête n'a pas changé, et qu'aujourd'hui, huit années après la guérison, l'enfant offre une organisation proportionnée à son âge dans tout le reste du corps, la tête conserve toujours un volume considérable, mais l'enfant se porte bien.

Le quatrième cas est celui d'Elisabeth Forster; il est le plus remarquable de tous, à cause de la quantité énorme d'eau que j'ai retirée (55 onces), et de la guérison radicale qui s'en est suivie.

Voici l'état de cet enfant cinq années après l'opération.

La petite fille a l'apparence de santé; elle a bon appétit et dort bien; elle va à l'école et son intelligence ne paraît pas inférieure à celle des autres enfans de son âge; au contraire même, elle se distingue par la netteté des perceptions. Sa tête mesurée donne 22 pouces à la grande circonférence. L'ossification est complète, à l'exception de la fontanelle postérieure et de deux autres points latéraux à la suture coronale.

Il serait inutile d'exposer ici les détails des 15 autres cas; on en verra le sommaire à la fin de cette note. Il résulte de ce sommaire que des dix-neuf enfans opérés, dix ont guéri et neuf sont morts. Il importe cependant de faire remarquer que la plupart de ces enfans appartenaient à la classe inférieure de la société, dont les parens ne font que changer continuellement de domicile, de sorte qu'après quelque temps de leur sortie de l'hôpital il m'a été impossible de les revoir tous : j'ignore si quelques-uns d'entre eux soient morts depuis. Dans tous les cas, il y a une

chose d'acquis, c'est que la céphalocentèse a constamment produit du soulagement en prolongeant l'existence. Une fois seulement la mort a paru avoir été accélérée par l'opération.

Le docteur Bobington a analysé le fluide avec un grand soin ; il a trouvé que sa gravité spécifique est de 1004. Ce liquide ne se coagule pas à l'action de la chaleur, des acides ni de l'alcool : il ne contient, par conséquent, pas de l'albumine. La teinture de galle ne produit aucun précipité immédiatement, mais, après un repos de quelques heures, elle donne des flocons bruns, ce qui prouve l'existence de quelque peu de gélatine. Par l'évaporisation on obtient dix parties de matière solide sur 1000 ; cette matière est principalement composée de nitrate de soude, ce qui est prouvé par la précipitation à l'aide de nitrate d'argent. Le liquide contient, par conséquent, sur 100 parties :

1° Eau.....................	99
2° Gélatine..................	0, 1
3° Chlorate de soude........	0, 845
4° Autres sels et perte......	0, 055
	100, 000

L'amélioration n'a pas été permanente lorsque le mal était congénital. Dans l'hydrocéphale accidentel cependant, savoir, dépendant d'inflammation chronique, l'opération a présenté plus de chances de réussite.

Voici maintenant le tableau des 19 sujets que j'ai opérés.

NUM.	NOMS.	NOMBRE des PONCTIONS.	QUANTITÉ du LIQUIDE.	GUÉRIS.	MORTS.
			Onces.		
1	Catherine Seagar......	1	34	1	»
2	William Henry.......	3	34 1/2	»	1
3	William Wilmer......	2	24	1	»
4	John Hall...........	3	48 1/2	»	1
5	Alfred Parman.......	4	43	»	1
6	Mary Bavon.........	3	26	1	»
7	Charles Discomb......	2	20	»	1
8	John Ward..........	1	8	»	1
9	John Claudit........	2	22	»	1
10	Charles Clarke.......	2	17	»	1
11	Elisabeth Forster.....	3	55	1	»
12	Jemina Evans........	1	7 1/2	»	1
13	Jane Broken.........	1	13	1	»
14	Eleonor Maloney......	1	9	1	»
15	Francis Chaddy.......	4	35	»	1
16	Thomas Norman.......	1	6	1	»
17	Anne Arminio........	3	31 1/2	»	»
18	James Thomson.......	2	14	»	»
19	John Pratt..........	1	9	»	»
	TOTAUX..........	44	433	10	9

CONQUEST, D. M.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 9 AVRIL.

MESURE DE LA TEMPÉRATURE DU CORPS DE L'HOMME AU MOYEN DES EFFETS THERMO-ÉLECTRIQUES.

MM. Becquerel et Breschet communiquent de nouvelles expériences sur ce sujet. Le procédé qu'ils emploient pour mesurer la température des organes intérieurs de l'homme consiste, comme on le sait, à faire usage de deux aiguilles, composées chacune de deux autres (l'une de cuivre et l'autre d'acier), soudées par un de leurs bouts. L'une des soudures est placée dans un milieu dont la température reste constante pendant la durée de l'expérience, tandis que l'autre est introduite dans la partie dont on veut mesurer la température. Ces deux aiguilles communiquent ensemble, d'une part, par leur bout acier avec un fil de même nature; et, de l'autre, par leur bout cuivre avec les extrémités du fil d'un excellent multiplicateur thermo-électrique.

Lorsque les deux soudures ont la même température, l'aiguille aimantée n'est pas déviée; mais pour peu qu'il y ait une différence entre les deux températures, ne fût-elle que d'un dixième de degré, il y a une déviation dont le sens et l'étendue servent à évaluer directement cette différence, et par suite la température d'un des milieux, quand celle de l'autre, qui est constante, est connue.

La source constante que les auteurs ont employée d'abord était fournie par l'*appareil Sorel*, appareil qui conserve bien pendant quelques heures une température dont les variations ne dépassent pas quelques dixièmes de degrés. Dans leurs nouvelles expériences, cependant, ils ont trouvé de l'avantage à employer la bouche comme source de température constante. Plusieurs observations exposées dans leur mémoire montrent que quand l'individu qui est ainsi employé à fournir la source constante de chaleur a acquis une certaine habitude, de manière à maintenir toujours la soudure dans la même position et à respirer par le nez afin de ne pas introduire d'air froid dans la bouche, on obtient, à moins d'un dixième près, la température intérieure d'un corps dans lequel l'autre soudure est plongée.

Après avoir bien constaté que leur nouveau mode d'expérimentation donnait des résultats suffisamment exacts, MM. Becquerel et Breschet se sont occupés d'abord de l'influence que peuvent exercer sur la température des muscles de l'homme les variations de la température ambiante.

Il est constant que l'homme, ainsi que beaucoup d'animaux à sang chaud, peuvent vivre dans une atmosphère ayant une température qui diffère de la leur de près de 80 degrés, puisque, d'une part, les habitans des régions polaires se trouvent exposés une partie de l'année à une température qui est celle de la congélation du mercure, et que, de l'autre, on sait par les expériences de Banks, Blagden et Fordyce, qu'on peut rester pendant quelques instans plongé dans un air dont la température surpasse celle de l'eau bouillante, sans qu'il en résulte un désordre sensible dans l'économie animale. La température des organes extérieurs reste-t-elle la même entre ces deux extrêmes des circonstances extérieures; c'est un point sur lequel on n'était pas encore parfaitement d'accord. Les trois observateurs dont nous avons parlé disaient s'être assurés que la chaleur intérieure du corps restait la même, quand la température de l'air ambiant s'était élevée jusqu'à 120 degrés. D'un autre côté, Berger et de Laroche avaient trouvé qu'en se plaçant dans un air à 49 degrés, leur température propre augmentait de 4 et de 5 degrés, après être resté quelque temps dans une étuve chauffée à 90 degrés.

Pour l'autre extrême de température, les observations n'étaient pas plus d'accord. Le capitaine Parry affirmait que, dans les régions arctiques, où la température descend au-dessous du point nécessaire pour la congélation du mercure, la température de l'homme n'est pas sensiblement modifiée; John Davy, au contraire, trouvait que la température de l'homme s'accroît des pôles à l'équateur. Dans cet état de choses, il a paru utile aux deux académiciens de faire des expériences qui, si elles ne reproduisaient pas exactement les diverses circonstances par lesquelles passe l'homme qui s'avance des régions tropicales vers les régions polaires, et réciproquement, pouvait du moins fournir un élément pour la solution future de la question, les observateurs sédentaires ayant, sur les voyageurs, l'avantage de pouvoir employer fréquemment des méthodes plus précises et des instrumens plus parfaits. Nous n'entrerons point dans le détail des expériences, et nous nous contenterons de dire qu'elles ont conduit les auteurs à reconnaître que, lorsque le corps de l'homme est en contact, pendant une vingtaine de minutes, avec de l'eau dont la température varie de 0 degré à 49 degrés, la température des muscles n'éprouve que de faibles variations; mais ils font remarquer qu'un contact plus prolongé pourrait donner des modifications plus sensibles. Au reste, ajoutent-t-ils, le contact, dans notre mode d'expériences, n'aurait pu être prolongé sans inconvéniens, un bain à 49 degrés rubéfiant déjà fortement la peau, et portant le sang à la tête.

On peut conclure aussi des faits observés par les deux expérimentateurs que les résultats obtenus par de Laroche, qui s'était placé dans une étuve à 49 degrés de température, sont dus en grande partie aux phénomènes de la respiration.

D'autres expériences sont relatives aux effets de la saignée sur la température intérieure du corps : une première épreuve n'avait pas montré de variation sensible pendant ni après une saignée assez forte pratiquée chez un homme de 40 ans ; l'on pouvait, au reste, penser, *à priori*, qu'il en serait ainsi, et que la sortie du sang veineux n'amènerait d'abaissement de température que si elle était assez abondante pour causer l'affaiblissement du sujet ; il convenait donc de faire l'expérience d'une autre manière.

On prit un chien de moyenne taille, qui avait mangé peu d'heures avant l'expérience; on plaça une des soudures dans les muscles de la partie antérieure de la cuisse, tandis que la soudure d'une autre aiguille se trouvait dans la bouche d'un des expérimentateurs : une ligature avait d'abord été jetée autour de l'artère fémorale, immédiatement au-dessous de sa sortie de l'abdomen. La suspension du cours du sang dans ce vaisseau n'apporta aucun changement dans la température du membre, et à plusieurs reprises on a exercé ou suspendu la compression sur le tronc artériel, sans pouvoir observer le moindre mouvement dans l'aiguille du multiplicateur.

Fallait-il en conclure que les modifications dans la température des tissus dépendent bien moins de la circulation sanguine que de l'influx nerveux, ou bien que le résultat de cette dernière expérience tenait à ce que, en ne liant que l'artère fémorale, on n'avait pas intercepté tout d'abord le cours du sang dans les vaisseaux de la cuisse, les artères fessières et ischiatiques pouvant suppléer à l'artère fémorale ?

Pour avoir une solution positive de cette difficulté physiologique, on a embrassé, par un double cordonnet de soie, l'artère iliaque primitive; puis, en plaçant un doigt sur le vaisseau, dans le point correspondant à l'anse de la ligature, on a pu à volonté empêcher ou permettre la circulation du sang artériel dans le membre. Alors l'aiguille a été engagée dans l'épaisseur des parties charnues de la cuisse, et, au bout de quinze minutes, on a vu la température baisser d'un demi-degré environ. En permettant ensuite au sang de parcourir les

vaisseaux artériels fémoraux, bientôt la température se rétablissait dans son état normal. Cet effet, observé dans plusieurs expériences semblables, démontre, disent les auteurs, que le sang artériel exerce une influence directe sur la température des tissus; mais ce n'est cependant pas le sang qui circule dans les troncs et les branches des artères auquel il faut attribuer cette influence, mais bien à celui qui parvient dans les réseaux capillaires. En effet, entre la suspension du cours de sang dans le membre et la diminution de température il s'écoulait communément quinze à dix-huit minutes. Cependant le rétablissement de la température à son degré normal, lorsqu'on permettait au sang de parcourir les artères, était toujours plus rapide que la diminution de température lorsqu'on comprimait le tronc vasculaire principal.

TEMPÉRATURE DU CORPS HUMAIN DANS DIFFÉRENS CLIMATS.

Des expériences relatives à la température du corps humain sous les diverses latitudes ont été faites par MM. Eydoux et Souleyet sur dix hommes de l'équipage de la *Bonite*, d'âge et de tempérament différens, mais tous soumis au même régime de vie et à peu près aux mêmes occupations. Ces expériences ont été poursuivies tous les jours à la même heure (trois heures après-midi) depuis l'arrivée à Rio-Janeiro jusqu'au retour en France; il n'y a eu que quelques rares interruptions qui étaient tout-à-faitforcées. Les résultats de ces observations qui sont au nombre de plus de 4,000 conduisent à ce que la température humaine s'abaisse et s'élève en même temps que la température extérieure (quoique dans un rapport bien moins rapide comme il est facile de le supposer). Elle s'abaisse assez lentement lorsqu'on passe des pays chauds dans les pays froids; quand on s'avance de ces dernières régions aux régions tropicales, elle s'élève au contraire beaucoup plus rapidement. Au reste, ce double mouvement est plus ou moins marqué suivant les individus; maiss se limites extrêmes paraissent toujours être assez rapprochées, et la moyenne des différences observées dans la température du corps humain pour une différence de 40 degrés centigrades dans la température de l'air extérieur n'a été que d'un degré à peu près chez des hommes observés.

La température des oiseaux observés sous différentes latitudes a offert une différence de 38 à 41 degrés, quelle que fût la température extérieure. Ces expériences ont été faites simplement avec le thermomètre ordinaire introduit dans les cavités muqueuses et en particulier dans le rectum.

SÉANCE DU 16 AVRIL.

MODIFICATION AU TRAITEMENT DES FRACTURES DES MEMBRES INFÉRIEURS PAR LE BANDAGE INAMOVIBLE.

M. Civiale adresse des observations sur les corps étrangers introduits dans la vessie, qui ont servi de noyau à des calculs. Nous publierons la lettre de M. Civiale dans notre prochain numéro.

M. Velpeau écrit qu'il a trouvé un avantage marqué à substituer à l'amidon qu'il employait d'abord comme matière solidifiante des bandages, la dextrine, dont l'emploi lui a été recommandé par M. Payen, comme plus propre à remplir son but.

Comme je crois utile, dit M. Velpeau, de mettre les chirurgiens à portée d'essayer promptement ce moyen qui m'a si bien réussi, j'indiquerai en peu de mots le procédé que j'emploie. Pour un appareil de jambe, par exemple, je prends quatre onces de dextrine que je délaie peu à peu avec quatre onces d'eau; j'y ajoute ensuite quatre onces d'eau-de-vie. Je plonge dans cette matière une bande de longueur suffisante et dépliée, puis je roule cette bande en ne la pressant que médiocrement; je l'applique enfin comme toute autre bande mouillée. L'alcool favorise ici la dessiccation du bandage et lui donne d'ailleurs quelques propriétés résolutives. Au bout de six, douze ou vingt-quatre heures, plus ou moins, suivant l'épaisseur des couches imbibées de dextrine, et la liberté avec laquelle l'air circule autour des parties, le bandage a pris la consistance ligneuse; les pièces en sont alors si solidement collées, qu'il serait plus facile de les casser que de les désunir.

CIRCULATION DU CHARA.

M. Donné adresse de nouvelles observations à ce sujet.

Les observations de M. Amici, confirmées depuis long-temps par la plupart des micrographes, ne pouvaient guère laisser de doute sur l'influence que les séries de granules verts fixés régulièrement à la paroi interne des tubes de chara exercent sur le mouvement du liquide en circulation dans cette plante. La rapidité de cette circulation, sa régularité même sont subordonnées au nombre, au rapprochement et à l'ordre de ces espèces de chapelets de corpuscules immobiles; plus ils sont serrés, plus la circulation est active, et l'on sait que le mouvement cesse là où ils finissent; c'est là qu'existe la ligne de démarcation entre le courant ascendant et le courant descendant; en outre, il suffit d'intervertir l'ordre des chapelets verts pour troubler en même temps le cours du liquide. On voit se former en ce point, si l'on peut dire ainsi, une espèce d'épanchement du fluide circulant; tous ces faits sont connus de la plupart des observateurs; mais c'est là que s'arrêtent les notions positives. Beaucoup de théories ingénieuses ont été imaginées, telles que celle de M. Amici, qui considère les granules verts comme les élémens d'une pile voltaïque, ou celle de M. Raspail, qui explique le mouvement circulatoire par l'exhalation et l'aspiration des parois du tube de la plante.

M. Donné, peu satisfait de ces explications, s'est, à son tour, occupé d'en chercher une, et, dans ce but, il a entrepris une suite d'expériences, dont il rapporte les suivantes:

Après avoir soigneusement décortiqué un tube de *chara-hispida*, et l'avoir dépouillé du carbonate calcaire, qui trouble sa transparence, on le soumet, sous le microscope, à une compression méthodique et graduée, à l'aide du compresseur de Purkinge; cette pression ne tarde pas à en détacher un grand nombre de granules décrits plus hauts; on voit alors de petits chapelets, formés de cinq, six granules au plus, se mettre en mouvement, se pelotonner, puis s'arrêter, s'ils ne sont pas entraînés par le courant du fluide.

D'autres granules sont complètement détachés les uns des autres et libres de toute adhérence; parmi ceux-ci on ne tarde pas à en voir quelques-uns qui sont mus d'un mouvement de rotation plus ou moins rapide, tout à fait indépendant du mouvement de circulation générale; les uns tournent sur eux-mêmes sans changer de place, les autres sont entraînés par le courant en conservant leur mouvement spontané de rotation.

Ces petits corps sont donc doués par eux-mêmes d'une force propre à laquelle ils obéissent quand ils sont libres, mais qui réagit sur le liquide dans lequel ils sont plongés quand ils sont fixes.

Le mouvement de rotation dont il est ici question est, comme on l'a déjà dit, indépendant de celui du liquide en circulation; il est, en effet, d'une extrême rapidité en comparaison de celle du mouvement circulatoire, et il s'exécute dans les points où la circulation est la moins active ou même nulle; il n'est pas rare, en outre, de voir deux granules placés l'un près de l'autre et doués d'un mouvement inverse; mais l'expérience suivante vient démontrer ce fait d'une manière décisive.

En exprimant sur une lame de verre le suc d'un tube de chara, et soumettant cette goutte de liquide à l'inspection microscopique, on la trouve composée non seulement du fluide et des particules blancs qui étaient en circulation, mais d'une certaine quantité de granules verts que la pression a détachés des parois du tube; la plupart de ces granules sont pelotonnés et l'on n'y découvre aucun mouvement, non plus que dans les granules isolés, librement répandus à la surface du verre. Mais il n'en est pas de même si l'on porte son attention sur les espèces de grosses gouttes huileuses ou albumineuses que forme toujours le fluide intérieur du chara en s'épanchant; il est rare que l'on ne trouve pas, dans quelques-unes de ces gouttes, dont la transparence est malheureusement troublée par une foule de petites granulations, un ou plusieurs granules verts doués du même mouvement spontané de rotation que nous avons signalé dans l'intérieur du tube lui-même.

Il est impossible, dit M. Donné, de ne pas remarquer la frappante analogie que ces faits établissent entre la paroi interne de toutes les cellules végétales où l'on a observé la double circulation d'un fluide, les organes vibratiles des animaux sur lesquels l'attention a été particulièrement portée, depuis le beau travail de MM. Purkinge et Valentin, l'analogie est d'autant plus complète que les organes vibratiles des membranes muqueuses se séparent eux-mêmes, ainsi que je l'ai démontré, en particules où l'on voit le mouvement persister souvent plus de vingt-quatre heures.

On sent, poursuit l'auteur de la lettre, que j'ai dû m'empresser de rechercher s'il existait des cils vibratiles à la surface des granules doués du mouvement spontané que je viens de décrire; mais jusqu'à présent tous mes efforts ont été vains, et j'ai inutilement employé un grossissement de 500 diamètres, et le meilleur éclairage en variant mon expérience de toutes les manières; il m'a été impossible de m'assurer positivement de l'existence d'un appareil ciliaire; j'ai bien cru voir une sorte d'auréole brillante autour des granules, mais je ne puis rien affirmer de plus à cet égard.

TEMPÉRATURE DU SOL A 253 MÈTRES DE PROFONDEUR.

M. Walferdin adresse une note sur un forage qui a été pratiqué dans la commune de Saint-André, département de l'Eure, et sur les mesures de température qu'il a prises au fond des puits au moyen de son thermomètre à déversement dans ce forage, qui était dirigé par M. Mulot. On a traversé dans l'argile plastique, 13 m. 32; dans la craie blanche, 122 m. 56; dans la craie marneuse, 29 m. 24; dans la glauconie, 13 m. 64; dans les sables verts, 84 m. 56. Total, 253 m. 02.

Mais alors les sables sont devenus mouvans, et la partie inférieure des tubes, fréquemment dégorgée, s'est remplie elle-même de sables sur une hauteur de plusieurs mètres.

A une telle profondeur, l'ascension des sables indique souvent le voisinage de nappes d'eau qui tendent à remonter; car il est vivement à regretter que les travaux aient été alors suspendus.

Avant qu'ils fussent arrêtés, M. Walferdin détermine la température à 253 mètres (778 pieds) sur 263 mètres de profondeur, la cuillère dans laquelle les instrumens ont été placés, et une couche compacte de sables remplissant un espace de 10 mètres environ.

On descendit, le 18 juin dernier, deux thermomètres à déversement, enfermés chacun dans un tube en cristal soudé à la lampe à ses deux extrémités, où ils sont complètement à l'abri de la pression qui changerait notablement les résultats à cette profondeur.

Après 10 heures d'immersion, l'un d'eux a marqué .... 17°96
Et l'autre .... 17°93

Ainsi, en admettant qu'à la profondeur à laquelle l'expérience a été faite, la température est constante, on peut conclure de ces deux citations une indication de .... 17°93

Mais pour en déduire l'accroissement proportionnel de la température en raison de la profondeur, il fallait connaître la température moyenne du plateau de Saint-André, et on n'avait point de séries d'observations thermométriques d'où l'on pût la déduire. M. Walferdin dut, en conséquence, se borner à prendre pour terme de comparaison la température du seul puits qui existe dans la commune. A la profondeur de 75 mètres, la température de ce puits, trouvée à 13 mètres du puits Mulot, fut trouvée de .... 12°2

Ainsi, 17 mètres 93—12°2=5°73 d'augmentation pour 178 mètres, ou 30 mètres 95 par degré centigrade.

L'observateur avait fait descendre en même temps, dans le trou de sonde,

deux thermométrographes enfermés chacun dans un tube en cuivre, destinés à les préserver de la pression.

L'un de ces thermométrographes a indiqué.................... 19°2
et l'autre.................... 158

Ainsi, le thermométrographe n. 1 a donné une différence *en plus*, sur la température constatée par les deux thermomètres à déversement, de... 1°25
et l'autre, une différence *en moins* de.................... 2,15

Voici, dit M. Walferdin, comment s'expliquent ces différences :

Quoique le tube qui contenait le thermométrographe n. 1 eût été fermé avec soin, une certaine quantité d'eau y avait pénétré, et l'on conçoit que la pression exercée sur la cuvette de l'instrument ait fait monter la colonne de mercure que pousse l'index de 1,25 au plus.

Le tube qui contenait le thermométrographe n° 2 n'avait point pris eau. L'instrument était, par conséquent, resté à l'abri de la pression, mais son index mobile s'était déplacé par suite des secousses que l'instrument reçoit nécessairement quand on le ramène à la surface du sol, et ces secousses l'ont fait descendre de 20° 15.

Ainsi, et pour deux causes différentes, chaque thermométrographe a donné une indication fausse, l'une en plus et l'autre en moins.

Je cite cet exemple pour faire voir avec quelle circonspection doivent être admises, pour en déduire la loi d'accroissement de la température souterraine, les observations obtenues à de grandes profondeurs au moyen d'instrumens à index, surtout lorsque ces observations n'ont pas été faites avec plusieurs instrumens à la fois, et lorsqu'ils n'ont pas été complètement garantis des effets de pression.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 17 AVRIL. — PRÉSIDENCE DE M. MOREAU.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Tableau des vaccinations de la Charente, du Var, de la Saône, de l'Isère et de l'Allier.

2° Rapport sur les eaux minérales de Provins.

3° *Idem* sur les pilules vénitiennes de M. Borelly.

4° *Idem* sur les préparations amylacées propres à envelopper les médicamens les plus désagréables au goût.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Une observation de rétention d'urine guérie par la ponction de la vessie, par M. Leriat, de Lyon.

Après le dépouillement de la correspondance, M. le président annonce que l'Académie vient de faire une nouvelle perte dans la personne de M. Laurent, mort à Versailles le 12 de ce mois. Une députation de l'Académie a accompagné ses restes à leur dernière demeure, et M. Mérat a porté la parole au nom de l'Académie.

M. Cornac demande lecture de ces paroles; car il lui semble que c'est un hommage à rendre à la mémoire des morts.

Cette lecture achevée, M. Renoult demande la parole. Il rappelle la lecture qu'il a faite sur la peste dans la dernière séance. Loin de s'étonner de l'opposition qu'elle a rencontrée, il s'y attendait. Il y a trois mille ans qu'on croit à la contagion de la peste, et il a osé combattre cette vieille croyance; donc il a dû blesser bien des opinions, bien des préjugés; mais il met sa confiance dans l'avenir.

M. Rochoux demande la parole pour ce qu'il appelle une motion d'ordre. Vous avez vu, dit-il, à l'entrée de la salle de vos séances, des pièces anatomiques admirablement conservées. L'auteur de ces préparations a désiré de les soumettre au jugement de l'Académie ; mais on lui a répondu que s'il voulait un rapport, il devait commencer par communiquer son secret. Sans doute, il serait plus honorable à M. Dopp de le dire; mais enfin l'Académie n'a pas besoin de le connaître pour juger des résultats.

M. le président répond que le conseil n'a fait que se conformer aux réglemens.

D'accord, répond M. Orfila; mais du moins vous permettrez à M. Dopp de mettre sous vos yeux ses pièces anatomiques.

Oui, dit M. le président, à la fin de la séance.

RAPPORT SUR UN MEMBRE ARTIFICIEL DE LA COMPOSITION DE M. MARTIN, A L'USAGE DES PERSONNES QUI ONT SUBI L'AMPUTATION DE LA PARTIE INFÉRIEURE DE LA JAMBE.

Quel est le lieu d'élection pour l'amputation de la jambe? A cette question, on a fait plusieurs réponses. Ambroise Paré voulait qu'on amputât à la *jarretière*, c'est trois ou quatre pouces au-dessous du genou; Dionis et d'autres croyaient qu'on ne saurait amputer trop bas. Cette doctrine a passé dans la pratique pendant un temps, après quoi elle a été abandonnée, notamment par Sabatier. Sa principale raison, il la tirait de l'imperfection des machines inventées pour suppléer au membre amputé. En effet, écoutez cette objection : qui pourrait douter qu'il ne soit plus avantageux d'amputer au-dessus des malléoles qu'au-dessous du genou? Là, l'opération se fait plus loin du tronc, et dans un point où la jambe est le plus mince; il y a donc moins de danger. Mais comment adapter au moignon une machine qui supplée le reste du membre?

Deux conditions étaient à remplir dans la construction de cette machine : il fallait premièrement prendre un point d'appui sur le bassin pour conserver la liberté des mouvemens; en second lieu, briser l'appareil au niveau du genou pour imiter et suivre l'articulation naturelle.

Au jugement de M. Blandin, l'appareil de M. Martin ne laisse rien à désirer, et l'épreuve en a été faite. L'Académie a vu une jeune personne qui le portait avec tant d'aisance qu'elle marchait, sautait, dansait comme elle eût pu faire avec sa jambe naturelle.

M. Blandin conclut en proposant des remercîmens à l'auteur, et l'insertion du rapport dans les bulletins de l'Académie. (Adopté.)

RAPPORT SUR LES PESSAIRES DE M. HOUËN, PAR M. CAPURON.

Ces pessaires sont en gomme élastique pure, substance qui, au dire de M. Capuron, n'avait jamais été travaillée à l'état de pureté par d'autres personnes que par M. Houën. Quant aux procédés employés, l'auteur s'en est réservé le secret.

M. Lodibert regrette que M. Capuron n'ait pas fait des recherches plus étendues. S'il était plus érudit sur la matière, il saurait qu'il existe un livre imprimé en 1782, où l'on traite précisément des préparations du caoutchouc à l'état de pureté. Ce livre est d'un chirurgien hollandais. Le nom m'échappe en ce moment; mais je me rappelle très bien que ce chirurgien faisait dissoudre la gomme élastique dans l'huile, et en composait des instrumens de chirurgie. Le procédé de M. Houën n'est donc pas nouveau, ce qui n'est pas dire qu'il n'est pas bon; mais si l'invention est bonne, il faut la rapporter à l'inventeur et non à ses plagiaires.

M. Capuron répond qu'il ne connaît pas cet ouvrage, et que s'il avait su qu'il existait, il n'aurait pas manqué d'en prendre connaissance.

M. Moreau appuie les observations de M. Lodibert, et il ajoute que Juville a publié, en 1786, un travail sur le même sujet.

M. Villeneuve : Je suis très fâché de n'être pas d'accord avec mon très honorable maître, M. Capuron; mais enfin cela m'arrive quelquefois, il faut bien que j'en prenne mon parti. Je ne saurais admettre avec lui que les pessaires de gomme élastique aient tous les avantages qu'il leur attribue. J'en ai usé quelquefois, et je me suis assuré qu'ils s'altèrent en place, et qu'ils contractent les odeurs les plus repoussantes.

M. Capuron : Je demanderai d'abord à M. Villeneuve si les pessaires dont il a fait usage étaient en gomme élastique pure; cela n'est pas bien sûr. En second lieu, il leur reproche d'être durs et faciles à prendre les mauvaises odeurs, ce qui est presque contradictoire. Sans doute, ils seront durs si on les conserve dans des lieux secs et frais; mais dans les lieux humides et chauds, ils prennent une souplesse, une élasticité qui les rend éminemment propres à l'usage qu'on en fait. Pour moi, je les emploierai à la première occasion avec une grande confiance.

M. Boullay : Je crois me rappeler que lorsqu'il fut question pour la première fois des pessaires de M. Houën, l'Académie invita ses commissaires à s'assurer avant tout s'ils étaient faits de gomme élastique pure, et si le dissolvant était une substance dessiccative. Si en effet le dissolvant est un dessiccatif, il n'y a pas de doute que le pessaire doit se sécher et prendre une extrême dureté. On a fabriqué des instrumens sous le nom de gomme élastique qui n'étaient en effet qu'un composé d'huile de lin et de litharge.

M. Maingault : A la fin du siècle dernier, on a présenté à l'Institut des pessaires en gomme élastique pareils à ceux de M. Houën, ce qui prouve d'abord que son procédé n'a rien de nouveau; en second lieu, madame Boudet et M. Rognetta ont chacun présenté en 1832 des pessaires en caoutchouc pur qui sont au moins aussi parfaits que ceux de M. Houën. En conséquence, les instrumens sur lesquels M. Capuron vient de vous lire un rapport n'offrent absolument rien de neuf et ne méritent aucune considération particulière.

M. Velpeau : Je ne vois pas en vérité en quoi les pessaires de M. Houën diffèrent de ceux déjà connus de M. Rognetta, de M. Tanchou et de plusieurs autres. Tant pour la matière que pour la forme, ces pessaires ne présentent absolument rien de nouveau.

M. Mérat : On demande quel est le dissolvant dont se sert M. Houën; mais il n'en a pas besoin; il travaille la gomme élastique elle-même à laquelle il donne toute espèce de forme.

M. Pelletier parle dans le même sens que M. Mérat. Il ajoute qu'aujourd'hui les ouvriers qui travaillent la gomme élastique n'emploient que des moyens mécaniques. Ils commencent par la faire ramollir en la mettant dans l'eau tiède; ils la coupent avec des instrumens tranchans, et en rapprochent les divers morceaux qui adhèrent fort bien ensemble. Du reste, il y a des dissolvans de cette substance, et le meilleur est l'huile même qu'elle fournit.

M. Gerdy demande si M. Houën est un marchand ou un médecin. Si c'est un marchand, il n'y avait pas lieu à un rapport; si c'est un médecin, je lui dirai que je ne suis pas bien sûr que ses pessaires soient les meilleurs de tous : il faudrait les avoir éprouvés sur trois ou quatre cents femmes pour prononcer, on sait que telle femme aime mieux des pessaires de caoutchouc, telle autre les pessaires d'ivoire, telle autre les pessaires de liège, etc.

Finalement, l'Académie rejette le rapport et les conclusions.

M. Pelletier fait un rapport sur un nouveau procédé de M. Kruger. Ce procédé a pour objet *d'assainir et de perfectionner les boissons de toute espèce par la combinaison de leur désoxigénation dans le vide, avec complément de la fermentation alcoolique par distillation circulaire dans un vase clos.*

Quoi qu'il en soit de ce titre, les commissaires ont reconnu que effectivement les procédés de M. Kruger ont pour résultat d'amener des changemens avantageux dans la qualité des boissons fermentées et de leur imprimer la faculté de résister à l'acescence.

M. le président annonce qu'il y a lieu à nommer un membre résidant en remplacement de MM. Desgenettes, Dubois et Murat. Mais chacun de ces messieurs appartenant à une section différente, il est de règle de nommer une commission composée d'autant de membres qu'il y a de sections, laquelle aura à déterminer dans quelle section s'effectuera le remplacement.

Sont nommés membres de cette commission : MM. Gorse, Roche, Gerdy, Bousquet, Gimelle, Cornac, Gerardin, Berdin et Boullay.

M. Segalas présente un enfant âgé de douze ans et portant une extroversion de la vessie.

M. Dopp présente des pièces anatomiques dans un état parfait de conservation; il se contente de dire que les procédés qu'il emploie sont fort simples et très peu dispendieux.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Lettre sur un cas de contracture bornée au cléido-mastoïdien; par M. Malgaigne.

La lecture de votre mémoire sur le torticolis m'a rappelé un fait assez remarquable que j'avais consigné dans la Gazette Médicale, en 1832, et qui, différent de tous ceux que vous paraissez avoir observés, viendrait peut-être à l'appui de vos idées sur la séparation des deux muscles mastoïdien, et révélerait une affection spéciale, due à la seule contraction du cléido-mastoïdien. Je le copie textuellement:

Obs. — A la consultation du 7 juillet 1832, fut amené à M. Dupuytren une enfant de six ans, affectée de contracture du muscle sterno-mastoïdien du côté droit. *La tête était droite sur le cou; libre de tous ses mouvemens, et se mouvant sans aucune douleur;* l'épaule droite était élevée de plus d'un pouce au-dessus du niveau de l'autre, en sorte que la différence était sensible à la vue. *Le rachis et les côtes n'avaient souffert aucune altération.* Le muscle affecté faisait sous la peau une saillie dure comme une corde raide, qui disparaissait si l'on inclinait fortement la tête de ce côté, qui augmentait dans le mouvement contraire, indolente d'ailleurs à la pression et dans tous ces mouvemens. Les parens ne s'étaient aperçus de cette déviation de l'épaule que depuis six mois; l'enfant n'avait jamais accusé aucune douleur, n'avait éprouvé aucune indisposition; habitait et couchait dans un cabinet sain, nullement humide, à l'abri des courans d'air. Ils ne pouvaient rapporter cette affection qu'à l'habitude depuis long-temps contractée par l'enfant de tenir la tête un peu penchée de ce côté; il est assez singulier, dès-lors, que la contraction du muscle n'ait agi que sur l'épaule. M. Dupuytren conseilla des cataplasmes très chauds sur la saillie musculaire; l'enfant ne fut point ramenée à l'Hôtel-Dieu. » (Gaz. Méd., 1832, p. 827.)

Je me bornais à signaler ce symptôme singulier de la contracture du sterno-mastoïdien, en remarquant combien, pour ce cas, était impropre l'expression de torticolis.

Ce fait isolé n'acquiert-il pas une assez grande importance dans votre doctrine? En effet, à considérer le sterno-mastoïdien comme un muscle unique dont toutes les portions agissent à la fois sur la tête pour l'incliner, on ne comprend pas comment la tête serait restée droite avec une contracture aussi saillante de ce muscle. Mais en réduisant le cléido-mastoïdien à la fonction de muscle respirateur, ou, plus exactement, d'élévateur de la clavicule et de l'épaule, et c'est en effet par cette action sur l'épaule qu'il agit médiatement pour forcer l'inspiration, l'indication naturelle est que la contracture isolée de ce faisceau doit laisser la tête libre et élever l'épaule, comme la contracture isolée du vaisseau sternal laisse l'épaule intacte et incline seulement la tête et la portion cervicale du rachis. La contracture des deux faisceaux à la fois devrait avoir ce double effet d'élever l'épaule et d'incliner la tête. Vous avez observé un cas de cette contracture complète; peut-être pourriez-vous nous dire s'il en est ainsi. Alors, cette histoire si confuse jusqu'à nos jours de la contracture du sterno-mastoïdien recevrait une clarté presque complète, dont vous reviendra toujours la plus grande part, savoir, que le torticolis simple dépend de la contracture du faisceau sternal; l'élévation simple de l'épaule, de la contracture du faisceau claviculaire, et qu'une troisième affection, fournie par la combinaison des deux autres, résulterait de la contracture générale du muscle.

Sans doute, il est à regretter que mon observation, qui date déjà de six années, ne soit pas plus explicite sur la portion du muscle spécialement affectée; mais on ne recherchait pas alors si ses deux portions pouvaient être isolément affectées, surtout parce qu'on ne leur attribuait pas de fonctions différentes. Les symptômes observés ne me paraissent pas cependant laisser le moindre doute sur la contracture isolée de la portion claviculaire.

Agréez, etc.

Note du rédacteur. Nous partageons entièrement l'opinion de M. Malgaigne sur la valeur et la signification de l'observation qu'il a rappelée. Comme lui, nous pensons qu'il s'agissait de la contracture du seul muscle cleïdo-mastoïdien; mais l'expérience ne confirme pas la distinction qu'il croirait pouvoir établir entre la contracture isolée ou simultanée des deux mastoïdiens, relativement à l'élévation de l'épaule. En effet, ce phénomène accompagne tous les torticolis anciens, bien que le cleïdo-mastoïdien ne participe pas généralement à la rétraction de son congénère; l'élévation de l'épaule est, dans ce cas, le résultat de l'inclinaison de la région cervicale en sens inverse de l'inclinaison de la tête. Cette inclinaison entraînant les insertions supérieures de l'angulaire de l'omoplate, de la portion claviculaire du trapèze, du rhomboïde, provoque nécessairement l'élévation de l'épaule dans le même sens. Cela est si vrai, que dans les torticolis spontanés et récens, où la tête est beaucoup plus inclinée que dans les torticolis anciens, et où il n'y a pas encore d'inclinaison de la colonne cervicale en sens inverse, les deux épaules restent de niveau. Nous reconnaissons cependant que la contracture simultanée des deux muscles devrait augmenter l'élévation de l'épaule correspondante, et dans le seul cas de ce genre que nous ayons rencontré, ce phénomène était comparativement plus prononcé que dans les cas ordinaires.

BIBLIOGRAPHIE.

Nouveaux élémens de chirurgie et de médecine opératoire; par M. Bégin, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Strasbourg. Seconde édition, entièrement refondue, corrigée et considérablement augmentée; 2 forts volumes in-8. Paris, 1838; chez Mequignon-Marvis père et fils, libraires-éditeurs, rue du Jardinet, 13.

Il y a à peine une centaine d'années, chaque traité *ex professo* de chirurgie et de médecine opératoire comportait difficilement plus d'un volume. Les connaissances acquises ne se prêtaient pas à un plus ample développement. Les choses ont bien changé; le monument élevé à la chirurgie par l'Académie de ce nom a fait faire tant de progrès à cet art, qu'il peut, sous ce rapport, être comparé à la chimie, à la botanique et aux autres sciences exactes. Linnée avait compris en un seul volume la botanique, la zoologie et la minéralogie; cela serait impossible aujourd'hui. Cette étendue considérable de la science en rend l'étude de plus en plus ardue; de là la nécessité des traités abrégés, surtout pour les élèves. Malheureusement, cependant, ces sortes de traités, tels qu'on les fait aujourd'hui sous le nom de manuels, sont tellement rétrécis qu'ils forment, pour nous servir de l'expression de M. Bégin, « une véritable lèpre de nos études médicales; innovation pernicieuse qui communique le vernis du savoir, sans jamais conduire au savoir même; » M. Bégin a cherché à remplir le but d'un traité abrégé, sans tomber dans le défaut d'exiguïté des manuels, ni dans celui opposé des traités fort étendus, comme ceux de Boyer et de Monteggia, par exemple: ces auteurs écrivaient pour les praticiens déjà formés, M. Bégin écrit pour les élèves.

L'auteur divise les maladies chirurgicales en sept catégories; la première comprend les affections qui peuvent naître indistinctement dans toutes les parties du corps, telles que l'inflammation et ses produits, les lésions de continuité, etc. Les six autres embrassent les affections des différens appareils (digestion, respiration, génito-urinaire, circulatoire, sensitif ou des sens et de la locomotion). Cette classification a sans doute son avantage, puisqu'elle place facilement dans l'esprit, et d'une manière distincte, un grand nombre de maladies diverses; mais elle offre l'inconvénient de ne pas permettre la description d'une foule de variétés d'affections qu'on ne rencontre que dans certaines régions, et dont il est souvent impossible de dire à quel système organique ou appareil elles appartiennent. Sous le rapport didactique, cependant, l'ordre adopté par M. Bégin est certainement préférable à tout autre.

M. Bégin ouvre son livre par un chapitre de considérations générales sur les opérations et les pansemens: il aborde ensuite le grand chapitre de l'inflammation qu'il poursuit dans toutes ses applications et ses conséquences. Il pose et développe cet axiome général; « l'inflammation est l'élément le plus important de la plupart des maladies réputées chirurgicales. »

L'auteur fait, comme on le voit, jouer le principal rôle à l'inflammation dans la production, le progrès et la terminaison des maladies; il pense qu'à l'exception des hémorragies et des lésions des centres nerveux, qui peuvent tuer en peu d'instans, la mort n'est jamais produite que par l'inflammation. Cette conclusion, quoique vraie dans un grand nombre de cas, paraîtra avec raison trop générale à la plupart des praticiens. Le traitement de l'inflammation est exposé avec le plus grand soin; l'auteur décrit dans ce même chapitre l'opération de la saignée générale et capillaire, et

la manière d'appliquer les différens révulsifs, tels que le vésicatoire, le séton, le moxa, etc.

L'étude de la suppuration se présente naturellement à côté du sujet précédent qui en est la source. M. Bégin fait observer judicieusement que la fluctuation des abcès ne devient très apparente et facile à distinguer du déplacement ondulatoire des parties molles sous la pression alternative des doigts, qu'autant que ces collections reposent sur des plans solides, tels que ceux fournis par les os, les parois thoraciques, les muscles épais, etc. Si le foyer est mobile, appuyé sur des tissus très facilement dépressibles ou spongieux, comme les environs de l'anus, le creux de l'aisselle, l'épaisseur des joues, etc., les pressions exploratrices refoulèrent le liquide vers le fond de l'abcès, et la fluctuation ne sera pas ou ne sera que difficilement et imparfaitement sentie. Il faut donc avant tout fixer alors ou faire fixer par un aide la collection purulente, en appuyant sur son côté profond et mobile avant de chercher à y découvrir la fluctuation, etc. Il y a cependant un autre signe de diagnostic dans les cas d'abcès douteux, et que M. Bégin a oublié de mentionner, c'est l'œdème de la partie préalablement enflammée. J. L. Petit et Pott ont souvent, d'après ce seul signe, plongé le bistouri à de très grandes profondeurs, et ils ne se sont pas trompés : l'œdème circonscrit de la partie enflammée tient probablement à la transpiration de la partie aqueuse du pus, vers la surface du corps ou plutôt dans le tissu cellulaire sous-cutané. Nous avons dernièrement ouvert, d'après cet indice, un abcès très profond de la région fessière chez un sujet doué de beaucoup d'embonpoint; le mal existait depuis deux mois et sa nature avait été méconnue. On conçoit de quelle importance il est de tenir compte de cette circonstance quand il s'agit de distinguer un abcès du foie, par exemple, d'une collection biliaire dans la vésicule de ce nom ou d'un kyste hydatique de la même région.

M. Bégin n'a pas oublié de faire remarquer que les abcès s'ouvrent quelquefois dans les cavités intérieures, mais il omet de faire connaître quelle est la loi de ces déversemens purulens. John Hunter présumait qu'il y avait dans l'organisme une force agissant incessamment à l'expulsion des corps étrangers de l'intérieur à l'extérieur; l'expérience cependant apprend que cette force est souvent impuissante. Monteggia a mieux formulé la pensée de Hunter en posant comme une loi invariable « que les corps étrangers ont de la tendance à se porter soit à la surface du corps soit du côté d'une cavité intérieure selon que les tissus offrent naturellement moins de résistance d'un côté que de l'autre. » Cette considération explique par exemple pourquoi un abcès formé entre les lames des parois du rectum s'ouvre plutôt dans la cavité de cet organe qu'à l'extérieur, tandis que l'onyx ou l'abcès interlamellaire de la cornée n'aboutit ordinairement qu'à la surface de l'œil et presque jamais dans la chambre antérieure.

L'ouverture artificielle des abcès donne lieu à l'auteur de décrire les positions du bistouri et les règles élémentaires pour porter les instrumens sur le cadavre et pratiquer des incisions.

Après les abcès viennent les solutions de continuité. Sous cette dénomination l'auteur comprend les plaies et les ulcères. On trouve dans ce long chapitre des préceptes pratiques fort judicieux. Il est étonnant cependant qu'en présence de tant de faits authentiques de greffe animale que la science possède, M. Bégin ne croie nullement qu'une partie complètement détachée de nos tissus puisse quelquefois se recoller et revivre si on l'applique convenablement sur son siége primitif.

Ancien disciple de l'école physiologique, M. Bégin croit fermement à l'une des doctrines les plus contestables du Val-de-Grâce, à la métamorphose cancéreuse des plaies simples par le seul fait de l'inflammation trop prolongée. Écoutez ses propres expressions.

« Irritées par des pansemens rudes, par l'application réitérée de substances stimulantes, les solutions de continuité s'enflamment parfois avec violence, et chez quelques sujets irritables, peuvent s'agrandir et dégénérer en ulcères d'aspect cancéreux. Cette terminaison est plus fréquente au visage, aux lèvres, à la verge, en un mot dans toutes les parties abondamment pourvues de nerfs et de vaisseaux sanguins, que partout ailleurs. Le plus ordinairement l'ulcère dont il s'agit est primitif et reconnaît pour cause la lésion la plus légère, telle qu'un bouton qui, incessamment irrité par le malade, a donné naissance à une plaie grisâtre, ulcéreuse, dont les progrès ne se terminent qu'avec l'existence du malade. Le cancer des plaies a beaucoup d'analogie avec la pourriture d'hôpital. Comme celle-ci, il débute par un accroissement de la sensibilité locale, avec inflammation de la surface et des bords de la solution de continuité. Ces bords s'élèvent, rougissent, deviennent durs et douloureux. Les chairs phlogosées se détruisent, la solution de continuité s'agrandit incessamment; des douleurs aiguës et lancinantes la traversent dans tous les sens; les tissus qu'elle envahit se durcissent, deviennent lardacés, puis revêtent les caractères de la matière cérébriforme et se confondent dans une altération partout homogène. Qui ne reconnaîtrait à ces phénomènes les effets d'une inflammation prolongée et ulcéreuse des organes? La véritable nature de la maladie surgit, en quelque sorte, de toutes les circonstances qui l'accompagnent; et il n'a pas fallu moins que les préoccupations d'un fanatisme aveugle, et la direction vicieuse donnée par l'école de Bayle à l'anatomie pathologique, pour la faire méconnaître. »

M. Bégin est très clair dans le passage qui précède ; mais les idées qu'il soutient avec une verve empreinte d'un peu de la colère du grand-maître, ont déjà été jugées inadmissibles par les pathologistes les plus compétens de l'époque.

L'opinion généralement admise aujourd'hui, c'est que le tissu squirrheux, cancéreux ou encéphaloïde ne peut être dans aucun cas regardé comme un produit direct de l'inflammation. Le travail *hétéroplastique* qui l'engendre n'est pas plus connu dans son essence que celui qui fait naître les tubercules ou tout autre corps morbide de nouvelle formation. On convient néanmoins que la métamorphose des tissus préexistans en tissus cancéreux n'existe point comme M. Bégin le suppose; si une plaie se convertit en ulcère encéphaloïde, c'est qu'il y a sur ce point sécrétion accidentelle de matière cancéreuse qui infiltre les tissus primitifs. L'inflammation ne peut-être tout au plus regardée que comme une cause occasionelle et comme un phénomène concomitant du nouveau travail pathologique. La doctrine que nous soutenons est aussi celle de l'école où M. Bégin professes ces idées. (V. Lobstein, *Anat. path.*, t. I, chap. 5.)

Les maladies comprises sous le chef de l'appareil de la digestion occupent un bon tiers du premier volume : dans cette catégorie se rangent le traité des hernies, celui des affections dentaires, le bec-de-lièvre, l'amputation de la mâchoire, l'ablation de l'os maxillaire supérieur, des parotides, etc. Nous ne suivrons pas l'auteur dans les détails auxquels il se livre dans l'étude de chacune de ces maladies et de celles des sections suivantes; nous nous contenterons seulement de dire que cet ouvrage de M. Bégin porte, comme les autres travaux du même auteur, le cachet de l'homme consommé dans l'observation clinique et dans l'enseignement théorique et pratique.

VARIÉTÉS.

— M. le docteur Fleury nous écrit qu'il n'avait pas eu connaissance de notre procédé ni de nos idées quand il a fait la section sous-cutanée du sterno-mastoïdien le 11 mars dernier. Il ajoute que l'obstipité de sa malade datait de six mois et non de deux mois, ainsi que nous l'avons annoncé par erreur.

— Maladies de la peau. — M. Gibert, agrégé de la Faculté et médecin de l'hôpital de Lourcine, commencera son cours annuel le mardi 8 mai, à cinq heures de l'après-midi (amphithéâtre, n. 3, de l'école pratique); et le continuera les mardi et samedi de chaque semaine. Les dernières leçons seront consacrées aux maladies vénériennes.

— Traité complet de l'anatomie de l'homme; par MM. Bourgery et Jacob. (Livraisons 34 à 38.) Les livraisons 34 et 35 contiennent la fin de l'angéiologie; elles sont accompagnées de dix planches dont deux pour les nerfs des poumons et du cœur, quatre autres pour les vaisseaux des os, et quatre pour les vaisseaux et ganglions lymphatiques du tronc.

Les livraisons 36 à 38 traitent de l'anatomie chirurgicale et sont accompagnées de 23 planches représentant différens instrumens et plusieurs opérations chirurgicales.

Les livraisons 39 et 40 sont sous presse.

Cet ouvrage se continue avec le même soin, la même conscience et la même perfection. Ce sera un des plus beaux monumens de la littérature médicale de notre siècle.

— Recherches biographiques, historiques et médicales sur Ambroise Paré; par A. Willaume, chirurgien principal d'armée, membre correspondant de l'Académie royale de médecine, etc. In-8. Prix : 2 fr.

Des enfans trouvés et du danger de la suppression des tours de la ville de Paris, mémoire adressé à M. le ministre de l'intérieur, par A. Hamel, docteur en médecine. Paris 1838. In-8. Prix : 60 fr.

Ces deux ouvrages se trouvent, à Paris, chez J.-B. Baillière, libraire, rue de l'École-de-Médecine, 17.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

IMPRIMERIE DE FÉLIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

Gazette Médicale

DE PARIS.

LA GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunis) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Poissonnière*, n° 5, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

FACULTÉ DE MONTPELLIER.

OUVERTURE DU COURS DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE; par M. R. D'AMADOR.

> La pathologie générale est l'esprit de la médecine.
>
> R. D'AMADOR.

Lundi dernier, 9 de ce mois, un auditoire nombreux s'était réuni dans le grand amphithéâtre de notre faculté. Au milieu des élèves étaient venus prendre place des professeurs, des agrégés, des avocats, des médecins, des magistrats, en un mot, tous ces hommes graves qui aiment à puiser dans la science d'utiles enseignemens, ou à lui demander de nobles délassemens à des travaux d'une autre espèce. Pourquoi cette foule inaccoutumée, pourquoi cet empressement? C'est que ce jour-là devait avoir lieu l'inauguration de la chaire de pathologie et de thérapeutique générales, récemment créée à l'école de Montpellier; c'est que tous désiraient assister au début du jeune professeur auquel ce haut enseignement vient d'être confié.

Dire ce qu'est la pathologie générale, en quoi elle consiste, avec quoi on la confond et de quoi elle diffère, tel est le but que s'est proposé M. R. d'Amador dans son discours d'ouverture.

Après avoir rappelé les noms fameux des Arnaud de Villeneuve, des Barheyrac, des Joubert, des Sauvage, des Barthez et de tant d'autres savans qui ont, à toutes les époques, illustré l'école de Montpellier, l'orateur, devinant l'impatience de son auditoire, s'est attaché à lui démontrer que des besoins scientifiques réels ont exigé la création de la chaire qu'il occupe : cette nécessité de donner à la science médicale un code de lois immuables, de coordonner ses observations pour les mettre à profit, n'avait point échappé au coup-d'œil perçant de Cabanis. Ce médecin philosophe, faisant au corps législatif l'énumération des chaires à créer dans les trois grandes écoles, demandait, il y a quarante ans, qu'on ajoutât aux cours déjà établis un cours *de méthode générale appliquée à l'étude et à l'enseignement de la médecine*. « Or, dit le professeur, ce cours de méthode générale de Cabanis n'est autre que celui de *pathologie et de thérapeutique générales* que nous inaugurons dans cette enceinte. »

» L'objet de la science de l'homme, continue M. R. d'Amador, est la connaissance de la vie, et son but, la conservation intégrale dans l'espace et dans la durée de cette flamme interne que M. Broussais comparait si bien à une providence intérieure, et dont la présence ou l'absence fait la vie ou la mort, l'homme vivant ou le cadavre.

» Vie, mort, santé, maladie, ce sont là les quatre termes d'une équation que chacun de nous doit résoudre. Ce sont des termes dont l'un suppose l'autre et qui entre eux se présupposent. La santé est l'antithèse de la maladie, et à elles deux elles sont les pôles de la vie matérielle, comme le

Feuilleton.

GALERIE MÉDICALE.

N° IV.

CHAUSSIER (FRANÇOIS) (1).

> « La gloire doit toujours se mesurer aux moyens dont on s'est servi pour l'acquérir. »
>
> LAROCHEFOUCAULD.

Le préjugé enraciné chez certains savans de la capitale, de regarder les provinces comme une Béotie, tout au plus capable de comprendre et de vanter leurs ouvrages, reçoit souvent de formels démentis. Chaussier en fut un exemple. Il habitait Dijon, il y était déjà avantageusement connu du public et des états de Bourgogne, soit par différens mémoires d'hygiène publique, soit par son excellent ouvrage fait en commun avec Enaux, sur la morsure de animaux enragés, lorsqu'il vint à Paris en 1794, pour s'occuper avec Fourcroy de l'organisation des écoles de santé. Après avoir resté quelque temps dans la capitale où il vit tout, où il examina tout, notamment les hôpitaux, les écoles, les bibliothèques, les amphithéâtres, où il s'entretint avec les médecins et les chirurgiens les plus célèbres de l'époque, il retourna dans son pays. Cependant, pressé par de puissans amis, peut-être aussi par le désir secret de s'illustrer sur un grand théâtre, Chaussier revint à Paris; il était alors âgé de près de cinquante ans, on le nomma professeur d'anatomie et de physiologie à cette même école de santé qu'il avait contribué à organiser. L'avenir prouva que ceux qui l'avaient choisi ne s'étaient pas trompés; Chaussier sut en effet ajouter à la science, et il sut la populariser. Esprit hardi, pénétrant, lumineux et tenace, doué d'une grande aptitude aux recherches scientifiques, d'une incroyable activité, il s'occupa surtout et sans relâche à reculer les bornes de la physiologie; il y travailla avec un zèle infatigable, avec une ardeur, une persévérance qui manquent trop souvent à ceux qui se vouent au culte du progrès; aussi acquit-il en peu de temps la réputation d'un savant du premier ordre, celle d'un homme qui pense et agit par lui-même.

Chaussier fut le professeur de physiologie le plus célèbre de l'école de Paris; contemporain de Bichat, la gloire de ce dernier dont il ne fut point jaloux n'a jamais obscurci la sienne. Une foule nombreuse, contenue ou plutôt comprimée dans l'amphithéâtre, accourait les jours où ce célèbre médecin faisait sa leçon

(1) Voyez GAZETTE MÉDICALE, n. 47, 50, 51, pour les portraits de Corvisart, de Hallé, de Boyer.

bonheur et le malheur sont les pôles de la vie morale des hommes. La maladie est un fait primitif, absolu, général : c'est un fait diversifié à l'infini, à l'infini variable. Or, il s'agit d'arriver, par la diversité même des faits, à la nécessité des principes.

» Les affections morbides sont plus nombreuses chez l'homme que chez aucune autre espèce : cela est incontestable. Plusieurs de ces affections n'appartiennent qu'à lui ; il n'est pas, jusqu'aux races d'hommes, qui n'en aient de particulières. Hippocrate avait même observé que l'état de calme, de bonheur et de tranquillité offre certaines allures pathologiques propres. Il en est de même de l'état de civilisation. L'homme a plus de maladies, parce qu'il a des situations physiques, organiques et sociales plus nombreuses qu'aucun autre être ; il a plus de maladies, comme il a plus de passions, de besoins, d'affections et d'intelligence ; il est plus malheureux, parce que à certains égards il est plus heureux.

» La nature a donc semé avec profusion le germe des maladies ; mais si elle la donne, elle aussi les guérit ; semblable en cela, dit l'orateur, à la lance de Pélias, dont la rouille guérissait les blessures qu'elle avait faites. »

Dans les *conditions essentielles* qui constituent les états morbides, dans les *signes*, partout on découvre une effrayante diversité.

« Eh bien ! c'est justement cette variabilité des faits qui exige quelque chose d'immuable, comme les diverses impressions de nos sens, les odeurs, les saveurs, les sons et les couleurs exigent une faculté de sentir qui puisse leur donner l'unité qui leur manque. C'est là le rôle que remplit la science pathologique. La ressemblance et la différence des maladies permettent en effet de les ramener à certaines formes primitives, de trouver les lois de leur production et de leur guérison, et de créer enfin la pathologie générale ou la science pathologique. De même à peu près que les langues, résultat des lois de notre esprit, ont dans leur marche et dans leur développement des ressemblances qui permettent de les ramener à certaines formes primitives, et de créer ainsi la grammaire générale, qui régit et gouverne les grammaires particulières de tous les idiômes. »

Mais de ce besoin de quelque chose d'absolu, de général, sont nés les systèmes, que l'on confond si fréquemment avec la science. Examinons donc en quoi les premiers diffèrent de la science vraiment digne de ce nom. Cet examen a été l'objet de la deuxième partie du discours.

Entre les maladies en apparence les plus opposées, il existe des choses communes, des ressemblances, des affinités, des analogies qu'il s'agit de saisir. Sans ces analogies, chaque maladie serait un fait isolé, indéfinissable, incompréhensible. Mais il existe aussi des différences, même dans les analogies. Or, que font les systèmes ? « Parmi tous les faits, ils ne tiennent compte que d'un seul ; ils étudient, non pas toutes les conditions, mais une seule condition parmi toutes ; chaque système ne prend dans les choses communes qu'une seule chose commune ; parmi les analogies, qu'une seule chose analogue, et dans les généralités qu'un seul principe. Il efface ou bien il oublie toutes les différences. »

Au moyen d'un exemple très heureusement choisi, M. R. d'Amador a rendu plus sensibles à l'esprit de ses auditeurs les considérations abstraites auxquelles il venait de se livrer. Comparant les systèmes en médecine aux idées diverses que les moralistes se sont faites de la nature humaine, il a dit : « Larochefoucauld a vu le côté mauvais de nos actions et les motifs cachés de nos vices. Vauvenargues, au contraire, y a surtout cherché les ressources que l'homme conserve pour la vertu et les dispositions qu'il y porte. Labruyère, plus encore que les dispositions bonnes ou mauvaises de l'homme, a dépeint l'effet qu'il produit dans le monde. On voit que chacun de ces trois moralistes n'a dépeint la nature humaine que de profil. Prenant une seule des conditions communes de nos actions, ils ont complètement négligé les autres. Or, on sait que la morale comprend et nos penchans pour le vice et nos aptitudes à la vertu. »

Cette esquisse rapide et cependant fidèle est une preuve de la sagacité avec laquelle les étrangers d'un esprit droit et cultivé savent apercevoir les traits diférentiels des écrivains de notre nation. Faut-il s'en étonner ? Dégagés de toute prévention irréfléchie, de toute admiration de commande, ils jugent, pour ainsi dire, d'après l'impulsion du sentiment, de l'instinct, autant que par les lumières de la raison.

L'ingénieux parallèle établi par M. d'Amador me met en mémoire le jugement que le plus beau génie de l'Allemagne portait, il y quelques années, sur nos deux plus grands poètes dramatiques : Goëthe reprochait à Corneille de n'avoir représenté que des grands hommes (*grosse Menschen*), à Racine de n'avoir fait paraître sur la scène que des personnages de haute condition (*vornehme Personen*). Ces deux écrivains n'avaient donc pas non plus dépeint l'homme tout entier. Qu'on me pardonne cette petite digression sur un poète qui, par son génie, appartient à tous les lieux, à toutes les époques ; par ses travaux, à toutes les branches des connaissances humaines (1). Nous avons vu ce que font les systèmes. Sachons comment procède la pathologie générale.

A l'inverse des systèmes, elle se préoccupe plus des principes que d'un seul principe ; dans certains états morbides, elle admet une condition commune, mais elle assigne à d'autres faits d'autres conditions également communes. Elle seule voit la science en face ; les systèmes ne la voient que de profil. Bien loin de se confondre avec les systèmes, elle les juge et les démolit pièce à pièce en les jugeant.

En effet, l'anatomie pathologique prétend-elle à elle seule constituer la science ? La symptomatologie vient-elle étaler à nos yeux ses tableaux froidement descriptifs ? La nosographie veut-elle à l'aide de ses procédés mécaniques fixer la physionomie mobile des maladies et affecter de croire qu'elles ne se déguisent jamais ? La pathologie générale rabaisse les prétentions orgueilleuses de l'anatomie morbide en lui démontrant que la médecine, il y a deux mille ans, n'a pas eu besoin de son secours pour se constituer comme science. La pathologie générale lui apprend que son rôle est d'obéir, et non de dicter les lois interprétatives des faits.

Elle dit à la symptomatologie : je loue vos efforts, j'applaudis à votre zèle, j'admire vos tableaux synoptiques si riches de détails, si minutieusement fidèles dans les descriptions ; mais hélas ! vos labeurs sont stériles. Ce n'est pas ainsi qu'ont procédé les grands maîtres. En suivant cette marche, vous pourrez atteindre à la perfection d'une nature commune, comme Gérard Dow, mais vous ne vous éleverez jamais à la vraie notion de l'art comme le peintre divin de la transfiguration.

Elle apprend enfin à la nosographie que parfois une maladie existe sans

(1) Poète sublime, anatomiste distingué, naturaliste habile, Goëthe s'est exercé dans tous les genres, et il a excellé dans tous. Chose singulière ! à l'époque où ils parurent, ses ouvrages scientifiques furent méconnus, ses idées mal comprises, et, comme il arrive toujours en pareil cas, tournées en ridicule. Aujourd'hui les théories du poète germanique sont en honneur dans les universités d'Allemagne, de France, d'Angleterre, etc.

---

on l'écoutait avec avidité, on recueillait ses paroles, on notait jusqu'à ses plus petites remarques, jusqu'à ses aperçus les plus fugitifs. Chaussier n'était point éloquent, mais sa voix forte, claire, saccadée, un certain accent qui lui était particulier, sa manière frappante, expressive de présenter les objets, la hauteur des principes, l'étendue des conséquences qu'il savait en tirer, tout cela assaisonné d'observations curieuses, de faits intéressans, de plaisanteries plus ou moins fines, mais toujours vives et piquantes, de critiques souvent justes et hardies, de sarcasmes sur les vulgarités scolastiques, sur les médiocrités voleuses et envieuses de son époque, rendaient ses leçons singulièrement attachantes pour les élèves. D'ailleurs Chaussier avait introduit dans ses cours de physiologie, l'usage d'un tableau noir où il représentait du mieux qu'il pouvait la structure des organes. Avec mes *mauvaises figures*, disait-il, je vous ferai comprendre tous les phénomènes de la vie, et il avait raison, tant sa méthode avait de force, de précision et de clarté. Toutefois ces leçons présentaient beaucoup d'irrégularités ; souvent Chaussier, perdant de vue l'objet principal, se lançait dans des digressions tout à-fait étrangères au sujet en question. C'est ainsi qu'il discourut pendant une heure à propos d'une puce ; il nous prouva que cet animal à raison de sa puissante élasticité, de la hauteur où il s'élève en sautant, avait relativement dix mille fois plus de force qu'un éléphant, problème qu'il démontra à l'aide de l'anatomie, de la physiologie et même des mathématiques. Malheureusement ces leçons qui attiraient tant les élèves n'étaient jamais multipliées, et je ne crois pas que Chaussier ait fait un seul cours entier dans sa longue carrière professorale ; il ne retombait pas pour cela dans l'oisiveté *cathédratique*, cet oreiller si commode pour la paresse ; loin de là, son activité scientifique était prodigieuse et continuelle ; il n'y a peut-être pas de profondeurs de la science où il n'ait jeté la sonde de son intelligence pour en retirer quelques vérités ; *demersam veritatem in profundo*..., et l'exposé de ses travaux, de ses ouvrages que je ne puis faire ici, en est la preuve la plus complete. L'attention forte et prolongée, cette sorte d'avidité scrutatrice, de curiosité inquisitive, si nécessaires dans l'avancement des sciences parce qu'on doit tout voir et bien voir, ne rien négliger ni les détails, ni l'ensemble, étaient précisément les qualités de Chaussier. A l'impartialité du vrai savant, exempt de préjugés, à cette pureté mentale si propre à discerner l'erreur, ce grand physiologiste joignait une faculté d'investigation patiente et appliquée qui examine tour à tour et sans se lasser toutes les faces d'une idée, d'un moyen, d'un procédé ; qui, ayant choisi un objet pour but de ses expériences, l'étreint, le saisit avec force, le parcourt, le retourne, le creuse, le pénètre, arrive aux principes, et voit ainsi tout ce que cet objet renferme d'aperçus exacts, de résultats importans, de solutions positives, de considérations larges et saillantes. Mais aussi par quels rudes sentiers Chaussier s'avançait vers le but qu'il voulait atteindre ! quelle opiniâtreté ! quelle sagacité dans ses expériences et ses recherches ! Comme il savait attendre et comprendre les phénomènes avant de les expliquer ! Avec quel art il sut *mettre la nature à la question*, selon le mot de Bacon, afin de lui arracher des réponses ! Avec quelle prudence il les interprétait, car les faits ne disent rien par eux-mêmes, c'est l'esprit qui les fait parler. Jamais il ne perdit une occasion pour s'instruire et communiquer son instruction aux autres. A peine fut-il nommé médecin de la Maternité, qu'il recueillit une foule d'observations curieuses sur le fœtus, sur l'art de nourrir les enfans artificiellement, sur les maladies puerpérales, etc. Lorsqu'on le consulta sur un cas de médecine légale des plus graves, le public resta étonné de la justesse de ses

symptômes, à peu près comme l'amour, la jalousie et toutes les affections morales ne se laissent pas toujours deviner par la physionomie habituelle qui leur est propre, souvent même revêtent celle des passions contraires.

Mais c'est seulement après bien des luttes, bien des discussions que la pathologie générale parvient à élucider ou à résoudre ces difficiles problèmes. Sa marche est lente, mais sûre et progressive. Ses vues sont larges, élevées, générales, compréhensives de tous les faits. Elle profite de tout après avoir tout soumis à son critère; elle conçoit la science et ne l'improvise pas; enfin, elle est si peu les systèmes que, nous venons de le voir, elle les juge et les détruit.

Tel a toujours été son rôle, tel il est encore. « C'est elle qui a toujours veillé sur la science quand la chimie a voulu la séduire par ses analyses, la physiologie la distraire par ses expériences, l'anatomie pathologique l'absorber par ses cadavres. C'est elle qui a toujours démontré les erreurs cachées, détruit les espérances illégitimes, renversé les illusions des systèmes, et, après des oscillations sans nombre, fait reprendre à la science et son assiette et son aplomb. »

Après avoir prouvé que les systèmes ne sont que des tentatives avortées de pathologie et de thérapeutique générales, le professeur a consacré la troisième partie de son discours à faire voir que l'on ne peut être bon médecin sans être et devenir pathologiste.

Sauvages porte à 2,200 le nombre des maladies qui peuvent attaquer l'espèce humaine. Elle serait donc bien grande la folie du praticien qui voudrait confier à sa mémoire le nom et la physionomie de ces 2,200 individualités morbides. Voilà pourtant où l'on en serait sans la science des principes! Mais de même qu'à l'époque où Tournefort et Linnée jetèrent les fondemens de la philosophie botanique, on entendit les herboristes pousser des cris de désespoir, peut-être, a dit le jeune et spirituel professeur, peut-être trouverait-on encore, en bien cherchant, *quelques herboristes des maladies qui seraient disposés à crier à la superfétation* en voyant la pathologie générale *pénétrer* dans notre école.

L'utilité, la nécessité indispensable de la science des principes une fois mise hors de doute, sa supériorité sur les systèmes une fois bien établie, il restait à M. R. d'Amador à dire quelques mots sur la nature de son enseignement. Voici à peu près en quels termes il s'est exprimé :

La pathologie générale sera la science dogmatique et critique à la fois, la logique appliquée à l'art de guérir, le code des lois fondamentales qui régissent la formation, le développement et la terminaison des maladies. En un mot, la pathologie générale sera la raison de nos actes, l'esprit de la médecine.

Sera-t-on maintenant surpris qu'une science si belle, si éminemment philosophique, soit enseignée avec éclat dans toutes les universités d'Europe ?

Le professeur a terminé en adressant aux élèves une allocution pleine de bienveillance, de sagesse et de dignité.

Ce discours remarquable a été écouté avec une religieuse attention et applaudi avec enthousiasme. M. R. d'Amador avait d'étroits préjugés à détruire, des preventions injustes à désarmer; il ne l'a pas dissimulé. Abordant les obstacles avec franchise, il les a surmontés avec bonheur. En vain, les détracteurs de la pathologie et de la thérapeutique générales essaieraient-ils maintenant de crier à la superfétation; leur voix serait couverte par les murmures désapprobateurs de tous ceux qui sont intéressés à la propagation des saines doctrines.

N. J.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

OBSERVATIONS DE TORTICOLIS ANCIEN TRAITÉ PAR LA SECTION SOUS-CUTANÉE DU MUSCLE STERNO-MASTOÏDIEN; par le docteur JULES GUÉRIN.

Toutes les fois qu'une idée nouvelle se produit elle soulève nécessairement trois sortes d'oppositions: l'opposition des érudits qui ne permettent pas qu'on invente quelque chose qui n'ait déjà été inventé; l'opposition des rivaux qui veulent participer d'une manière quelconque à ce qu'ils ont le louable regret de ne point avoir fait; enfin l'opposition des esprits retardataires qui repoussent le progrès quand même. Ces trois espèces d'oppositions, que l'on trouve quelquefois réunies chez le même individu, n'ont pas manqué aux idées que j'ai récemment émises sur le traitement du torticolis ancien. Ce motif m'engage à publier immédiatement les deux cas de guérison qui me sont propres, et à les faire suivre de l'histoire de ceux qui ont été remis en lumière, depuis la publication de mon mémoire, et qui offrent plus ou moins d'analogie avec les miens.

TORTICOLIS DE NAISSANCE, TRÈS CONSIDÉRABLE, PAR SUITE DE RÉTRACTION ET D'ARRET DE DÉVELOPPEMENT BORNÉ AU STERNO-MASTOÏDIEN GAUCHE, CHEZ UN JEUNE HOMME DE 19 ANS; INTÉGRITÉ DES FONCTIONS DU CLÉIDO-MASTOÏDIEN; FORTE INCLINAISON DE LA RÉGION CERVICALE A DROITE; ATROPHIE, TIRAILLEMENT ET ABAISSEMENT REMARQUABLES DE TOUTE LA MOITIÉ GAUCHE DE LA FACE; INÉGALITÉ DU CRANE; DÉVIATION CONSÉCUTIVE TRÈS PRONONCÉE DE L'ÉPINE DORSALE A GAUCHE; DEUX COURBURES DORSO-LOMBAIRES; DIFFORMITÉ PARTICULIÈRE DE LA POITRINE. (Observation recueillie à l'institut orthopédique de la Muette.)

OBS. I. — M. P. B., âgé de 19 ans, entré dans mon établissement le 8 septembre 1837, est né à Alata, près Ajaccio (Corse). Il a toujours habité un château vaste et bien situé. Personne de sa famille ne présente de difformité ni de maladie nerveuse ou tuberculeuse. Il est d'une bonne constitution, tempérament sanguin et bilieux, cheveux bruns-roux, yeux bruns, peau blanche, avec beaucoup d'éphélides, secrétant en abondance une matière sébacée brunâtre, très fétide.

Depuis la naissance jusqu'à l'âge d'un an il a été maladif, pleurant jour et nuit, mais il ne peut dire quelle était sa maladie. Il ne sait si sa première dentition a été accompagnée d'accidens graves. Il a été vacciné seulement vers l'âge de 5 à 6 ans, et a eu la rougeole à 9 ans.

HISTOIRE DE LA DIFFORMITÉ. — Il présente :

1° un torticolis ancien très prononcé, par suite de rétraction du muscle sterno-mastoïdien gauche, avec forte inclinaison et rotation de la tête;

2° Inclinaison très prononcée à droite, de la région cervicale sur la région dorsale;

3° Atrophie, tiraillement et abaissement de toute la moitié gauche de la face;

4° Déviation latérale de l'épine à gauche, dorsale moyenne, deux courbures, sensibles à la direction des apophyses épineuses;

5° Difformité de la poitrine, consistant dans une dépression et un déplacement du sternum et une projection considérable des épaules en avant.

On ne s'est aperçu de la difformité du cou que vers l'âge d'un an. Depuis cette époque elle a toujours augmenté. Par suite de la rétraction du sterno-mastoïdien gauche, la tête a éprouvé un mouvement d'inclinaison à gauche et de rotation à droite. L'axe vertical de la tête est oblique de haut en bas et de gauche à droite, rencontrant l'axe de la colonne sous un angle de 145°. Le plan antérieur de la face, au lieu d'être parallèle à celui du tronc, est tourné à droite, faisant avec ce dernier un angle d'environ 36° ouvert à gauche. L'angle

remarques, de l'étendue et de l'importance de ses expériences à cet égard. Il fut un instant question des meilleurs moyens de conserver les substances animales; tout aussitôt Chaussier démontra que le deuto-chlorure de mercure avait cette propriété au plus haut degré, et il nous apporta dans l'amphithéâtre des portions de cerveau préparées de cette manière et aussi dures que le marbre; on aurait pu, selon lui, bâtir un palais en l'honneur de la science avec de tels cerveaux.

Ce qu'il y a de certain, c'est que Chaussier ne négligeait aucun moyen pour approfondir tout problème scientifique soumis à son examen; il le traitait avec une ampleur de vues, une abondance de lumières qui ne laissaient rien à désirer. Bien persuadé de ce principe écrit par Turgot, que toute question ne s'épuise que par le vrai démontré, il faisait en sorte d'arriver le plus tôt et le mieux possible à cette démonstration. Au reste, ce grand observateur avait assez peu de confiance dans les expériences faites sur les animaux pour la solution des problèmes relatifs aux actes vitaux. Bien moins encore se fiait-il à ces longues colonnes de chiffres, qui en médecine n'éclaircissent rien en paraissant tout dire, d'après lesquelles on tire des conclusions sur des *à peu près*, en un mot, à la statistique, si bien comparée depuis à un mirage qui fait que la vérité échappe toujours au moment où l'on croit la saisir.

Toutefois cette éminente aptitude qu'avait Chaussier de couler à fond les questions dont il s'occupait lui fut peut-être fatale, dans ce sens au moins, qu'il ne publia rien de complet sur aucune des grandes parties de la science. Il parcourait successivement, quoique profondément, trop d'objets pour s'attacher à un seul et le présenter dans tous ses rapports. Chaussier étudiait toujours, apprenait toujours, enseignait toujours et ne finissait jamais un ouvrage; il promettait et voilà tout. Combien de temps les élèves et le public n'ont-ils pas attendu son traité de physiologie, et celui bien plus important encore de médecine légale! Quel immense succès était réservé à ces ouvrages! L'esprit de Chaussier n'était peut-être pas propre, comme celui de Haller, à de pareils labeurs; il avait trop de cette verve capricieuse qui passe d'un sujet à un autre, qui parfois pousse la vérité jusqu'au paradoxe, et le paradoxe jusqu'à la vérité, puis se complaît à vous laisser dans l'attente et le doute. D'ailleurs Chaussier s'était attaché à un travail ingrat et même d'une utilité fort contestable; il voulut changer radicalement la nomenclature anatomique, et il a échoué. Sans doute il serait à désirer que le vocabulaire d'une science fût toujours clair, éminemment précis; mais l'innovation est ici dangereuse, en ce sens qu'il faudrait changer la nomenclature suivant les progrès de la science et au gré de tout homme de génie. N'est-ce pas ce que nous voyons pour la chimie, obligée de refaire son dictionnaire tous les vingt ans? Ajoutons que les mots anatomiques introduits par Chaussier ne furent pas également heureux, et pour n'en citer qu'un seul, celui de *grand sympathique*, donne une idée peut-être plus juste des relations étendues du nerf de ce nom que celui de *trisplanchnique*. Eh bien! on ne saurait croire l'intérêt, le soin, l'inquiète sollicitude de Chaussier pour la propagation de sa nomenclature. Comme il arrive toujours, ce fut l'homme de son idée, on le vit s'y complaire outre mesure. Employer sa nomenclature était un moyen certain de lui faire la cour; alors on était un homme éclairé, savant et progressif; mais malheur à celui et surtout au candidat qui hasardait les anciens mots, qui, par exemple, disait le deltoïde au lieu du *sous-acromio-huméral*, la figure de Chaussier se contractait aussitôt, il affectait de ne pas comprendre, on parlait *patois*, etc. Pardonnons à ce léger travers; quel e t

gauche de la mâchoire inférieure correspond au milieu de la fourchette du sternum, et la symphise du menton au 1/3 interne de la clavicule droite. En même temps, le cou est fléchi au point que le menton n'est distant de la clavicule que de 1 centimètre 5 millimètres. La rétraction active est évidemment bornée au sterno-mastoïdien (chef sternal du sterno-cléido-mastoïdien). Il est tendu, raccourci, très dur, saillant sous les tégumens, tandis que le cléido-mastoïdien reste aplati, dépressible, quelle que soit la tension qu'on imprime au sterno-mastoïdien.

La tension du sterno-mastoïdien et l'inclinaison consécutive de la tête ont opéré d'importantes modifications dans la disposition et la symétrie des différentes parties de la face :

1° Toutes les parties correspondantes à droite et à gauche sont situées sur des lignes horizontales différentes. Les parties du côté gauche sont plus basses que celles du côté droit, en sorte que, si la tête était redressée, toute la moitié gauche de la face conserverait une direction très oblique de haut en bas et de dedans en dehors. Par suite de cette disposition générale, une ligne partant de la bosse nasale et suivant toute la longueur du nez jusqu'à la symphise du menton, décrirait une courbe dont la convexité regarderait à droite.

2° L'œil gauche est allongé, oblique de haut en bas et de dedans en dehors; la paupière inférieure est sensiblement plus rapprochée de l'aile du nez que celle du côté opposé. Les axes transversaux des deux yeux ne sont pas sur la même ligne, mais irrégulièrement superposés (1). Le bout du nez est fortement attiré en bas et à gauche. La lèvre inférieure suit la même direction. En un mot, toute la moitié gauche de la face est moins développée que la droite et visiblement attirée dans le sens du muscle sterno-mastoïdien.

Le crâne est inégal; la moitié droite prédomine sur la moitié gauche. Le 1/2 périmètre horizontal droit est de 18 centimètres, 5 millimètres; le gauche de 17 centimètres 5 millimètres.

La colonne cervicale offre une très forte inclinaison à droite, au niveau de l'articulation de la dernière cervicale avec la première dorsale. L'angle d'inclinaison des vertèbres cervicales sur la région dorsale est d'environ 135°. A la hauteur de la troisième vertèbre du cou, la colonne cervicale se recourbe à gauche, de manière qu'elle présente vers son quart supérieur une légère convexité à droite. Cette courbure, limitée à la région cervicale, est accompagnée d'un léger mouvement de torsion, qui rend le côté droit de la nuque très saillant, tandis que le côté gauche est déprimé en proportion. La tête est manifestement plus inclinée à gauche que ne le comporterait la direction de l'extrémité supérieure de la colonne cervicale, en sorte que les condyles occipitaux sont sensiblement inclinés à gauche sur l'atlas, et l'axe vertical de la tête forme avec l'extrémité prolongée de la colonne cervicale un angle d'environ 110°.

L'épaule gauche est plus relevée que la droite. La différence de hauteur entre les deux scapulum est de 5 centimètres; le dos présente en outre les caractères dépendant de la déviation latérale de l'épine.

La poitrine a subi une déformation toute particulière. Les épaules sont portées en avant et se trouvent dans un plan plus antérieur que celui du sternum. Celui-ci est très déprimé dans sa moitié inférieure. Les sept premières côtes sont saillantes de chaque côté. Leurs cartilages forment d'assez fortes courbures convexes en avant, courbures dont le sommet correspond à leur partie moyenne, tandis que leur extrémité sternale se tourne en arrière pour gagner le sternum, lequel occupe le fond d'une gouttière assez profonde. Les fausses côtes sont déprimées : il en résulte un léger rétrécissement circulaire de la base du thorax. La saillie des cartilages des vraies côtes, circonscrite en dedans par la dépression du sternum et en bas par le rétrécissement circulaire du thorax, soulève assez fortement les grands pectoraux et la peau des environs des mamelons, et donne à la poitrine de ce sujet l'apparence d'une gorge de femme.

La respiration s'exécute facilement et complétement. Toutes les côtes se soulèvent pendant l'inspiration, et tous les muscles inspirateurs se contractent dans les fortes inspirations. Ce sujet offre une preuve frappante de la duplicité de fonctions des muscles sterno et cléido-mastoïdiens. A gauche comme à droite on voit le premier de ces deux muscles rester dans l'inaction pendant les fortes inspirations, tandis que les contractions du cléido-mastoïdien surtout à gauche sont on ne peut plus évidentes.

Les mouvemens de la tête sont bornés dans plusieurs points : la rotation à gauche est tout-à-fait impossible, et les mouvemens de flexion et d'extension de la tête ne peuvent avoir lieu que suivant une diagonale qui passerait par la branche gauche de la fourchette du sternum et ressortirait par l'épaule droite. L'inclinaison de la tête à droite est impossible. A gauche, elle a lieu obliquement d'avant en arrière et de droite à gauche. A part ces difficultés dans les mouvemens généraux de la tête et du cou, toutes les vertèbres cervicales paraissent avoir conservé en grande partie leur mobilité. Pendant la station debout le tronc s'incline à droite pour compenser l'inclinaison de la tête.

Traitement. — Extension appliquée pendant deux mois. Elongation de 3 centimètres dans le muscle rétracté; mais dès lors état stationnaire. Le muscle sterno-mastoïdien est tellement dur et tendu qu'il ne laisse aucun espoir d'un allongement nouveau par cette méthode. Je me décide donc à faire la section du sterno-mastoïdien, à huit lignes environ au-dessus de la fourchette du sternum.

L'opération fut pratiquée le 2 décembre 1837, en présence de MM. Lisfranc, Macglougblin, Bruni de Florence, Thompson d'Edimbourg, Kuhn, etc. Le malade est couché sur un lit bas, relevé en pente dans son tiers supérieur; la tête est relevée à droite et portée dans la rotation exagérée du même côté, de manière à faire saillir le plus possible le muscle sous la peau. Par ce mouvement, on l'isole si bien de toutes les parties sous-jacentes qu'on peut le cerner avec le pouce et l'index. Je me plaçai au côté gauche du malade; je fis un pli à la peau parallèle au muscle. A la base de ce pli, j'introduisis à plat un bistouri pointu, étroit et légèrement concave sur le tranchant. Cette forme me permet de ne faire à la peau qu'une simple piqûre fort étroite, de glisser mon instrument avec facilité entre la peau et le muscle, de contourner celui-ci et de le couper sans effort. La division du muscle se manifesta par un craquement que tous les assistans entendirent et par un léger redressement de la tête. Un phénomène assez fréquent dans ces sortes d'opérations, et propre au procédé que j'emploie, a été l'introduction bruyante d'une certaine quantité d'air dans la plaie. Le malade excessivement pusillanime s'écria au même instant qu'il était *mort*, mais il n'est point tombé en syncope, et je ne crois pas que la moindre quantité de ce gaz se soit introduite dans les veines. L'introduction de l'air s'explique d'ailleurs facilement par le vide formé entre les deux bouts du muscle séparés brusquement, vide que la peau ne pouvait remplir à cause de la tension où elle était maintenue. Le bruit qui accompagna cette introduction s'explique aussi par le défaut de parallélisme de la plaie de la peau et de celle du muscle et par l'étroitesse de la première.

La petite plaie de la peau n'a fourni qu'une goutte de sang. Elle a été réunie par un peu de diachylon gommé.

Aucun autre accident ne se manifesta à la suite de l'opération. Quelques heures après, en voulant redresser la tête, je sentis encore une légère résistance, et je m'assurai par le toucher que la gaine du muscle n'avait pas été suffisamment divisée : j'introduisis de nouveau l'instrument par la même ouverture, je divisai les parties restantes et je refermai la petite plaie. Le malade resta couché jusqu'au surlendemain sans aucune tentative d'extension. Le lendemain de l'opération aucun accident ne s'était manifesté, si ce n'est un léger gonflement autour de la plaie. L'espace entre les deux bouts du muscle est rempli par une matière qui paraît semi-fluide au toucher. La plaie de la peau est fermée. Légère douleur lorsqu'on imprime des mouvemens à la tête.

Troisième jour. On couche le sujet sur l'appareil qu'il occupait avant l'opération.

Quatrième jour. L'extension est portée un peu plus loin. Le malade n'éprouve presque aucune douleur.

Sixième jour. On sent déjà une légère résistance dans le chef musculaire qui a été divisé. Aucun accident.

Huitième jour. La résistance devient plus forte, et l'on sent au niveau de la plaie une nodosité formée par la matière provenant des parties divisées. Le malade se lève pour prendre ses repas.

(1) Cette remarque appartient à M. Savart.

---

l'homme célèbre qui n'a pas sa part de la faiblesse humaine, comme de notre argile matérielle?

Un autre reproche peut-être plus grave qu'on peut faire à Chaussier, c'est d'avoir contribué à donner à l'école de Paris, ce caractère de matérialisme scientifique qui la distingue, cette recherche minutieuse du fait, cet esprit d'analyse qui, poussé à son dernier terme, n'aboutit qu'à entasser des matériaux. Que penser de ce grand appareil d'expériences, de dissections, de macérations, d'injections, de vivisections qui souvent n'a pas fait avancer la science de la plus mince vérité, du plus petit axiome? N'est-ce pas une véritable ignorance expérimentale, car remuer des faits et remuer des idées ne sont pas toujours la même chose. De hautes généralisations constituent les seules bases de la science; celle-ci réside essentiellement dans les rapports, dans le lien, dans l'ensemble, là est la vérité, de là naît la certitude, parce que de là jaillissent les principes. Et pourtant nul médecin n'avait plus que Chaussier la tête mieux organisée, plus synthétique, plus propre à concevoir un *a priori* élevé, à ramener les faits à l'unité, fin dernière de la science. Je n'en veux pour preuve que ses *tables synoptiques*; il faut les avoir étudiées avec une attention réfléchie pour en bien connaître la portée. Réduire la science à de telles proportions, établir une synthèse immense de corollaires et d'axiomes, faire le répertoire, l'inventaire exact de nos acquis scientifiques, tracer une vaste encyclopédie médicale dans un recueil de quelques feuilles, est certainement l'effort d'un esprit des plus éminens, et ces tables sont selon moi le plus étonnant des travaux de Chaussier. Au reste, plus on approchait cet illustre professeur, plus on concevait l'étendue de son savoir, sa manière de le répandre, de le communiquer; possédant une foule d'idées, de vues fécondes, d'aperçus profonds, il ne se pressait jamais de les mettre en relief, parce que voyant toujours au-delà, il voulait toujours pénétrer plus avant. Personne ne songeait moins à ce qu'il y a de personnel dans le savoir et une grande réputation, personne n'eut moins que lui cet excès d'amour-propre, de vanité morbide et insatiable, faisant le plus pénible contraste avec un mérite incontestable, et cet homme qui avait passé sa vie à fouiller les bases de la science ne se produisait nullement en dehors, bien que pendant ses leçons il eût toujours une sorte de verve fanfaronne. C'est au point que dans les circonstances les plus communes de la vie, dans ses discours, dans ses manières, il avait une modestie si peu calculée, qu'un sot aurait pu le croire un homme ordinaire. Quoiqu'il eût dans le langage une apparence d'âpreté et même de causticité, il supportait parfaitement la raillerie et même l'épigramme quand elle avait un peu de justesse. Dans un examen d'anatomie, il se montrait rigoureux et tracassier envers un candidat qui ne se servait pas de sa nomenclature. Vous n'avez donc pas suivi, lui dit-il, le cours du professeur de physiologie. — Je l'aurais volontiers suivi, répliqua finement le jeune homme, mais le professeur n'a fait que *trois* leçons. — Vous vous trompez, dit Chaussier, le professeur en a fait *quatre*, et la plaisanterie n'eut aucune suite.

Ceci prouve combien, sous une écorce assez rude, ce célèbre professeur cachait de bienveillance, de bonté, de franchise réelle, sans arrière-pensée, et non de cette franchise hypocrite dont l'amertume se délaye dans une certaine dose de paroles mielleuses et polies. Un des côtés heureux de son caractère, c'était la facilité de ses rapports avec les amis et les élèves qui l'entouraient et l'écoutaient. Tout en se plaignant des voleurs de ses découvertes, il n'en cachait pas davantage ce qu'il savait pour ceux qui l'abordaient; c'était une source

Dixième jour. Le redressement de la tête peut être porté au-delà de la ligne droite. Le malade se lève deux heures par jour. La tête est maintenue au moyen d'un petit appareil en ruban de fil que j'ai décrit dans mon mémoire et qui a pour but d'augmenter l'action du sterno-mastoïdien du côté sain.

Onzième jour. La tête paraît entièrement redressée, mais il existe encore une inclinaison assez considérable de la région cervicale sur la région dorsale qui compense le dernier degré d'inclinaison de la tête et qui la fait croire entièrement redressée au premier abord.

On continue le traitement mécanique comme il a été décrit dans mon mémoire. L'extension progressive de tous les muscles s'opère sans trop de résistance, et la colonne cervicale se redresse. Après deux mois de ce traitement, tous les élémens du torticolis avaient disparu. Les mouvemens du cou étaient faciles dans tous les sens, et il ne restait d'autre trace de la difformité que la déformation avec atrophie de la moitié gauche de la face. L'espèce de cal formé entre les deux bouts du tendon divisé a été presque entièrement résorbé.

La déviation de l'épine paraît ancienne; elle offrira sans doute de grands obstacles au redressement. Un traitement actif et long-temps continué en pourra triompher.

Cette observation est assez explicite sous tous les rapports pour que je me dispense d'en faire ressortir les points importans. Je me borne à rappeler que ce cas offre un exemple de torticolis porté au plus haut degré, et cependant la rétraction musculaire était bornée au sterno-mastoïdien (chef sternal); de plus le mouvement respiratoire était manifeste dans le cléido-mastoïdien et nul dans le sterno-mastoïdien. La section sous-cutanée à l'aide d'une simple ponction du seul sterno-mastoïdien a suffi pour obtenir la plus grande partie du redressement de la tête; le traitement mécanique a complété ce redressement et a triomphé de l'inclinaison inverse de la région cervicale.

TORTICOLIS DATANT DE 20 ANS, SUITE DE CONVULSIONS, CHEZ UN HOMME DE 22 ANS; RÉTRACTION DU STERNO-MASTOÏDIEN DROIT, LE CLÉIDO-MASTOÏDIEN RESTANT DANS LE RELACHEMENT; INCLINAISON ALTERNATIVE DE LA TETE SUR LA COLONNE A DROITE, ET DE LA COLONNE CERVICALE A GAUCHE SUR LA COLONNE DORSALE; MOUVEMENS DE FLEXION ET D'EXTENSION DE LA TETE SUIVANT UNE DIAGONALE; POINT DE DÉVIATION DE LA COLONNE; ATROPHIE DE LA MOITIE DROITE DE LA FACE; SECTION DU MUSCLE RETRACTE; TRAITEMENT MÉCANIQUE CONSÉCUTIF; GUÉRISON. (Observation recueillie à la Pitié, service de M. Lisfranc, janvier 1838.)

OBS. II.—M. Bray (Louis), âgé de 22 ans, ancien étudiant en droit, aujourd'hui commis négociant, d'une forte constitution, tempérament sanguin, est né à Paris, de parens aisés. Il n'y a point de difformité dans sa famille, si ce n'est un de ses oncles qui est devenu bossu, dit-il, à la suite d'une chute. Il a eu, vers l'âge de dix-huit mois, lorsqu'il était en nourrice, des convulsions, à la suite desquelles on s'est aperçu que sa tête s'inclinait à droite. On ne fit d'abord aucune attention à cette difformité; mais, au bout de quelques années, à mesure que l'enfant grandissait, la tête s'inclina de plus en plus. On lui recommandait sans cesse de la porter en sens opposé. Les efforts qu'il fit n'amenèrent point le redressement de la tête, mais parurent déterminer une élévation de l'épaule droite et un abaissement de l'épaule gauche. La différence de hauteur entre les deux scapulum peut être évaluée aujourd'hui à environ 2 pouces.

Voici l'état dans lequel il se trouve à son entrée en traitement :

La tête a subi un mouvement d'inclinaison latérale à droite et de rotation de droite à gauche autour de son axe vertical. L'axe de la tête fait avec celui du corps un angle de 135° : en même temps la face est tournée à gauche, de manière que son plan antérieur coupe celui du tronc sous un angle de 45°. Une ligne verticale abaissée de la commissure labiale du côté droit tomberait juste dans la ligne médiane du tronc. La distance entre l'angle de la mâchoire et la clavicule du côté malade, quand le muscle rétracté est porté dans sa plus grande extension, est de 7 centim., 2 p. 1/2; à gauche, de 9 centim. 5 mm., 3 p. 1/2.

Le sterno-mastoïdien droit est rétracté à un point considérable, et d'une consistance qui paraît fibreuse. Il est habituellement tendu, saillant sous la peau, dur comme du bois, même dans la situation habituelle de la tête; il est absolument inextensible, du moins instantanément. Ce n'est qu'en portant l'inclinaison de la tête à droite à un point extrême, qu'on parvient à le relâcher; lorsque, au contraire, on essaie de redresser la tête, la tension du muscle devient excessive. Si l'on veut redresser simultanément la tête et exagérer la rotation à gauche, on fait saillir considérablement la portion rétractée, et la peau est fortement soulevée. Dans cette position, le muscle s'isole complètement des parties voisines, et ne se trouve plus en rapport qu'avec la peau. On peut le cerner de toutes parts avec les doigts : c'est la situation indiquée pour l'opération.

Le cléido-mastoïdien (portion claviculaire) est dans le relâchement et ne laisse apercevoir aucune saillie sous la peau; le sterno et le cléido-mastoïdiens du côté opposé ont conservé leurs formes et dimensions normales.

Voici leurs mesures comparatives à droite et à gauche :

Longueur du sterno-mastoïdien		droit.........	8 cent. (3 p.)
Id.	id.	gauche........	17 cent. 3 m. (6 p. 6 l.)

La colonne vertébrale ne présente de déviation que dans la région cervicale. Partout ailleurs, l'épine paraît droite. Mais au niveau de la septième cervicale, la colonne s'incline brusquement à gauche, de manière à présenter en ce point un angle ouvert à gauche d'environ 145°. Les trois premières vertèbres cervicales reviennent de nouveau un peu à droite, et présentent une très légère convexité à gauche, mais le principal mouvement d'inclinaison de la tête à droite se passe dans l'articulation occipito-atloïdienne.

Toutes les parties de la face à droite présentent un arrêt de développement. Toutes sont un peu moins longues et un peu moins larges que leurs correspondantes du côté gauche. Ainsi, l'œil droit est moins fendu; la moitié droite du nez moins longue; la joue droite également un peu moins longue. La hauteur verticale de la face à gauche excède celle de la moitié droite d'un demi-pouce. En même temps, la moitié droite de la face, indépendamment de l'inclinaison de la tête, est sensiblement abaissée. Une ligne qui passerait par le milieu des deux yeux, en supposant la tête redressée, serait oblique de haut en bas et de gauche à droite; de plus, les axes transversaux des yeux sont sur deux lignes superposées presque parallèles. La ligne de la bouche est également oblique. Le nez présente une légère courbure, qui a sa convexité à gauche, le bout du nez étant tourné à droite. Mais ces différences sont beaucoup moins marquées chez ce sujet que dans d'autres cas analogues que j'ai eu occasion d'observer.

Hors les mouvemens de la tête et du cou, tous les autres sont parfaitement libres et réguliers. Les mouvemens de flexion et d'extension de la tête sur la colonne sont assez faciles dans une certaine étendue, mais ils ne peuvent s'opérer que suivant une diagonale. Il en résulte que dans la flexion extrême, le menton, au lieu de tomber sur la fourchette du sternum, arriverait sur le quart interne de la clavicule gauche qu'il toucherait, non point par toute sa face inférieure, mais seulement par son bord droit. Cette dernière circonstance tient à l'inclinaison permanente de la tête, et la première (la déviation du menton à gauche) au mouvement de rotation de la tête sur son axe. Le contraire s'observe dans l'extension de la tête; mais celle-ci est très limitée à cause du raccourcissement du sterno-mastoïdien; elle ne peut pas même être portée jusqu'au redressement complet. Néanmoins, la mobilité des vertèbres entre elles ne paraît pas sensiblement diminuée, et l'absence de courbure notable dans la continuité de la région cervicale ne permet pas de supposer une déformation sensible de ces dernières. En examinant attentivement ce qui se passe dans les muscles du cou pendant les fortes inspirations, on voit manifestement le sterno-mastoïdien (chef sternal) rester inactif, tandis que le cléido-mastoïdien est le siége de contractions très prononcées. Ce dernier reste au contraire inactif dans les simples mouvemens de la tête. Ce fait est on ne peut plus évident sur ce sujet : un grand nombre de personnes ont pu s'en assurer à la visite de M. Lisfranc.

Toute tentative d'allongement par les moyens mécaniques m'ayant paru inutile, je me suis décidé à faire la section sous-cutanée du sterno-mastoïdien seul. L'opération fut pratiquée le 16 janvier 1838, à l'amphithéâtre de la Pitié, en présence de MM. Lisfranc, Piorry, Sédillot, Pinel-Grandchamp, et d'un grand

---

où l'on puisait impunément à toute heure, à chaque instant, la science sous toutes ses formes. Aussi combien ont fait valoir des idées, des faits, des opinions qui venaient directement de ses travaux; en sorte qu'on aurait pu lui attribuer ce mot de Camper sur Daubenton, *qu'il ne savait pas toutes les découvertes dont il était l'auteur*. Mais pour bien apprécier ce que sa causerie avait d'attrayant, d'instructif, il fallait être des réunions qui avaient lieu chez lui le soir; beaucoup d'élèves étaient admis dans ce cénacle de la science médicale. Recueillir les cas les plus remarquables des hôpitaux, les faits de pratique les plus importans; lire les ouvrages nouveaux, signaler les progrès de nos connaissances, écouter les paroles du maître et les commenter; telles étaient les occupations de cette société intime de docteurs à venir, de savans consommés. On a beaucoup parlé des vives critiques auxquelles les auteurs étaient exposés dans ces réunions; on a remarqué que Chaussier s'y érigeait en grand prévôt de la littérature médicale. Il est certain que pénétré des grandes vérités de la science, animé d'un zèle ardent pour ses progrès, Chaussier était un juge des plus redoutables. Malheur à l'écrivain médiocre qu'il prenait en flagrant délit de non-sens ou de plagiat, et qu'il tenait dans l'étau de son syllogisme; il l'avait aussitôt dépouillé du clinquant de ses phrases et de son érudition; car un de ses talens était de dégager le fait, la chose, la substance de son enveloppe réthoricienne, et d'en faire voir le peu de valeur intrinsèque. La renommée ne lui en imposait nullement, le bruit de sa trompette n'était, selon lui, que du vent qu'il fallait peser au poids de l'or de la vérité. Aussi la plupart de ses jugemens avaient-ils une plénitude de force et de sens qui séduit et captive la raison. Quoiqu'il ne fît pas grand cas des ouvrages nouveaux, il était loin néanmoins de se parer d'un superbe mépris pour toute innovation, pour toute espèce de progrès; et pourtant il était vieux, savant et célèbre. Toutefois, il fallait, pour obtenir son approbation, que les ouvrages ou les opinions modernes eussent une supériorité marquée, autrement Chaussier les soumettait à un creuset dont ils ne sortaient que dans le plus triste état. C'est alors que jaillissaient dans de piquantes et énergiques saillies, ce bon sens mordant et spirituel, cette ironie *gausseuse*, cette bonhomie goguenarde et caustique si redoutable aux sophistes, les traits particuliers et distinctifs de son esprit.

Mais si l'ouvrage était maltraité, l'auteur n'avait pas à se plaindre personnellement; à la vérité, Chaussier n'allait pas jusqu'à appeler un chat une colombe, et Rollet un homme de bien; un peu de médisance railleuse assaisonnait ses discours, mais la calomnie lui était odieuse. Son âme élevée, son cœur essentiellement bon, de belles actions, des traits multipliés de générosité, en sont des preuves d'autant plus convaincantes, que d'une part, cet illustre médecin les tenait secrètes, et que de l'autre, il était accusé d'une étroite parcimonie. Chaussier aimait qu'on reconnût ses soins, ses travaux, par des honoraires équivalens et ne s'en cachait nullement; mais, outre qu'il concevait que l'argent ne doit être que le serviteur et non pas le maître d'un homme de bon sens, il ne lui vint point dans l'idée de transformer des idées scientifiques en idées commerciales. Toujours prêt à retirer son pied de l'échelle par laquelle il pouvait monter aux places et aux honneurs, s'il fallait y employer des manœuvres et de l'intrigue, son mérite et ses travaux, voilà les seuls titres qu'il fit valoir, ou plutôt qu'on fit valoir pour lui. Jamais, par la même raison, il ne lui passa par la tête de couvrir d'un diplôme de comte, de baron, de chevalier, sa nudité roturière; son opinion à cet égard était celle du grand Haller, qu'il prit souvent pour modèle. Ce n'était donc pas dans les antichambres des puissans du jour qu'il falla i

nombre d'élèves. Elle ne dura que quelques secondes, à l'aide d'une simple ponction de la peau, et d'après le premier des deux procédés décrits dans mon mémoire.

La division du muscle s'annonça par un craquement qu'on entendit de toutes les parties de la salle, et à l'instant la tête put être redressée et tournée en sens divers dans une assez grande étendue. Le malade n'a pas éprouvé la moindre douleur; quelques gouttes de sang s'écoulèrent par la petite plaie : on les étancha et on réunit par première intention, au moyen d'un emplâtre de diachylon gommé.

Le lendemain de l'opération, il ne s'était manifesté aucun accident : pas même un léger mouvement fébrile, point de rougeur, ni douleur, ni tuméfaction.

Le *troisième jour*, la piqûre est cicatrisée. On commence l'application de l'appareil décrit dans mon mémoire.

Les *quatrième et cinquième jours*, rien de nouveau. On gradue l'action de l'appareil.

Sixième jour. Un peu de rougeur érythémateuse se manifeste au tour de la cicatrice. Elle parait avoir été occasionnée par le diachylon qu'on avait oublié d'enlever. La suppression de cet irritant et une friction aven l'axonge font disparaître cette légère inflammation.

Au bout de quatre semaines le redressement était complet.

Aujourd'hui le malade peut exécuter tous les mouvemens de la tête et dans tous les sens, avec la plus grande facilité. L'inclinaison de la colonne cervicale sur la région dorsale a entièrement disparu, et il ne reste de la difformité que le défaut de symétrie entre les deux moitiés de la face, et les deux muscles sterno-mastoïdiens ont exactement la même longueur.

Cette seconde observation est presque la répétition de la précédente : Isolement de l'affection au seul muscle sternal; action respiratoire évidemment bornée au cleïdo-mastoïdien; section sous-cutanée du seul muscle primitivement rétracté; enfin, inclinaison inverse de la colonne cervicale, et finalement guérison complète à l'aide du traitement mécanique consécutif.

Je n'insiste pas ici sur plusieurs particularités anatomiques, qui ont trait plutôt à la description de la difformité qu'à son traitement : j'aborderai ces points ailleurs avec les développemens qu'ils méritent.

Depuis la publication de mon mémoire sur le traitement du torticolis ancien (V. GAZ. MÉD., 7 avril 1838), beaucoup de personnes se sont occupées de savoir ce qui avait pu être fait dans la même direction. Leurs indications et mes recherches particulières m'ont conduit à rassembler sur ce point de thérapeutique chirurgicale tous les documens propres à en faire connaître le développement, et à établir le véritable caractère du complément que je crois y avoir ajouté.

Les auteurs dont la pratique paraît avoir offert quelque rapport avec la mienne sont: Dupuytren, MM. Stromeyer, de Hanovre, et Syme, d'Edimbourg. Je vais reproduire littéralement l'histoire des cas appartenant à ces auteurs (1).

TORTICOLIS ANCIEN CHEZ UNE JEUNE FILLE DE DIX ANS; RÉTRACTION DU STERNO-MASTOÏDIEN; SECTION SOUS-CUTANÉE D'ARRIÈRE EN AVANT DES DEUX MUSCLES STERNO ET CLEÏDO-MASTOÏDIENS; AMÉLIORATION CONSIDÉRABLE; par DUPUYTREN (2).

OBS. II. — Une jeune fille, âgée d'environ dix ans, était atteinte de torticolis depuis près de trois ans, par suite d'une contraction spasmodique continuelle du muscle sterno-mastoïdien droit; elle entra à l'Hôtel-Dieu de Paris dans le mois de janvier 1822. Vers le 16 du même mois M. Dupuytren pratiqua l'opération suivante :

La malade étant assise en face d'une croisée, la tête inclinée à gauche contre la poitrine d'un aide, la pointe d'un bistouri droit et étroit fut plongée à travers la peau, exactement au-devant du côté *interne de l'extrémité sternale* du muscle contracté. On baissa ensuite le manche du bistouri pour faire glisser à plat la lame *sous* le muscle, jusqu'à ce *qu'elle sortit au côté externe de son bord claviculaire.* On tourna alors le tranchant en avant, et l'on coupa en sciant une suffisante quantité de fibres musculaires pour rendre à la tête sa position naturelle.

Par ce moyen, les tégumens ne furent point divisés et on évita en conséquence la difformité d'une cicatrice; but d'autant plus désirable que le sujet de l'opération était une femme.

On maintient dans l'écartement les fibres divisés, en abaissant la clavicule et en faisant pencher la tête du côté gauche. Pour cela on fixa fortement la main droite sur le pied au moyen d'une bande roulée, en faisant fléchir la jambe à peu pres comme pour l'opération de la taille, et l'on passa sur la tête une autre bande roulée qui venait se rendre sous l'aisselle.

La malade fut portée dans son lit. Au bout de treize jours la plaie fut complètement guérie; les mouvemens du cou étaient libres, quoique le visage fût un peu tourné à gauche, à cause de la longue position qu'il avait fallu garder. On réappliqua les bandages jusqu'au 21 février, époque à laquelle on les enleva définitivement. Les mouvemens du cou étaient parfaitement libres dans tous les sens, et la tête ne resta *que légèrement penchée du côté droit.*

Cette observation est précieuse en ce qu'elle consacre un premier et notable perfectionnement dans le mode opératoire : la section sous-cutanée des deux muscles, mais section *simultanée des deux muscles* et à l'aide de *deux ouvertures* à la peau (1). Elle montre en outre, malgré le silence de l'observateur sur l'existence de l'inclinaison cervico-dorsale, que cette inclinaison devait exister et que le traitement consécutif employé n'a pas réussi à la faire disparaître, ainsi que la totalité de l'inclinaison de la tête. Cela devait être, car l'appareil employé agissant précisément dans le sens de cette inclinaison, ne pouvait la faire disparaître et ramener l'axe de la tête dans l'axe du corps.

TORTICOLIS ANCIEN CHEZ UN GARÇON DE 8 ANS; SECTION SOUS-CUTANÉE ET D'AVANT EN ARRIÈRE DES DEUX MUSCLES STERNO ET CLEÏDO-MASTOÏDIENS; DEUX OUVERTURES AUX TEGUMENS; GUÉRISON; par M. STROMEYER.

OBS. IV. — J'ai pratiqué cette opération, dit M. Stromeyer, le 29 septembre, sur un garçon de 8 ans, dont le sterno-mastoïdien était contracté depuis 3 ans,

(1) Quoique je n'aie eu connaissance de ces observations que long-temps après mes deux opérations, je n'hésite pas à les publier en même temps que les miennes, afin d'éviter à d'autres la peine de faire des rapprochemens que je suis heureux d'effectuer le premier.

(2) Cette observation est extraite textuellement du *Manuel de médecine opératoire* de M. Coster (p. 156).

(1) Suivant M. Dezeimeris, l'opération faite par Dupuytren aurait été décrite avec quelques différences dans un parallèle entre les chirurgies allemande et française par d'Ammon. L'historien allemand aurait écrit que Dupuytren s'était servi d'un bistouri *boutonné* et qu'il n'aurait fait qu'une ponction à la peau. Or voici ce qu'écrit le même d'Ammon en 1837, toujours d'après l'interprétation de M. Dezeimeris, et toujours en parlant de l'opération de Dupuytren : « A peine croira-t-on que la France n'eût pas un seul chirurgien qui daignât examiner la doctrine de ce savant; c'est pourtant ce qui eut lieu, car Dupuytren, l'immortel Dupuytren, qui pour guérir un torticolis coupa le faisceau sternal du muscle sterno-cléïdo-mastoïdien, fit cette opération selon la méthode des chirurgiens hollandais, plutôt que de marcher sur les traces de Delpech. » EXPÉRIENCE, 1837, p. 151. — M. Dezeimeris expliquera sans doute la contradiction que présentent ces deux traductions du même auteur insérées dans son journal. — Quant à nous nous maintenons l'exactitude de la version de M. Coster, parce qu'elle nous a été confirmée par d'autres témoins oculaires.

---

le chercher, mais dans les hôpitaux, dans les amphithéâtres ou les bibliothèques. Son caractère, trempé de vigueur et d'énergie, ne se pliait guère aux souplesses, ni au manège, ni à cet art de ruse et d'astuce qu'on appelle, par abus de mots, esprit de conduite; il avait et il voulut conserver l'estime de soi-même, le plus grand mobile des âmes fières et scrupuleuses. Toutefois, Chaussier sentait vivement et fortement. Quand on reconstitua l'Ecole de Médecine, en 1823, et qu'il en fut éliminé, le coup devint si douloureux, que faisant sa visite à l'hôpital de la Maternité, il fut frappé d'apoplexie, et, par suite, d'une hémiplégie assez intense. Néanmoins, il se rétablit peu à peu, et comme les facultés intellectuelles reprirent une partie de leur vigueur, on le vit continuer ses travaux au moins comme moyen de consolation; il vint s'abriter sous l'arbre de la science, ce fut là son *champ d'asile*, et il le cultiva avec ardeur, même à plus de 80 ans, âge où l'on peut à peine compter sur le lendemain. Ce n'est pas qu'il eût changé; loin de là, ainsi qu'autrefois, dans la science, il ne s'attacha au char d'aucun nom; il ne se fit l'écho d'aucun système, l'apologiste et le tributaire d'aucune renommée; en médecine, toujours *examiner* et difficilement *croire*, voilà sa règle invariable. Dans la vie ordinaire, il se conforma au temps et aux circonstances, sans trop d'aigreur, de récrimination; tel fut Chaussier dans ses dernières années. Mais remarquons que les qualités et les défauts qui le constituaient formaient pour ainsi dire un tout, un type qui n'appartenait qu'à lui; il n'empruntait rien aux autres. Sa voix, son langage, ses manières, ses opinions, son extérieur, sa démarche, bien qu'il n'eût, comme dit Montaigne de Turnèbe, « rien de pédantesque que le port de sa robe, » avaient quelque chose de particulier, d'excentrique, qui en faisaient un homme à part. Sa taille élevée, un peu courbée, ses yeux ronds, clairs, vifs, où brillaient à la fois l'expression de la bonté, l'étincelle de l'esprit, le trait de la malice, sa physionomie brune et animée, sa manière de parler un peu embarrassée, quoique toujours forte et précise, annonçaient l'homme instruit, sagace, franc et ouvert, marchant dans la vie le front haut, la contenance assurée, mais qui ne veut point dévier du sentier que lui-même s'est tracé. Il n'y avait pas jusqu'à la forme un peu bizarre de ses vêtemens, son habit largement carré, où l'on ne voyait jamais de boutons par derrière, comme très inutiles, sa petite perruque ronde et rousse, portant les signes d'un long et rigoureux service, sa longue et modeste canne, qui n'indiquât qu'il voulait vivre comme il l'entendait, ne prenant souci de la mode et de ses graves futilités. Dans notre société, où rien ne dure ni les hommes, ni les idées, aujourd'hui que les caractères s'effacent, que les volontés s'aplatissent, que l'égoïsme et la faiblesse se cachent bien souvent sous le nom de modération, de pareilles individualités nous paraissent dignes d'un autre siècle, tant les mœurs diffèrent en peu d'années chez le même peuple

Chaussier avait donc un cachet d'originalité, et néanmoins il était facile de vivre avec lui, car un jugement exquis ne l'abandonnait jamais. On lui pardonnait d'ailleurs d'être original, parce que n'en ayant point la prétention, il n'en avait que l'esprit et le piquant. On disait d'un philosophe, ennemi de toute affectation, qu'il était *simplement simple*, on put dire également de Chaussier qu'il était original, comme on naît grand ou petit, beau ou laid, c'était un des élémens de son tempérament moral.

Une preuve qu'il en était ainsi, c'est qu'il ne varia jamais; mêmes sentimens, mêmes opinions, même sûreté dans le commerce de la vie; ce fut un savant, tel qu'on aime à s'en faire la flatteuse idée, aussi acquit-il une célébrité de bon aloi, entièrement opposée à cette famosité, véritable parodie de la gloire,

et avait produit un torticolis tres prononcé. Je n'ai pas employé le procédé de Dupuytren, qui passait un bistouri à lame étroite derrière le muscle et en opérait la section d'arrière en avant. Mais, après avoir porté le muscle dans la plus forte tension possible, j'ai fait à la peau qui recouvrait le muscle un pli parallèle à sa direction ; à la base de ce pli j'introduisis transversalement un bistouri étroit à tranchant convexe. Un craquement m'avertit que le muscle était divisé; à l'instant la tête fut redressée. On avait, avant l'opération, fait toutes sortes d'essais pour la redresser, au moyen de l'extension; mais on n'avait obtenu aucun résultat, à cause de la structure presque fibreuse de la portion sternale de ce muscle. Les *deux petites* plaies, longues seulement de trois lignes, étaient cicatrisées le lendemain. Le traitement ultérieur fut dirigé d après les principes que j'ai deja mis en pratique apres la section du tendon d'Achile. Je laissai d'abord la réunion se faire entre les deux muscles, et le troisieme jour j'appliquai un appareil extensif. Cette opération a été couronnée d'un plein succès. La tête se tient droite et l'action du muscle est entierement conservée (1).

Cette première observatinn de M. Stromeyer ne diffère de celle de Dupuytren qu'en ce que la section des deux muscles a été faite d'avant en arrière, au moyen d'un bistouri convexe, au lieu d'avoir été faite d'arrière en avant au moyen d'un bistouri droit. Dans les deux cas, la peau a été traversée des deux côtés et les deux muscles coupés simultanément. Même absence de renseignemens sur l'inclinaison cervico-dorsale, par conséquent sur les moyens propres à la faire disparaître. M. Stromeyer a omis, en nutre, de préciser le point dans lequel il a fait la section des deux muscles. Or, ce point est fnrt difficile à établir ; car les deux muscles n'étant pas dans le même plan et n'ayant pas une même direction, on court grand risque par les procédés employés dans les deux cas qui précèdent ou de ne pas diviser la totalité des muscles ou de léser les parties sus-jacentes. Sous ce rapport déjà, la section simultanée des deux muscles devrait être proscrite. Dans l'observatinn suivante, M. Stromeyer a donné le premier exemple de la sectinn isolée et successive des deux muscles.

AFFECTION SPASMODIQUE ET INTERMITTENTE DES STERNO ET CLÉIDO-MASTOÏDIENS ET DE LA PORTION CLAVICULAIRE DU TRAPÈZE ; INSUCCÈS DES REMÈDES INTERNES ET EXTERNES ; SECTION SOUS-CUTANÉE DES TROIS MUSCLES ; DEUX OUVERTURES AUX TÉGUMENS ; ABSENCE DE TRAITEMENT MÉCANIQUE CONSÉCUTIF ; GUÉRISON ; par M. STROMEYER (2).

OBS. V. — N. N., âgée de 30 et quelques années, bien portante dès sa premiere jeunesse, a trois freres qui souffrent d'affections abdominales, et une de ses sœurs est atteinte d'hystérie. Dans sa dixieme année, elle fut souvent témoin d'acces épileptiques dont un de ses freres fut atteint à la suite d'une blessure de tete ; plus tard, son systeme nerveux devint plus irritable. Il y a six ans, elle eut une éruption aux mains, qui, après avoir duré trois ans, fut guérie par l'usage des bains d'Eilsen. Depuis sept ou huit ans, ses amis ont observé qu'elle portait la tête penchée d'un côté, ce qu'ils attribuaient à une affectation. Au printemps 1835, elle eut une frayeur, et dès ce moment son mal empira, malgré tous les soins d'un médecin expérimenté. En avril 1836, elle demanda les conseils de M. Stromeyer, qui la trouva assise dans un fauteuil, la tête soutenue par des coussins. Après un court entretien, elle se souleva ; alors seulement on vit sa difformité dans toute son étendue : sa tête fut portée aussitôt avec force et rapidité vers le côté droit, et tirée sur l'épaule gauche, en sorte que le menton se trouva au-dessus de l'épaule droite, et l'oreille gauche rapprochée du sternum; en même temps, la moitié gauche de la figure se contracta, et l'œil gauche fut poussé hors de l'orbite, en sorte que toute la figure exprimait une terreur farouche. Après quelques secondes, le spasme cessa; la tête se redressa; mais cette intermittence fut à peine plus longue que le spasme qui l'avait précédée. Le sterno-cleido-mastoïdien était évidemment le siége principal de ce spasme. Le muscle se raccourcissait presque de moitié de sa longueur, formait une forte saillie au cou, et était dur comme du bois. En faisant de simples frictions avec le doigt sur le muscle au commencement d'un accès, celui-ci devenait plus fort, chaque affection morale l'excitait, et ce qui était surtout horrible à voir, c'étaient les mouvemens de la tête quand la malade riait. Le symptôme le plus insupportable pendant l'accès, c'était une douleur extrêmement vive qui commençait derriere l'oreille, et s'étendait sur la partie supérieure de la nuque et sur la partie inférieure de l'os occipital. Au commencement, la malade pouvait abréger les accès en serrant fortement la tête; plus tard, elle fit des essais avec un ruban qu'elle plaça entre les dents du côté droit, et qu'elle fixa à la ceinture. A la fin, elle fit usage sans soulagement d'une cravate raide. Malgré cet état pénible, qui durait depuis dix-huit mois, toutes les fonctions s'exécutaient régulièrement. M. Strohmeyer, après avoir passé en revue les différens moyens, tant internes qu'externes, employés avec peu de succès, ou au moins avec un résultat douteux, se décida à l'opération à laquelle il a été surtout encouragé par la belle observation de M. Amussat. (GAZ. MÉD., p. 829, 1834.)

Le 26 avril, on fit donc la section de la portion sternale du muscle sterno-mastoïdien de la manière suivante : la malade étant assise sur une chaise, et tandis que le muscle était dans sa plus forte contraction, on plaça l'indicateur gauche en crochet sur la partie du muscle située le plus près du sternum; un aide souleva un pli de la peau qui était parallèle avec le muscle, juste au-dessus du doigt indicateur. On traversa ce pli avec un bistouri étroit, tranchant sur sa convexité; la peau fut relâchée, et on coupa le muscle d'avant en arrière.

L'hémorragie fut très minime; les deux plaies faites par la piqûre avaient un peu plus de quatre lignes, largeur égale à celle du bistouri. La résistance des muscles contractés était forte, quoique le bistouri coupât très bien. Le succès de l'opération fut remarquable; immédiatement les mouvemens de la tête devinrent libres et volontaires, la malade paraissait être heureuse et soulagée, on lui recommanda de porter pendant deux jours la tête à gauche pour favoriser la cicatrisation des deux petites plaies, qui a eu lieu le deuxième jour. Pendant la nuit et une partie de la journée, on plaça un simple appareil d'extension à la tête en portant la face vers l'épaule gauche, de sorte qu'elle était complétement en profil dans la position dorsale. La portion claviculaire et les autres muscles du côté gauche du cou n'opposaient pas la moindre résistance. Pour ralentir la réunion trop rapide des deux bouts de muscle, on fit faire dans le voisinage des frictions d'onguent mercuriel ; plus tard d'hydriodate de potasse. Cette amélioration si marquée après l'opération ne dura pas plus de quinze jours; alors la portion claviculaire fut prise de spasmes accompagnés des mêmes symptômes indiqués ci dessus, seulement à un plus faible degré.

Le 26 mai, on entreprit la section de la portion claviculaire. On souleva le muscle avec le doigt comme dans les précédentes opérations ; mais cette fois, on se servit d'un bistouri concave passé sous le muscle, et on incisa d'arrière en avant. Même résultat favorable et même traitement consécutif. La malade, qui se portait tres bien, passa quelques semaines à la campagne pour prendre les eaux de Driburg, et revint au commencement de septembre. Les mouvemens spasmodiques avaient reparu depuis quelques semaines; mais cette fois la tête était tirée vers l'épaule gauche, sans que la face se tournât au côté opposé. Apres un examen attentif, on vit qu'ils étaient produits par la portion du trapeze qui s'attache à la clavicule. Comme ce muscle devenait tous les jours plus saillant, il fut facile, le 14 septembre, de le soulever avec la main gauche, et de le diviser sous la peau de dedans en dehors. Depuis ce moment, la malade fut complètement guérie ; les mouvemens de son cou sont tout-à-fait volontaires. Elle peut tenir la tête parfaitement droite; ordinairement elle est un peu penchée vers l'épaule gauche d une manière insensible aux étrangers. Les mouvemens de tête sont pourtant plus libres et plus rapides à droite qu'à gauche, ce qui tient plutôt à l'innervation qui est plus forte d'un côté que de l autre, qu'à toute autre circonstance. Son aspect est calme et doux; elle fréquente le monde

(1) *Ueber Paralyse der Inspirations Muskeln*, von Doctor L. Strohmeyer. Hannover, 1826, p. 31. Cette observation n'avait jamais été publiée en France.

(2) *Gazette Médicale de Berlin*, n. 31, 32 et 33. 1837. Nous devons la connaissance et la traduction de cette observation à M. le docteur Ruef, de Strasbourg.

---

qui en a le son, l'éclat, mais non le poids, la valeur et surtout la durée. Il fut long temps accusé d'athéisme, c'était à tort, et l'on n'aurait pas dû le juger aussi sévèrement sur quelques mots dits avec légèreté. Chaussier avait une trop riche mesure d'intelligence, il fut trop grand, trop profond physiologiste, pour adopter une opinion aussi choquante pour le bon sens, que contraire à la raison, aux faits, à l'évidence. Ne voir dans les phénomènes des êtres vivans qu'un simple développement automatique, nier l'omniprésence de la cause suprême dans les fins déterminées de tout acte organique, c'est fermer volontairement ses yeux à la lumiere et son esprit à ce qu'il y a peut-être de plus frappant au monde. Or, Chaussier fut incapable d'un pareil non-sens intellectuel, la vérité est que le déisme était son opinion, qu'il fut toute sa vie plein d'enthousiasme et d'admiration pour ce divin poème de l organisme humain. *Nec tumulum curo*, disait Mécène, *sepelit natura reliquias* ; ce fut sans doute aussi le sentiment de Chaussier, du moins si l on en juge d'après ses dernieres volontes.... Mais ne pénétrons pas plus avant dans le domaine de la croyance, la seule réelle propriété de l'homme en ce monde. Chaussier mourut le 18 juin 1828, après avoir occupé près de trente ans la chaire d'anatomie et de physiologie. La veille de sa mort, il jouissait de la plenitude de ses facultés; on assure que préparant un discours pour les sages-femmes de la Maternité, il avait fait mettre cette phrase : « l'année prochaine, je traiterai telle partie des maladies des femmes; » mais que soudainement frappé de l'idée de sa mort, il fit mettre immédiatement : *j'espère* l'année prochaine, etc. Au reste, quels que soient les progrès réservés à la médecine, la mémoire de Chaussier restera dans les fastes de la science; son nom a droit de cité dans l'étroite enceinte où se trouvent inscrits ceux des médecins illustres. Il a enrichi la science et honoré son pays, il sut découvrir des vérités et les enseigner, il but avec modération dans la coupe du succès; enfin il fut digne qu'on lui appliquât cette belle définition du médecin que lui-même répétait si souvent : *Vir bonus* MEDENDI *peritus*.

R. P.

— La *Revue de l'Ouest*, qui s'imprime à Niort, donne la note suivante dans son numéro du jeudi 19 :

« Un mal de gorge gangreneux, qui fait de grands ravages parmi les enfans, règne dans la Vendée. Le département des Deux-Sèvres a beaucoup souffert de ce mal. Dernièrement un maire écrivait au sous-préfet qui le sollicitait d'établir une école dans sa commune, que cet établissement devenait complétement inutile depuis que le mal de gorge avait enlevé presque tous les enfans ; lui-même annonçait que dans une semaine il avait perdu ses quatre fils. »

— M. le docteur MALLE, professeur à l'hôpital d'instruction, agrégé à la faculté de médecine de Strasbourg, membre de l'Académie royale de médecine, vient d'obtenir une mention honorable et une médaille au concours ouvert par MM. les rédacteurs des *Annales d'hygiène et de médecine légale*. Déjà l'année derniere, M. le docteur Malle avait obtenu la même distinction.

et le spectacle. Le muscle sterno-cléïdo-mastoïdien divisé prend part aux mouvemens du cou sans produire de relief; les petites cicatrices sont très insignifiantes. Malgré la perte douloureuse d'un frère, son état ne s'est pas empiré.

Dans cette seconde observation de M. Stromeyer, le procédé opératoire est le même que dans les deux précédentes. L'auteur, il est vrai, a été conduit à faire la section successive des trois muscles par le développement et la manifestation graduels de l'affection spasmodique dans les trois muscles. Mais il a fait, comme dans les cas précédens, deux ouvertures à la peau pour chaque section de tendon.

Suivant l'opinion de Ch. Bell, l'opération chirurgicale, dans ce dernier cas, n'eût pas été indiquée. Le succès a légitimé la tentative. Déjà M. Amussat avait obtenu un résultat heureux dans un cas analogue. Ces succès ne doivent pas étonner : ils ne tiennent point, selon nous, à la division des fibres musculaires, mais uniquement à la section des filets nerveux, qui sont le siége de l'affection. S'il était possible d'atteindre ces filets sans couper les muscles, le résultat serait probablement le même : je parle pour les cas de torticolis récent et spasmodique.

Rappelons en outre que l'affection qui s'était bornée en premier lieu au sterno-mastoïdien (portion sternale) ne s'est reproduite que plus tard, et successivement dans le cleido mastoïdien et le trapèze : cette circonstance n'est-elle pas bien propre à confirmer l'opinion que j'ai émise sur la distinction anatomique et physiologique du sterno et du cleido-mastoïdiens? La même circonstance s'est reproduite tout récemment dans un cas observé et traité par M. Fleury, interne des hôpitaux. Dans ce cas, le spasme musculaire était exclusivement borné au sterno-mastoïdien (chef sternal), et la section de ce seul chef a suffi pour redresser la tête.

TORTICOLIS DATANT D'UNE ANNÉE, CHEZ UN ENFANT DE 6 ANS, PRODUIT PAR LA RÉTRACTION DU STERNO-MASTOÏDIEN, SECTION SOUS-CUTANÉE DU MUSCLE; PAR M. SYME, D'EDIMBOURG.

OBS. VI. — Matthieu Cullen, âgé de 6 ans, de Dunbar, reçu le 2 novembre 1832. Sa tête était fortement inclinée à gauche, et ne pouvait être redressée, à cause de la contraction prononcée du sterno-mastoïdien du même côté, dont le chef sternal ressemblait à une corde tendue. La maladie existait depuis plus d'un an, et avait résisté aux vésicatoires et aux autres moyens qu'on emploie en pareils cas. L'emploi de l'acupuncture n'ayant été suivi d'aucune amélioration, on jugea nécessaire de pratiquer la section de la partie contractée du muscle. A cet effet, on introduisit la lame d'un bistouri pointu un peu plus près de la trachée que du bord sternal, à environ un pouce au-dessus de la clavicule, et l'on pressa ensuite la lame contre les fibres contractées. On entendit un craquement subit qui donna une commotion au malade, et aussitôt toute contraction disparut. On retira la lame de l'instrument, et la petite plaie (the smoll puncture) qu'avait produite l'instrument en traversant la peau fut le seul indice de l'opération qui venait d'être faite; il n'y eut ni douleur ni aucun autre accident, et la guérison put être regardée comme complète (1).

Le peu de détails dans lesquels est entré l'auteur de cette observation ne permet pas de décider si les deux muscles sterno et cleïdo-mastoïdiens ont été divisés, ou si la portion sternale seulement a été coupée; car, dans l'observation, il est dit positivement que le torticolis était dû à la contraction prononcée du *muscle* sterno-mastoïdien, et qu'on jugea nécessaire de pratiquer la section de la partie contractée du muscle. De plus, il n'est pas du tout expliqué que l'auteur n'a fait qu'une seule piqûre à la peau : il n'y a aucun détail qui puisse établir ce fait; le mot ponction n'exclut pas les deux ouvertures à la peau; car, dans l'observation de Dupuytren, M. Coster se sert de ce même mot, et il ajoute explicitement que la pointe du bistouri sortit du côté opposé, et fit ainsi deux ouvertures. L'observation de M. Syme ne prouve donc pas jusqu'ici que mon procédé eût été employé précédemment. Ajoutons que ce chirurgien plongea l'instrument du côté de la trachée et le dirigea de dedans en dehors, tandis que je le dirige de dehors en dedans ; cette pratique n'est pas indifférente : ainsi que je l'ai dit, en procédant de dedans en dehors, on s'expose à blesser les gros vaisseaux, tandis que de dehors en dedans, on n'a aucun risque à courir.

Telles sont les seules observations connues jusqu'ici de torticolis ancien traité avant moi par la section sous-cutanée des sterno et cléïdo-mastoïdiens. Quelles que soient les analogies qu'on puisse trouver dans ces cas et ceux qui me sont propres, ces analogies ne se rapporteraient qu'au mode opératoire. Toutes se réduiraient à établir, ce qui n'est pas démontré, qu'on aurait donné avant moi le coup de bistouri tel que je l'ai donné. Mais pour les esprits qui voudront réfléchir au point de départ, à la succession des faits et des vues qui m'ont conduit à ce coup de bistouri, on s'apercevra que, d'un côté, c'était une pratique isolée, empirique, sans motifs, sans indications et sans règles; et, de l'autre, c'est la conclusion logique d'une série d'observations anatomiques, physiologiques et pathologiques. En effet, aucun des chirurgiens qui m'ont précédé n'avait insisté sur les principales circonstances de l'opération; aucun n'avait aperçu le fait de la circonscription de la rétraction musculaire à l'un ou l'autre des deux muscles, et n'avait tiré la conséquence pratique de la section isolée de l'un ou l'autre de ces muscles. Il en est de même de la double inclinaison en sens inverse de la tête sur la colonne cervicale et de la colonne cervicale sur la région dorsale avec très peu de courbure dans la continuité de cette région ; or la connaissance de ces phénomènes était indispensable pour se rendre compte de la rapidité de la guérison, de la curabilité du torticolis ancien à un âge très avancé, et surtout pour arriver à un traitement consécutif méthodique, c'est-à-dire à des guérisons véritablement complètes.

(1) *The Edimburgh medical and surgical Journal*, avril 1833. Cette observation a été traduite par M. Genest.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

OBSERVATION DE PEMPHIGUS DES NOUVEAUX-NÉS, communiquée par le docteur GUSTAVE KRAUSS, médecin à Dusseldorf.

On a compris sous le nom de *pemphigus des nouveaux-nés* deux espèces ou variétés de la maladie: 1° le pemphigus *congénial* (connatus), et 2° le pemphigus qui survient dans les *premiers temps de la naissance*. L'observation suivante est relative à la première espèce, sans contredit la plus rare; dans plusieurs *traités des maladies des enfans*, il n'en est pas fait mention, et des médecins fort répandus ont pu ne pas la rencontrer.

OBS. — Dans le mois de juillet 1834, une femme de 19 ans, primipare, d'une stature moyenne et d'une forte constitution, fut reçue à la clinique obstétricale de Bonn. Sa mère était morte phthisique à l'âge de 42 ans; mais son père, déjà âgé de 72 ans, et ses deux frères se portaient bien ; elle-même n'avait jamais été malade. Menstruée à 13 ans, elle l'avait toujours été régulièrement. Quinze mois avant son entrée, elle avait, après un coït, été attaquée aux grandes lèvres d'ulcères grisâtres, à bords élevés, qui montèrent jusque dans le vagin, et qui, traités, furent guéris en six mois. Trois semaines après la cure, elle devint enceinte. Sauf les nausées, la santé fut bonne pendant la grossesse.

Les douleurs de la parturition commencèrent le 2 août ; depuis trois jours elle ne sentait plus son enfant remuer. Le 3, elle accoucha naturellement.

L'enfant était à terme; il respirait et criait faiblement; on le lava dans un bain tiède. Sa couleur livide passa au rouge. Vers la racine du nez, à l'angle de l'œil gauche, on voyait quatre taches violettes d'un diamètre de 2 — 3'''. Sur le dos du nez existait une bulle de même grandeur, roussâtre et commençant à se dessécher. Le ventre, légèrement dur et tendu, offrait quelques taches irrégulières, jaunâtres, peu saillantes et plus petites; c'était des bulles desséchées, là, l'épiderme était facile à enlever. La face antérieure de l'avant-bras, des mains et des doigts était de couleur violacée et couverte d'une foule de bulles irrégulières, saillantes de deux à trois lignes, tantôt confluentes, tantôt isolées, qui s'étendaient jusqu'au bout des doigts; la face dorsale, d'un rouge tirant sur le brun, en offrait moins. Deux croûtes roussâtres, obrondes, se remarquaient dans les mains. Quelques bulles miliaires, blanchâtres, étaient accumulées à la face plantaire du pied, entremêlées de bulles jaunes et plus grandes qui, çà et là, montaient en arrière jusqu'aux fesses.

Ces bulles parurent croître après la naissance ; quelques-unes se rompirent et laissèrent échapper un liquide jaunâtre. L'enfant ne manifestait aucun signe de douleur; il mourut le 4 août.

A l'autopsie, on trouva dans les bulles un liquide assez limpide, plus dense que l'eau, contenant quelques flocons d'un blanc jaunâtre; un nouvel épiderme se formait au-dessous.

Le cerveau était mou; les vaisseaux gorgés d'un sang noir et coagulé.

Le péricarde contenait un peu (demi-drachme) de liquide gélatineux, jaunâtre, analogue à celui des bulles; une certaine quantité (environ trois drachmes) de liquide de même nature s'écoula de l'abdomen.

Les poumons n'offraient rien à noter. Le cœur était plein d'un sang noir et coagulé. Le foie, la capsule surrénale gauche, la rate et les glandes mésentériques avaient un volume plus grand que d'habitude.

Aux pieds et aux mains, les bulles, placées sur un fond violet, faisaient ressortir davantage leur couleur jaune.

La mère alla bien d'abord; mais le quatrième jour, elle présenta derechef à la grande lèvre droite un ulcère arrondi, à fond blanchâtre et à bords rouges et relevés. Le douzième jour, elle sortit de la clinique obstétricale, et fut ainsi soustraite à mon observation.

Quelques remarques utiles peuvent ressortir de l'étude de cette observation; ne pouvant donner ici toutes celles que j'ai développées ailleurs (de pemphigo neonatorum dissertatio, je me bornerai aux suivantes :

Le pemphigus, nommé ainsi des bulles qui le caractérisent (πέμφιξ, Syn. πομφόλυξ, bulla) a reçu des noms divers qu'il est utile de connaître : *hydroa* (Piso); *exanthema bullosum, morbus vesicularis* (Dedier); *morbus phlyctenoides* (Burserius); *morta* (Linnœus); *affectio scorbutico-pustulosa* (Fr. Hoffmann); *febris bullosa*, *pemphigodes recentiorum* (Vogel), etc.

Une tache miliaire, blanchâtre, croissant et jaunissant peu à peu, précède et forme la bulle. Il résulte de la comparaison attentive des auteurs que l'auréole rouge et circulaire des bulles tantôt existe, tantôt manque; que ces deux caractères isolés ou réunis peuvent exister à la fois sur le même individu, et que les pathologistes qui en ont fait un signe particulier du pemphigus sont dans l'erreur. Ici le fond était de couleur violacée, indice d'un trouble profond dans la vitalité et les fonctions de la peau, comme cela a lieu dans la cyanose, la gangrène et le sphacèle.

Quant au siége, il n'est pas si rare qu'on l'a dit de voir la face palmaire des mains, et plantaire des pieds, en être affectée.

La grandeur des bulles a paru être d'une demi-ligne jusqu'à huit lignes de diamètre. Elles croissent après la naissance, et poursuivent leur évolution chacune à part; ce qui fait varier la durée totale de la maladie, qui serait de sept à dix jours d'après Hinze et Billard.

Le pemphigus congénial paraît généralement plus grave que celui de l'enfance et surtout de l'âge adulte, soit que les bulles parcourent leurs périodes et se dessèchent, soit qu'elles dégénèrent en ulcères de mauvaise nature. Il faut remarquer d'ailleurs qu'il ne se trouve pas chez des fœtus d'une bonne constitution.

De ce qui précède, il résulte que la distinction en pemphigus *aigu* et en *chronique* n'est pas fondée sur des différences assez tranchées de forme, de couleur, de siége, de durée et de caractères fébriles ou apyrétiques; et que l'étude clinique se prête mal à établir ces deux variétés en invoquant l'expérience pathologique.

La cause prochaine est inconnue; Wichmann, Jahn, Wolff, Feichtmayer et Sachse l'attribuent à un vice syphilitique ou simplement blennorrhoïque, Billard et Carus à un vice scrofuleux, Osiander et Haase à l'abus des poissons qui renferment du phosphore, etc. S'il est vrai que l'origine provienne de la mère, quelquefois aussi elle paraît résider dans la mauvaise organisation du fœtus.

Quelques auteurs croient le pemphigus contagieux; les expériences de Hall qui n'a pu le communiquer par l'inoculation du liquide forment, comme les observations cliniques, obstacle à cette manière de voir. L'influence de l'hérédité n'est pas démontrée.

A l'autopsie, ce qu'on trouve de plus constant, outre la maladie de la peau, c'est une hypertrophie du foie, de la rate, des reins succenturiés, une bile d'un jaune blanchâtre, et en général quelques altérations dans des appareils biliaires et urinaires. Mais est-ce là une cause ou n'est-ce qu'un effet?

Quoi qu'il en soit, je ferai remarquer que, dans l'observation que j'ai détaillée, on peut suivre assez bien l'histoire pathologique du pemphigus à ses différentes phases: d'abord quelques bulles naissantes, blanchâtres; puis d'autres plus développées, contenant un liquide roussâtre, tantôt limpides, tantôt troubles; d'autres affaissées et commençant déjà à se dessécher; ailleurs des croûtes jaunâtres; enfin de simples taches, vestiges de la maladie qui a existé; et l'épiderme réformé aux lieux qu'occupait le pemphigus.

Le mal finit comme il a commencé, c'est-à-dire par des macules.

DEUX OBSERVATIONS D'HÉMIPLÉGIE FACIALE, communiquées par V. STOEBER, agrégé près la faculté de médecine de Strasbourg.

Le mémoire de M. Diday *sur les appareils musculaires annexés aux organes des sens*, que vous avez inséré dans le numéro du 17 mars de votre recueil, m'a suggéré l'idée de vous communiquer deux observations qui se rapportent à quelques-unes des questions physiologiques et pathologiques traitées dans le travail de notre confrère. Je vous prierai de les insérer dans votre journal, si toutefois vous les trouvez assez intéressantes, et si, comme moi, vous êtes convaincu que l'hémiplégie faciale, quoique peu rare, et quoique décrite avec soin par plusieurs auteurs modernes, est encore peu étudiée par le plus grand nombre des médecins, dont beaucoup la considèrent comme étant toujours le symptôme d'une affection cérébrale.

OBS. I. — Salomé Horneck, âgée de 10 ans, vint me consulter, le 5 septembre 1837. La mère rapporta qu'au commencement du mois d'août, pendant le cours d'une maladie fébrile, caractérisée par des grincemens de dents, des convulsions, du délire et de la diarrhée, il se manifesta une tumeur dans la région parotidienne gauche, qui finit par s'abcéder; mais déjà avant que la tumeur se fût ouverte, on observa que l'œil gauche était plus largement ouvert que le droit, et que la joue gauche de la malade restait immobile. En examinant l'enfant, je trouve dans la région parotidienne gauche une cicatrice dure et adhérente à des parties endurcies; la joue gauche paraît un peu plus forte que la droite; la bouche est déviée à droite, ainsi que le bout du nez. Quand la malade parle ou rit, la différence entre les deux joues est encore plus forte; lorsqu'elle mange, la mâchoire inférieure s'abaisse et remonte également bien des deux côtés, et les alimens sont aussi bien broyés à gauche qu'à droite; mais ils s'amassent à gauche entre les arcades dentaires et la face interne de la joue, de sorte que l'enfant est quelquefois obligée de reporter les alimens sur la langue au moyen du doigt. Cependant, les mouvemens de la langue sont parfaitement libres, et cet organe n'est dévié dans aucun sens; l'œil gauche paraît plus grand que le droit, ce qui provient de ce que les bords palpébraux sont plus écartés l'un de l'autre à gauche qu'à droite; la paupière inférieure surtout est plus affaissée du côté malade; lorsque l'enfant clignote, cette paupière reste immobile, mais la paupière supérieure s'abaisse légèrement. Il en est de même lorsqu'on dit à la malade de fermer les yeux; le globe de l'œil fait alors un mouvement de rotation vers en haut, de manière à cacher la cornée derrière la paupière supérieure; celle-ci descend un peu; mais jamais autant que du côté sain; la paupière inférieure reste immobile; lorsqu'après avoir fait fermer l'œil sain, on abaisse avec le doigt la paupière supérieure du côté malade, elle reste abaissée jusqu'à ce que l'œil sain se rouvre; la contraction du releveur de la paupière supérieure droite entraîne celle du releveur de la paupière gauche. Il y a toujours un peu de larmoiement du côté affecté; le globe oculaire gauche ne présente rien de particulier; la pupille n'est pas plus dilatée qu'à droite; les mouvemens de l'iris, quoique peu vifs, ne le sont cependant pas moins qu'à l'œil droit; mais la malade prétend que la vue est trouble du côté gauche; je n'ai pas pu savoir si cela provenait uniquement de la plus grande abondance de l'humeur lacrymale sur la surface antérieure de cet œil, ou si cela dépendait d'une affection de l'organe lui-même; le côté gauche du front reste constamment lisse; lorsque la malade essaie de rider le front, les rides n'occupent que le côté droit et s'arrêtent à la ligne médiane; la sensibilité est conservée dans toute la partie paralysée; l'enfant est en outre affectée d'engorgement des glandes lymphatiques du cou, et d'une éruption eczémateuse de la face; toutes les autres fonctions sont à l'état normal. (Prescriptions: sulfure d'antimoine et de mercure à l'intérieur; frictions sur les glandes engorgées avec la pommade d'hydriodate de potasse; vésicatoires volans sur le front, la tempe et la région mastoïdienne gauches.)

Le 26 septembre, l'éruption avait disparu, et les glandes étaient moins dures.

Le 29, l'œil se ferme un peu mieux; le front se ride à gauche comme à droite; mais les muscles de la joue continuent à ne pas se mouvoir. Depuis cette époque, la malade n'est plus revenue à ma consultation.

OBS. II. — Le 19 janvier 1838, je fus appelé en consultation chez le nommé Klopfer, âgé de 50 ans, portier, lequel était affecté depuis quelques jours d'une inflammation de la cornée et de l'iris du côté gauche, avec épanchement de pus entre les lamelles de la cornée et dans la chambre antérieure. Des saignées générales et locales, du calomel et des sels neutres à l'intérieur, des frictions mercurielles, un vésicatoire à la nuque et des instillations de belladone, enlevèrent cette affection assez rapidement, de sorte que le 5 février il ne restait qu'une légère taie à la cornée. Mais le malade est, depuis quelques années, sous le poids d'une autre affection, qui ne fut nullement influencée par le traitement employé contre l'ophthalmie: c'est une paralysie du même côté de la face. Voici les renseignemens que le malade me donna sur l'origine et le développement de cette affection: depuis un certain nombre d'années, le malade avait eu l'ouïe un peu dure à gauche, surtout quand le temps était mauvais. Il y a quatre ans, il fut pris d'une inflammation très violente de l'oreille interne gauche; les douleurs étaient atroces. On employa des évacuations sanguines, des fomentations et injections émollientes. Pendant l'une des applications de sangsues, le côté gauche de la face se paralysa subitement: la bouche était tirée à droite, et aucun mouvement ne se faisait remarquer dans les traits de la moitié affectée de la face. Cette paralysie ne dura cependant que cinq à dix minutes; l'intelligence du malade ne fut point troublée pendant ce temps.

A la suite de cette otite, l'ouïe resta complètement abolie à l'oreille gauche, et le malade conserva du larmoiement à l'œil gauche. Au bout d'un an, on s'aperçut que la joue gauche se paralysait et se tuméfiait peu à peu. Le malade prétend que la bouche était tirée à droite déjà depuis quelques semaines, que l'œil se fermait encore; mais qu'ensuite la paralysie s'étant étendue aux paupières gauches, celles-ci ne purent plus se fermer, et le larmoiement augmenta. Depuis cette époque, le mal est resté stationnaire; seulement il est plus fort toutes les fois que le temps est humide. Le malade attribue son affection à l'air froid qui frappe à chaque instant sa joue gauche, depuis qu'il est portier. Il est à remarquer cependant qu'il n'avait pas encore cette place lorsqu'il fut atteint de l'otite interne aiguë.

Actuellement, on remarque chez K. les mêmes symptômes que nous avons rencontrés chez notre première malade. Tous les muscles du côté gauche de la face, y compris le buccinateur, sont paralysés; l'œil est larmoyant; la paupière supérieure s'abaisse incomplètement lorsque le malade clignote ou cherche à fermer les yeux; lorsqu'on l'abaisse avec le doigt, elle ne se relève que lorsque l'autre œil s'ouvre également. Chez K. la vision était normale jusqu'à sa dernière ophthalmie, et maintenant elle n'est troublée que par une légère taie. L'ouïe par contre est abolie; la langue et la luette ne sont point déviées; le voile du palais se contracte également bien des deux côtés; le malade broie les alimens avec autant de force à gauche qu'à droite; cependant, lorsqu'il ouvre et ferme la bouche, il arrive quelquefois que la mâchoire inférieure fait en s'abaissant un léger mouvement latéral vers le côté sain, la sensibilité est intacte du côté paralysé, comme chez la précédente malade.

Dans les deux cas que je viens de rapporter, il est évident que c'est le nerf facial (portion dure de la septième paire) qui est affecté. La première malade a eu à la vérité une affection typhoïde ou cérébrale; mais celle-ci n'aurait certes pas donné lieu à une paralysie bornée aux seuls muscles de la face, s'il n'était survenu une parotide, pendant le cours de laquelle le nerf qui traverse la glande s'enflamma ou fut comprimé par les tissus environnans engorgés ou indurés.

Chez le second malade, le nerf facial paraît avoir été comprimé d'abord dans l'aqueduc de Fallope, par suite d'une inflammation violente de l'oreille interne, et probablement aussi du nerf auditif, d'où est résultée la surdité. Cette compression a cependant cessé au bout cinq à dix minutes, peut-être par l'écoulement de sang provoqué par les sangsues; le nerf a repris alors ses fonctions. Le larmoiement qui persista me porte cependant à croire qu'il subsista une certaine débilité du muscle orbiculaire des paupières. Quoi qu'il en soit, le nerf facial resta impressionnable, et dès-lors il n'est pas étonnant que l'air froid, qui plus tard frappait continuellement la joue gauche, eût occasionné ou hâté le développement d'une hémiplégie faciale, d'autant plus qu'un grand nombre de cas de cette espèce ne reconnaissent d'autre cause que l'impression d'un air froid sur la joue.

Si j'ai décrit minutieusement l'état de mes malades, c'était pour pouvoir tirer de ces observations quelques conclusions qui confirmassent ou infirmassent les opinions émises par certains physiologistes. Je vais indiquer succinctement les conséquences qu'on pourra tirer de mes deux observations.

1° D'abord elles confirment l'opinion de Ch. Bell, qui range le nerf facial parmi ceux destinés uniquement au mouvement. Chez mes deux malades, comme dans la presque totalité des observations d'hémiplégie faciale rapportées par les auteurs, la sensibilité était intacte dans les parties paralysées.

2° Bell, et avec lui M. Diday (mémoire cité), admettent l'influence du nerf de la portion dure sur les mouvemens du voile du palais. M. Diday affirme que dans tous les cas d'hémiplégie faciale, la luette est déviée du côté sain, et il explique même par cette paralysie du voile du palais la dureté de l'ouïe que l'on observe souvent chez ces malades. Mes observations ne sont pas conformes à ces opinions. Je n'ai examiné l'arrière-bouche que chez le dernier de mes malades; mais chez lui la luette n'était pas déviée, et les contractions du voile du palais étaient égales des deux côtés. L'influence de la paralysie du facial sur l'ouïe (dans les cas où celle-ci est altérée), s'explique plus naturellement par l'altération du nerf auditif, laquelle peut être déterminée, soit par une maladie qui frapperait à la fois les deux nerfs, comme chez le second de mes malades, soit par la transmission de la maladie du nerf facial à l'auditif qui lui est contigu, et qui même reçoit quelques filets du premier. Notons encore que dans beaucoup de cas, et entre autres, chez ma première malade, l'ouïe n'est pas troublée.

3° La mastication s'exécute bien chez mes malades. Le second m'a présenté un phénomène que je ne me rappelle pas avoir vu indiqué, et sur lequel j'ai été rendu attentif par M. le professeur Bégin, qui m'a dit l'avoir remarqué sur deux malades. C'est un mouvement latéral vers le côté sain, qu'exécute la mâchoire inférieure en s'abaissant. Cette mâchoire, au lieu de descendre en ligne directe, décrit une courbe dont la convexité regarde le côté sain. Ce mouvement ne se reproduit pas constamment chez mon malade; il n'a lieu que pendant que la mâchoire s'abaisse, et non pendant qu'elle se relève. Il me semble dépendre de la paralysie du muscle digastrique, lequel, comme on sait, reçoit ses nerfs du facial. La contraction du digastrique du côté sain seulement, en contribuant à l'abaissement de la mâchoire inférieure, peut aussi la tirer légèrement vers le côté non paralysé. Si cette explication est juste, le mouvement latéral ne devra pas avoir lieu dans les cas où le nerf facial n'est paralysé qu'à partir de la glande parotide (dans l'extirpation de cette glande, par exemple), le rameau digastrique étant fourni par le nerf avant son entrée dans la parotide; c'est peut-être là la cause pourquoi je n'ai pas observé ce mouvement chez la petite fille qui fait le sujet de la première observation, et chez laquelle l'inflammation de la parotide a donné lieu à l'hémiplégie faciale.

Les fonctions des paupières sont troublées dans la maladie dont il est question. On ne peut pas dire que le clignotement soit aboli, mais il est incomplet. Lorsque mes malades clignotaient de l'œil sain, la paupière inférieure du côté malade restait immobile, mais la paupière supérieure s'abaissait. Il en était de même lorsque les malades fermaient l'œil du côté sain. Cependant l'abaissement de la paupière supérieure affectée n'était jamais aussi considérable que celui de la paupière qui jouissait de tous ses mouvemens. Il est évident que le relâchement du releveur de la paupière supérieure n'est pas suffisant pour opérer l'occlusion des paupières et le clignotement; qu'il faut encore que l'orbiculaire des paupières se contracte. On peut en conclure qu'à l'état normal ce dernier muscle est contracté pendant le sommeil, ou du moins ne se trouve pas dans un état de relâchement complet.

Je ferai remarquer aussi que chez mes deux malades le front restait lisse, ne pouvait pas se rider du côté paralysé, ce qui vient encore confirmer l'opinion de Bell, que les branches de la cinquième paire, qui se distribuent si abondamment au front, n'ont aucune influence sur les mouvemens des muscles de cette région.

Je terminerai en rappelant que la joue paralysée paraissait tuméfiée chez mes malades. Cette disproportion entre les deux côtés de la face me semble plutôt due à l'état de flaccidité des chairs qu'à une véritable augmentation de volume des parties affectées.

Note du rédacteur. Nous partageons entièrement l'opinion de notre confrère de Strasbourg, relativement à la véritable source de l'hémiplégie faciale dans un assez grand nombre de cas; mais nous devons ajouter qu'elle est loin d'être neuve pour les personnes qui connaissent les belles recherches de M. Marshall-Hall sur la physiologie et la pathologie du système nerveux.

Strasbourg, le 30 mars 1838.

Nouvelles observations sur la réunion immédiate après les grandes opérations, recueillies dans le service de M. le professseur Serre, de Montpellier, et communiquées par M. le docteur Alquié.

Après avoir exposé, dans plusieurs articles sur la même matière, les avantages incontestables de la réunion des plaies à la suite des grandes opérations, il pourrait paraître inutile d'y revenir si l'importance de la méthode adhésive, et le peu de faveur dont elle jouit encore auprès de certains chirurgiens, ne nous forçait d'en agir autrement. Depuis la publication des idées que nous ne cessons de reproduire, nous avons vu avec plaisir plusieurs praticiens distingués les adopter hautement, et apporter de nouvelles preuves en leur faveur. Il nous est donc permis de croire qu'elles seront bientôt embrassées par ceux-là mêmes qui ont été leurs plus grands antagonistes, et c'est pour eux que nous croyons devoir accumuler les faits.

Ablation d'un sein cancéreux; réunion immédiate au moyen de la suture. Guérison en douze jours.

Obs. I. — Au mois de mars 1837, la nommée Viguié (Jeanne), âgée de 44 ans, non mariée, vient à l'hôpital pour s'y faire traiter d'une tumeur cancéreuse qu'elle portait au sein gauche depuis près de quatre ans. Le volume de la tumeur égale celui de la tête d'un enfant; sa dureté, les douleurs dont elle est le siége, et l'influence fâcheuse que son existence a déjà exercée sur la santé de cette femme, décident M. Serre à en pratiquer l'ablation, le 18 mars. Après avoir préparé la malade à cette opération pendant deux semaines environ, et s'être assuré de l'intégrité de tous les viscères, et de ceux de la poitrine en particulier, M. Serre circonscrit le sein cancéreux par une incision elliptique dont le grand diamètre dirigé transversalement a près d'un pied d'étendue; les vaisseaux sont liés à mesure que le histouri les intéresse; la tumeur squirrheuse est énucléée à sa base, la vaste plaie qui résulte de son ablation est ensuite soigneusement mise à sec, et les bords en sont aisément affrontés au moyen de huit points de suture, soutenus par des bandelettes adhésives, des plumasseaux et d'un bandage qui fixe le bras gauche contre le tronc.

Jeanne Viguié est transportée dans son lit; une potion avec vingt gouttes de laudanum lui est administrée, et dès ce moment, elle marche vers une guérison tellement heureuse et rapide, qu'au quatrième jour, lors du premier pansement, la plaie se trouve réunie; elle n'a pas fourni de pus, et l'on se contente de renouveler seulement les plumasseaux, tout en conservant jusqu'à la fin de la guérison le même bandage de corps, qui ne fut point pénétré par le pus. Le cinquième jour, les points de suture sont enlevés; dans la suite l'opérée prend des alimens de plus en plus abondans. Le douzième jour, elle quitte le lit complètement rétablie, et peu de jours après elle sort de l'hôpital.

Nous avons, sans doute, déjà fait connaître des faits analogues; mais il n'en est peut-être aucun où l'adhésion des lèvres de la plaie ait été aussi prompte et aussi complète, où la guérison ait été aussi simple. N'avons-nous pas le droit de demander encore en cette circonstance où sont ces accidens si dangereux, si inévitables, attachés à la suture? Où sont ces douleurs vives, ces érysipèles, cette fièvre, ce tétanos! En vérité, quand l'on voit les faits sans nombre qui se présentent chaque jour à l'Hôtel-Dien, et que l'on songe à ces objections que l'on ne cesse de répéter contre la suture, on serait tenté de croire que nos antagonistes n'ont pas en vue la suture, mais une autre opération que l'on ne connaît pas en province: encore un fait de plus.

Ablation d'un lipome considérable; réunion immédiate avec la suture. Guérison.

Obs. II. — Au mois d'avril dernier, le nommé Terrier, âgé de 53 ans, doué d'une constitution robuste, se présente à la clinique du professeur Serre, avec une tumeur énorme située à la partie postérieure du cou. S'il faut en croire le malade, l'apparition de cette tumeur date de près de quinze ans; elle a pris naissance au-dessous de l'occiput par une espèce de globule sous-cutané, dont le volume est resté pendant plusieurs années égal à celui d'une noix, mais a pris ensuite un accroissement tel que son étendue et son poids ont fini par entraîner la tête en arrière, et force Terrier à la pencher fortement et constamment en avant. Avant de se rendre à Montpellier pour y réclamer les ressources de la chirur-

gie, Terrier n'a point manqué de consulter diverses personnes étrangères à l'art, dont les avis et les topiques variés n'ont pas peu contribué à produire plusieurs points de suppuration dont on voit encore les larges traces sur la tumeur. En examinant cette dernière, on y trouve plus d'un pied de hauteur sur dix pouces de largeur; sa forme est celle d'une poire aplatie; son pédicule occupe toute la nuque et se trouve composé par la peau seule de cette région; libre dans tous les autres points, elle renferme plusieurs noyaux indurés aux points où la suppuration a déjà existé; sa surface assez unie est traversée par des veines volumineuses qui engagent le professeur Serre à plonger un bistouri étroit dans sa profondeur, afin de rendre complète son opinion sur l'existence d'un lipome. Sûr dès lors de son diagnostic, le chirurgien circonscrit le pédicule de la tumeur par deux incisions semi-elliptiques et verticales, en ayant le soin de lier, à mesure qu'ils sont intéressés, les nombreux et volumineux vaisseaux qui rampent dans sa profondeur; rapprochant ensuite de dehors en dedans les lèvres de cette vaste plaie, il les réunit au moyen de la suture soutenue d'un bandage ordinaire; en examinant l'intérieur de la masse considérable que l'opérateur vient d'enlever, nous la trouvons composée de tissus adipeux au milieu duquel se trouvent çà et là quelque noyaux d'une consistance fibreuse, et certains même ayant l'aspect du squirrhe: la tumeur pèse sept livres.

Dans la suite tout se passe fort simplement; cependant les points de suture cèdent et les lèvres de la plaie s'écartent un peu; mais bientôt la cicatrisation les rapproche, et Terrier plein de santé quitte l'hôpital.

Ici s'offre au premier abord une circonstance favorable aux antagonistes de la méthode adhésive: les points de suture ont cédé, les lèvres de la plaie se sont écartées et n'ont été rapprochées qu'à la faveur d'une légère cicatrice. Vous croiriez après cela que la cause de ce résultat a été le tiraillement ou l'inflammation provoquée par les points de suture qui ont déchiré la peau; qu'en conséquence un érysipèle est survenu, que le malade a éprouvé des douleurs violentes, qu'il a eu de la fièvre, que des accidens nerveux ont éclaté, car rien n'était plus propre à favoriser ces accidens que la position de la plaie dans une région si rapprochée de l'encéphale? Il n'en a pas été cependant ainsi. Elles ont donc peu de fondement ces objections que l'on ne cesse de reproduire contre la réunion immédiate. Et l'on voudrait après cela que nous ne fussions pas partisan d'une méthode que l'expérience sanctionne tous les jours!

Au moment où nous terminons cet article, le professeur Serre reçoit, de la part du docteur Courral, médecin distingué des environs de Montpellier, la communication d'un fait très remarquable, et que nous nous plaisons à rapporter ici, tant pour rendre hommage à l'habileté modeste du praticien auquel il appartient, que pour montrer tout ce que l'on doit attendre de l'heureux emploi de la méthode adhésive.

Obs. III. — Le nommé César Petit, âgé de 38 ans, travaillait à Saint-Chinian, dans une mécanique à laine, quand il fut violemment saisi au côté droit de la poitrine par un fort crochet en fer qui, entraîné dans le mouvement rapide de la machine, ouvrit largement la cavité thoracique au point d'y permettre facilement l'introduction de la main. Pénétrant entre la deuxième et la troisième côte, le crochet brisa celle-ci, déchira les muscles pectoraux, abattit un lambeau de chairs triangulaire dont l'un des deux côtés libres avait quatre pouces et l'autre trois pouces d'étendue, et atteignit le poumon qui laissa l'air inspiré s'échapper par la vaste plaie avec un bruissement entendu à quinze pas de distance. Peu d'instans après cet accident Petit expectora des crachats sanguinolens et commença à ressentir de vives douleurs vers les reins et les hypocondres. Appelé pour remédier à une blessure aussi grave, le docteur Courral n'hésita pas à réunir la plaie au moyen de la suture entortillée, soutenue de quelques tours de bande, et d'un bandage de corps. Sept heures après le premier pansement, il pratiqua une saignée du bras de quinze onces, répétée deux fois dans la même journée, et suivies les unes et les autres d'un soulagement marqué. Le surlendemain de l'accident, trois nouvelles saignées de quinze onces chacune furent faites et diminuèrent la quantité de crachats sanguinolens et les douleurs des hypocondres.

Le troisième jour, deux autres saignées furent encore pratiquées, et l'un n'accorda au malade que de l'eau de groseilles. Le quatrième jour la toux fut rare, les crachats nullement striés de sang et les douleurs presque éteintes. Le premier appareil fut enlevé le cinquième jour, et le docteur Courral trouva la plaie absolument cicatrisée; seulement le côté correspondant de la poitrine était emphysémateux. Satisfait de cet heureux résultat, le médecin appliqua de nouveau le même appareil et maintint le malade à une diète sévère. Enfin la convalescence fut tellement prompte et heureuse qu'au dixième jour de l'accident Petit quitta le lit et se trouva parfaitement rétabli.

On est autant frappé dans ce cas par la promptitude et la simplicité de la guérison que par la gravité de la blessure: en voyant une poitrine largement ouverte, un vaste lambeau de chairs abattu sur le côté, le poumon intéressé, l'air sortant avec force de la plaie, le malade éprouvant une hémorragie abondante, rendant des crachats sanguinolens, qui eût pu croire que, dix jours après, l'ouverture serait fermée, les chairs fixées à leur place et le malade complètement rétabli? A quoi cependant doit-on un aussi beau résultat? c'est, en grande partie, à la réunion immédiate. Sans doute, les saignées pratiquées coup sur coup ont arrêté les accidens et favorisé les cicatrisations; mais supposez qu'une méthode de pansement inverse fût suivie; que le poumon restât exposé à l'action des corps extérieurs; que les chairs demeurassent à nu et livrées à l'inflammation, pensez-vous que, malgré les saignées copieuses, le poumon n'eût pas souffert, que la toux n'eût pas persisté, que les crachats n'eussent pas continués d'être striés de sang, que l'inflammation et la suppuration de chairs violentées n'eussent pas déterminé une réaction vive et des accidens du côté des poumons, déjà déchirés par l'instrument vulnérant, que les douleurs des reins et des hypocondres n'eussent pas augmenté; pensez-vous enfin que le malade eût été guéri en dix jours? Une telle idée ne pouvait pas mieux venir au praticien quand il a commencé un traitement si bien et si autrement conçu, et cependant le docteur Courral savait que, si quelques moyens pouvaient prévenir des accidens mortels, c'était la réunion immédiate de la plaie, qui, soustrayant le poumon à toute irritation extérieure, et en replaçant les chairs dans leurs rapports naturels, s'opposait à la cause pathologique la plus puissante pour entraîner la mort de son malade: l'inflammation.

Nous savons, et nous aimons à le reconnaître, que beaucoup de praticiens eussent employé la réunion immédiate en des cas pareils, et cependant plusieurs d'entr'eux, dans la majorité des circonstances, sont partisans de la méthode secondaire; cette manière d'agir nous paraît peu conséquente. Quelle différence établiriez-vous, en effet, entre une plaie produite par un instrument vulnérant et celle faite par un bistouri dans la même région, la région mammaire, soit pour enlever un kyste, un cancer, un lipôme, ou toute autre tumeur? Nous n'en voyons pas, et même en cette dernière circonstance le chirurgien est dans des conditions bien plus favorables, puisqu'il a pu lui-même déterminer la forme de la plaie et la régularité de ses bords; les accidens inflammatoires que vous avez à craindre, après les blessures pareilles à celles dont nous venons de rapporter un exemple, sont les mêmes à la suite des opérations chirurgicales. Pourquoi donc, lorsque la méthode de pansement employée dans le premier cas réussit si bien, n'agissez-vous pas de la même manière et ne voulez-vous pas vous procurer les mêmes avantages? Quoi qu'il en soit de ces raisonnemens, on les adoptera ou non; mais ce que l'on ne pourra refuser d'adopter, ce sont les faits, et c'est à eux que nous n'avons cessé d'en appeler.

Opération de génioplastie pratiquée par M. Roux de Brignolles, professeur de pathologie externe à l'école de médecine de Marseille, etc.; observation recueillie et communiquée par P. Allemand.

Obs. — Laugier, cultivateur, de Salon (Bouches-du-Rhône), âgé de 56 ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, d'une forte constitution, ayant déjà été opéré il y a six ans d'un cancer fort étendu situé à la lèvre inférieure, par M. Roux de Brignolles et selon sa méthode, se présenta au commencement de janvier 1838 pour être débarrassé d'un nouveau cancer développé sur la région molaire gauche. M. Roux, jugeant le fait utile à l'instruction des élèves, adressa le malade à M. le docteur Cauvière, professeur de clinique chirurgicale.

Un large cancer de la peau en forme de champignon s'élevait au-dessus de l'os malaire, recouvrant toute la face antérieure, ainsi que la partie supérieure de l'os maxillaire supérieur et s'avançant jusque sur le côté du nez; une partie de la peau était rouge et phlogosée; le bord libre de la paupière inférieure et la conjonctive était dans un état maladif remarquable. La tumeur n'était pas mobile et semblait adhérer à l'os, ce qui faisait craindre que le tissu de ce dernier ne fût altéré. Cependant, le bon état de la peau du même côté, dont l'extensibilité est remarquable, et les bonnes dispositions physiques et morales du malade étaient autant de chances favorables à l'opération.

M. Cauvière pria M. Roux de se charger de l'opération et de faire aux élèves l'exposé de ses procédés opératoires sur l'autoplastie faciale, ce que ce professeur fit le même jour, 14 janvier, devant un nombreux auditoire réuni dans le grand amphithéâtre de l'école. Le surlendemain, 16, le malade s'étant suffisamment reposé de son voyage, l'opération fut pratiquée de la manière suivante:

M. Roux traça avec de l'encre quatre lignes qui cernèrent la tumeur et qui devaient servir de guide au bistouri; voici leur direction: la première, supérieure et interne, s'étendait de la partie moyenne du côté du nez à la partie inférieure du bord externe de l'orbite, en comprenant dans la partie à inciser une portion de la paupière inférieure; une seconde, supérieure et externe, s'étendait de ce point jusqu'à la partie la plus inférieure du pavillon de l'oreille et formait avec la première un angle presque droit; la troisième, inférieure et interne, commençait comme la première au côté du nez, en formant avec celle-ci un angle aigu, et elle se prolongeait jusqu'au bord antérieur du muscle masseter, en arrière de l'artère faciale; la quatrième externe partait du commencement et de la partie inférieure de l'arcade zygomatique, en se joignant avec la deuxième et descendait dans la fosse canine jusqu'à la rencontre de la troisième ligne. Cela fait, le malade fut assis sur une chaise élevée, la tête maintenue contre la poitrine d'un aide; l'opérateur, armé d'un bistouri convexe sur son tranchant, isola la tumeur des parties environnantes, par des incisions qui suivirent exactement les lignes tracées et qui furent plus ou moins profondes selon les organes placés sous la peau; l'incision interne et supérieure présenta d'assez grandes difficultés, car l'opérateur avait affaire à une peau mince et intimement adhérente au muscle palpébral, muscle qu'il fallait respecter, pour éviter l'éraillement de la paupière inférieure. La tumeur fut ensuite enlevée par une dissection minutieuse qui laissa ce muscle intact et nous permit de voir l'os

malaire à nu et parfaitement sain. Le chirurgien disséqua alors le lambeau compris entre les deux incisions qui descendaient jusqu'au bord du maxillaire inférieur, épargna les muscles zygomatiques et le peaucier, mais surtout le canal de stenon que l'on vit au fond de la plaie, prolongea, jusqu'au milieu du cou et dans leur direction primitive, l'incision supérieure et externe et l'inférieure interne et continua la dissection du lambeau jusques à cet endroit. De temps en temps le lambeau était relevé, pour essayer s'il pourrait s'étendre jusques au bord supérieur de la plaie, et lorsque son extensibilité permit d'atteindre le but qu'on se proposait, il fut maintenu en place recouvrant toutes les parties saignantes et fixé par ses bords supérieurs, externes et internes aux bords correspondans de la plaie, par des points de suture placés à une distance convenable. Mais comme le lambeau, en s'étendant en haut, avait perdu en largeur ce qu'il avait gagné en longueur, les bords de la plaie furent disséqués aussi loin qu'on put le faire; en arrière, vers l'oreille et dans la région parotidienne, ce fut chose facile; mais en avant, il y avait plus de difficultés, à cause de l'adhésion forte de la peau aux muscles des parties latérales du nez; aussi une incision presque transversale fut faite sur la partie inférieure des os carrés pour faciliter le glissement de la peau de cette partie vers le lambeau élevé du cou. Parmi les circonstances remarquables qui avaient accompagné la dissection du lambeau du cou, on put compter la glande parotide qui fut mise à nu dans une grande partie de sa surface et la difficulté d'éviter les fibres du muscle peaucier; cependant, la couche mince de tissu cellulaire, qui sépare la peau du cou de ce muscle, fut constamment suivie, et aucun vaisseau sanguin ne fut ouvert dans une région où ils sont si nombreux et d'un calibre souvent dangereux. Toutes ces parties furent tenues en contact par des points de suture; mais M. Roux ne se fiant pas trop à ce moyen, et craignant la déchirure des bords par l'action des fils, fit, avec des épingles, la suture entortillée dans chaque intervalle compris entre ces points de suture, des bandelettes aglutinatives soutinrent ces parties, qui furent ensuite bien matelassées avec de la charpie enduite de cérat. La tête du malade fut maintenue fortement penchée sur l'épaule gauche par une bande dont le plein était fixé sous l'aisselle à un bandage du corps, et dont les extrémités, croisées sur l'épaule, l'une en avant, l'autre en arrière, allaient entourer la tête et la fixer solidement dans cette position. Le malade fut transporté dans son lit et mis à la diète, il fut calme et sans fièvre. (Potion avec quarante gouttes de laudanum de Sydenham.) Le second pansement n'eut lieu que le troisième jour après l'opération; voici dans quel état nous trouvâmes les parties : la cicatrisation était déjà complète dans les deux tiers inférieurs où le lambeau avait conservé sa couleur naturelle, mais son extrémité supérieure était un peu livide, et aurait fait craindre la mortification de toute l'épaisseur de la peau, si à travers cette couleur foncée on n'avait aperçu des points et des stries rouges qui faisaient présumer que cette tendance à la grangrène ne s'étendait pas profondément; d'ailleurs il était d'une chaleur satisfaisante. Pour favoriser la circulation, M. Roux enleva tous les points de suture qui étaient peu nécessaires et qui pouvaient la gêner, car M. Roux est de l'avis de M. Blandin et ne croit pas, avec Dieffenbach, que la mortification des parties soit due à un excès de vitalité, et ce qui milite en faveur de cette opinion, c'est que la base du lambeau est rarement attaquée, quoique la plus rapprochée du centre circulatoire, tandis que l'extrémité, qui reçoit le moins de vaisseaux sanguins, l'est le plus fréquemment.

. Le pansement suivant nous présenta la partie du lambeau qui était bleuâtre un peu plus mortifiée; mais l'escarre était superficielle et ne paraissait comprendre que l'épiderme et la partie la plus superficielle du derme. Au troisième pansement, l'escarre se détacha et se roula comme une pelure de fruit cuit; la mortification ne s'étendait dans toute l'épaisseur de la peau que vers l'angle supérieur du lambeau, dans une étendue de quelques lignes, ce qui a été promptement réparé par le déplacement de la peau disséquée sur le côté du nez, qui fut poussée vers le centre et maintenue par des bandelettes agglutinatives, qui agissaient surtout pour contenir le releveur commun de la lèvre supérieure, qui était coupé en travers, et tendait à s'écarter et à relever le bord inférieur de la plaie. Pour remédier à cet inconvénient, on interposait entre ce bord et les bandelettes agglutinatives un rouleau de charpie qui l'affaissait et le mettait en contact avec les parties vivantes; un autre rouleau de charpie était appliqué sous la paupière inférieure pour la maintenir en place et en prévenir l'éraillement; la pierre infernale réprimait les bourgeons charnus toutes les fois qu'ils tendaient à s'élever au-dessus du niveau de la plaie; tout cela réussit à merveille; la réunion des deux tiers inférieurs du lambeau fut complète en trois ou quatre jours; les points de suture et les épingles avaient été enlevés de bonne heure; la cicatrisation du tiers supérieur avait été prompte; l'épiderme s'était reproduit facilement partout où il s'était détaché, et aujourd'hui (17 février), le lambeau rapporté a contracté des adhérences solides avec les parties sous-jacentes, et la tête s'est redressée comme avant la maladie.

Il n'y a que peu d'années que l'autoplastie est appréciée en France à sa juste valeur. M. Roux est un des premiers chirurgiens qui l'ont pratiquée et améliorée; sa méthode, *dite par glissement de lambeau*, est considérée comme une des meilleures, et consignée dans tous les ouvrages de chirurgie. On a beau faire remonter cette méthode à Celse, il n'est point exact de dire qu'avant notre époque des lambeaux considérables eussent été étendus du lieu qu'ils occupaient primitivement jusque sur des organes voisins, privés de la peau qui doit les protéger.

Lorsqu'en 1822, M. Roux pratiquait par sa méthode des opérations de chéiloplastie et de génioplastie, il n'avait trouvé dans ses recherches sur cette matière que des observations d'autoplastie, qui n'avaient ni la simplicité ni la sûreté de cette méthode, que des faits nombreux lui permirent de varier de mille manières.

M. le professeur Lisfranc rendant publiquement hommage à cette méthode (en août 1836), qu'il a si fréquemment employée, depuis qu'il la connaît, ajoutait que lorsque le mémoire de notre professeur marseillais parvint à l'Académie, il fut reçu avec une indifférence qui prouvait que son utilité n'était point encore bien comprise (1).

MM. Lisfranc, Serre de Montpellier, et Rigal, furent les premiers à la mettre en pratique, et entre leurs mains elle subit des perfectionnemens notables.

Depuis la publication du mémoire de M. Roux (2), un grand nombre de malades ont subi des restaurations de la face pour des difformités congéniales, ou à la suite de lésions cancéreuses graves.

Le malade qui fait le sujet de cette observation a éprouvé deux fois les bienfaits de l'autoplastie, des mains du même chirurgien, et ce que nous avons vu chez lui nous a bien prouvé l'utilité de restaurer des organes dont l'absence peut altérer, dévier les parties voisines, s'opposer à leurs fonctions, et changer leurs formes primitives.

Les nombreux malades sur lesquels M. Roux a pratiqué l'autoplastie à la suite d'une affection cancéreuse n'ont jamais présenté, dans l'espace de quinze ans, une seule reproduction sur la partie primitivement affectée; ce qui est loin d'être observé dans les autres manières d'opérer le cancer. M. Blandin écrivait avec raison en 1836 : « Une ère nouvelle va-t-elle s'ouvrir pour la thérapeutique du cancer qui peut être atteint par nos moyens chirurgicaux? L'autoplastie, enfin, est-elle chargée de résoudre cet important problème? Je suis loin de l'assurer, car je suis du nombre de ceux qui pensent que rien n'est long, que rien n'est difficile comme la production d'une vérité clinique, et la doctrine que j'annonce repose encore sur trop peu de faits, pour qu'elle puisse avoir les caractères de chose démontrée. Ce point de vue de l'autoplastie se recommande uniquement par son importance; c'est un aperçu thérapeutique fort lumineux, qui a pour lui quelques faits d'une authenticité non douteuse, et qui a besoin d'être fécondé par de nouvelles observations qui présentent le même caractère. » (*Traité de l'autoplastie*, page 229.)

Les observations de M. Roux viennent appuyer celles qui ont été faites par M. Martinet (de la Creuse); elles méritent l'attention des cliniciens.

Chez notre malade, à peine le lambeau avait été détaché, qu'il devint pâle, flasque, froid; la piqûre des aiguilles paraissait moins sentie que dans les tissus adhérens; il devint plus étroit en s'allongeant, pour atteindre le bord supérieur de la plaie; il devint ensuite violet, se tuméfia et se réchauffa; l'agglutination s'opéra rapidement sur les bords; mais la couleur foncée du tiers supérieur du lambeau avait fait craindre la gangrène de cette portion, si la température eût été moins élevée et si quelques points de belle couleur rosée n'eussent annoncé que l'épiderme seul était menacé. En effet, une pellicule mince et noire se roula et se détacha au bout de quelques jours, laissant une surface inégale à nu, qui se recouvrit bientôt d'une cicatrice blanche et large. Un seul point, fort étroit, présenta la modification de toute l'épaisseur de la peau, et cette perte de substance fut bientôt réparée par le glissement de la peau du nez, qui avait été disséquée pendant l'opération. La marche de l'autoplastie avait donc été normale dans la plus grande étendue et anormale dans un petit espace, ce qui n'a point empêché la guérison du malade et le succès de l'opération.

Dans les lambeaux à pédicule, les poils et les cheveux s'atrophient, ils deviennent fins, soyeux, plus blancs que les poils primitifs; ils finissent même par tomber, de sorte qu'il n'y a pas d'inconvénient, comme dit M. Blandin, à transplanter une partie velue sur une partie qui ne doit point l'être. Mais, dans la méthode de M. Roux de Brignolles, les poils conservent toute leur force, et on ne doit pas s'attendre à voir la peau devenir plus fine et plus agréable à l'œil; mais elle conserve aussi plus d'épaisseur, plus de vie; les accidens de la mortification sont moins à craindre, parce que la nutrition s'y fait beaucoup mieux.

En nous développant quelques principes généraux d'autoplastie, M. Roux s'éleva contre le conseil de Dieffenbach de ne pas conserver des artères nourricières trop volumineuses, parce qu'elles peuvent faire développer une inflammation trop vive. Notre professeur n'hésite point à attribuer les principaux avantages du glissement aux nombreuses artérioles conservées dans un large pédicule. La torsion, qui fait échoner si souvent l'autoplastie, devrait, selon le professeur de Berlin, favoriser le succès de l'opération, ce qui est loin d'être exact.

(1) Voy. séance de l'Académie royale de médecine, 30 août 1824. Rapport de M. Hervey.

(2) *Revue médicale*, janvier 1828.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 16 AVRIL.

COMMUNICATIONS VERBALES.

M. DUTROCHET, à l'occasion de la lecture du procès-verbal, annonce que le fait observé par M. Donné, touchant le pelotonnement spontané des chapelets de globules verts du chara avait été observé par lui, et qu'il en avait fait mention dans un mémoire sur la circulation de cette plante, mémoire destiné à paraître dans les annales des sciences, et déjà donné à l'impression dans le courant du mois de mars, ainsi qu'il appert de la date d'une seconde épreuve, et du témoignage de l'imprimeur, relativement à la première. M. Dutrochet n'ayant lu qu'un extrait de ce travail à l'Académie, n'y avait pas parlé de cette observation, laquelle, du reste, ne s'est pas bornée au pelotonnement vu par M. Donné, mais a montré encore dans les chapelets de globules du chara, la propriété de se courber ou s'enrôler même, et de se redresser spontanément par des mouvemens vitaux.

SUITE DE LA SÉANCE DU 9 AVRIL.

SUR LES CORPS ÉTRANGERS SERVANT DE NOYAUX AUX CALCULS URINAIRES; PAR M. LE DOCTEUR CIVIALE.

Un point assez négligé, et néanmoins fort curieux de l'affection calculeuse, est l'histoire des noyaux qui servent de bases aux concrétions urinaires. On appelle ainsi la partie, pour ainsi dire rudimentaire, par laquelle tout calcul commence; que d'ailleurs elle se soit formée à l'intérieur même, ou qu'elle ait été amenée d'une manière quelconque dans l'économie. J'ai entrepris à ce sujet un travail dont je prends la liberté de soumettre un extrait à la bienveillante attention de l'Académie.

Un tableau annexé à cette lettre contient 166 faits, d'où il résulte que le noyau des pierres a été formé, dans 32 cas, par des aiguilles ou des épingles; dans 21, par des bougies ou des sondes; dans 14, par des morceaux de bois; dans 13, par des balles; dans 24, par des fragmens d'os, des tiges de plantes, des tuyaux de pipes ou des tubes de baromètres; dans 14, par des épis de blé ou des poils; dans 4, par des bourdonnets de charpie; quelquefois par des corps plus bizarres encore, des anneaux, des clous, des dents, des grains de blé, des haricots, des pois, des grains de raisin, des noyaux de prunes, un caillou, un poinçon, un rat-de-cave, un étui plein d'aiguilles, des plumes, un cordon de soulier, un sifflet d'ivoire, même une pomme d'api.

La plupart de ces faits offrent des particularités dignes d'intérêt; mais comme les détails m'entraîneraient trop loin, je me bornerai à des remarques sur quelques-un d'entre eux, choisis spécialement parmi ceux qu'on a observés de nos jours.

Les épingles ou aiguilles sont ceux des corps étrangers qui servent le plus souvent de noyaux à des calculs. Cette fréquence doit être attribuée à la facilité avec laquelle ces sortes d'instrumens se trouvent sous la main, quelque peu propres qu'ils soient d'ailleurs à satisfaire les goûts dépravés ou les impatiences maladives qui déterminent les femmes surtout à y recourir. Quelques aiguilles, malgré leur longueur de cinq à six pouces, avaient pu rester long-temps dans la vessie, sans que leur pointe se recouvrît de matière calculeuse, et donnât lieu à aucune lésion mécanique; il ne leur est même arrivé qu'un petit nombre de fois de perforer les parois vésicales, et de faire ainsi saillie à l'hypogastre, au périnée, dans le rectum; dans le vagin.

Aux balles, aux fragmens d'os et aux morceaux de bois, se rattachent des considérations chirurgicales et physiologiques importantes. Plusieurs fois, en effet, ces corps sont parvenus dans la vessie en se frayant une route au milieu de tissus que l'art n'oserait traverser, en perforant, soit les tégumens extérieurs, soit le canal intestinal; et, ce qu'il y a de plus remarquable encore, c'est qu'ils n'ont pas toujours déterminé d'accidens notables, malgré les désordres que leur passage, ou lent, ou rapide, avait dû nécessairement entraîner. On a vu, par exemple, des balles demeurer dans la vessie jusqu'à la mort, sans que le sujet en fût incommodé, ou des morceaux de bois longs de 3 à 7 pouces, y rester long-temps sans donner lieu, comme il semblerait rationnel de s'y attendre, aux douleurs insupportables, aux accidens dangereux, résultat ordinaire des contractions énergiques auxquelles se livre la poche urinaire lorsqu'elle recèle un stimulus autre que celui dont la nature l'a destinée à ressentir l'impression habituelle.

C'est par l'effet de ces contractions que les corps qui offrent peu de résistance, comme les sondes, les bougies, les tiges de plantes, les mèches, tendent à se pelotonner, forme qu'ils affectent généralement au centre des pierres auxquelles ils servent de noyaux. Parfois, cependant, celles-ci ne les couvrent qu'en partie, et se multiplient, même sur divers point de leur étendue, figurant alors des espèces de chapelets, dont on connaît quelques exemples singuliers.

A part celles de ces introductions qui sont le résultat d'un événement fortuit, par exemple, d'un coup de feu, d'une chute sur un corps pointu, mais fragile, d'une anomalie rare de la grossesse, d'une communication fistuleuse entre le tube intestinal et la vessie, ou enfin d'un défaut d'adresse et de soin dans le maniement des sondes, on ne parvient pas toujours à connaître les circonstances qui y ont donné lieu. Hors les cas dont je viens de parler, c'est presque toujours par les malades eux-mêmes qu'elles ont été faites; et alors, tantôt dans l'espoir de se soulager d'une rétention d'urine, ou de repousser un calcul; tantôt sous les inspirations d'un égarement momentané de la raison, d'une bizarre curiosité, et plus souvent d'idées lascives. Sous ce point de vue, les corps étrangers introduits dans la vessie fourniraient un chapitre curieux à l'histoire et des dépravations humaines et des bizarres frénésies auxquelles l'espoir de se soulager peut entraîner l'esprit des souffreteux.

Quant aux effets produits par leur présence, rien n'est plus variable. Tantôt ce sont des douleurs inexprimables et d'effrayans désordres qui amèneraient promptement la mort, sans les secours de l'art; tantôt, au contraire, les accidens sont peu graves, ou du moins la répugnance des malades à dévoiler la cause de leurs souffrances, quand elle est de leur propre fait, les porte à supporter avec résignation les longues et cruelles douleurs inséparables d'un travail morbide qui parvient quelquefois à procurer l'expulsion du corps étranger, en détruisant peu à peu toutes les parties molles qui le séparent de la surface extérieure. Dans certains cas enfin, les premiers symptômes se calment, et le malade rentre complétement, sous le rapport des sensations, dans la catégorie des personnes atteintes d'un calcul ordinaire.

Sous le point de vue thérapeutique, la présence de ces corps étrangers dans la vessie présente beaucoup d'intérêt. Nous voyons, par le tableau, que, dans 12 cas seulement sur 166, ils sont sortis d'eux-mêmes, soit par l'urètre, soit par une voie artificielle. Cette particularité frappe d'autant plus, qu'étant la plupart du temps peu volumineux, on pourrait croire la vessie d'autant plus apte à s'en débarrasser, que l'urètre venait de leur livrer passage; elle contraste singulièrement avec ce que l'on voit chaque jour depuis la découverte de la lithotritie qui, à la faveur des dispositions dans lesquelles elle a placé l'urètre, et de la forme plus ou moins arrondie qu'elle donne aux fragmens, permet à ce canal de laisser sortir des débris quelquefois très volumineux.

Dans 64 cas, il a fallu recourir à la taille, dont les difficultés ont presque toujours été en raison inverse du volume, et surtout de la densité de l'incrustation calculeuse; car, lorsqu'au pourtour du corps étranger s'était produite une pierre assez dure pour résister à la pression des tenettes, la manœuvre ne différait pas de ce qu'elle est dans les cas ordinaires; tandis que, quand ce corps était à nu dans la vessie, soit qu'il ne se fût pas formé d'incrustation, soit que celle-ci eût été détachée pendant les premières recherches, les difficultés ont été si grandes que, plus d'une fois, on a été obligé de laisser l'opération inachevée. Des difficultés non moins grandes, mais d'une autre nature, se sont présentées lorsque les corps introduits avaient une longueur considérable, et que leurs extrémités non incrustées dépassaient de beaucoup la circonférence de la pierre.

On ne compte que 26 cas dans lesquels ces corps aient été extraits par l'urètre, et sans recourir à l'instrument tranchant. La plupart de ces faits sont nouveaux, et ces résultats sont dus à l'emploi de la lithotritie. Sous ce rapport aussi, la nouvelle méthode a introduit d'importans changemens dans la pratique. Déjà j'ai fait connaître 6 cas dans lesquels mes instrumens m'ont permis d'extraire avec succès une sonde en gomme élastique, un haricot, un pois, une bougie, des fragmens de paille, et une tige de plante dont le malade ne sut pas me dire le nom. Je vais en exposer brièvement deux autres qui sont relatifs à une bougie en cire et à un tube de baromètre, dont j'ai tout récemment pratiqué l'extraction.

Une bougie de cire avait été introduite dans l'urètre d'un homme pour combattre un écoulement blennorrhagique; la malade s'endormit avec cette bougie, qui s'enfonça en entier dans la vessie. Au bout de deux mois et demi, il fut admis dans le service des calculeux, présentant tous les symptômes de la pierre vésicale. D'après le bruit que la sonde faisait entendre en frappant sur le corps étranger. et d'après la sensation que ce choc me transmettait, je jugeai que la bougie était couverte d'une incrustation peu consistante. A la première tentative que fis pour l'extraire, je parvins bien à la saisir avec le litholabe, mais son volume ne lui permettait pas de traverser l'urètre. Le résultat fut le même une seconde fois. Je pris alors le partie d'écraser cette bougie, de la pétrir avec un instrument plus gros et plus fort que celui dont je m'étais servi d'abord. A la suite d'une troisième séance, le malade rendit quelques parcelles d'incrustation calcaire, de cire et même de linge. L'opération suivante eut un effet analogue. Le malade se sentit d'abord soulagé; mais bientôt les douleurs augmentèrent; elles tenaient surtout à la présence du corps étranger au col vésical, et plusieurs fois je fus obligé d'introduire une sonde pour débarrasser la vessie de l'urine.

Cependant il devenait urgent de faire l'extraction; j'y procédai le 5 septembre 1837, et elle eut un plein succès. J'avais saisi la bougie par l'une de ses extrémités avec une petite pince à crochets courts; elle était pelotonnée et bosselée; la matière incrustante faisait corps avec la cire et le linge, et le tout formait une masse longue de trois pouces sur cinq lignes et demie de diamètre dans le point le plus gros. L'extraction, faite avec beaucoup de lenteur, ne fut douloureuse qu'au moment où la partie la plus épaisse traversa le milieu de la portion spongieuse et l'orifice extérieur de l'urètre. Il en résulta une vive irritation à la sortie des premières urines, et un écoulement muqueux avec un agacement général; mais le surlendemain tous les symptômes avaient disparu, et au bout de quelques jours la santé était parfaite. Deux explorations donnèrent la certitude qu'il n'y avait plus rien dans la vessie.

Un jeune homme de vingt ans s'était introduit dans l'urètre un bout fermé de baromètre, long d'environ trois pouces, deux lignes trois quarts de diamètre. Ce tube pénétra dans la vessie, où il séjourna plus de quatre mois. Il produisit des accidens primitifs assez graves, qui se calmèrent par un séjour au lit de deux mois, qu'une autre maladie vint rendre nécessaire.

Dès que le malade put faire de l'exercice, ses douleurs reparurent, et s'aggravèrent au point qu'il fut obligé d'entrer à l'hôpital Necker. La connaissance de ce qui s'était passé ne permettant pas de se méprendre sur la nature du mal, je procédai immédiatement à l'extraction du corps étranger qui fut saisi, à une première séance, avec une pince à trois branches; mais comme il ne pouvait résister à la pression, il se brisa. Quelques fragmens furent extraits dans la pince, et plusieurs sortirent d'eux-mêmes avec l'urine; d'autres parcelles furent encore retirées, quelques jours après, par le même procédé. Enfin, le 27 septembre 1837, le malade rendit avec l'urine ce qui restait du tube, dont les parois étaient couvertes d'une incrustation grise, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur. Cette portion avait 17 lignes de longueur, et présentait le cul de sac intact;

l'autre bout était coupé en biseau. Le malade n'éprouva aucun des accidens que devaient faire craindre le passage dans l'urètre de corps si tranchans, et sa santé fut promptement rétablie.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 24 AVRIL. — PRÉSIDENCE DE M. MOREAU.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Lettre ministérielle, avec envoi d'un manuscrit sur le choléra, par un médecin de Rome.

2° Lettre *idem*, avec envoi de trois rapports; l'un sur une épidémie diphtérique ; l'autre, sur une épidémie de fièvres typhoïdes; le troisième, sur une épidémie de varioles.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

1° Lettre de M. Pigeaire de Montpellier : annonce son prochain voyage à Paris.

2° Observations de M. Humbert sur la réduction des luxations congénitales du fémur.

Après le dépouillement de la correspondance, M. le président tire au sort les noms des membres qui, réunis au conseil, iront présenter au roi les hommages de l'Académie, à l'occasion du 1er mai.

La députation se composera de MM. Boulay jeune, Bousquet, Chevallier, Boullay, Honoré, Guersant, Derosne, Ferrus, Martin Solon, Breschet, Magendie, Lagneau, Aulagnier, Renauldin.

M. Rochoux demande la parole pour une motion d'ordre. Il a été répondu à M. Dopp que l'Académie ne pouvait examiner ses pièces anatomiques s'il ne commençait par faire connaître son secret. On comprend l'utilité de cette mesure pour les remèdes, parce qu'en effet dans un remède il peut se trouver des substances dont l'administration ne serait pas sans inconvénient ; mais ici rien de pareil. M. Dopp a trouvé ou n'a pas trouvé les moyens de conserver les cadavres. C'est là-dessus qu'il vous demande un rapport.

M. Mérat combat cette proposition comme étant contraire à tous les usages de l'Academie. Il ajoute qu'il est indigne d'une société savante d'examiner ce qu'elle ne connait pas, et que le rapport qu'on lui demande peut être fait aussi bien par des personnes étrangères à l'art de guérir que par des médecins.

L'Académie passe à l'ordre du jour.

RECHERCHES SUR LES MALADIES DE LA VIEILLESSE; PAR M. PRUS. — RAPPORT DE M. PIORRY.

Le premier problème pathologique que s'est posé M. Prus est celui-ci : *Quelles sont les maladies les plus funestes à la vieillesse ?*

Pour le résoudre, il a, pendant trois ans consécutifs et sans aucune interruption, examiné avec soin les organes de 430 malades qu'il a perdus à Bicêtre, depuis le 1er octobre 1832 jusqu'au 1er octobre 1835.

Sur ces 430 malades, 40 cas appartiennent à des aveugles, à des paralytiques ou autres infirmes n'ayant pas encore 60 ans ; ils doivent être retranchés. Les 390 autres cas se composent exclusivement d'individus, ayant de 60 à 90 ans. M. Prus les range dans l'ordre suivant, en égard aux symptômes qu'ils ont présentés pendant la vie et aux lésions qui ont été constatées après la mort :

149	vieillards ont succombé	à des maladies des organes de la respiration.
101	»	à des maladies des centres nerveux et de leurs enveloppes.
64	»	à des maladies des organes de la circulation.
49	»	à des maladies du tube digestif.
8	»	à des maladies du foie et de ses annexes.
19	»	à des maladies diverses.
390		

M. Prus fait voir combien de conséquences intéressantes pour l'hygiène et pour la pathologie de la vieillesse découlent de ces tableaux; il montre, en passant, la fausseté de cet axiome médical, qui veut que les maladies de l'abdomen soient les plus fréquentes chez le vieillard, tandis qu'elles ne prennent rang qu'après les maladies de la poitrine et de l'encéphale. Il note particulièrement les lésions qui, en général, ont amené la mort; la mort sénile, sans altération sensible et plus ou moins profonde des organes, est fort rare; d'où la nécessité pour le médecin de scruter, par tous les moyens en son pouvoir, chacun des appareils fonctionnels du vieillard malade.

La fréquence et la gravité des altérations organiques conduisent naturellement à la question de la mortalité, qui, comme on doit s'y attendre, est très grande dans un hospice de vieillards. Sur 1345 malades traités par M. Prus, à l'infirmerie de Bicêtre, pendant les trois années indiquées, il en a perdu 430; encore faut-il ajouter que dans le chiffre de 1345 traités figurent 270 infirmes n'ayant pas 60 ans. La mortalité, en ne comprenant que les vieillards de 60 à 90 ans, est de 390 sur 1075.

La mortalité a varié, suivant l'âge, dans les proportions suivantes :

	MORTS.	GUÉRIS.	TOTAL.
De 60 à 64 ans	22	58	80
De 65 à 70	56	133	189
De 70 à 75	107	221	328
De 75 à 80	123	157	280
De 80 à 85	67	84	145
De 85 à 90	20	19	39
De 90 et au-dessus	1	3	4
	390	685	1075

M. Prus donne également le tableau de la mortalité suivant les saisons et mois par mois.

Les 685 malades sortis guéris ou soulagés présentaient un grand nombre d'affections que l'auteur range par ordre de fréquence, comme il a fait pour les maladies suivies de la mort.

216	malades ont été traités pour	des maladies des organes respiratoires.
131	»	des centres nerveux et de leurs enveloppes.
144	»	du canal digestif.
54	»	des organes de la circulation.
22	»	des maladies de la peau.
98	»	des maladies diverses.

M. Prus donne le détail des maladies composant chacune de ces divisions principales.

Il résulte de ces relevés que les maladies de la vieillesse, dont l'art triomphe, comme celles devant lesquelles il reste impuissant, attaquent principalement les quatre fonctions essentiellement vitales, et toujours dans le même ordre de fréquence, la respiration, l'innervation, la digestion et la circulation.

M. Prus termine son mémoire par quelques considérations sur la pathologie générale des vieillards. Quand on est appelé à traiter des vieillards, ce qui étonne le plus le médecin, c'est le défaut de réaction des organes malades. Le poumon peut passer à l'induration grise, l'estomac peut être le siége d'un cancer, sans que ces affections redoutables aient été annoncées par les symptômes qui les font reconnaitre chez l'adulte. Le cœur lui-même, suivant la remarque de Bichat, peut être le siége de lésions avec lesquelles le vieillard vit, et qui tueraient promptement un adulte ou un enfant. Un fait non moins digne d'intérêt, c'est que la solidarité établie entre tous nos organes ne se trouve plus chez le vieillard. Chaque organe vit isolé ; s'il est malade, il pourra succomber sans que les autres viennent à son secours.

M. Dubois, d'Amiens, ouvre la discussion. Je crois avoir entendu, dit-il, que M. Prus divise les médecins en deux classes, ceux qui fondent le traitement sur le diagnostic, et ceux qui le fondent sur les indications. J'avoue que je ne comprends pas cette division. Est-ce que le diagnostic n'est pas la première et la plus solide base du traitement ?

M. Rochoux : M. Piorry ayant reproduit, sans critique, deux assertions de M. Prus, je dois croire qu'il les partage. L'une de ces assertions est que les constitutions de l'année ont une grande influence sur le développement de l'apoplexie. Eh bien ! c'est là une idée toute théorique. J'ai fait des relevés statistiques, mois par mois, et, quoique les chiffres ne me soient pas présens, je puis assurer que c'est une des maladies qui se présentent à peu près en nombre égal dans toutes les saisons, et cela se conçoit. Comme l'apoplexie est la suite de grands désordres anatomiques, il n'est pas étonnant qu'elle éclate indistinctement dans tous les temps. Il en est de même de la phthisie pulmonaire. Autrefois on croyait, et c'est même encore une idée fort répandue dans le peuple, que les phthisiques s'en allaient principalement en automne. On sait aujourd'hui que cette saison ne leur est pas plus funeste que les autres.

La seconde assertion que je veux attaquer, c'est que le ramollissement du cerveau et l'apoplexie sont à peu près aussi fréquens l'une que l'autre. C'est encore une erreur d'observation. J'estime que c'est beaucoup si le ramollissement est pour la fréquence le cinquième de l'apoplexie.

M. Piorry : Sur le premier point, je répondrai à M. Rochoux que je ne puis partager son opinion. J'ai fait aussi des relevés de chiffres, quoique, en général, j'y attache beaucoup moins d'importance que notre confrère; et ces chiffres m'ont appris que l'apoplexie se voit principalement au printemps, c'est-à-dire en mars et avril. A l'égard du ramollissement, il complique souvent l'apoplexie, et il est d'une extrême difficulté de séparer nettement ces deux lésions, et de dire ce qui appartient à l'une et ce qui appartient à l'autre.

M. Rochoux : M. Falret a fait un tableau de 1,300 apoplexies, et elles sont distribuées également dans tous les mois de l'année, à très peu de chose près.

M. Bouillaud : C'est certainement une étude très intéressante que celle des maladies des vieillards; mais il s'agit de savoir s'il y a utilité à séparer les maladies suivant les âges; et si, par exemple, le traitement des maladies des vieillards est différent du traitement des maladies des adultes. En d'autres termes, la forme emporte-t-elle le fond ? C'est sans doute l'opinion de M. Prus ? Mais est-ce aussi celle de M. Piorry ? Je regrette qu'il ne se soit pas expliqué plus nettement. J'ai cru comprendre cependant qu'à cet égard M. le rapporteur avait des idées assez modérées, et qu'il me serait possible de m'entendre avec lui. Les vieillards, comme on sait, portent souvent des lésions organiques du cœur et des gros vaisseaux, et, notamment, des endurcissemens, des ossifications, des valvules. M. Piorry a dit, si je ne me trompe, que la plupart de ces lésions étaient méconnaissables sur le vivant, ce qui revient à dire qu'elles n'ont point de signes. J'avoue que j'ai quelque peine à me rendre à cette opinion. On a parlé de statistique. C'est, à mon sens, la partie principale de la médecine. Sans statistique, en effet, il n'y a pas de médecine; avec la statistique, la médecine peut espérer d'atteindre la certitude des sciences physiques; mais il faut distinguer la bonne de la mauvaise. Celle de M. Prus est si défectueuse qu'elle ne mérite aucune attention. Que signifie, je vous prie, une statistique qui se contente de dire : sur tant de pneumonies, il en est mort tant ? C'est là de la statistique brute. Il fallait dire l'état de ces péripneumonies, leur degré, leur âge, leur étendue, etc.; il fallait dire si elles étaient simples ou composées, et si les malades étaient en tout point comparables.

C'est ainsi qu'on arrive à des termes égaux, à des équations ; chaque observateur, dit M. Piorry interprète les observations à sa manière, je ne le nie pas; mais est-ce la faute de la science ? Non, assurément, c'est la faute de ceux qui la cultivent. Outre la division dont a parlé M. Dubois, il en est une autre qui n'est pas moins étrange, c'est celle des médecins conservateurs et des médecins innovateurs; mais, Messieurs, nous appartenons tous à cette double classe. Il n'est personne ici qui ne veuille retenir quelques idées de nos prédécesseurs, et qui rejette sans exception toutes celles de ses contemporains. Que si l'on a voulu flétrir les innovations, on a grand tort; car il n'est pas de doctrine qui n'ait été nouvelle.

M. Piorry : Je ne puis répondre, comme on pense bien, à toutes les questions qu'a touchées M. Bouillaud : j'aperçois pour ma part dix points de discussion ; mais je repondrai à ses principales observations Je suis d'accord avec lui en un point, c'est que s'il est bon d'étudier à part les maladies de la vieillesse, il ne faut pas croire cependant qu'elles exigent un traitement particulier, différent du traitement des maladies des autres âges. A l'égard des ossifications, des valvules du cœur et des gros vaisseaux; il est vrai, j'ai dit que ces lésions, toutes graves qu'elles sont, ne s'annoncent souvent dans la vieillesse par aucun signe, et je maintiens mon dire. C'est une vérité d'observation que j'ai acquise dans les sept années que j'ai passées à la Salpêtrière. La statistique serait sans doute une fort bonne chose si elle était praticable ; mais malheureusement elle est presque impossible en médecine. Voyez seulement les nombreuses conditions qu'y met M. Bouillaud : il en cite plus de 20, et il y en a bien davantage; or, cherchez des malades et des maladies qui se ressemblent en tout point, vous n'en trouverez pas. L'interprétation des observations est une autre difficulté. Si cette interprétation varie, dit-on, ce n'est pas la faute de la science. Et qu'importe, si en effet elle varie, on ne peut pas séparer à ce point l'observation de l'observateur. Reste une question : la mort par privation d'air. M. Bouillaud semble croire que j'attache trop d'importance à cette cause de mort. C'est pour moi une vérité incontestable, que toutes les fois que le poumon est crépitant, s'il vient de l'écume dans les bronches, les malades périssent asphyxiés.

M. Villermé : Si M. Piorry a dit qu'il ne voyait pas l'utilité d'une clinique des vieillards, je ne suis pas de son avis. Supposez deux cliniques, une de vieillards, et l'autre d'enfans de 8 à 15 ans, les résultats seront tout différens. Les vieillards sont surtout sensibles au froid : aussi meurent-ils principalement en hiver. Un refroidissement de quelques degrés suffit pour les faire périr. Au contraire, les enfans meurent en été, pendant les fortes chaleurs.

M. Gimelle : M. Piorry a mis au nombre des maladies des vieillards l'ampleur de la vessie.

Pardon, répond M. Piorry, je parlais des femmes, et des femmes qui se portent bien. Or, les vieilles femmes qui se portent bien ont la vessie très ample. Je n'ignore pas que les hommes âgés ont souvent des catarrhes de vessie, etc.

M. Castel : Hygiène des vieillards, maladies des vieillards, rien de tout cela n'est nouveau. Au reste, les maladies de la vieillesse méritent d'être traitées à part, parce qu'en général elles ne viennent pas des mêmes causes que les maladies de la jeunesse. Presque toutes dérivent de l'asthénie, parce qu'en effet, à mesure qu'on avance en âge, les forces déclinent. Aussi, cet âge est-il peu susceptible de réaction, et voilà pourquoi il est presque exempt des fièvres intermittentes. En un mot, presque toutes les maladies de la vieillesse dépendent du défaut de l'irritabilité; ce qui fait qu'elles commencent presque toutes par des engorgemens.

On a dit que les saisons avaient peu d'influence sur l'apoplexie, et c'est comme si l'on disait qu'elles sont sans influence sur la circulation. L'apoplexie n'est jamais plus commune que lorsque l'air est moins dense, parce qu alors la circulation est plus difficile.

Si c'est une faute de saigner peu dans l'apoplexie, je m'en accuse. Je crains toujours d'enlever à la nature les forces nécessaires pour opérer la résolution; car, Messieurs, il ne faut pas s'y tromper, cette maladie dépend de causes plus souvent asthéniques qu'excitantes; sans cela, serait-elle presque exclusivement le partage de la vieillesse.

Enfin, on a parlé de statistique. Oui, il en est une fort utile quand elle est bien faite; c'est celle qui nous fait connaître les propositions générales qui nous guident dans l'exercice de notre art.

Après cette discussion, M. Planche, au nom de la commission des remèdes secrets, propose le rejet de trois remèdes secrets comme inutiles ou insignifians.

Le même membre lit une note sur l'innocuité d'une oseille cuite qui contenait des préparations de cuivre à l'état salin.

Enfin, M. Seguin présente un enfant qu'il a guéri d'un torticolis récent par l'extension, le massage et la percussion cadencée.

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ DES MALADIES DE LA MOELLE ÉPINIÈRE, contenant l'histoire anatomique, physiologique et pathologique de ce centre nerveux chez l'homme; par C. P. Ollivier (d'Angers), D. M. P. — Troisième édition, avec quatre planches. 2 vol. in-8. Paris 1837.

Il est peu de monographies qui aient obtenu autant de succès que le *Traité des maladies de la moëlle épinière*; l'intérêt du sujet y est sans doute pour beaucoup, et la manière dont le livre est rédigé est bien propre à en faire rechercher la lecture. Méthode, précision, clarté dans l'exposition des faits ; déductions qui découlent de ces faits sévèrement tirées; enfin cadre embrassant d'une manière complète l'état actuel de la science sur la matière examinée ; telles sont les qualités principales du livre dont je vais faire l'analyse.

M. Olliver (d'Angers), voulant traiter complètement son sujet, l'a envisagé sous le triple rapport de l'anatomie, de la physiologie et de la pathologie. En cela, il a eu parfaitement raison. Je n'approuverais pas un auteur qui, ayant à parler des maladies des poumons ou de l'estomac, par exemple, se croirait obligé de commencer par faire l'anatomie de ces organes, à moins toutefois qu'il n'ait à présenter sur cette anatomie quelque considération nouvelle ou quelque découverte. Ce serait en effet un hors-d'œuvre que de répéter dans une monographie ce que chacun connaît ou est censé connaître parfaitement; mais ce n'est pas le cas pour ce qui concerne la moëlle épinière. Sa situation dans un canal osseux en rend la préparation longue et sinon difficile au moins assez délicate. Dans les autopsies rarement on l'examine, et les praticiens, après l'avoir vue quelquefois dans les cours d'anatomie, n'ont plus que de rares occasions de l'observer : c'est donc leur avoir rendu un véritable service que d'avoir décrit cet organe, et en cela M. Ollivier (d'Angers) est d'autant plus digne d'éloges, qu'il a mis un soin extrême à tirer parti de toutes les recherches, même les plus modernes qui ont été faites sur ce point.

L'auteur commence l'anatomie de la moëlle épinière par l'histoire de son développement. Tiedemann, les frères Wensel, Dallinger, Carus, J.-F. Meckel, Serres et Desmoulins lui ont fourni les matériaux de cette histoire; il y a joint ce que son observation personnelle lui a permis de constater. Avant la quatrième semaine, un fluide limpide existe à l'endroit où sera la moëlle épinière. Dès cette époque, le fluide se trouble et devient d'un gris blanc; la forme de la moëlle est alors visible, et on peut déjà distinguer cet organe de la moëlle allongée. A la cinquième semaine, on voit l'entrecroisement des pyramides. Avant cette époque, après la troisième semaine, M. Ollivier (d'Angers) a pu apercevoir les deux linéamens primitifs de la moëlle épinière; il a vu les lobes cérébraux et cérébelleux représentés par deux ampoules demi-transparentes, grisâtres, placées au-dessus de la moëlle allongée où s'opérait la jonction des deux filamens de la moëlle épinière, distincts l'un de l'autre dans tout le reste de leur longueur. A cinq semaines, les filets s'adossent l'un à l'autre ; on aperçoit les rudimens du cervelet. A trois mois, la moëlle épinière ne contient pas encore de substance grise, les tubercules quadrijumeaux sont volumineux et creux; les renflemens cervical et lombaire ont un tiers de ligne en largeur de plus que le corps de la moëlle. Un canal résultant de l'adossement des deux moitiés de la moëlle se forme d'abord à la région dorsale, puis dans tout le reste de son étendue, et le prolongement qui descendait auparavant jusque dans le canal sacré remonte vers les lombes. A six mois, les éminences mamillaires. A sept, les fibres qui s'entrelacent pour former la protubérance annulaire. A huit, la moëlle ne se prolonge plus que jusqu'à la quatrième vertèbre lombaire. A neuf, elle se trouve au niveau de la troisième. Le canal de l'intérieur existe encore, et il peut persister jusqu'à un mois à un an après la naissance chez l'homme, tandis que chez les oiseaux, les reptiles et les poissons, il persiste à toutes les époques de la vie.

Considérant la moëlle telle qu'elle existe chez l'adulte, l'auteur décrit d'abord son canal osseux et les membranes, expose les recherches faites par Cotugno et M. Magendie sur le liquide vertébral, parle des vaisseaux de la moëlle épinière, des mouvemens que cet organe éprouve sous l'influence de la respiration et de la circulation; et ces détails préliminaires exposés, il passe à ce qui concerne la conformation et la structure de la moëlle épinière. Ces descriptions sont peu susceptibles d'analyse, et pour les bien comprendre, il faut les lire dans l'ouvrage lui-même et avoir sous les yeux les parties dont il est question. Je dirai seulement qu'à propos du faisceau décrit par Charles Bell comme donnant origine aux nerfs de la respiration. M. Ollivier (d'Angers) nie formellement l'existence de ce faisceau. « Quelque soin que j'aie apporté dans des dissections répétées, dit l'auteur, je n'ai rien vu qui ressemblât à ce faisceau. Rolando, dans ses recherches si remarquables sur la structure de la moëlle alongée, ne fait aucune mention de cette disposition anatomique; je ne sache pas qu'aucun anatomiste l'ait rencontrée depuis M. Bell. Quant à l'implantation des nerfs glosso-pharyngien et pneumo-gastrique, elle n'aurait même pas lieu sur cette prétendue bandelette médullaire, car les filets d'implantation de ces nerfs sont insérés sur les corps restiformes ou pédoncules inférieurs du cervelet. L'insertion des autres nerfs (le nerf diaphragmatique ou respiratoire interne et le respiratoire externe qui est une branche du plexus cervical) désignés par M. Bell ne correspond pas davantage au siége qu'occuperait la bandelette qu'il a décrite. »

La structure intérieure de la moëlle épinière est l'objet d'un chapitre particulier et très étendu : l'auteur y traite de l'arrangement et des rapports réciproques des substances grise et blanche, du nombre des cordons qui la forment, du tissu cellulaux et vasculaire qui soutient la substance nerveuse et des canaux artificiels que l'on y a rencontrés. Il passe ensuite à ce qui concerne les racines antérieures et les racines postérieures des nerfs et leurs communications avec la substance grise.

Tout ce qu'un œil attentif et exercé peut apercevoir, M. Ollivier (d'Angers) l'a décrit avec soin; mais je ne puis m'empêcher d'exprimer le regret qu'il n'ait pas eu recours à l'emploi des agens chimiques capables de donner à la substance de la moëlle une consistance qui en rendît l'examen

plus facile; et qu'il ne fasse pas mention des recherches microscopiques entreprises dans le but d'en démontrer la structure interne. A l'aide des agens chimiques, un anatomiste de ma connaissance a vu la moëlle se séparer, non pas en quatre faisceaux, deux de chaque côté, mais bien en huit faisceaux, quatre de chaque côté, et parfaitement distincts à la partie supérieure de la moëlle, au-dessous du pont de varole et dans une certaine partie de son étendue. Cette division, étudiée chez les différens animaux, poursuivie en haut et en bas aussi loin qu'on pourra l'apercevoir, devra éclairer la physiologie de la moëlle. Quant aux recherches microscopiques, M. Ollivier (d'Angers) a un trop bon esprit pour les dédaigner, et s'il n'en a pas fait mention, c'est sans doute par la raison qu'ayant principalement en vue la pathologie, il n'a pas cru convenable de s'en occuper.

Après l'anatomie de la moëlle épinière vient l'histoire de ses fonctions. La moëlle épinière exerce une influence directe sur la sensibilité et sur le mouvement, en même temps qu'elle est un agent de transmission dans la manifestation des mouvemens volontaires. Le siége de la sensibilité et celui du mouvement sont, d'après MM. Bell et Magendie, parfaitement distincts : aux faisceaux antérieurs, le mouvement; aux faisceaux postérieurs, la sensibilité. Suivant Bellingeri, les cordons postérieurs de la moëlle épinière président aux mouvemens d'extension seulement; les cordons antérieurs déterminent les mouvemens de flexion, d'où résulte un véritable antagonisme entre les uns et les autres; les cordons postérieurs produisent le relâchement du sphincter de la vessie et le resserrement de celui de l'anus; les cordons antérieurs président au resserrement du sphincter de la vessie et au relâchement de celui de l'anus, de sorte qu'il existe un antagonisme dans l'action nerveuse, qui influence les deux sphincters, mais qui est lui-même, en sens inverse, dans l'un et l'autre; les cordons antérieurs et postérieurs influent seulement sur le mouvement et aucunement sur la sensibilité, la substance blanche de la moëlle est le siége exclusif du mouvement, la substance grise est le siége du tact. Ces propositions de Bellingeri, M. Ollivier (d'Angers) ne les adopte pas dans leur totalité; il les discute, les compare à celles de MM. Bell et Magendie, s'étaie, pour combattre celles qui lui semblent trop exclusives, des recherches de Legallois, Desmoulins, etc.; puise des argumens dans ses propres recherches sur les altérations pathologiques de la moëlle, et conclut en adoptant une opinion mixte, qui consiste à attribuer une influence motrice aux racines antérieures et aux racines postérieures, et de plus à ces derniers une action spéciale sur la sensibilité.

Dans autant d'articles spéciaux, l'auteur traite successivement de l'influence de la moëlle épinière sur la respiration, sur les mouvemens du cœur et la circulation, sur la transpiration cutanée et la chaleur animale, sur l'appareil digestif et les organes génito-urinaires.

L'anatomie et la physiologie de la moëlle épinière occupent seulement la moitié du premier volume de l'ouvrage de M. Ollivier (d'Angers), et dans ce court espace, l'auteur a su traiter les questions principales qui s'y rattachent. La fin du premier volume et le second tout entier sont consacrés à la pathologie, c'est là la partie capitale de son travail et qui doit surtout attirer l'attention des praticiens.

L'auteur commence par les vices de conformation et traite successivement de l'absence de la moëlle, de son imperfection, de ses déformations, de son hydropisie et de sa coloration ictérique observée chez les nouveau-nés. L'exposition de tous ces vices de conformation est faite par lui avec une grande lucidité, mais les noms dont il se sert pour les désigner, noms inventés par Béclard, ont quelque chose qui choque: *amyélie, atélomyélie, diastematomyélie, kirronose;* mon oreille ne se fait pas à tons ces mots, et mon esprit les désapprouve. Il faut bien que l'auteur lui-même n'en fasse pas grand cas, puisqu'il s'en sert rarement sans y joindre leur signification française. A quoi bon les créer et les employer si l'on ne peut pas les écrire sans mettre la traduction en regard? Conservons les mots grecs pour les maladies connues des Grecs et décrites par eux, cela est très convenable, et rien ne motiverait un changement de noms; ce changement aurait d'ailleurs un inconvénient majeur, celui d'augmenter pour nous la difficulté de lire et de comprendre les auteurs grecs; mais quand nous avons dans notre langue des mots pour désigner les maladies que nous découvrons quand nous écrivons en français, à quoi bon créer des noms qui semblent faits seulement pour des Grecs?

Après ce petit reproche qui, du reste, ne s'adresse que très indirectement à M. Ollivier (d'Angers), voyons ce qui concerne spécialement la pathologie. Les maladies de la moëlle épinière sont : les plaies et contusions, la compression lente, la commotion, les congestions sanguines, son irritation, son inflammation ou myélite, son atrophie et son hypertrophie; enfin les productions morbides, fibreuses, fongueuses, tuberculeuses, cancéreuses qui se développent dans le tissu de cet organe, ou dans les membranes dont il est entouré. M. Ollivier termine par l'histoire de plusieurs phénomènes morbides qui semblent résulter de l'affection de la moëlle épinière. Des chapitres spéciaux sont consacrés à chacune de ces maladies et en font comme autant de monographies; ne pouvant rendre un compte détaillé de chacun de ces chapitres, plutôt que de les effleurer tous, j'aime mieux parler en détail de l'un d'eux; je choisis celui qui traite de l'irritation spinale, parce qu'en raison de sa nouveauté et de son intérêt il me paraît le plus digne de fixer l'attention.

M. Ollivier (d'Angers) eut occasion de voir plusieurs maladies qui offraient pour symptômes une gastralgie plus ou moins continue, avec lassitude spontanée et engourdissement douloureux des membres; ces phénomènes étaient précédés et accompagnés d'une douleur dorsale très vive, augmentant par la pression exercée sur les apophyses épineuses, pression qui donnait lieu à un redoublement momentané de tous les accidens. A ces symptômes venaient quelquefois s'ajouter une douleur vive et circonscrite sous la mamelle gauche, une douleur moins vive dans l'intervalle des deux épaules. Toujours la sensation déchirante de l'épigastre était précédée par une constriction musculaire de la poitrine, dont le point de départ était dans le dos, et qui venait se concentrer ensuite au creux de l'estomac. Ces douleurs se manifestaient par accès chez les uns, et chez quelques autres elles étaient continues avec des redoublemens irréguliers. Dans un cas, il n'y avait pas de douleur dorsale, ce fut la pression qui en révéla l'existence. Sous l'influence d'applications réitérées de sangsues sur la région douloureuse, tous ces symptômes disparurent complètement. M. Ollivier fut dirigé dans ce traitement par la connaissance des connexions qui existent entre la moëlle épinière et tous les organes à l'aide des nerfs spinaux.

Ces faits se trouvent analogues avec ceux dont parle S.-P. Frank, MM. Nicod, Player, Parrish, Brown, Darrval, etc. (1). M. Ollivier expose les symptômes qui caractérisent l'irritation des différens points de la moëlle, et démontre que cette irritation, suivant son siége, peut produire la paralysie de différens muscles, de la difficulté dans la respiration, un trouble marqué dans les mouvemens du cœur ou des lésions de l'appareil digestif. Un malade vint trouver M. Ollivier (d'Angers); il avait des battemens du cœur désordonnés, forts, étendus; la suffocation était imminente; au moindre mouvement brusque, le coucher horizontal était impossible; la faiblesse était extrême, l'insomnie continuelle, et la région du cœur était souvent le siége d'une sensation de déchirement avec redoublement de palpitation. M. Ollivier explora la poitrine; il s'assura que le cœur n'avait pas augmenté de volume, et il développa, par la pression de la moitié supérieure de l'épine dorsale, une douleur vive que le malade n'y avait jamais ressentie. Des sangsues furent appliquées et un prompt soulagement s'en suivit; deux autres applications de ces mêmes annelides, au nombre de douze seulement chaque fois, amenèrent la guérison du malade dans un espace de temps très court.

Des faits de la nature de celui-ci sont d'un intérêt immense pour la pratique. Ils montrent tout ce que peut le médecin quand son diagnostic est fondé sur la connaissance simultanée de la disposition des organes, de leurs fonctions et de leurs sympathies : on en trouvera plusieurs autres dans le *Traité des maladies de la moëlle épinière*, traité que l'on peut regarder à juste titre comme une des meilleures monographies que nous possédions. L.

VARIÉTÉS.

— JARDIN DU ROI. — M. Coste, en l'absence de M. Blainville, continuera d'exposer, cette année, dans la chaire d'anatomie comparée au Jardin du roi, le résultat de ses recherches sur le développement de l'homme et des animaux. Il ouvrira ce cours le lundi 30 avril, à une heure précise, et le continuera les vendredis et lundis suivans à la même heure.

— TRAITÉ GÉNÉRAL D'ANATOMIE COMPARÉE; par J.-F. MECKEL, 10 vol. in-8. Prix 60 f. Paris, chez Charles Hingray, libraire-éditeur, rue de Seine, faubourg St-Germain, 10.

(1) L'irritation spinale a été l'objet dans ces derniers temps de recherches nombreuses et spéciales. C'est surtout à M. Griffin de Limerick que l'on doit les travaux les plus approfondis. La GAZETTE MÉDICALE a publié en 1835 et 1836 la traduction presque complète des écrits de cet auteur.

(*N. du R. en chef.*)

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE DE FÉLIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

Gazette Médicale

DE PARIS.

LA GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (*Gazette de santé et Clinique des hôpitaux réunis*) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Poissonnière*, n° 5, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

REVUE GÉNÉRALE.

DE L'ÉPIDÉMIE QUI RÈGNE ACTUELLEMENT A LONDRES.

Nous trouvons les documens suivans sur cette maladie dont la GAZETTE MÉDICALE a déjà parlé plusieurs fois, dans le compte-rendu de la dernière séance (16 avril) de la Société médicale de Londres.

Le docteur Headland qui, le premier, appelle l'attention de la Société sur cette maladie, dit qu'elle a pris depuis quelque temps une certaine extension, et que son invasion, ordinairement subite, ressemble à celle du *delirium tremens*. Ce qui lui a semblé de plus remarquable dans cette maladie, c'est une éruption d'un rouge brillant, sans élevure, et qui apparaît dans la première période. Dans le plus grand nombre des cas, la langue offre un état de netteté remarquable, et, si la fièvre persiste pendant quelques jours, la peau est légèrement humide, en même temps que le pouls présente une lenteur tout à fait spéciale. Jusqu'ici la maladie aurait eu les résultats les plus funestes : on rapporte qu'à l'hôpital St-Barthélemy, la mortalité aurait été de un sur trois malades; et à St-Thomas, de un sur six et demi. Le traitement qui lui aurait semblé le plus utile consisterait dans l'emploi simultané des pilules bleues, des sels purgatifs et d'une diète très sévère.

Le docteur Bennet rapporte qu'il a vu beaucoup de cas de cette maladie, et que, dans quelques-uns, il a remarqué la présence d'une éruption au centre des pétéchies; mais pour distinguer cette éruption, il faut apporter une grande attention à l'examen de la peau. Chez quelques sujets, elle était formée par des papules qui passaient rapidement à la disquammation. Chez d'autres elle se présentait sous la forme de pustules extrêmement petites. Il n'avait pas observé l'état net de la langue, indiqué par le docteur Headland, dans tous les cas, il avait trouvé cet organe dès le début couvert d'une couche épaisse et jaunâtre; plus tard ses bords offraient une vive rougeur qui, chez quelques malades, s'étend à toute la surface de la langue.

Le docteur Whiting a vu aussi un certain nombre de sujets atteints de la maladie épidémique. Il a observé des cas où les taches étaient d'une couleur écarlate; d'autres où elles étaient plus foncées; et enfin dans un certain nombre, il n'a vu aucune trace d'éruption, bien que, sous les autres rapports, la maladie fût entièrement semblable et fût observée dans les mêmes

Feuilleton.

LETTRE A M. DEZEIMERIS, BIBLIOTHÉCAIRE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, ET RÉDACTEUR EN CHEF DE L'EXPÉRIENCE.

Nous devons quelques explications à nos lecteurs pour l'intelligence de la lettre qui va suivre. Ils savent que nous avons publié un mémoire sur le traitement du torticolis ancien. Ainsi que nous le disions dans le dernier numéro, les idées que nous avons émises comme nouvelles sur ce point de chirurgie ont choqué quelques personnes. Des rivaux ont d'abord réclamé pour eux; puis ils ont réclamé pour les autres. Puis sont venus les érudits de profession qui ont réclamé pour les Anglais, les Allemands et les morts, comme s'il eût été question de la découverte du Nouveau-Monde ou tout au moins d'une planète nouvelle. Cette petite guerre nous a singulièrement flatté et nous a fait beaucoup d'honneur; mais il a fallu répondre : car le public, surtout le public occupé, est assez disposé à croire les gens qui parlent contre les gens qui se taisent. Après plusieurs escarmouches sans importance, nous avons été définitivement écrasé, au dire de certaines personnes, par le savant bibliothécaire de l'Ecole-de-Médecine, sans contredit le plus grand bibliophile médical de l'époque. Nous avons essayé de lui répondre par la lettre qu'on va lire.

Monsieur,

Malgré vos savans efforts pour lever tous mes doutes et résondre toutes les difficultés que j'ai soulevées, j'ai conservé la plupart de mes opinions; et, vous l'avouerai-je, j'ai puisé dans la dissertation dont vous avez honoré ma dernière lettre, de nouveaux argumens propres à fortifier mes convictions. La bienveillance avec laquelle vous avez accueilli mes précédentes explications m'enhardit à vous soumettre mes derniers scrupules.

Avant d'entrer en matière, permettez-moi, Monsieur, de vous faire une remarque et de vous adresser une prière. Je connais le désavantage auquel on s'expose en se livrant au dernier mot d'un journaliste : il peut, avec deux lignes d'un auteur, non plus le faire pendre, mais le rendre infiniment absurde. Votre sagacité et votre bonne foi reconnues vous feront dédaigner sans doute ces ressources des esprits faux, faibles et chagrins. En conséquence, j'ose vous prier 1° de publier ma lettre en entier et sans fautes d'impression; 2° de ne pas en interrompre la suite au moyen de notes propres à la rendre inintelligible, sinon illisible; 3° d'accepter la discussion sur les points qui me paraissent encore obscurs, et de vous en tenir rigoureusement à l'éclaircissement de ces seuls points. Sans ces concessions de votre part, nous courrions le risque de discuter toute l'année, ce qui, malgré la modération habituelle de vos abonnés, pourrait finir par leur faire perdre patience.

Vous prétendez, Monsieur, 1° que l'allemand Ammon a fait connaître exactement le procédé de Dupuytren pour la section du sterno-mastoïdien; 2° que M. Coster est d'accord avec Ammon sur ce point, et que l'un et l'autre ne font

familles, où il y avait des cas avec éruption. Quant au traitement, il pense que le plus simple est le meilleur; et que le plus souvent les simples boissons gazeuses ont suffi. Il a aussi vu dans les cas où il y avait des indications particulières, l'application de quelques sangsues aux tempes être suivie d'un soulagement non douteux. A l'aide de cette simple médication combinée aver le renouvellement continuel de l'air de l'appartement du malade, il a vu se terminer favorablement tous les cas qu'il a eu à traiter depuis le commencement de l'année et qui sont au nombre de douze. Dans un cas seulement dont le sujet était un maréchal, buveur de profession, il avait jugé nécessaire de donner les stimulans, et il avait eu recours dans ce cas à l'ammoniaque; mais s'il n'a pas perdu de malades depuis le commencement de l'année, il n'en a pas été de même de la fin de l'année précédente, pendant laquelle il a perdu plusieurs malades atteints de la fièvre épidémique, mais qui se trouvaient dans des circonstances favorables au développement des phénomènes adynamiques. Pour lui il ne regarde pas la maladie comme d'une nature tout-à-fait spéciale (sui generis); mais il pense qu'elle reçoit l'influence d'une cause accidentelle, telle qu'un état particulier de l'atmosphère et qui suffit pour déterminer les pétéchies.

Le docteur Clutterbuck a vu un grand nombre de cas de l'affection épidémique, et a remarqué une assez grande variété dans le développement de l'éruption. Chez quelques sujets elle était d'un rouge brillant; chez d'autres elle avait une couleur foncée, pendant que quelques autres n'avaient que les pétéchies que présentent la plupart des sujets qui sont atteints de fièvre (fever). Il n'est pas rare de voir chez un même sujet l'éruption avec toutes ses variétés. Il a observé la même diversité pour les autres symptômes ainsi qu'il arrive ordinairement lorsque les cas de fièvre deviennent très nombreux; car alors l'état de l'atmosphère, le régime et la force du malade donnent à la maladie de nombreuses modifications. Il a remarqué pendant cette épidémie que, dans le plus grand nombre des cas, le pouls était fréquent, bien que dans quelques-uns il eût une lenteur manifeste. Enfin, dans cette épidémie comme dans toutes les autres fièvres, il y a de nombreuses variétés, et on ne peut tirer de conclusion générale des cas particuliers. Il ne pourrait, dans l'état actuel, indiquer une médication comme plus avantageuse que les autres; mais il ne craint pas de dire, d'une manière générale, qu'un traitement passif avec le soin de tenir le ventre du malade libre, les soins de propreté et de ventilation, et surtout l'accès d'un air pur, lui a le plus souvent suffi. Il met en doute qu'il soit au pouvoir du médecin d'agir d'une manière active sur une telle maladie. Dans le plus grand nombre de cas qu'il a vus, l'issue a été très heureuse; il n'a jugé la saignée utile que dans un seul cas où l'abdomen était devenu le siége d'une inflammation secondaire; mais il en a vu d'autres où la saignée avait déterminé probablement des accidens fâcheux. Il n'a pas trouvé que la quinine, le vin et l'ammoniaque que l'on a administrés dans le but de relever les forces aient produit le résultat qu'on en attendait. Le traitement passif lui semble le seul qu'on puisse recommander d'une manière générale.

PATHOLOGIE INTERNE.

MÉMOIRE SUR L'APOPLEXIE; par M. MAX. DURAND FARDEL, interne des hôpitaux, membre de la Société anatomique.

L'on ne définit guères aujourd'hui l'apoplexie que par ses symptômes (DICT. DE MÉD., 2e édit., art. *Apoplexie*, t. III), ce qui fait réunir sous un même nom, dans un même genre, des maladies très différentes par leur siége, leur nature, leurs causes et même leurs symptômes, n'ayant qu'un point de leur physionomie qui leur soit commun.

Ainsi, dans un article récemment publié sur l'apoplexie, les auteurs, tout en convenant de l'inconvénient de cette méthode, traitent, sous le nom d'apoplexie, de l'hémorragie cérébrale, de l'apoplexie séreuse et nerveuse, et même de la congestion cérébrale (Delaberge et Monneret, *Compendium de médec. prat.*, t. I, p. 226); je montrerai plus loin que l'on a aussi donné le nom d'apoplexie à la mort subite, qui est pourtant encore un phénomène bien différent des maladies que je viens de nommer.

Une manière de s'exprimer aussi peu philosophique vient de l'étymologie du mot apoplexie : ἀποπληξίη...... *nominatur, quod qui eo morbo corripitur, velut ictu fulminis aut sidere percussus, repentè corruat*. Celse appelait les apoplectiques *attincti;* l'apoplexie *ictus fulminis*. Mais tout cela n'indique qu'un trait qui n'est pas même propre à l'apoplexie; toute mort subite serait donc une apoplexie, et l'on sait qu'il est loin d'en être ainsi; car il est excessivement rare que l'on succombe à une hémorragie cérébrale avant quatre ou cinq heures. J'ai observé plusieurs morts subites chez des vieillards, et je n'ai jamais trouvé même de congestion notable dans le cerveau; mais toujours une affection organique du cœur.

J'ai vu l'année dernière un cas assez remarquable, qui représentait parfaitement l'*ictus fulminis*, et qui semblait bien être un *ictus sanguinis*.

OBS. I.—Un garçon de service à Bicêtre, âgé de 35 ans, très vigoureux, de constitution éminemment apoplectique, étant occupé à charger du linge sur une voiture, tomba tout à coup sans mouvement, sans connaissance et sans voix, il avait la face violacée. Il y avait tout au plus un quart d'heure que cet homme était dans cet état, lorsque l'élève de garde arriva : il le trouva sans pouls, lui ouvrit la veine; il ne sortit pas de sang; la figure avait repris sa coloration naturelle. L'autopsie fut faite vingt-deux heures après la mort : les tégumens de la tête et de la face étaient infiltrés de sang; il s'écoula une grande quantité de ce liquide des sinus de la dure-mère; les méninges étaient injectées (il faut noter la position déclive de la tête du sujet, depuis la mort). Le cerveau était tout à fait sain, légèrement injecté; les poumons étaient engoués, flasques; il y avait un peu de sérosité dans le péricarde; le cœur était très gros; le ventricule gauche très dilaté et épaissi. L'aorte très dilatée jusqu'à sa courbure avait six pouces de circonférence.

Pour les anciens, l'apoplexie n'était qu'une réunion de symptômes, qu'ils ne savaient pas rattacher à une lésion précise. Hippocrate disait: « Quand les humeurs qui découlent du cerveau sont obstruées dans leur passage, ou deviennent âcres, le cerveau s'engourdit; tout le corps éprouve une convulsion; le malade perd la parole, et bientôt il suffoque : cette maladie s'appelle apoplexie (ἀποπληξίη τῷ πάθει τοὔνομα) ». Les personnes qui sont attaquées d'apoplexie, dit Galien, sont tout à coup privées de

que s'éclairer mutuellement; 3° que j'ai mal compris et mal rendu le texte et la pensée de M. Coster; 4° que le procédé que j'ai employé pour la section du sterno-mastoïdien est le même que celui de Dupuytren; 5° que dans le cas où Dupuytren n'aurait pas fait l'opération que lui attribuent Ammon, Aperill et Froriep, ces chirurgiens n'en resteraient pas moins les véritables inventeurs de l'opération *que je viens d'inventer*; 6° que Richter a donné avant moi le précepte de couper, dans la plupart des cas, la portion du muscle qui s'attache au sternum; 7° que vous avez vu, dans le même Richter, l'indication de la nécessité presque constante de *compléter* la cure par l'emploi de machines ou de bandages *appropriés;* 8° enfin, que Syme m'a devancé dans la *seule* découverte qui *pût me rester* après Richter. Voilà, Monsieur, huit affirmations bien nettes, bien précises, extraites presque mot pour mot de vos notes : vous me pardonnerez d'en remettre un aussi grand nombre en discussion, quand je vous dirai que de ces huit propositions, il n'en est pas une qui ne m'ait paru très hasardée. Je crois pouvoir me flatter (pour me servir de vos expressions), avec le secours de mon traducteur et des textes que vous avez invoqués, et que vous avez mis généreusement à ma disposition, de vous donner cette conviction à vous-même : c'est vous dire que je compte beaucoup sur votre loyauté et votre bonne foi.

PREMIER POINT. Suivant Ammon, Dupuytren a fait une *seule* ponction à la peau près du bord interne et de l'attache inférieure du sterno-mastoïdien; il a *introduit* dans cette ouverture, derrière le muscle, un *bistouri boutonné* jusqu'au-delà du bord externe du faisceau cléido-mastoïdien; puis il a fait la section du muscle d'arrière en avant, sans diviser la peau. Suivant moi, Dupuytren a pu faire une *seule ponction*, mais avec *deux* ouvertures à la peau, qu'il a traversée de part en part; il ne s'est pas servi d'un bistouri boutonné, mais d'un seul bistouri droit, pointu, pendant toute l'opération. D'après cela, Ammon se serait trompé sur deux points : mon traducteur prétend qu'il s'est trompé sur beaucoup d'autres; vous allez en juger. Et d'abord, en comparant la version d'*Ammon* avec celles d'*Aperill*, de *Froriep* et de *M. Coster*, on trouve une uniformité littérale dans le récit de ces trois derniers auteurs, et des différences notables avec ce que rapporte Ammon. Ainsi, les trois premiers s'accordent à dire que l'opération a été faite avec le même bistouri, avec un bistouri *droit et étroit;* que la lame de ce bistouri est *sortie au niveau* du bord externe du faisceau claviculaire. (*Bis sie genau an der Aussenseite des Clavicular-Randes herausdrang. Froriep's Notizen*, tom. V, 1823, p. 142.) Vous déciderez si le texte allemand a été bien traduit ; quant au texte français de M. Coster, nous l'aborderons tout à l'heure. Seulement, pour ne pas laisser de doute sur ce qu'il fallait comprendre par le mot sortir (*herausdrang*), Froriep a eu soin d'ajouter que, au bout de treize jours, les *piqûres* (au pluriel) étaient guéries (*Nach Verlauf von 13 Tagen waren die Stichwunden geheilt*). Lequel croire de Ammon ou de MM. Aperill, Froriep et Coster? Voici qui tirera probablement vos lecteurs d'embarras. « Comme l'opération a été pratiquée, dit Ammon, *dans le lit* de la malade, et comme *ce lit était entouré* en ce moment de jeunes médecins, il ne m'a pas été possible de voir l'opération. » Ainsi, l'auteur, sur lequel vous fondez toutes vos espérances, déclare naïvement n'avoir pas vu le chirurgien opérer. Voici maintenant qui donnera la mesure de son exactitude. Il n'a pu voir, dit-il, parce que l'opération a été pratiquée dans le lit de la malade, et parce que ce lit était entouré d'élèves : or, d'après MM. Froriep et Coster, la malade a été opérée sur une chaise, en face d'une croisée, et ensuite reportée dans son lit. Ceci, vous l'avouerez, Monsieur, ne

tout sentiment et de tout mouvement, excepté celui de la respiration. » Dans Aetius, Alexandre de Tralles, Aretée....., on trouve des définitions analogues. « Les personnes qui sont atteintes de cette maladie (l'apoplexie), dit Paul d'Egine, tombent sans voix, sans mouvement, privées de sentiment et sans fièvre. (Docteur Cook. *Nervous diseases*, t. I, p. 161.)

Lorsque l'anatomie pathologique a commencé à être cultivée, on a divisé l'apoplexie en sanguine, séreuse et nerveuse.

Disons tout de suite, relativement à cette dernière, que beaucoup de ramollissemens circonscrits, peu colorés, ont pu être méconnus, alors surtout que l'on ne soupçonnait pas leur existence. Ainsi, chez les vieillards, on rencontre assez souvent, et plus souvent peut-être qu'on ne le pense généralement, des ramollissemens au fond des circonvolutions, s'étendant plus ou moins profondément dans la substance blanche, mais très faciles à méconnaître. Or, malgré le peu d'importance que certains médecins accordent à ces lésions, explication insuffisante des symptômes, je crois utile de les noter.

Ensuite on a rapporté à l'apoplexie nerveuse beaucoup de cas de mort subite, que l'on sait aujourd'hui être liés bien plutôt à une affection du cœur qu'à une affection cérébrale.

La division d'apoplexie sanguine et d'apoplexie séreuse a été adoptée par Margagni, Boerrhaave, Hoffmann, etc. Les anciens médecins avaient même donné des signes particuliers à ces deux affections.

La première était caractérisée par la pléthore : une constitution robuste, une attaque subite, un pouls fort et plein, une respiration pénible et stertoreuse, l'accroissement de la chaleur de la tête, souvent un âge peu avancé. L'apoplexie séreuse se rencontrait chez des sujets plus âgés, d'un tempéramment faible; l'attaque était graduelle, la face pâle, le pouls peu développé.

D'autres médecins, reconnaissant le vague et l'inexactitude de cette distinction, refusèrent de l'admettre. Plusieurs même, entre autres Sauvage et Portal, pensèrent que dans l'apoplexie séreuse la sérosité pourrait bien être l'effet et non la cause de l'apoplexie. Suivant Abercrombie, la sérosité dans le cerveau ne serait pas plus primitive que dans la plèvre et le péritoine, et résulterait d'une inflammation ou d'une gêne de la circulation; il range, du reste, ce que je ne comprends pas bien, les apoplexies séreuses parmi les apoplexies nerveuses dont il fait une classe sous le nom d'apoplexies simples. (Abercrombie, *Maladies de l'encép.*, trad. de M. Gendrin.)

L'ouvrage d'Abercrombie présente de nombreux exemples de l'inconvénient qu'il y a de réunir sous un même nom des choses différentes, seulement parce qu'elles présentent quelques points d'analogie.

Il rapporte qu'un enfant s'étant serré le col avec une cravate, et se baissant et se relevant alternativement pour jouer à la toupie, *tomba en apoplexie;* on lui délia le col, on tira du sang de la jugulaire, et il fut rétabli immédiatement.

Il parle encore de gens qui, ayant subi le supplice de la strangulation, et étant *en apoplexie*, ont été rétablis promptement par la saignée. Mais il me semble évident qu'il s'agit ici de congestions cérébrales, bien qu'Abercrombie trouve cette explication hypothétique et douteuse, ce qui est bien différent d'une hémorragie.

Les vieillards sont souvent pris d'une paralysie partielle, occupant le bras et la langue, par exemple, ou seulement un des membres, ou seulement même la langue; on les saigne, et le lendemain tout a disparu; ce n'était qu'une congestion cérébrale: ou bien une partie seulement de cette paralysie disparaît; ainsi, dans un cas que j'ai observé l'année dernière, la paralysie de la jambe et de la langue avaient cessé le surlendemain de l'accident, tandis qu'il resta un engourdissement de la main gauche qui durait encore plusieurs mois après; dans ce cas, sans doute, il y avait, outre la congestion, un foyer hémorragique de peu d'étendue. D'autres fois, enfin, tous les symptômes de la paralysie persistent pendant un temps plus ou moins long, quelquefois toute la vie; il y a alors épanchement de sang, apoplexie proprement dite. Eh bien! tous ces cas se ressemblent-ils tellement qu'on ne puisse même les distinguer par des noms différens? Ils nous présentent cependant ici une lésion passagère, fugitive, d'un pronostic presque toujours favorable; là une altération organique des plus persistantes, d'un pronostic toujours grave, et souvent mortelle. Et quel embarras, ou plutôt quelle source d'idées fausses pour un commençant, s'il voit appeler du même nom la congestion cérébrale, l'hémorragie cérébrale, l'épanchement suraigu de sérosité dans les ventricules ou dans l'arachnoïde, la mort subite par affection du cœur, etc. ?

M. Gendrin s'appuie, pour ne pas séparer les espèces d'apoplexies qu'il admet, sur ce que la présence de caillots sanguins dans la substance cérébrale ne s'accompagne pas nécessairement de symptômes apoplectiques; et il cite à ce sujet l'observation remarquable d'un épileptique qui mourut sans aucun symptôme apoplectique, et chez qui l'on trouva dans l'épaisseur d'un hémisphère un caillot du volume d'une noix. (Abercrombie, *Loco cit.*)

Mais je ferai observer que de semblables faits sont trop rares pour ne pas être considérés comme exceptionnels, et doivent par conséquent être laissés provisoirement en dehors de la question. (Parra-d'Andert, *Thèse inaug.*, 1836, p. 37 et suiv.)

M. Gendrin rapporte comme exemples d'apoplexie nerveuse, plusieurs cas de morts tout à fait subites, c'est-à-dire arrivées en moins d'un quart d'heure, et dans un desquels, emprunté à Belloc, (*Cours de médecine légale*), et cité comme exemple d'*apoplexie nerveuse, mode de terminaison d'une autre maladie*, on a trouvé huit pouces d'intestin grêle livide et comme gangrené. (*Loco cit.*) (1)

J'opposerai à cette manière de voir l'anatomie pathologique qui démontre l'absence de toute liaison directe et appréciable entre la mort subite et l'organe encéphalique; la physiologie et les expériences de Bichat qui, d'accord avec l'anatomie pathologique, nous montrent le cerveau et toute l'économie mourant par le *cœur* dans la syncope; enfin, le peu de rapports que l'on trouve entre le phénomène de la mort subite et les symptômes dits apoplectiques.

Il me semble qu'on accordera facilement la séparation de la mort subite et de la congestion cérébrale de l'apoplexie, puisque le diagnostic en sera presque toujours bien établi avant l'autopsie. Autrement, pourquoi ne ferait-on pas une apoplexie par ramollissement? Pourquoi ne rangerait-on pas parmi les causes d'apoplexie, avec le docteur Cook, « les épanchemens de sang, de sérosité, de pus, des hydatides, des tumeurs de différente nature, des lésions organiques diverses, des polypes, des exostoses ou des ossifications? (Docteur Cook, *Loco cit.*, p. 178.) » Pourquoi

(1) Qu'on lise les observations d'apoplexie nerveuse, 96e, 97e, 98e du même ouvrage, où il s'agit d'un épileptique et d'un aliéné, et l'on n'y trouvera rien qui ait le moindre rapport avec l'apoplexie.

---

fait pas honneur à la clairvoyance d'Ammon. Vous auriez pu le tirer de ce pas difficile, en alléguant, comme vous l'avez fait dans votre dernière réplique, que l'opération dont parle Ammon n'est peut-être pas la même que celles dont parlent Aperill, Froriep et M. Coster. Mais d'autres détails de l'observation, entièrement conformes de chaque côté, ne permettent pas de doute à cet égard.

SECOND POINT. — *MM. Coster et Ammon, au lieu de se contredire, ne font que s'éclairer mutuellement.* Oui, à la différence près d'un bistouri pointu à un bistouri boutonné, d'une ouverture de la peau à deux ouvertures, et d'un lit à une chaise.

TROISIÈME POINT. — *J'ai mal compris et mal rendu le texte de M. Coster.* Cette proposition a deux membres qu'il importe de distinguer : *comprendre* et *rendre*. J'avais compris que, quand M. Coster écrit : « On fit glisser la lame sous le muscle jusqu'à ce qu'elle *sortit* au côté externe de son bord claviculaire », cela voulait dire que l'extrémité de la lame avait dû traverser la peau pour sortir. Votre ingénieuse dissertation sur le sens du verbe *sortir*, que vous rendez synonyme du verbe *depasser*, m'avait singulièrement ébranlé, je l'avoue. Mais M. Coster n'est pas mort. Je lui ai demandé à lui-même ce qu'il avait vu et voulu exprimer par le mot *sortir*. Voici sa réponse : « Il ne me semblait pas qu'on pût entendre autre chose que ceci : La lame du bistouri étant introduite à plat du bord interne au bord externe de ce muscle et au-dessous de lui, lorsque la pointe *est sortie* et a *traversé la peau au côté opposé* à son introduction, on retourne le tranchant de l'instrument, et l'on opère la section partielle de ce muscle, suivant l'exigence du cas... » Je tiens l'original de la lettre de M. Coster à votre disposition, Monsieur, et je serai heureux de payer, par cette communication, l'obligeance que vous avez mise à me communiquer vos textes. Voilà l'explication de M. Coster. Peut-être, après l'ingénieuse synonymie que vous avez établie entre les mots *sortir* et *depasser*, ne me serais-je pas complétement rendu au commentaire de M. Coster ; mais M. Froriep, d'après Aperill, n'a-t-il pas dit : les *piqûres*, au pluriel? Or, lui aussi s'est servi du mot *sortir*. Le second membre de votre reproche exige quelques éclaircissemens. Suivant ma lettre imprimée dans votre journal, je fais dire à M. Coster, en parlant du procédé de Dupuytren, que la section des muscles a eu lieu *d'avant en arrière*, tandis qu'en réalité le texte de M. Coster porte très positivement *d'arrière en avant*. En cela je serais très répréhensible. Mais voici une petite difficulté que vous seul pourrez résoudre. En recourant au brouillon, que j'ai conservé, de ma lettre, j'y ai lu *d'arrière en avant* : dès lors j'ai à choisir entre une erreur de mon copiste et une erreur de votre imprimeur. Cette alternative est d'autant plus forcée que, dans un article imprimé de la GAZETTE MÉDICALE, paru la *veille* du jour où a paru le numéro de votre journal contenant ma lettre, j'ai publié textuellement l'observation de M. Coster, et j'ai dit, dans mes remarques sur le procédé de M. Stromeyer, comparé à celui de M. Dupuytren : « Cette première observation de M. Stromeyer ne diffère de celle de Dupuytren qu'en ce que la section des deux muscles a été faite d'avant en arrière au moyen d'un bistouri convexe au lieu d'avoir été faite D'ARRIÈRE EN AVANT au moyen d'un bistouri droit. » C'est donc à mon copiste ou à votre imprimeur que s'adresse le second membre de votre reproche. Mon copiste, que j'ai gourmandé par provision, prétend qu'avec un peu de cette clairvoyante humanité qui vous anime pour les auteurs anglais et allemands, vous auriez pu, après la publication de l'article de la GAZETTE MÉDICALE, corriger l'erreur de sa copie ou celle de votre impri-

n'admettrait-on pas, avec le docteur Cullen, neuf espèces d'apoplexies : sanguine, séreuse, hydrocéphalique, traumatique, vénéneuse, mentale, cataleptique, suffocante?

Restent maintenant les cas où les symptômes offrant une grande ressemblance laissent souvent le diagnostic tout-à-fait incertain; et alors s'élèvera la question de savoir si l'analogie des symptômes suffit pour rapprocher aussi intimement des maladies entre lesquelles l'anatomie pathologique établit une limite aussi tranchée.

Et d'abord, il est un signe auquel on reconnaîtra à peu près infailliblement l'hémorragie cérébrale; c'est l'hémiplégie; car les cas où elle s'est rencontrée unie à l'apoplexie séreuse ou nerveuse des auteurs sont réellement exceptionnels. En effet, combien compte-t-on, dans la science, d'observations bien authentiques d'hémiplégies sans hémorragie cérébrale? Il est évident qu'il n'est pas question ici de l'hémiplégie passagère qui résulte d'une congestion, ni de l'hémiplégie lente que déterminent une tumeur, une lésion organique quelconque.

Mais l'hémorragie cérébrale elle-même peut donner lieu à la résolution générale de tous les membres, lorsqu'elle a lieu dans la protubérance, ou lorsqu'étant très considérable, le sang déchire la cloison, pénètre dans les deux ventricules et comprime ainsi les deux hémisphères. Dans ce dernier cas habituellement, la paralysie générale est consécutive à l'hémiplégie.

Il faut convenir que dans de semblables circonstances, le diagnostic devient souvent impossible, et que les signes différentiels donnés par les auteurs, entre autres l'absence de paralysie, l'élévation égale des parois de la poitrine indiqués par M. Serres lorsque les symptômes sont dus à un épanchement de sérosité, éclairent peu la question. Mais je pense que cette conformité de symptômes ne résultant pas d'une identité de nature, ne saurait justifier un langage aussi peu rationnel.

Un des plus grands bienfaits de l'anatomie pathologique a été de montrer l'insuffisance de la symptomatologie pour la classification des maladies, et de faire séparer des affections que confondait un diagnostic imparfait, en tournant les efforts des médecins vers les moyens de perfectionner ce diagnostic.

Trois seuls élémens peuvent servir à établir les bases d'une nomenclature et d'une classification médicales : les causes, les symptômes, les lésions anatomiques. Dans l'état actuel de la science, l'étude des causes des maladies est encore tout à faire; tout médecin d'un esprit un peu sévère conviendra que ce n'est que dans le petit nombre des cas qu'il parvient à connaître sûrement l'étiologie d'une maladie; cette étude négligée, à tort jusqu'ici, appelle des travaux dont les résultats pourraient être précieux pour la science. Quant aux symptômes, il suffit, je pense, de rappeler que des affections différentes se traduisent souvent au dehors par des symptômes absolument semblables, et que d'une autre part, les mêmes lésions produisent souvent des phénomènes très différens, pour montrer que ce n'est pas là qu'il faut chercher la base d'une classification. Restent donc les altérations anatomiques qui nous fournissent, il faut l'avouer, les données les plus sûres qu'il nous soit possible d'acquérir. « Dans les maladies organiques, dit Bayle, dans toutes les affections où une lésion organique peut déterminer des symptômes graves et entraîner la mort, l'anatomie pathologique fournit les plus grandes lumières, et on ne peut se passer de son secours, soit pour établir une classification lumineuse, soit pour tracer des monographies exactes... » (*Dict. des sciences méd. art. anat. pathol.*, t. II, p. 61.) (1)

Cependant, comme il est bien peu de systèmes qu'il soit permis d'adopter d'une manière exclusive, je conviendrai qu'il faut avoir recours dans quelques cas à ces mêmes élémens de classification que je rejette comme règle générale, et dénommer quelques maladies par leurs causes, dans les empoisonnemens, par exemple, dans quelques maladies spécifiques; par leurs symptômes, lorsque l'anatomie pathologique ne donne que des résultats négatifs, comme dans la grande classe des maladies dites nerveuses. Par suite des progrès de la science, le cadre de ces dernières maladies ira sans doute toujours en se rétrécissant, et le temps arrivera peut-être où il restera bien peu d'affections que l'inspection cadavérique ne puisse expliquer.

On me reprochera peut-être de m'être étendu trop longuement sur un sujet aussi peu pratique que la nomenclature de l'apoplexie. Mais mon but a été plus large et plus philosophique. J'ai voulu appeler l'attention sur la nécessité d'appuyer sur une base sûre et fixe la nomenclature et la classification des maladies, chose fort difficile sans doute, mais si importante pour l'avenir d'une science, si importante pour la pratique et pour l'étude.

Je pense donc, pour en revenir à mon sujet, avec MM. Moulin (*Traité de l'apop.*), Rochoux (*Recher. sur l'apop.*), Cruveilhier (*Dic. de méd. prat.*, t. III, *art. apop.*), Parra-d'Andert (*Thèse inaug.*) que le nom d'apoplexie doit être réservé aux hémorragies cérébrales.

Quant à l'apoplexie nerveuse, je crois que le nom de névrose apoplectiforme proposé par M. Moulin (*loco cit.*) rend assez bien l'essence de la maladie, autant que nous pouvons la connaître, et aussi l'analogie qu'elle présente avec l'apoplexie, et l'apoplexie séreuse (*hydrorragie cérébrale*, M. Martin Solon, journal hebdom., t. IV, p. 358) me paraît avoir été considérée avec raison, par Abercrombie, comme une véritable hydropisie, pouvant, comme celle des autres cavités du corps, résulter d'une inflammation ou d'une gêne de la circulation. — J'ai recueilli une observation qui me semble venir à l'appui de cette manière de voir.

SYMPTÔMES APOPLECTIFORMES; COMA, RÉSOLUTION GÉNÉRALE; INFILTRATION SÉREUSE DE LA PIE-MÈRE; ANCIEN FOYER; GÊNE DE LA CIRCULATION CÉRÉBRALE.

OBS. II. — Le nommé Destaignes, âgé de 76 ans, était depuis plusieurs années gêné dans ses mouvemens; il ne parlait qu'avec peine; du reste sa santé paraissait assez bonne. Il se servait de ses bras, mais il ne pouvait se lever. Je ne puis savoir s'il était plus gêné d'un côté que de l'autre. Depuis huit jours seulement, on était obligé de le faire manger.

Dans la soirée du 27 novembre 1836, il fut pris tout-à-coup d'accidens graves pour lesquels on vint me chercher. Je le trouvai dans l'état suivant :

Décubitus sur le dos; face tournée à gauche, bouche très déviée de ce côté; paupières entr'ouvertes; pupilles immobiles, médiocrement dilatées. Résolution des membres; soulevés, ils retombent comme des masses inertes. La sensibilité paraît abolie dans tous les membres, au tronc et à la face; cependant quand on touche les cils, les paupières se contractent et se ferment. L'intelligence existe encore, car le malade fait effort pour me montrer sa langue qu'il ne

(1) Bayle, dans cet article, a traité avec développement cette question : Jusqu'à quel point l'anatomie pathologique peut-elle servir à la classification des maladies? — Voyez encore sur ce sujet, mais dans un tout autre esprit, la thèse de concours de M. Gibert. (*Revue médicale*, juin 1833.)

---

meur (1). Conclusion du troisième point : M. Coster et moi sommes parfaitement d'accord; Aperill et Froriep nous prêtent main-forte; et votre synonymie entre *sortir* et *dépasser* est renvoyée à une prochaine édition des synonymes de l'abbé Girard.

QUATRIÈME POINT. — *Le procédé que j'ai employé est le même que celui de Dupuytren.* Ma réponse est la conclusion de ce qui précède. D'après Aperill ou Froriep, et M. Coster, Dupuytren a fait la section *simultanée des deux muscles*, ou des *deux faisceaux* du sterno-cléido-mastoïdien; je fais la section *isolée* du sterno-mastoïdien, ou *successive* des deux muscles; Dupuytren a fait *deux* ouvertures à la peau, je n'en fais *qu'une*; Dupuytren a coupé les muscles *d'arrière* en avant, je les coupe *d'avant* en arrière; Dupuytren a introduit le bistouri du côté *interne* du muscle à son côté *externe*, je l'introduis, pour la section du sterno-mastoïdien, de son côté *externe* à son côté *interne*. Voilà, j'espère d'assez grandes différences : ce n'est pas le lieu d'en faire ressortir l'importance et les motifs.

CINQUIÈME POINT. — *Dans le cas où Dupuytren n'aurait pas fait l'opération que lui attribuent Ammon, Aperill et Froriep, ces chirurgiens n'en resteraient pas moins les véritables inventeurs de l'opération que je viens d'inventer.* Ce principe est fort juste, mais l'application ne l'est pas. En premier lieu, Aperill et Froriep ne peuvent avoir part à l'invention dont vous les gratifiez, attendu qu'ils n'ont fait que rapporter fidèlement, comme M. Coster, l'opération de Dupuytren. Reste donc ce pauvre M. Ammon. Il ne se doutait guère qu'en faisant de l'histoire de fantaisie, en prenant un lit pour une chaise, en jugeant la chirurgie française à vue de clocher, il allait se trouver l'inventeur d'un procédé chirurgical fort estimable; c'est pourtant ce qui lui est arrivé. Oui, M. Ammon a fait, comme M. Jourdain, un procédé chirurgical sans le savoir. Mais ce procédé, inventé comme la prose de M. Jourdain, est-il bien le mien? Heureusement non. Suivant Ammon et les autres chirurgiens qui ont appliqué son procédé, l'introduction du bistouri a lieu de *dedans en dehors*, *sous* le muscle, et la section de ce dernier est faite d'*arrière en avant*. Or, pardonnez-moi de vous le répéter, j'introduis mon bistouri de *dehors* en *dedans*, entre la *peau* et le *muscle*, et je coupe d'*avant en arrière*. Je renvoie pour les motifs assez importans qui m'ont fait préférer ce procédé, et insister sur les particularités qui le caractérisent, aux considérations d'anatomie chirurgicale exposées dans mon mémoire.

SIXIÈME POINT. *Richter a donné avant moi le précepte de couper, dans la plupart des cas, la portion du muscle qui s'attache au sternum.* Cela est vrai, Monsieur, mais vous oubliez une chose, c'est que, de la part de Richter, ce précepte est empirique. De ma part, c'est le corollaire pratique d'une série de vues scientifiques. J'avais établi que le sterno et le cleïdo-mastoïdiens sont deux muscles distincts anatomiquement et physiologiquement; j'avais démontré, à l'aide de caractères précis et d'expériences nouvelles, que, dans la généralité des cas, le chef sternal ou le sterno-mastoïdien est seul primitivement

(1) Je me suis assuré, en revoyant la copie de ma lettre, qui est entre les mains de M. Dezeimeris, que l'erreur n'est pas le fait de son imprimeur, mais de mon copiste.

peut sortir de sa bouche. La vue est abolie. Le pouls n'offre rien de remarquable. La respiration est pénible, un peu stertoreuse, assez fréquente. (Face pâle, constitution sèche, maigre.)

Le malade succombe neuf heures après, sans avoir présenté le moindre changement dans son état.

AUTOPSIE trente heures après la mort.

Les vaisseaux de la base du crâne sont ossifiés d'une manière très remarquable; les artères carotides et vertébrales ne se laissent couper qu'avec peine; les vaisseaux qui rampent dans la scissure de Sylvius sont ossifiés, les uns d'une façon continue, les autres en forme de chapelet. Le calibre de tous ces vaisseaux, des carotides et des vertébrales est considérablement diminué; quelques artères assez volumineuses sont totalement obstruées, et se présentent sous la forme de tubes pleins.

La pie-mère est infiltrée d'une très grande quantité de sérosité; cette infiltration lui donne dans quelques points une épaisseur de quatre ou cinq lignes; elle occupe toute la convexité des hémisphères, et l'on n'en trouve presque pas à leur base : la sérosité ruisselle quand on coupe la pie-mère. Cette membrane n'adhère dans aucun point au cerveau; les circonvolutions examinées avec le plus grand soin ne présentent aucune altération; les ventricules contiennent peu de sérosité.

On trouve à la partie moyenne du corps strié droit une légère dépression, sans aucune altération de couleur. Au-dessous de cette dépression, dans un espace de six lignes de largeur à peu près sur trois de profondeur, il semble que la substance cérébrale ait disparu, laissant une cavité remplie d'un tissu celluleux lâche, très-rare, infiltré de sérosité. Un filet d'eau tombant sur les parois de cette cavité montre qu'elles sont ramollies à peu près dans l'épaisseur de deux à trois lignes : il n'y a aucune altération de couleur.

Le cerveau est sain, peut-être un peu injecté; le cervelet, la moëlle, les autres organes sont à l'état normal.

Cette accumulation de sérosité dans la pie-mère paraît pouvoir être attribuée à la gêne de la circulation encéphalique. Je ferai remarquer en passant que si l'ossification des vaisseaux du cerveau est une cause aussi ordinaire qu'on le dise d'apoplexie, il est étonnant que cette altération ait pu faire d'aussi grands progrès, sans déterminer une hémorragie dans le cerveau. La rapidité des accidens peut s'expliquer en supposant que, par suite d'une cause inconnue, l'épanchement de sérosité se soit accru en peu d'instans d'une façon incompatible avec les fonctions cérébrales. Cependant, M. Rochoux, pénétrant plus intimement dans la nature de l'apoplexie, ne s'est pas contenté de la définition adoptée par les auteurs que j'ai cités; pour lui l'apoplexie est une *hémorragie par rupture, suite d'une altération du tissu propre de l'encéphale* (*Rech. sur l'apop.*, 2e édit., p. 159). Nous allons étudier maintenant cette altération particulière, et nous chercherons si la définition adoptée par M. Rochoux est applicable à tous les cas.

Parmi les causes auxquelles on a attribué l'hémorragie cérébrale, les unes consistent en une lésion organique du cerveau, les autres en une lésion éloignée, et les plus importantes seraient, d'après les recherches des modernes, d'une part, l'ossification des vaisseaux du cerveau, d'une autre part, l'hypertrophie du ventricule gauche du cœur.

Ces deux causes, dont l'action est, du reste, très simple et facile à comprendre, ont été rejetées par quelques critiques. L'ossification des artères du cerveau, vue par un très petit nombre d'observateurs, et admise beaucoup plus par analogie que par l'observation directe, n'a pas paru pouvoir rendre compte de tous les cas d'apoplexie, et, en effet, cette altération organique, facile à suivre dans les corps striés, est fort difficile à constater dans la substance blanche des hémisphères, où cependant se font beaucoup d'épanchemens sanguins. Quant à l'hypertrophie du cœur, son influence sur l'apoplexie a donné lieu à l'Académie de médecine (avril 1836) à une discussion, dans laquelle des chiffres assez imposans, apportés de part et d'autre, ont laissé cette question dans une incertitude, trop souvent unique résultat des débats académiques (1).

C'est probablement l'insuffisance de l'étiologie de l'apoplexie qui a conduit M. Rochoux sur les traces d'une altération, signalée par lui le premier à l'attention des observateurs; je veux parler du ramollissement hémorragipare.

Les objections n'ont pas manqué à cette doctrine. Des observations qui me sont propres, m'ayant convaincu de l'existence d'une lésion particulière de la substance cérébrale précédant l'hémorragie cérébrale, et cause de cette hémorragie, je vais rapporter ces observations, et indiquer les conclusions qui me paraissent devoir en être tirées. Je me hâte de dire cependant que, me contentant d'exposer ce que j'ai observé, et de le présenter sous le point de vue qui me paraît se rapprocher le plus de la vérité, je ne viens point soutenir ici, avec M. Rochoux, que ce ramollissement est la cause unique de l'apoplexie, et que, parmi toutes celles que rapportent les auteurs, il faut tout au plus admettre quelques prédispositions. Dans tous les cas d'apoplexie qu'il a observés, c'est-à-dire plus de cent fois, M. Rochoux a rencontré des traces du ramollissement hémorragipare. Sur une douzaine de cas d'apoplexie que j'ai observés, je n'ai jamais vu manquer ce ramollissement; mais ce dernier nombre, suffisant pour me convaincre de la possibilité de son existence, ne me paraît pas assez considérable pour m'autoriser à l'admettre comme cause nécessaire de l'apoplexie, d'autant plus que beaucoup d'auteurs assurent avoir rencontré les parois des foyers apoplectiques tout-à-fait exemptes d'altération.

Les foyers apoplectiques, tantôt très petits et très circonscrits, d'autres fois fort étendus, communiquent ordinairement, dans ce dernier cas, avec le ventricule latéral correspondant, et lorsque l'épanchement de sang est considérable, celui-ci, déchirant la cloison, distend tous les ventricules. Alors le cerveau présente à l'extérieur une sorte de boursoufflement, et les circonvolutions, aplaties contre les parois du crâne, offrent cet aspect que l'on rencontre si souvent chez les épileptiques, quand la masse cérébrale est hypertrophiée; on sent en même temps une fluctuation profonde, qui suffit pour faire reconnaître aussitôt la distension des ventricules.

Les foyers hémorragiques, de forme irrégulière, sont remplis de sang liquide, ou en caillots, ordinairement mêlés de substance cérébrale. Leurs parois, d'un rouge foncé, sont inégales, déchiquetées plus ou moins profondément, tapissées d'une sorte de chevelu, qu'il faut étudier sous l'eau, et qui n'est autre chose que de la substance cérébrale déchirée. Lorsque l'on projette un filet d'eau mince sur les parois du foyer, on soulève, sans les détacher tous, ces débris de substance cérébrale, et on pénètre plus ou moins profondément dans leur épaisseur, sans cependant jamais en déta-

(1) Cependant M. Rochoux (mémoire cité) a montré que, si l'apoplexie se rencontrait souvent unie à l'hypertrophie du cœur, cela tenait à la fréquence chez les vieillards de cette dernière affection qu'il a vue coïncider plus souvent encore avec d'autres maladies aiguës qu'avec l'apoplexie. Il fait remarquer aussi, avec M. Lallemand (p. 40), que le rétrécissement de l'orifice aortique, si fréquent dans l'hypertrophie du ventricule gauche, rend tout à fait nulle, dans un grand nombre de cas, l'action de ce ventricule sur la circulation cérébrale;

---

rétracté; j'en ai déduit le précepte de la section isolée de ce muscle. Vos lecteurs jugeront de la différence.

SEPTIÈME POINT.—*Vous avez vu dans le même Richter l'indication de la nécessité presque constante de* COMPLETER *la cure* (*du torticolis*) *par l'emploi de machines ou de bandages* APPROPRIÉS. Cette proposition, je vous l'avoue, m'avait d'abord fort effrayé; car elle tendait à me dépouiller de ce dont je fais le plus de cas, et de ce que je crois le plus nouveau dans mon travail. Mais, grâce à l'exemplaire allemand de Richter, que vous avez eu la bonté de me communiquer, et grâce à mon traducteur, je me suis un peu rassuré. Voici ce que dit Richter : « Aussitôt après l'opération, la tête reprend plus ou moins sa direction naturelle; il est néanmoins presque toujours nécessaire de la MAINTENIR dans cette position, au moyen de machines ou de bandages, *jusqu'à la guérison complète de la plaie.* » Cela ne dit pas tout à fait *compléter* le traitement, à l'aide de bandages *appropriés. Maintenir* la tête suppose qu'il n'y a rien à faire de plus pour le redressement; que l'opération chirurgicale a produit tout l'effet désirable; tandis que l'indication de *compléter* le traitement à l'aide de machines *appropriées* peut comprendre tout ce que j'ai vu sur l'insuffisance du traitement chirurgical, sur l'inclinaison persistante de la tête sur le cou, et l'inclinaison inverse de la colonne cervicale sur la colonne dorsale, lesquelles inclinaisons, en se balançant, donnent à la tête l'apparence du redressement; et l'indication des machines *appropriées* peut comprendre non-seulement les machines que j'ai imaginées, mais toutes les machines imaginables, pourvu qu'elles soient *appropriées*. Vous voyez, Monsieur, que malgré ma déférence pour votre sagacité synonymique, je ne puis admettre que *maintenir* et *compléter* soient tout-à-fait la même chose. J'ajouterai que Richter, en ne prescrivant l'emploi des machines que jusqu'à *cicatrisation de la plaie*, n'a pu vouloir dire jusqu'au redressement de la colonne cervicale, et jusqu'à la disparition totale des deux inclinaisons inverses de la tête et du cou, ce qui, comme l'a dit très spirituellement M. Bouvier, me tient tant à cœur. Vos lecteurs, qui ont justement confiance dans l'exactitude avec laquelle vous interprétez les auteurs, pourraient se demander si ma traduction avec *maintenir* vaut la vôtre avec *compléter*. Permettez-moi de les rassurer sur ce point, et de leur apprendre que la première traduction est de M. le bibliothécaire de l'Ecole-de-Médecine, et la seconde de M. Dezeimeris. Vous leur expliquerez, Monsieur, comment deux hommes aussi bien faits pour s'entendre ont pu traduire, dans le même journal, à quelques jours de distance, le même auteur, de deux manières aussi différentes. La première traduction se trouve EXPÉRIENCE, numéro du 20 avril, p. 539; la seconde, EXPÉRIENCE, 30 avril, p. 573.

HUITIÈME ET DERNIER POINT. *Syme d'Edimbourg, par son procédé opératoire, m'a devancé dans la seule découverte qui pût me rester après Richter.* Je suis désolé, Monsieur, d'être obligé de vous rappeler une dernière fois en quoi diffère mon procédé de celui de M. Syme et de tous les autres. M. Syme a fait, comme Dupuytren, comme Ammon, comme Dieffenbach, une ponction au *côté interne* du chef sternal, je la fais au *côté externe*; il a enfoncé son bistouri *sous* le muscle *de dedans en dehors*; je le glisse *entre la peau* et le *muscle* de *dehors en dedans*; il a divisé le muscle *d'arrière en avant*, je le divise *d'avant en arrière*. D'après le peu de détails de l'auteur anglais, mon traducteur était resté incertain sur la question de savoir si M. Syme avait ou non traversé la peau de

cher de lambeau. Tout autour du foyer se trouve une couche de une à deux lignes d'épaisseur, jaunâtre, formée par un ponctué de sang, dont les grains sont d'autant plus petits qu'ils sont plus extérieurs; et en dehors de cette couche, une autre, de même épaisseur à peu près, d'un jaune un peu fauve, sans ponctué, et se laissant, comme les parties les plus rapprochées du foyer, pénétrer par un filet d'eau, sans qu'il en entraîne une seule partie.

Examinées à la longue, ces diverses couches présentent un aspect lanugineux, comme feutré, tout-à-fait particulier, et indiquant une raréfaction bien prononcée de la substance cérébrale; et les points rouges dont j'ai parlé paraissent être de petits foyers hémorragiques (1).

Le ramollissement des parois du foyer apoplectique, le pointillé rouge, et la coloration jaune qui les environnent ont été reconnus et décrits plus ou moins exactement par les auteurs; mais on a attribué le ramollissement à la déchirure de la substance cérébrale par l'effort du sang; le pointillé rouge à l'inflammation, et la coloration jaune à l'imbibition de la partie liquide du sang.

Chacune de ces explications devant se trouver, je pense, suffisamment réfutée par les faits que je vais rapporter, je me contenterai des considérations suivantes :

En admettant que l'effort du sang épanché puisse agir sur la substance cérébrale de façon à la déchirer et à la ramollir en simulant une altération organique, il est des cas où cette explication n'est pas applicable.

Lorsqu'un foyer hémorragique s'ouvre dans un ventricule, il présente une altération aussi profonde de ses parois que lorsque le sang n'avait pu s'échapper par aucune issue, et cependant l'effort du sang s'est évidemment exercé dans le sens de la cavité ventriculaire, qui lui présentait le moins de résistance, et nullement dans le sens de la périphérie. On pourrait, peut-être, dans quelques cas, attribuer à l'effort du sang les déchirures que présente la paroi interne du foyer; mais cette cause ne peut, en aucune manière, servir à expliquer le ramollissement, la raréfaction de tissus que démontrent le filet d'eau et l'inspection microscopique, à une distance souvent considérable du foyer.

Quant au piqueté rouge qui entoure le foyer, et que l'on attribue à l'inflammation, je dirai que ce piqueté s'est rencontré aussi développé dans les hémorragies qui dataient de quelques heures seulement que dans celles qui remontaient à plusieurs jours. Je rappellerai que dans l'apoplexie les signes d'inflammation ne se développent habituellement qu'après un certain laps de temps; ainsi, dans les nombreuses observations rapportées dans l'ouvrage de M. Rochoux, le délire et les convulsions ne se sont jamais montrés avant le troisième jour, excepté dans deux cas, où ces symptômes étaient primitifs, et ne pouvaient, par conséquent, être attribués à une inflammation consécutive. On ne saurait donc considérer comme le fait de l'inflammation une lésion qui, loin de suivre cette marche croissante qui lui est propre, se montre, dès l'abord, dans tout son developpement et ne se montre aucunement en rapport avec les symptômes inflammatoires que l'on observe.

Enfin, relativement à la coloration jaune, qui, d'après M. Cruveilhier (*Loco cit.*, p. 200), ne commencerait à paraître que le troisième jour, je l'ai rencontrée bien avant cette époque, et aussi prononcée, lorsque la mort avait été très prompte, que lorsque la vie s'était prolongée quelques jours; j'ai vu aussi plusieurs fois que, lorsque la substance cérébrale en contact avec le sang épanché était saine et ne participait pas à l'altération hémorragipare, elle ne présentait pas de coloration jaune.

Je n'ai plus qu'une observation fort simple à faire à ceux qui, refusant d'attribuer à une lésion primitive les altérations qui environnent le foyer, disent avoir vu exemptes d'altérations les parois de foyers hémorragiques. Qu'était devenue dans ces cas la sérosité du sang épanché? Comment l'effort du sang n'avait-il pas altéré la cohésion des parois du foyer? Pourquoi le piqueté de l'inflammation ne s'était-il pas développé?

Admettre des foyers apoplectiques sans altérations à l'entour, c'est se mettre dans la nécessité d'attribuer au ramollissement hémorragipare celles que l'on y observe si souvent. On sait, du reste, que M. Rochoux nie qu'elles puissent manquer.

HÉMORRAGIE AVEC ALTÉRATION PROFONDE DU CORPS STRIÉ ET DE LA COUCHE OPTIQUE GAUCHES, ET DE LA PROTUBÉRANCE; MORT AU BOUT DE SEPT HEURES.

OBS. III. — Le nommé Lecavallé, âgé de 73 ans, est entré le 22 juillet au n° 28 de la première salle de l'infirmerie de Bicêtre. Cet homme est tombé, à six heures du soir, en mangeant, sans mouvement et sans connaissance. Décubitus sur le côté; perte complète de connaissance; bouche considérablement déviée à droite; pupilles très dilatées, immobiles; paralysie générale du sentiment et du mouvement; vomissemens; pouls un peu fréquent et dur; impulsion du cœur forte.

Mort à une heure du matin.

AUTOPSIE 24 heures après la mort.

Les sinus de la dure-mère sont très-gorgés de sang; l'arachnoïde offre une sécheresse remarquable. Les circonvolutions du cerveau sont aplaties; les anfractuosités ont disparu; on sent une fluctuation profonde.

La partie supérieure des hémisphères étant enlevée, et les ventricules ouverts, on trouve le ventricule droit plein de sérosité rougeâtre; à sa partie interne on voit un gros caillot se continuant dans le ventricule gauche, au travers de la cloison détruite. A ce caillot est mêlé un lambeau assez considérable de substance cérébrale, qui n'est peut-être autre chose que la cloison.

Le ventricule gauche contient un peu de sérosité rouge, et une grande quantité de caillots de sang, ayant l'aspect de la gelée de groseilles, et mêlés de petits lambeaux de substance cérébrale. Ces caillots semblent sortir d'une éraillure que l'on trouve à la partie externe de la couche optique et du corps strié, et conduisant à un ramollissement profond, qui s'étend dans la substance de l'hémisphère, en-dehors et au-dessous de la couche optique et du corps strié, jusqu'à la substance grise; ce ramollissement creuse aussi, en forme de poche, ces deux parties, dont la partie libre, saine, est soulevée dans le ventricule par des caillots qui les remplissent.

Le ventricule étant lavé avec soin, on voit que sa membrane est détruite, que ses parois sont presque partout malades, offrant une raréfaction de tissu apparente, surtout au moyen d'un filet d'eau, avec un pointillé d'un rouge vif et serré, et une coloration d'un jaune clair. Ces altérations s'étendent plus ou moins profondément, dans certains points, jusqu'à la substance grise, et sont d'autant plus prononcées qu'on les examine plus près du ramollissement de la couche optique. La membrane du ventricule droit est piquetée de rouge; les parois de ce ventricule offrent dans quelques points un ramollissement superficiel; à part cela, elles sont saines, bien qu'en contact avec des caillots volumineux.

La protubérance a été aussi le siége d'une hémorragie; elle est presque entièrement détruite dans son intérieur par un ramollissement tout à fait semblable à celui qu'offrait le corps strié gauche; les caillots se sont fait jour dans le troisième ventricule, et aussi dans le quatrième; les parois de ce dernier, distendus par le sang, sont saines et ne présentent ni rougeur ni coloration jaune. Le cœur est très volumineux, généralement hypertrophié et dilaté.

(1) Je n'ai jamais vu, même en employant un grossissement assez fort, de traces d'ossifications, ou de quelque autre altération artérielle, à l'entour des foyers que j'ai eu à observer.

part en part, comme Dupuytren, ou s'il n'avait fait qu'une seule ouverture; je lui ai opposé votre traduction, au moyen de laquelle il n'y a pas de doute possible: vous dites en effet : « On voit que l'auteur n'a fait qu'une SEULE *petite ponction.* » Cependant mon traducteur persiste à dire que le mot SEULE, que vous avez mis comme moi en lettres capitales, ne se trouve nulle part dans l'original. *Small puncture* veut dire petite ponction, mais non une SEULE petite ponction. Or une petite ponction (action de plonger) d'après Averill, Froriep et M. Coster n'exclurait pas deux ouvertures à la peau; et jusqu'à ce qu'on ait trouvé dans le texte de M. Syme le mot *seule*, que vous y avez glissé par inadvertance sans doute, et jusqu'à ce que le mot ponction veuille dire clairement qu'on n'a pas plongé jusqu'au-delà de la peau du côté opposé, je serai tenté d'ajouter aux différences que le procédé de M. Syme présente avec le mien, celle de deux ouvertures au lieu d'une. J'aurais beaucoup d'autres choses à ajouter pour répondre complètement à votre huitième proposition: car je ne puis consentir bénévolement à reconnaître que le procédé opératoire fût la seule chose qui me restât à découvrir après Richter; mais, pour justifier ma résistance, il faudrait vous énumérer de nouveau tous les points que vous avez contestés et que je ne crois pas contestables, et en rappeler beaucoup d'autres qui ont échappé jusqu'ici à vos persécutions bibliographiques. Je préfère, Monsieur,

.....Si parva licet componere magnis,

imiter le grand Corneille, qu'on appelait de son temps le *soi-disant auteur du Cid*, et vous renvoyer à la lecture de mon mémoire pour y trouver autre chose que ce qu'ont dit Richter, Dupuytren, Ammon, Syme, etc., comme l'auteur du *Cid* renvoyait les Fréron de son temps à la représentation de sa tragédie pour y montrer autre chose que ce qu'ils trouvaient dans les auteurs espagnols.

Agréez, je vous prie, Monsieur, la nouvelle assurance de ma parfaite considération.

JULES GUÉRIN.

Nota. En publiant cette lettre dans la GAZETTE MÉDICALE, nous n'avons pas voulu la faire échapper à la réplique de M. Dezeimeris. Nous prenons l'engagement au contraire de faire connaître la nouvelle réponse de notre savant confrère, lorsqu'elle aura paru dans son journal l'EXPÉRIENCE.

— JUS DE PERSIL SUCCÉDANÉ DU SULFATE DE QUININE. Un médecin anglais, le docteur Pott, a trouvé que le jus du persil frais était un excellent succédané du quinquina dans le traitement des fièvres intermittentes. Il prépare ce jus de la manière suivante: P. une poignée de persil frais, pilez-le dans un mortier, et versez-y une once d'eau; exprimez dans un linge propre et conservez le jus retiré dans une fiole. Trois onces de ce jus administrées deux heures avant le retour de l'accès ont constamment réussi à M. Pott pour prévenir le retour de la fièvre et la guérir radicalement.

— M. ISIDORE GEOFFROY SAINT-HILAIRE, membre de l'Académie des sciences, commencera mardi prochain, 8 mai, à 11 heures, au Muséum d'histoire naturelle, un cours de zoologie, qu'il continuera les jeudis, samedis et mardis suivans. Le professeur traitera cette année de l'histoire naturelle des mammifères.

Je ne reviendrai point ici sur les considérations que j'ai déjà établies et qui s'appliquent parfaitement à cette observation. Je ferai seulement remarquer la promptitude de la mort, l'étendue de l'altération de la substance cérébrale, qu'il me paraît absolument impossible de ne pas regarder comme primitive à l'hémorragie; enfin l'intégrité des parois du quatrième ventricule.

APOPLEXIE DE LA PROTUBÉRANCE; MORT CINQ HEURES APRÈS L'ATTAQUE.

Obs. IV. — Le 15 juillet 1836 est entré, au n° 28 de la première salle de médecine de Bicêtre, le nommé Puyvergue, âgé de 80 ans. A cinq heures du matin il tomba tout à coup sans connaissance et sans mouvement. Il éprouva, en même temps, une contracture générale, un tremblement de toutes les fibres musculaires, avec perte de la sensibilité. A huit heures et demie, résolution de tous les membres, abolition complète de la sensibilité et de l'intelligence; pupilles immobiles; la peau est très chaude, le pouls fréquent et la respiration bruyante; il n'y a pas de stertor, mais un râle trachéal; les extrémités sont très pâles et un peu froides.

Le malade meurt à neuf heures et demie environ, cinq heures après l'attaque.

Autopsie vingt-quatre heures après la mort.

On ne trouve point de sérosité dans les enveloppes du cerveau; la pie-mère est infiltrée de sang dans quelques points. La surface du cerveau n'offre rien à noter; seulement il présente une sorte de fluctuation profonde, qui annonce la réplétion des ventricules. Ceux-ci étant ouverts, il s'en écoule plusieurs onces d'une sérosité sanguinolente; leurs parois sont saines, le septum lucidum en est déchiré. La protubérance représente une sorte de poche remplie de caillots sanguins, dont les parois minces, surtout en bas, paraissent saines au-dehors. Le foyer se termine dans les pédoncules du cervelet, s'étend en avant le long des pédoncules du cerveau, jusque dans les couches optiques. Autour de ces caillots, on voit des lambeaux de substance cérébrale ramollie, qu'un filet d'eau soulève sans les détacher entièrement, et qui, tachetés de rouge et de blanc, paraissent formés d'un mélange intime de substance cérébrale et de la partie fibrineuse du sang. La pulpe cérébrale présente, dans plusieurs points autour du foyer, un pointillé rouge, serré, une couleur fauve; dans d'autres points elle paraît seulement feutrée, raréfiée.

Le cœur présente des traces d'une ancienne péricardite; il y a une très large dilatation des ventricules, sans hypertrophie appréciable.

APOPLEXIE DE L'HÉMISPHÈRE DROIT; MORT AU BOUT DE QUATRE JOURS.

Obs. V. — Le 18 février 1836, le nommé Charles Brunet, âgé de 79 ans, est porté à l'infirmerie. Cet homme vient de tomber sans connaissance; il a le col court et beaucoup d'embonpoint. Il y a hémiplégie complète à gauche; un peu de contracture et beaucoup d'agitation du bras droit. La respiration est fréquente, stertoreuse par instans. La bouche est légèrement déviée à gauche; la face est pâle; il y a des baillemens répétés. L'intelligence paraît complètement abolie.

Cet état se prolonge pendant quatre jours sans changemens importans à noter; et, au bout de ce temps, le malade succombe.

Autopsie trente heures après la mort.

Il y a une infiltratium sanguine de la pie-mère assez large, au-dessus de l'hémisphère droit.

La partie supérieure de l'hémisphère droit étant enlevée, on pénètre dans une vaste cavité remplie de sang en caillots très diffluens, et qui, occupant tout le lobe moyen, s'étend dans la partie postérieure du lobe antérieur, et la partie antérieure du lobe postérieur.

Le foyer, dont la forme générale est celle de l'hémisphère, s'étend jusqu'à un demi-pouce de la face supérieure du cerveau, et quatre ou cinq lignes de la face externe. Il est rempli de caillots noirâtres, de couleur de gelée de groseilles, mêlés de lambeaux de substance cérébrale détachés des parois du foyer. Ces caillots étant enlevés par un filet d'eau, on voit, de la paroi inférieure du foyer, s'élever beaucoup de lambeaux de substance cérébrale, nageant dans l'eau dont est rempli le foyer, à la manière d'un gazon épais.

La substance cérébrale qui environne le foyer est très molle, et se laisse facilement pénétrer par le doigt. Lorsqu'on l'examine par tranches successives, on la voit dans l'épaisseur d'une ou plusieurs lignes, suivant les points, jaunâtre, extrêmement molle et raréfiée, se détachant d'elle-même en lambeaux. Dans les points où les parois du foyer ne présentent qu'une épaisseur peu considérable de ramollissement, il est aisé de voir que la substance ramollie s'est détachée et mêlée aux caillots sanguins. Dans beaucoup de points au pourtour du foyer, on trouve un pointillé rouge foncé.

Examinée à la loupe, la substance ramollie présente un aspect jaunâtre, très raréfié, comme lanugineux, avec un grand nombre de points rouges tout à fait semblables à de petits foyers.

L'hémisphère gauche est sain.

Le cœur est volumineux. Il y a une hypertrophie, mais peu considérable, du ventricule gauche.

L'orifice auriculo-ventriculaire gauche présente un commencement d'ossification.

APOPLEXIE DE L'HÉMISPHÈRE DROIT; MÉNINGITE; MORT LE SIXIÈME JOUR.

Obs. VI. — Le 20 septembre 1836 au soir, le nommé Baspt, âgé de 72 ans, fut pris de gêne dans les mouvemens, d'embarras de la parole, et d'une céphalalgie intense.

Le lendemain, il entra à l'infirmerie de Bicêtre.

Le bras gauche était contracturé et privé de sentiment.

L'intelligence paraissait intacte; la face était colorée; la parole embarrassée; la langue non déviée. Le malade se plaignait d'une douleur vive du côté droit de la tête.

Les jours suivans, il survint de la fièvre, du délire, de la paralysie des pupilles; quelques pertes de connaissance; le malade succomba le sixième jour. Autopsie vingt-quatre heures après la mort.

L'arachnoïde présente dans quelques points de l'opacité et de l'épaississement; la pie-mère est assez injectée; elle est infiltrée de sang au-dessous du cervelet.

La superficie du cerveau n'offre rien à noter. On trouve dans la partie postérieure de l'hémisphère droit une grande quantité de caillots sanguins, remplissant le ventricule latéral, et le lobe postérieur est en partie détruit.

Les parois du foyer sont formées de la substance grise corticale, et d'une ligne ou deux de substance blanche en bas et en arrière. En haut le foyer ne s'élève guère au-dessus du niveau du corps calleux.

Les parois du foyer présentent un ramollissement de la substance cérébrale, peu profond, formant une sorte de chevelu qui surnage dans l'eau; et, en outre, dans une épaisseur variée, une coloration jaune, et un pointillé rouge d'autant plus serré qu'il est plus proche du foyer.

Le ventricule droit est rempli de caillots de sang. Sa partie postérieure, qui touche au foyer que nous venons de décrire, présente le même ramollissement, avec coloration jaune et pointillé rouge; mais plus loin, bien que distendus par des caillots, les parois sont saines, et n'offrent pas la moindre coloration, le moindre ramollissement. Examinées au microscope, les parois du foyer hémorragique présentent une raréfaction de tissu remarquable, et que l'on distingue à l'œil nu. Un filet d'eau tombant sur elles les pénètre jusqu'à une certaine profondeur, et en sépare des lambeaux sans les détacher entièrement.

L'hémisphère droit est sain.

Le cœur est assez volumineux. Les deux ventricules sont dilatés sans hypertrophie.

Ces observations me paraissent suffisantes pour justifier les considérations que j'ai émises plus haut, et je crois inutile de faire ressortir ce qu'elles présentent de concluant; qu'on me permette seulement d'ajouter quelques réflexions, qui, si je ne me trompe, ne sont pas sans valeur.

Une des circonstances les plus défavorables à la doctrine du ramollissement hémorragipare, c'est l'absence de symptômes précurseurs. « L'examen approfondi des faits, dit M. Cruveilhier, m'a convaincu que le ramollissement était toujours consécutif ou simultané, primitif dans des cas exceptionnels. Mon opinion est motivée : 1° par l'analyse des symptômes et surtout par leur instantanéité; 2° par l'étude des foyers apoplectiques récens. Tout ce qui entoure le foyer sanguin est en général dans *l'état le plus parfait d'intégrité*. Le ramollissement rouge, lorsqu'on le rencontre, présente les caractères d'une lésion récente et contemporaine du foyer apoplectique. » (*Loco cit.*, p. 211.) J'ai rapporté plus haut des exemples de lésions bien réelles environnant le foyer apoplectique, et je crois avoir déjà dit que sur une douzaine d'apoplexies que j'ai observées, j'ai toujours rencontré autour du foyer des altérations aussi évidentes; on a pu voir aussi jusqu'à quel point elles présentaient le caractère de lésions contemporaines de l'hémorragie. « Quant à l'absence de symptômes précurseurs, dit M. Rochoux, c'est la loi générale de tous les changemens que l'économie éprouve sous l'influence du mouvement nutritif. Il en résulte que toutes les maladies qui ont là leur point de départ ont toujours fait de très grands progrès avant de se révéler par le plus léger symptôme. » (*Mém. cité*, p. 15.) Il est certain que de tous les organes, le cerveau est celui qui nous présente l'exemple le plus frappant de l'influence qu'exerce sur les symptômes le degré de rapidité avec lequel se développe une lésion. Quelques cuillerées de sérosité sécrétées en peu d'instans dans la cavité de l'e‹céphale déterminent une mort prompte, tandis que d'énormes quantités de liquide peuvent s'y amasser sans presque développer de symptômes. On peut mettre en regard des accidens que détermine toute altération aiguë de la substance cérébrale, l'observation suivante rapportée par Abercrombie (*loco cit.*, obs. XCI) : Une jeune personne, après avoir éprouvé des accidens cérébraux assez graves, vit sa santé se rétablir assez bien dans les deux derniers mois de sa vie pour qu'elle pût se marier et aller dans le monde. Un matin, elle fut trouvée morte dans son lit. L'hémisphère gauche du cerveau était converti en une poche dont les parois n'avaient que quelques lignes d'épaisseur, et contenait une pulpe molle, claire, mêlée de masses irrégulières d'une substance albumineuse coagulable par la chaleur. Il n'est personne qui n'ait rencontré, surtout dans des cerveaux de vieillards, des lésions organiques de toutes sortes, et dont rien n'avait pu faire soupçonner l'existence durant la vie.

Je n'ai plus qu'une considération à présenter sur l'existence du ramollissement hémorragipare; mais je la crois digne de quelque attention, car elle peut mener à regarder, avec M. Rochoux, l'existence de ce ramollissement comme nécessaire à la production d'une hémorragie cérébrale (1).

(1) Il résulterait des recherches microscopiques du docteur Gluge que l'on trouverai... toujours autour des foyers apoplectiques du cerveau les plus récens, des trac es d un travail anormal de nutrition, remontant nécessairement à une épo que plus ou moins éloignée.

D'après la théorie généralement reçue de l'apoplexie, l'hémorragie cérébrale se ferait par suite de la rupture d'un ou de plusieurs vaisseaux, due à une altération de leurs parois, ou à la force d'impulsion du cœur. Eh bien! je crois que l'on peut avancer que tant que la substance cérébrale n'est pas altérée profondément dans sa texture, la rupture d'un ou de plusieurs vaisseaux est incapable de produire une hémorragie; et voici ce qui le prouve: il ne se fait point d'hémorragie dans les plaies de la substance cérébrale, bien qu'alors de nombreux vaisseaux soient coupés. Dans la contusion du cerveau, la substance contuse, ordinairement la substance grise des circonvolutions, présente un pointillé très fin et serré, produit sans aucun doute par la rupture d'un grand nombre de vaisseaux, et il ne se fait pas habituellement d'hémorragie dans la substance cérébrale, tandis qu'il y a toujours ou presque toujours une extravasation de sang dans la pie-mère. Cela s'explique très bien par la densité de la substance cérébrale, qui s'oppose à la sortie du sang des vaisseaux, et agit en quelque sorte sur eux comme un bouchon. — Chez un homme qui, avant de succomber à une affection organique du cœur, avait présenté des symptômes d'irritation encéphalique, voici ce que je rencontrai: au milieu du lobe antérieur de l'hémisphère gauche, dans l'étendue d'un pouce carré à peu près, la substance cérébrale présentait un léger ramollissement que je constatai par le toucher et par un filet d'eau; en même temps on y voyait un grand nombre de petites plaques rouges régulièrement arrondies, d'une grande ténuité, ayant en général à peu près un quart de ligne de diamètre; ces petites plaques étaient évidemment des gouttelettes de sang sorties de vaisseaux rompus sans doute par la force de l'hypérhémie, car chacune d'elles était supportée par un petit vaisseau injecté qui s'y terminait. C'est à la loupe que fut constatée cette opération. Pourquoi donc ne s'était-il point fait d'hémorragie dans ce cas? Ces faits (car ce sont des faits connus de tout le monde et point des théories) me paraissent de nature à faire douter de la justesse du rapprochement de l'hémorragie et de la contusion du cerveau (M. Cruveilhier) et de l'hypérhémie cérébrale (M. Lallemand).

Je ne m'étendrai point davantage sur les points de l'histoire de l'hémorragie cérébrale que j'ai cherché à éclairer. Sans doute les idées émises par M. Rochoux, dans son ouvrage sur l'apoplexie, n'avaient pas besoin de mon appui; cependant j'ai cru qu'il ne serait pas inutile de rappeler un peu à l'attention des médecins des faits trop généralement méconnus.

REVUE DES JOURNAUX DE MEDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS TRIMESTRIELS.

I. THE EDIMBURGH MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL.

Le premier cahier de cette année de ce journal contient les articles originaux suivans: 1° *Rapport du comité de pharmacopée au collège royal des médecins d'Edimbourg sur l'altération des drogues*; observations sur le même sujet par M. Christison; 2° *Sur le laryngisme bruyant ou spasme de la glotte*; par William Kerr; 3° *Sur la contagion du choléra malin*; par M. James Simpson; 4° *Observations sur le choléra*; par M. John Paterson; 5° *Sur la fievre puerpérale épidémique*; par M. Ingleby; 6° *Faits relatifs aux formes graves de l'hystérisme*; 7° *Composition de la poudre de James*; par M. Douglas Maclagan; 8° *Remarques statistiques sur la mortalité des chevaux*; par M. Henry Marshall; 9° *Cas d'anthracosis ou d'infiltration noire du poumon*; par M. Stralton; 10° *Expériences et observations sur les propriétés médicinales de l'euphorbium*; par le docteur Paul Veitch.

DE L'ALTÉRATION DES MÉDICAMENS; par le docteur CHRISTISON; rapport fait au collége royal de médecine d'Edimbourg.

Cet article, qui concerne plus spécialement les médecins de l'Angleterre où l'exercice de la pharmacie n'est soumis à aucun réglement scientifique, peut pourtant être encore de quelqu'intérêt pour les médecins français qui ont aussi trop fréquemment à se plaindre de l'infidélité des agens médicinaux qu'ils emploient, infidélité qui doit souvent dépendre d'une altération frauduleuse.

Ces fraudes sont devenues si communes en Angleterre où l'on emploie beaucoup plus de médicamens énergiques que chez nous, et conséquemment elles doivent être très productives, que les colléges de médecine de Londres et d'Edimbourg ont déjà cherché à plusieurs reprises les moyens d'apporter remède aux maux qui en résultent. Tel est l'objet du rapport du docteur Christison qui est divisé en trois parties: dans la première, il cite quelques exemples de ces altérations graves; dans la seconde, il cherche à s'élever à la connaissance des causes de ces altérations frauduleuses, des lieux où elles s'opèrent et des circonstances commerciales qui les favorisent; dans la troisième enfin, il indique les moyens propres à prévenir ces abus. Nous allons reproduire quelques-uns des documens contenus dans les deux premières parties; l'auteur se bornant dans la troisième à demander pour l'Angleterre des établissemens semblables à ceux qui existent en France et qui cependant ne suffisent pas, comme on ne le sait que trop, pour empêcher complètement les maux dont il se plaint.

1° Parmi les médicamens qui sont le plus fréquemment altérés, M. Christison cite en première ligne *l'iodure de potassium* qui est souvent mélangé avec le carbonate de potasse. Quand il n'y a qu'une petite quantité de ce sel dans l'iodure de potassium, une, deux, trois ou tout au plus cinq parties sur cent, on peut l'attribuer à la manière dont il est fabriqué; mais quand il y en a dix ou quinze pour cent, on ne peut le considérer comme de bonne qualité. Il dit en avoir trouvé plusieurs fois jusqu'à quatre-vingt-dix pour cent. Quelquefois c'est le muriate de soude qui est mélangé à ce sel, mais rarement il s'y trouve dans la proportion de plus de dix pour cent.

L'iode est aussi fréquemment altéré par l'introduction de substances fixes, l'oxide de manganèse, la brique réduite en poudre, mais il y a une autre cause d'impureté que présente presque toujours l'iode anglais et surtout celui qui est importé d'Angleterre en France, c'est la présence d'une quantité d'eau qui, d'après ce que M. Robiquet a appris à l'auteur, varie de quinze à vingt pour cent. Cette fraude qui n'a d'autre résultat que de diminuer l'énergie de l'iode et conséquemment d'en élever le prix a été la cause d'une grande diminution dans les quantités d'iode exportées d'Angleterre.

L'éther nitrique est encore un des agens médicinaux qui sont le plus facilement et le plus souvent altérés; ainsi M. Christison cite un pharmacien chez lequel il trouva de l'éther à trois prix différens: 2 schellings, 3 sh. et demi et 4 sh. et demi la livre, différence qui ne pouvait dépendre que du mélange de l'éther pur avec de l'alcool rectifié, ou peut-être, ce qui serait plus économique, avec de l'eau.

Le fréquent usage que font les Anglais de purgatifs fait naturellement supposer que les substances composées qu'ils emploient, comme la gomme gutte et la scammonée, doivent être l'objet d'altérations fréquentes; aussi pour la scammonée que les Anglais tirent de Siam, et dont il existe dans le commerce trois espèces; la première, qui contient environ soixante-treize pour cent de résine, est seule pure; la seconde contient environ onze pour cent de matières étrangères, et la troisième, vingt-quatre, trente-cinq et même jusqu'à cinquante-une parties sur cent. La première qualité qui se vend dans le gros 32 schellings la livre est extrêmement rare dans le commerce; le prix de celle qu'on emploie le plus communément varie de 14 à 18 schellings, preuve qu'elle a été considérablement altérée. La chaux et une matière amylacée sont les seules substances étrangères qu'elle contient.

L'opium, l'acide hydrocianique, la strychnine, le laudanum fournissent à l'auteur l'occasion de remarques semblables; ainsi après avoir analysé dix-sept échantillons de laudanum pris chez dix-sept différens pharmaciens, il a trouvé entre eux des différences considérables, et qui faisaient varier la force dans le rapport de trois à un et même plus encore.

2° Pour remonter à la source de ces nombreuses altérations, M. Christison est obligé d'entrer dans quelques détails sur la manière dont se fait le commerce de la droguerie en gros; et des documens qu'il a recueillis il ressort évidemment que le plus grand nombre des altérations qu'il a signalées viennent de l'exigence du commerce de détail qui, pour obtenir des marchandises à un prix inférieur, oblige les marchands en gros à opérer des mélanges qui diminuent à la fois le prix et l'énergie des agens médicamenteux.

DU SPASME DE LA GLOTTE (LARYNGISMUS STRIDULUS); par M. W. KERR.

La maladie qui fait le sujet de cette communication est connue sous les noms différens d'asthme spasmodique, de croup spasmodique ou nerveux qui lui ont été donnés, parce que le symptôme le plus important qu'elle offre est une dyspnée qui survient subitement chez les enfans, et qui, pendant le peu de temps qu'elle dure, donne à leur respiration un son rauque analogue à celui du croup; fréquemment même la suffocation paraît plus imminente que dans cette dernière maladie, et quelquefois la glotte reste entièrement fermée pendant un certain temps, ce qui détermine une lutte affreuse ou même amène la mort subitement. D'un autre côté, les accès de cette maladie sont dans quelques cas si légers qu'ils passent presque inaperçus.

C'est de six à dix-huit mois que les enfans sont le plus exposés à cette maladie, et l'auteur dit ne l'avoir jamais observée après trois ans. C'est presque toujours en hiver qu'elle commence, et quand l'été arrive elle cède ordinairement à un traitement convenable; mais si l'on n'y fait pas attention, elle revient l'hiver suivant. Les enfans qui y sont le plus prédisposés sont ceux qui paraissent jouir de la plus belle santé. Le docteur Marsh dit ne l'avoir observée que chez les enfans scrofuleux, ou issus de parens scrofuleux, et le docteur Ley partage la même opinion.

Le premier symptôme est un embarras léger dans la respiration qu'on attribue ordinairement au froid. Les premiers spasmes n'inspirent ordinairement aucune crainte aux parens; mais peu à peu ils deviennent plus fréquens et plus intenses, et se compliquent d'autres symptômes qui ne paraissent pas se rapporter à la maladie de la glotte. Les pouces sont fortement fléchis sur les mains; les mains fortement serrées, et quand on les écarte elles reviennent immédiatement à leur première position. Les pieds sont tournés en dedans et en arrière, et la face dorsale des mains et des pieds est gonflée. Ces symptômes sont plus distincts lorsque les accès sont rapprochés; quand ils sont éloignés on les observe difficilement. Quelquefois, pendant un jour ou deux, à la suite des convulsions, les pouces sont si constamment et si fortement serrés contre la paume de la main et les doigts conservent tant de raideur que l'enfant ne peut tenir à la main un morceau de pain. D'autres fois, à la suite des convulsions, on voit le pouce et les doigts rester pendant quelque temps comme paralysés, ou bien tellement sensibles que la moindre pression ne peut être supportée. Dans les cas graves, l'enfant urine moins fréquemment et moins abondamment que dans l'état de santé. Dans le même cas, il y a aussi un certain degré de paralysie dans les muscles de la déglutition, et l'enfant ne peut avaler les liquides qu'en très petite quantité et avec moins de difficulté que les alimens; mais un autre symptôme de même genre, c'est l'impossibilité pour l'enfant de se tenir debout, de marcher. L'auteur dit avoir remarqué que les enfans qui avaient été atteints de cette maladie commençaient à parler plus tard que les autres. Les fesses deviennent rouges, et il en sort une sérosité aqueuse.

Ordinairement l'enfant est affecté en même temps d'un coryza. La plupart des enfans qui en sont atteints sont doués d'une grande mobilité. Lorsqu'ils sont dans les bras de leurs nourrices, ils se jettent de tous côtés, et on a bien de la peine à les empêcher de tomber, et si on les met à terre, ils ne peuvent se tenir sur les jambes. Une circonstance légère en apparence, la moindre contrariété, peut amener un accès.

Quelquefois, il n'y a pas moins de vingt ou trente accès par jour; d'autres fois, une journée entière se passe sans qu'il y en ait. Fréquemment, l'accès commence durant le sommeil de l'enfant, et, pendant sa durée, tous les phénomènes paraissent être produits par le besoin d'air, et souvent la figure de l'enfant devient livide. Après que l'accès est passé, l'enfant crie pendant quelques instans, et bientôt il n'y paraît plus. L'appétit, le sommeil et les forces ne sont altérés que quand les accès sont fréquens.

On a vu l'enfant mourir asphyxié pendant l'attaque, et il n'y a pas de signe précurseur qui annonce l'arrivée de l'accès; mais le plus souvent c'est par les convulsions que la maladie se termine d'une manière funeste. Alors, les accès deviennent de plus en plus nombreux, et le spasme de la glotte disparaît au milieu des convulsions générales.

L'auteur rappelle parmi les causes auxquelles on a rapporté cette maladie, l'opinion du docteur Marsh, qui l'attribue à la dentition; celle du docteur Ley, à la compression exercée par les ganglions du col sur le pneumogastrique; celle du docteur Wakeley, à la compression du même nerf par les tubercules.

L'examen nécroscopique des enfans qui ont succombé à la maladie ne jette aucune lumière sur sa nature. Dans un cas rapporté par l'auteur, le larynx et la trachée n'offraient rien d'anormal. On n'observait que les lésions qui dépendaient de la suffocation, la langue sortait de la bouche, et la figure du malade était livide.

L'auteur passe en revue les différentes médications qui ont été employées, et conseille, comme moyen préservatif, de tenir l'enfant chaudement, et de ne pas l'exposer au froid. Mais quand une fois la maladie est déclarée, si elle est peu grave, l'air frais et surtout le grand air suffit quelquefois pour faire cesser immédiatement le spasme. Quant aux cas graves, nous ne trouvons aucun document de quelque importance sur la médication convenable; ils rentrent évidemment dans les cas de convulsions, et sont aussi obscurs qu'eux.

Nous sommes étonné que l'auteur, dans l'historique de cette maladie, ait oublié les recherches des médecins allemands, qui nous semblent avoir étudié la même maladie sous le nom d'asthme thimique.

DE LA FIÈVRE ÉPIDÉMIQUE PUERPÉRALE; par le docteur INGLEBY, professeur d'accouchement à l'école de médecine de Birmingham.

Le travail du docteur Ingliby nous paraît avoir pour but principal de soutenir une opinion déjà émise par plusieurs écrivains: savoir, que la fièvre puerpérale a beaucoup de rapport avec l'érysipèle, et qu'elle ne se lie pas essentiellement à la péritonite, mais accidentellement. Il soutient encore que cette maladie est contagieuse, et rapporte des exemples très frappans en faveur de cette opinion; non-seulement il pense que la fièvre puerpérale est contagieuse par elle-même; mais il ressort des faits qu'il rapporte que l'érysipèle pourrait donner lieu par la voie de contagion à la fièvre puerpérale; il cite un grand nombre d'épidémies d'érysipèle qui co-existaient avec des épidémies de fièvre puerpérale, et indique une foule d'auteurs qui ont rapporté des faits à l'appui de cette opinion. Il analyse un grand nombre de cas qu'il dit avoir observés lui-même ou avoir reçu de ses amis où la fièvre puerpérale survint dans les conditions où, supposant l'érysipèle contagieuse, les malades auraient contracté cette dernière affection. Nous trouvons, il est vrai, quelques faits qui semblent se rapporter à un autre ordre de causes, et où, par exemple, le typhus parait avoir donné naissance à des épidémies de fièvre puerpérale.

Bien que cette opinion ne compte peut-être pas un seul partisan en France, nous ne pouvons cependant nous dispenser de conclure avec lui des faits nombreux qu'il a accumulés dans ce travail, que le praticien doit toujours éviter de visiter une femme en couche après avoir vu un malade atteint de typhus ou d'érysipèle, ou après avoir fait l'autopsie d'une femme morte de fièvre puerpérale, sans avoir pris les précautions que la simple propreté n'imposerait pas telles qu'une ablution et le changement de vêtemens.

Dans l'exposé des différens traitemens employés contre la fièvre puerpérale, il rappelle surtout le succès obtenu à Kiel, par le docteur Michaëlis, de l'emploi de la glace à l'intérieur et à l'extérieur.

CHOIX DE CAS D'HYSTÉRIE GRAVE ET IRRÉGULIÈRE, ET SPÉCIALEMENT 1° HÉMORRAGIES HYSTÉRIQUES; 2° AFFECTIONS NERVEUSES HYSTÉRIQUES; par le docteur LAYCOK.

Ce travail est la suite de celui dont nous avons donné l'analyse dans notre dernière revue du même journal. Mais comme cette partie-ci ne contient que des faits sans inductions ni réflexions, et que l'auteur doit continuer de publier ses recherches sur le même sujet, nous renvoyons à rendre compte de cet article avec ceux qui le suivront.

NOTE SUR LA COMPOSITION DE LA POUDRE DE JAMES; par le docteur DONGLAS-MACLAGAN.

Il résulte de la lecture de cette note assez longue, qu'on ne connaît pas encore parfaitement en Angleterre la composition de la poudre de James qui, cependant, y est employée depuis plus d'un siècle comme fébrifuge dans la pratique médicale, et même dans la médecine domestique. Tout ce qu'a pu apprendre un grand nombre de recherches qui sont rapportées dans cette note, c'est que cette poudre, dont on vend deux espèces en Angleterre, et au prix élevé de trente francs l'once, ne paraît contenir d'autre agent actif que le *pulvis antimonialis*, dont une égale quantité ne coûterait pas plus de 60 ou 80 centimes.

RECHERCHES STATISTIQUES SUR LA MORTALITÉ DES CHEVAUX DANS LA CAVALERIE ANGLAISE; SUR LE NOMBRE DE CHEVAUX QUI DEVIENNENT IMPROPRES AU SERVICE; AVEC QUELQUES OBSERVATIONS SUR LE CHOIX, LA MANIÈRE DE DRESSER ET DE NOURRIR LES CHEVAUX, ADOPTÉE DANS LES RÉGIMENS DE LA CAVALERIE ANGLAISE; par le docteur HENRY MARSHALL.

Cet article, qui sort un peu du sujet habituel de nos recherches, nous paraît cependant offrir assez d'intérêt pour que nous croyions devoir reproduire quelques-unes des données les plus importantes qu'il contient.

NOURRITURE. Chaque cheval une fois dressé reçoit par jour douze livres de foin, dix livres d'avoine, et huit livres de paille, qui sont employées par la litière.

Les tables, dressées sur une observation de huit années et pour un régiment de grosse cavalerie, prouvent que la mortalité s'élève à 2, 8 par an sur cent, et que le nombre de chevaux devenus impropres au service est de 6, 9 sur cent par an; ce qui établit une perte de 11 chevaux sur cent par an.

OBSERVATION D'UN CAS D'ANTHRACOSIE OU D'INFILTRATION NOIRE DES POUMONS; par le docteur TH. STRATTON.

L'auteur propose le mot *anthracosie* pour désigner la maladie qui, jusqu'ici, l'a été sous les noms différens de pseudo-mélanose, mélanose des charbonniers, etc; signalée, pour la première fois, par le docteur Gregory, en 1831, et dont lui-même rapporte le cas suivant :

OBS. — G. Harrison, après avoir travaillé, pendant cinquante ans, dans les mines de charbon de terre, est mort à l'âge de 70 ans. Depuis quatre ans, il demeurait dans la maison de travail de Tynmouth, et déjà il avait cessé, avant d'y entrer, de travailler dans les mines. Plusieurs années avant de mourir, il avait offert les symptômes d'une bronchite chronique avec peu de dyspnée, une expectoration considérable et qui n'avait jamais paru noire ; le râle muqueux était plus abondante à gauche qu'à droite, et le bruit obtenu à la percussion était normal. Dans les derniers temps il s'était plaint d'une douleur dans l'hypocondre droit et avait offert les symptômes d'une hydropisie abdominale, avec œdème aux extrémités inférieures.

AUTHOPSIE. — THORAX. Les plèvres costale et pulmonaire sont réunies par des adhérences fermes et très étendues. Les deux poumons offrent à l'extérieur et à l'intérieur une coloration d'un noir foncé très uniforme. Un fragment du tissu pulmonaire, frotté sur la main, la teint en noir, et cette tache n'est enlevée qu'avec peine par l'eau. Un morceau mis dans l'eau lui donne la couleur de l'encre de chine. On trouve dans les deux poumons des masses dures et du volume d'un haricot; ces masses sont plus nombreuses au centre des deux poumons, et plus encore dans le poumon gauche que dans le poumon droit. Le poumon gauche contient, en outre, plusieurs masses calcaires, qui sont enchassées au milieu de ce tissu noir. On ne trouve de matière noire ni dans les glandes bronchiques ni dans aucune autre partie du corps.

Le cœur était à l'état normal.

ABDOMEN. Le péritoine contenait une grande quantité de sérosité; le foie et la rate étaient très diminués de volume; les reins à l'état normal.

L'auteur fait remarquer qu'en même temps qu'il y avait dans le poumon gauche une plus grande quantité de ce qu'il appelle matière anthacrosique, de ce côté aussi les adhérences étaient plus nombreuses et la bronchite plus prononcée. « Si, dit-il, nous supposons que la matière anthacosique eût été inspirée par cet homme pendant son travail dans les mines et que, pendant les cinq ou six années qu'il discontinua ce travail, les poumons travaillèrent à se débarrasser de cette matière étrangère, on conçoit qu'elle a dû rester en plus grande quantité dans le poumon gauche, dont l'action fut gênée par les plus nombreuses adhérences, par le rétrécissement des tuyaux bronchiques et par le mucus qui obstruait les bronches. »

EXPÉRIENCES ET OBSERVATIONS SUR LES PROPRIÉTÉS MÉDICINALES DE L'EUPHORBIUM; par le docteur PAUL VEITCH.

Nous ne reproduirons pas les recherches historiques que fait l'auteur sur cette substance qui est appelée improprement une gomme résine, ni la discussion qu'il établit pour connaître les lieux d'où elle est apportée par le commerce. Nous nous bornerons à rapporter le résultat des observations qui lui sont propres. Ayant voulu s'assurer par lui-même si l'euphorbium jouissait des propriétés purgatives énergiques qu'on lui avait attribuées, il en prit et en fit prendre plusieurs doses qui varièrent de trois à dix grains pendant le jour, afin d'en mieux observer les effets. Cette dose détermina chez quelques sujets de légères douleurs dans les intestins bornées à un seul point, et qui disparurent promptement, mais sans vomissemens ni diarrhée. Dans une expérience où il avait pris six grains d'un échantillon très beau et plus frais, il eut une violente douleur à l'épigastre, avec menace de syncope; mais sans effet purgatif.

Les essais qu'il a faits pour l'employer comme onguent épispastique paraissent avoir été plus heureux. Il fut amené à faire ces expériences, parce que cette préparation est employée par les médecins vétérinaires, surtout que le croton tiglium, qui est de la même famille, forme un excellent contre irritant, et parce que tous les autres épispastiques offrent de graves inconvéniens. Depuis trois ans que cet onguent a été employé, sur sa recommandation, au dispensaire ophthalmique d'Edimbourg, on n'y en emploie plus d'autre, et il ne connait aucun cas où son usage ait eu le moindre inconvénient.

On l'emploie dans la proportion de 20 à 25 grains de poudre pour une once de saindoux.

Les avantages qu'il signale en faveur de cet épispastique sont son prix peu élevé, ce qui est une considération importante pour les établissemens publics de charité; on peut ensuite l'affaiblir ou l'augmenter à volonté, ce qu'on ne peut faire avec la pommade de Sabine, qui, d'ailleurs, cesse promptement de produire l'irritation qu'on désire. Il est, en outre, d'une préparation facile, et peut être obtenu et conservé sous tous les climats.

L'article suivant appartient à la *Revue anglaise trimestrielle* précédente :

BLESSURE DE L'ARTÈRE CAROTIDE GAUCHE PAR UNE ÉPINE DE POISSON ARRÊTÉE DANS L'ŒSOPHAGE; MORT; par M. REID.

OBS. — George B., âgé de 27 ans, tailleur, habituellement bien portant, mangeait vers midi du poisson, lorsqu'il s'écrie qu'une arête le blesse dans le fond de la gorge. On lui fait avaler de gros morceaux de pain, mais c'est en vain, la même sensation continue. Le lendemain, on le purge ; mais les symptômes empirent; la gorge se gonfle et la déglutition même de la salive devient tout-à-fait impossible. La salive coule au dehors des deux côtés de la bouche. Cataplasmes sur le cou.

Le surlendemain, la douleur à la gorge devient excessive. Saignée du bras, sinapisme à la gorge. On répète la saignée. Symptômes de suffocation.

Les jours suivans, on emploie une foule de remèdes sans effet avantageux. Le dixième jour, le malade se met sur son séant, il devient pâle et vomit immédiatement une pleine chopine de sang vermeil et liquide. On emploie de l'eau fraiche, des acides minéraux sans succès, le malade rejette d'autre sang; puis après il dit qu'il va mourir et expire au moment où il essayait d'avaler quelques gorgées de thé.

NÉCROPSIE SIX HEURES APRÈS LA MORT. — Les viscères du thorax et de l'abdomen sont sains, mais pâles et exangues. Les intestins et l'estomac sont distendus par une quantité immense de sang caillé. Le caillot de l'estomac s'étend en haut dans l'œsophage et remplit également ce canal.

La dissection de tous les viscères ayant été continuée avec soin, on s'est assuré que le sang avait en sa source à travers une petite ouverture de la portion de l'œsophage, qui répond à la région cervicale inferieure; c'est-à-dire, à un pouce au-dessus de l'articulation sterno-claviculaire; on voyait dans l'œsophage deux petites ouvertures ulcéreuses, une de chaque côté. Celle du côté gauche était presque ronde et offrait trois lignes de diamètre; l'autre placée sur le côté opposé avait une forme irrégulière. Les bords de l'ouverture gauche étaient un peu plissés et offraient l'apparence d'une plaie récente.

Une sonde introduite dans chacune de ces ouvertures n'a pu être enfoncée que pour un huitième de pouce. La carotide gauche ayant été disséquée, on a vu qu'elle adhérait avec l'œsophage sur le point de l'ulcération : des recherches délicates ayant été faites vers cet endroit, on a fini par découvrir une communication entre la carotide et l'œsophage; un stylet boutonné a été passé avec précaution à travers les deux ouvertures de communication. Les adhérences des deux canaux étaient si intimes qu'il a été impossible de les séparer. La carotide droite était saine, l'ulcération œsophagienne de ce côté se terminait dans le tissu cellulaire environnant. L'arête de poisson qui avait occasionné l'accident n'a pu être trouvée; elle avait probablement quitté l'œsophage un jour où le malade s'était senti soulagé.

A la suite de ce fait intéressant l'auteur ajoute les réflexions suivantes :

Que la cause de la mort de cette malade ait été l'épine du poisson qu'il mangeait, on ne peut en douter un seul instant. Le jeune homme effectivement n'avait jamais souffert à la gorge, et il ne s'en est plaint qu'en se sentant blesser dans l'œsophage au moment où il mangeait du poisson. Aucune donnée, par conséquent, ne permet de regarder l'ouverture de la carotide comme l'effet d'une ulcération idiopathique. L'autopsie a démontré, d'ailleurs, que les parties environnantes de l'ouverture étaient parfaitement saines. Tout porte donc à admettre que les deux canaux, l'œsophage et l'artère, ont dû être blessés par la pointe du corps étranger, d'où il s'en est suivi une hémorragie mortelle. L'ouverture, d'ailleurs, était petite, telle qu'elle a pu être faite par un corps pointu, comme une arête de poisson. Cette ouverture avait pu devenir de plus en plus profonde par les efforts continuels d'avaler, le corps étranger étant encore implanté. Aussi l'artère n'a-t-elle dû être percée qu'à la longue, et graduellement, pour ainsi dire, par l'action lente et prolongée de ce corps.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 30 AVRIL.

EXAMEN DES EAUX DE MER RECUEILLIES A DIVERSES PROFONDEURS DANS LE VOYAGE DE LA BONITE.

MM. Darondeau et Fremy présentent une note contenant les résultats de l'examen de ces eaux, qui ont été recueillies avec l'appareil imaginé par M. Biot.

Après avoir indiqué les moyens dont ils se sont servis pour apprécier la densité de ces eaux, la quantité de gaz qu'elles tenaient en dissolution et la quantité de matière saline qu'elles contenaient, les auteurs présentent un tableau synoptique des résultats obtenus pour les divers échantillons. On voit, par les nombres consignés dans ce tableau, que généralement la densité de l'eau prise

à la surface est moindre que celle de l'eau prise à une certaine profondeur. Dans un cas seulement, de l'eau prise à 300 brasses de profondeur, dans le golfe de Bengale, a eu une densité plus faible (de 0,0005) que celle de l'eau prise à la surface.

De même la salure de l'eau a été trouvée plus considérable vers le fond qu'à la surface, sauf dans un cas; mais pour cette exception, comme il y a une grande différence entre les températures de l'eau à la superficie et celle qui se trouve à 400 brasses, l'équilibre pouvait toujours avoir lieu.

La quantité d'air tenue en dissolution dans l'eau a toujours été trouvée moindre à la surface qu'à une certaine profondeur. Quant à la nature de substances gazeuses, on a reconnu que le gaz provenant d'eau prise à une grande profondeur, contient beaucoup plus d'acide carbonique que celui qui provient de l'eau prise à la surface; mais il reste douteux si cet acide existait tout formé dans l'eau, ou s'il provient de la décomposition des matières floconneuses que contenaient tous les échantillons pris à de grandes profondeurs. Ces flocons pourraient être considérés comme d'origine organique, ce qui semblera indiquer que l'eau dans ses couches profondes renferme des animalcules transparens, ou du moins des matières animales qui n'existent pas à la surface.

M. Arago fait remarquer que ce fait n'aurait rien d'étrange, puisqu'il paraît démontré que même dans les régions équatoriales, les couches profondes de l'eau viennent des mers polaires qu'on sait être excessivement abondantes en mollusques, autres petits animaux marins.

M. Biot fait remarquer que les résultats annoncés relativement à la quantité des gaz tenus en dissolution, n'ont pas le degré de précision nécessaire, en raison de quelques défauts dans l'exécution de l'appareil qui devait laisser échapper en grande partie les substances aériformes.

SUR LES MODIFICATIONS QUE LA CHALEUR FAIT ÉPROUVER AUX ACIDES TARTRIQUE ET PARATARTRIQUE.

M. Dumas fait, en son nom et celui de MM. Robiquet et Pelouze, un rapport très favorable sur un mémoire de M. Fremy concernant les modifications que ces deux acides éprouvent sous l'influence d'une chaleur assez forte, mais cependant incapable de les convertir en acides pyrogénés. M. Braconot avait déjà reconnu, pour l'acide tartrique, le fait d'un changement de propriétés par la cause dont il est ici question. M. Fremy a voulu non-seulement le constater, mais en trouver la cause. On sait qu'outre l'acide tartrique, il existe un autre acide qu'on a successivement appelé *racémique* et *paratartrique*, et qui possède, en effet, dans ses sels, la composition exacte de l'acide tartrique. Dans toutes les réactions destructives, l'acide tartrique et l'acide racémique se comportent de la même manière, en sorte que, jusqu'ici, rien ne peut nous éclairer sur les différences qui peuvent exister entre les deux, relativement à leur formule rationnelle. M. Fremy a dû les soumettre aux mêmes épreuves.

Il résulte, entre autres choses, du travail de M. Fremy, que les deux corps en question peuvent perdre de l'eau en passant par des modifications analogues à celles de l'acide phosphorique jusqu'à ce qu'ils arrivent à l'état d'acides anhydres.

M. Fremy a donc introduit dans l'étude des acides organiques un point de vue neuf et qui lui appartient en entier. Il semble au premier abord avoir tranché la question touchant leur nature, puisqu'en découvrant l'acide tartrique anhydre, il paraît avoir mis hors de doute la formule réelle de cet acide à l'état hydraté; mais avec un peu d'attention on voit aisément que ces nouveaux résultats s'expliquent aisément quand on considère l'acide tartrique comme un hydracide. En effet, à mesure que l'acide tartrique perd de l'eau, il donne naissance à des produits dont la capacité de saturation diminue toujours jusqu'à ce qu'elle devienne nulle. L'acide tartrique anhydre n'est pas un acide par lui-même.

L'académie, sur la proposition de ses rapporteurs, décide que le mémoire de M. Fremy sera imprimé dans le recueil des savans étrangers.

CIRCULATION DU CHARA.

On lit, au nom de M. Dutrochet, absent, un rapport favorable sur une note de M. Donné, relative aux mouvemens des globules verts du chara. Comme nous avons donné de ce travail une analyse toute récente, nous ne reproduirons point ici celle que donne le rapport; mais nous ne devons pas omettre de dire que dans une note communiquée postérieurement à l'un des commissaires, M. Donné annonce avoir modifié avantageusement le procédé d'expérimentation et qu'il fait connaître quelques nouveaux résultats obtenus par ce moyen.

« En collant, dit-il, à la surface du compresseur, un petit fil de verre, de manière à étrangler en un point le tube du chara soumis à l'observation, on interrompt la continuité de beaucoup de séries de granules verts que l'on voit alors flotter dans le liquide ambiant par une de leurs extrémités. Ces chapelets se mettent aussitôt à s'agiter en tous sens, à se replier sur eux-mêmes, se recourber, s'enrouler, puis se dérouler dans un sens inverse, enfin à se contourner de mille manières. Ces contorsions durent souvent fort long-temps pour un chara frais et vigoureux. »

Ce fait avait été observé par M. Dutrochet en répétant les expériences de M. Donné sous les yeux de l'auteur, qui ne l'avait pas mentionné dans sa première communication, et a trouvé que depuis le moyen dont nous venons de parler pour le reproduire à volonté.

M. Donné annonce encore que, lorsqu'on est parvenu à détruire pour toujours, par un moyen quelconque, la circulation dans les tubes du chara, il se produit un changement singulier dans les globules verts qui, dans l'état normal, sont à peu près elliptiques et se touchent presque par leur extrémité allongée, mais qui, une fois la circulation détruite, s'arrondissent sur le champ, et revenant sur eux-mêmes, de manière à ce que l'espace qui les sépare devient beaucoup plus grand, ne présentent plus l'aspect de chapelets continus. Le changement a lieu brusquement comme il s'observerait dans des élastiques maintenus allongés, et qu'on laisserait tout à coup reprendre leur forme naturelle.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La séance de l'Académie de médecine n'a eu lieu, à cause de la fête du roi, que jeudi. Nous en renvoyons le compte-rendu au prochain numéro.

SOCIÉTÉS MÉDICALES ÉTRANGÈRES.

1° MEDICAL SOCIETY OF LONDON.

SÉANCE DU 5 MARS. — PRÉSIDENCE DE M. BRYANT.

HERMAPHRODISME.

M. PILCHER présente une préparation relative à un vice de conformation des organes génitaux chez une femme. Il s'agit d'une dame âgée de 65 ans, qui avait toujours été d'un caractère réservé. Peu de temps avant sa mort, il a fallu la sonder; on s'est aperçu d'un défaut de conformation. A l'autopsie, on a trouvé l'état suivant :

Le clitoris est très gros; deux petites lèvres vulvaires pendent de chaque côté. Un peu au-dessous du clitoris est l'urètre, et immédiatement au-dessous tout est uni et le périnée commence. Il y a des rudimens d'un utérus et d'un vagin; ce dernier s'abouche dans le canal de l'urètre, c'est la seule communication qui existe entre ces deux canaux. Les corps caverneux sont volumineux. Une prostate d'un volume considérable entoure le col de la vessie. A l'urètre est attaché un bulbe qu'entourent plusieurs fibres musculaires, rudimens des canaux éjaculateurs. Les poils du pubis s'étendent plus haut que d'ordinaire chez la femme. Les mamelles manquaient entièrement. La femme était remarquablement musculeuse et avait une terrible barbe (*tremendous beard*). D'après les renseignemens qu'on a pris, cette femme n'avait jamais été réglée. Ses amies n'avaient eu aucun soupçon de sa conformation, mais elle-même, elle ne l'avait probablement pas ignorée, puisqu'elle ne laissait jamais personne entrer dans sa chambre lorsqu'elle s'habillait ou qu'elle était couchée. Elle n'avait jamais eu de propensions amoureuses.

M. KINGDON : La pièce que M. Pilcher vient de présenter offre la réunion des rudimens des deux sexes d'une manière plus prononcée que celles qu'on avait rencontrées jusqu'à ce jour. Le pénis est certainement aussi volumineux que chez beaucoup de pères de famille : vous y voyez le bulbe et quelque chose d'analogue à la prostate, comme dans le sexe mâle. La présence d'un utérus rudimentaire, d'un vagin et des ovaires sont des caractères propres à l'autre sexe, de sorte qu'on peut soutenir que ce sujet offrait les élémens des organes des deux sexes à la fois. Pourtant les apparences extérieures étaient plutôt celles du sexe masculin. Je n'ai jamais vu de femme dont les poils pubiens s'étendaient aussi haut que sur cette pièce. Je connais l'histoire d'une jeune femme qui, en se mariant, avait les apparences d'un jeune homme gras; elle n'éprouva aucun plaisir dans le rapprochement et n'eut jamais aucun désir sexuel; l'ayant examinée, j'ai trouvé que l'ouverture vaginale n'était pas plus large que le méat urinaire; le vagin se terminait en cul-de-sac, et il n'y avait pas d'utérus; elle ne s'était mariée que pour avoir la fortune de l'homme qui l'a épousée. Dans un autre cas, une dame très bien conformée en apparence, ayant les mamelles très développ es, manquait complétement de vagin: l'endroit de ce canal était rempli de tissu cellulaire. Chez elle pourtant l'utérus existait, et elle éprouvait un écoulement menstruel de temps en temps; le sang sortait par l'urètre. Ce canal se terminait entre les nymphes; les grandes lèvres existaient à l'état normal. L'endroit de l'orifice du vagin était bouché par une membrane semi-cartilagineuse. Cette femme n'avait jamais éprouvé le désir sexuel.

M. PILCHER rappelle le cas de la femme Brown qui a été assassinée par Grœnacre, chez laquelle on a trouvé le vagin et pas d'utérus; ses mamelles étaient très développées.

M. HOWELL. Je demande la permission de rapporter un fait curieux qui a du rapport avec ceux qu'on vient d'exposer. J'ai été consulté pour une jeune dame chez laquelle le vagin était tellement étroit qu'une bougie urétrale pouvait à peine y pénétrer; elle avait toutes les propensions ordinaires pour l'autre sexe; ses règles ne coulaient qu'avec beaucoup de peine. A ce fait, j'en ajouterai un autre. Un jeune homme très bien conformé, ayant une forte barbe et les autres attributs extérieurs de son sexe, se maria il y a trois ans avec une jeune dame très jolie; il coucha avec elle, et il ne l'a jamais approchée : la femme n'a pu me donner aucune raison pour cela. Je ne crois pas, du reste, que le cervelet préside aux propensions amoureuses, ainsi que Gall l'a prétendu; Magendie a rapporté le cas d'une jeune personne adonnée à la masturbation, et chez laquelle il n'y avait pas de cervelet.

CAUSES DE FORMATION DES SEXES.

M. PILCHER se livre à quelques considérations sur les causes des conformations défectueuses des organes génitaux qu'il rapporte à une loi générale, à l'arrêt de développement. Il est prouvé, dit-il, que l'origine des organes sexuels du fœtus est absolument la même chez les deux sexes; si plus tard l'œuf n'a pas assez d'énergie pour se développer tel qu'il était en origine, son sexe se dessine pour celui d'une femelle. On dirait en vérité que le type primitif que la nature a établi dans la génération est le sexe mâle. Il est digne de remarque que les vices de conformation des organes génitaux sont plus fréquens dans le sexe mâle, tandis que ceux des autres parties du corps se rencontrent plus souvent dans le sexe femelle. Je ne veux pas conclure de ce qui précède que les organes sexuels de la femme ne soient que le résultat de l'arrêt de développement des organes sexuels de l'homme; j'ai voulu dire seulement qu'il y avait moins de force de développement dans l'œuf femelle que dans celui de l'autre

sexe. Ces réflexions me conduisent naturellement à rechercher la cause de la formation des sexes. Pour moi, l'opinion qui rattache le sexe de la progéniture au degré de force de l'un ou l'autre des parens me paraît la plus conforme à l'observation. Nous voyons tous les jours, en effet, un homme fort et vigoureux procréer plutôt des garçons que des filles, tandis qu'un homme faible, trop jeune ou vieux, ne donne naissance qu'à des filles.

M. SHEARMAN n'adopte pas la doctrine précédente. Il cite le cas d'un monsieur, qui, dans la vigueur de sa vie, n'eut que six filles, et qui, arrivé à un âge avancé, eût un garçon. Ces exemples, d'ailleurs, ajoute-t-il, ne sont pas rares.

M. STEWART : Tous les vices de conformation ne consistent pas dans un arrêt de développement; il y en a qui consistent, au contraire, dans un excès; de ce nombre sont, par exemple, les doigts surnuméraires; c'est aussi le cas de l'accumulation des organes des deux sexes chez un même individu, organes dont les uns sont complets, les autres incomplets.

M. CRISP parle dans le même sens. Il cite le cas d'un enfant né avec deux têtes, dont l'une était belle et bien portante, l'autre pâle et sans vie. Il n'adopte pas, du reste, l'opinion de M. Pilcher relativement à la cause de la formation des sexes.

M. T. THOMSON : La physiologie n'a rien révélé de positif, jusqu'à ce jour, qui pût éclairer la véritable cause formatrice des sexes. La statistique cependant a démontré d'une manière incontestable que la majorité des enfans nés de parens forts, vigoureux et bien portans sont du sexe mâle, et *vice-versâ*. Il est d'observation, d'ailleurs; qu'à la campagne les enfans aînés sont, en grande partie, du sexe mâle; c'est qu'ils sont faits dans la vigueur de la vie des parens. Il est aussi de fait que les enfans aînés des Parisiens sont, en grande partie du sexe femelle, à cause de la faiblesse constitutionnelle des parens.

CARCINOME TESTICULAIRE CHEZ LE CHIEN.

M. LANGSTAFF présente le testicule gauche d'un vieux chien (*scotch terrier*) atteint de carcinome. L'organisation primitive de l'organe a entièrement disparu. A sa face externe et dans l'albuginée la tumeur présente plusieurs végétations carcinomateuses, dont la structure est pareille à celle de la masse totale. L'épidydyme est sain. La vaginale et l'albuginée sont très épaissies. Le cordon spermatique n'offre rien d'anormal, mais le vaisseau déférant est oblitéré. L'autre testitule du même animal a été également préparé par M. Langstaff; il est sain et existait dans l'abdomen; seulement son volume est plus petit que dans l'état normal. Un pareil arrêt de développement a été souvent rencontré par M. Langstaff sur le testicule de l'homme. Il fait observer que les chiens, comme plusieurs autres animaux, sont sujets aux affections carcinomateuses et aux fongus hématodes dans plusieurs régions du corps, mais il ajoute qu'il n'avait pas encore rencontré le carcinome dans le testicule du chien. Le foie, les côtes, et plusieurs autres os, présentaient chez ce chien la même dégénérescence que le testicule.

SÉANCE DU 27 MARS. — PRÉSIDENCE DE M. BRIGHT.

USAGE DE L'ARSENIC DANS LES MALADIES DE L'UTÉRUS.

M. HUNT, médecin à Dartmouth, lit un mémoire sur ce sujet. La première fois que l'auteur a observé les effets de l'arsenic sur l'utérus, c'était chez une femme atteinte d'un carcinome de cet organe; il a vu que les souffrances diminuaient d'une manière fort remarquable à mesure que les doses étaient élevées au point de produire des symptômes d'empoisonnement. Réfléchissant d'autre part que chez les personnes empoisonnées par l'arsenic les organes génitaux se trouvent souvent gonflés et enflammés, M. Hunt a pensé que ce remède pouvait procurer des effets salutaires dans certaines maladies utérines. Ce qui confirmait encore sa présomption, c'est qu'une malade chez laquelle le docteur Locock avait plusieurs fois appliqué de l'arsenic sur le nez pour la guérir d'une affection locale, avait vu disparaître, sans aucune autre médication, une ménorrhagie qui la minait depuis plusieurs mois. M. Hunt a d'abord essayé l'arsenic dans six cas de ménorrhagie : il en a obtenu des résultats fort remarquables chez ces six malades; il n'y avait pas de lésion organique de l'utérus, mais l'écoulement était si abondant que les forces de la constitution paraissaient s'épuiser.

M. Hunt a ensuite appliqué le même remède dans d'autres lésions soit fonctionnelles soit organiques de la matrice, et il n'a eu qu'à se louer beaucoup. Les maladies dans lesquelles l'arsenic lui a le mieux réussi sont : 1° le cancer, 2° les irritations névralgiques de l'utérus qui se déclarent surtout aux époques menstruelles. L'auteur termine son mémoire par quelques réflexions sur le mode d'action du remède; il croit que l'arsenic agit en tonifiant les tissus de l'appareil génital et en particulier les muqueuses.

M. LOCOCK : Le cas qui m'est propre et que l'auteur du mémoire vient de citer est le premier qui ait appelé mon attention sur l'action de l'arsenic sur l'appareil utérin; mais depuis j'ai pu constater plusieurs fois le même fait. Plusieurs femmes atteintes de pertes habituelles et graves de l'utérus ont été traitées par moi avec le plus grand succès à l'aide de l'arsenic donné intérieurement. Les effets salutaires de ce remède ont surtout été fort marqués toutes les fois que l'hémorrhagie était de nature passive ou atonique; mais j'en ai aussi obtenu de très grands avantages quand la perte était aiguë; dans ce cas, je l'ai toujours prescrit après la déplétion. Quant à son action sur le cancer utérin, je dois dire que je ne l'ai employé qu'une fois, et que son effet a été extrêmement satisfaisant, en ce sens que les douleurs horribles que la malade éprouvait et qui avaient résisté aux opiacés donnés à hautes doses (24 grains d'acétate de morphine par jour) ont cédé comme par enchantement à l'administration de l'arsenic. Ce remède, je l'ai donné dans ce cas d'après le conseil de M. Brodie que j'avais appelé en consultation; il m'a rapporté que chez une malade atteinte de cancer à la matrice, sir A. Cooper avait observé des effets fort salutaires de l'usage de l'arsenic. Nous l'avons donné par petites doses, en nous servant de la liqueur arsénicale, une ou deux gouttes plusieurs fois par jour (dix gouttes par 24 heures).

M. MERRIMAN. J'aurais désiré plus de détails dans les six observations de ménorrhagie rapportées par M. Hunt. L'auteur n'a exploré par le vagin que deux de ces malades seulement. Dans les quatre autres cas, nous sommes par conséquent dans l'ignorance relativement à la nature de l'hémorrhagie. Personne d'entre vous n'ignore que la ménorrhagie peut dépendre de causes diverses. Pour apprécier convenablement la portée du remede, il aurait fallu déterminer d'abord l'espèce de lésion. Le cancer utérin a été attaqué par une foule de remèdes; quelques-uns de ces remèdes ont fait du bien dans un ou deux cas, puis ils ont échoué dans d'autres. Lorsque M. Carmichaël publia sa brochure sur les effets des préparations de fer dans les affections cancéreuses de la matrice, j'ai administré le sulfate de fer dans plusieurs cas de cette nature; eh bien! j'ai vu la maladie empirer visiblement sous l'influence de ce remède. Je dois dire néanmoins que les injections faites avec une solution de sulfate de fer m'ont souvent été utiles en calmant les douleurs d'une manière remarquable; mais dans une foule de cas ces mêmes injections ont complètement échoué.

M. LOCOCK ; D'après les observations qui me sont propres, je suis porté à croire que l'arsenic n'arrête autrement l'hémorragie qu'en tonifiant la muqueuse. Les cas, en effet, dans lesquels il m'a le mieux réussi sont ceux de femmes débiles, chez lesquelles la ménorragie avait été la conséquence de fausses couches fréquentes ou de parturitions répétées. Je dois ajouter néanmoins que le même remède m'a réussi également dans deux cas de dysménorrhée chez une femme hystérique.

M. BURNE : Il m'est arrivé de combattre avec succès la ménorragie à l'aide du seigle ergoté. On dirait que dans les cas qu'on vient de citer l'arsenic ait agi d'une maniere analogue. M. Hunt dit avoir traité avec succès les douleurs utérines au moyen de ce remède; j'ai obtenu le même effet à l'aide d'un demi-grain d'extrait de belladone chez les femmes dont les douleurs se montrent à l'époque de la menstruation.

2° MEDICO-BOTANICAL SOCIETY.

SÉANCE DU 28 FÉVRIER. — PRÉSIDENCE DE M. EARL STANHOPE.

CRÉOSOTE CONTRE LES DOULEURS DENTAIRES ET LES AFFECTIONS CUTANÉES.

M. EDWIN SAUNDERS lit un mémoire sur les effets de la créosote dans la douleur dentaire. On comprend sous la dénomination de douleurs dentaires une foule d'affections diverses dans lesquelles les dents sont entièrement étrangères, qu'elles aient été ou non primitivement affectées, ou la cause excitatrice immédiate de la maladie. Une légere réflexion suffit pour convaincre que ces organes peuvent causer de la douleur et même des maladies sous l'influence de causes diverses : ainsi les dents peuvent se gâter et devenir la source de douleurs insupportables; elles peuvent également causer de la douleur, mais moins intense en irritant, en enflammant la membrane alvéolaire. Il n'est pas rare de voir le parenchyme dentaire devenir très sensible sous l'influence de variations atmosphériques, d'une simple pression, ou de l'action de substances acides. Un examen attentif fait voir que, dans chacun de ces cas, la douleur dentaire, bien que fort exquise, offre des caractères particuliers. Dans le premier cas, savoir lorsque la douleur dépend de l'exposition de la membrane interne, comme dans la carie, maladie très commune, surtout chez les enfans, la douleur a un caractère intolérable, elle revient par paroxismes; elle peut néanmoins être provoquée par un léger changement de l'atmosphère, ou par la présence d'un petit corps étranger dans la cavité de la carie. Dans le second cas, c'est-à-dire dans la douleur dentaire produite par une inflammation du périoste et de la membrane alvéolaire, la douleur s'offre sous forme plus ou moins chronique, toute la dent est fort sensible à la moindre pression; tandis que, dans le cas précédent, la douleur est bornée à un seul point. Elle est, en outre, continue et n'empire presque pas par l'échauffement du corps, ni par l'exercice, ni par le repos. Dans la troisième espece d'odontalgie enfin, savoir, dans celle qui consiste dans une sensibilité exquise du parenchyme osseux de la dent, comme la douleur est moins intense et plus temporaire que dans les autres, on devrait à peine la ranger au nombre des maladies dentaires proprement dites. Cette douleur résulte généralement de l'exposition subite de quelque partie du collet dentaire, par absorption d'une partie de la gencive et de l'alvéole. Elle est ordinairement une affection symptomatique qui se rencontre chez les jeunes dames, vers la fin de la saison, à Londres. Elle se dissipe ordinairement par le retour de la force constitutionnelle. Dans ces circonstances cependant, la créosote n'est pas inutile : une lotion composée de deux onces d'eau distillée et de deux gouttes de créosote pure apaise souvent la douleur d'une manière très remarquable; l'esprit de camphre jouit de la même prérogative. En mettant de côté cette dernière affection, comme n'appartenant pas aux maladies dentaires, il nous reste au moins deux espèces distinctes d'odontalgies, qui diffèrent essentiellement entre elles et pour le siège et pour la cause; la première existe dans l'organe lui-même, la seconde dans la membrane qui l'enveloppe.

Après ces considérations, l'auteur passe à l'application des lotions de créosote à la dose ci-devant indiquée, puis aux applications de la créosote pure. Pour obtenir des effets très prononcés de la créosote, quelques précautions sont nécessaires. La cavité de la carie doit être exactement remplie à l'aide d'un morceau de linge qu'on entasse mollement avec un stylet fin; ce linge est trempé dans la créosote, et il sert de véhicule au médicament; il ne doit point être entassé avec force; le stylet peut n'être formé que d'un morceau de bois et assez fin pour ne rien forcer ni exprimer le médicament. Si le linge n'entrait pas mollement, il pourrait ne pas toucher le fond de la cavité cariée. On peut également faire usage d'un peu de coton pour porter la créosote sur le mal. En général fort peu de ce médicament suffit à chaque application; si l'on en met trop, outre qu'il s'égoutte sur les gencives et provoque une réaction inflammatoire, il enflamme la dent malade. Après le pansement si le malade n'était pas immédiatement soulagé on renouvelle l'application tous les quarts d'heure jus-

qu'à ce que l'effet soit obtenu. Si la dent appartient à la rangée supérieure, il est utile de faire incliner fortement la tête au malade du côté même de la douleur afin de faire plus facilement pénétrer le remède dans le fond de la fossette. Il est à peine nécessaire de dire que la créosote ne jouit d'autre propriété que d'apaiser la douleur; c'est un remède anodin, mais qui n'a aucune influence sur la marche de la carie. Comme lotion du reste la créosote très délayée dans de l'eau peut être appliquée toujours avec avantage dans plusieurs névralgies dentaires et dans quelques maladies des gencives.

M. LE PRÉSIDENT. J'ai recommandé plusieurs fois les applications de créosote dans des cas d'odontalgie carieuse, et les malades s'en sont très bien trouvés.

M. HIFF. Dans quelques cas de *porrigo*, j'ai trouvé que les pommades créosotées étaient d'une grande utilité pour apaiser l'irritation de la peau et même pour guérir le mal alors qu'il ne dépendait pas d'une cause constitutionnelle. Je me suis bien trouvé de la formule suivante:

P. Oxide de zinc, demi-gros.
Graisse, une once.
Créosote pure, quarante gouttes.
f. pomm. s. l'a.

Cette pommade m'a aussi réussi dans quelques autres maladies chroniques de la peau. La seule circonstance désagréable dans son usage c'est l'odeur qu'elle exhale.

M. SIGMOND. Dans les maladies cutanées dans lesquelles les voies digestives ne sont pas altérées, les applications de créosote produisent d'excellens effets. Je l'ai employée sous la forme de liniment dans la proportion d'une partie de créosote sur trois parties d'huile d'olive. Je l'ai vu surtout réussir contre la démangesison intolérable à l'anus. Si l'on se sert de la créosote comme remède antiodontalgique, il faut prendre garde à en laisser tomber des gouttes sur la muqueuse buccale, car elle provoque une vive inflammation. J'ajouterai enfin que le docteur Elliotson emploie avec un grand avantage les lotions de créosote contre l'*impetigo*, l'*eczema* et autres maladies cutanées. Il met une goutte de créosote pour deux, trois, quatre, cinq, six onces d'eau, suivant l'effet qu'il veut produire.

PRIX ACADÉMIQUE PROPOSÉ.

La société Harvéienne d'Edimbourg vient de proposer pour sujet du prix de l'année 1839 la question suivante:

« Déterminer à l'aide d'expériences les effets généraux et locaux des gaz délétères sur l'économie animale, en ayant soin de distinguer les gaz qui entrent dans les poumons de ceux qui n'y entrent point. »

Les concurrens doivent faire parvenir à la société leurs mémoires avant le 1er janvier 1839. Le nom de chaque auteur doit être mis sous enveloppe, cacheté et annexé au mémoire. On peut adresser les mémoires à MM. *Richard Huie et Handyside*, secrétaires, Edimbourg, Shandwick place, n. 10.

BIBLIOGRAPHIE.

DIE LEHRE VOM MECHANISMUS DER GEBURT NEBST BEITRAEGEN ZUR GESCHICHTE DERSELBEN. — LA DOCTRINE DU MÉCANISME DE L'ACCOUCHEMENT avec des additions historiques; par H. Fr. NAEGELE, docteur en médecine et en chirurgie, professeur particulier à l'université d'Heidelberg, etc. — Mayence 1838, chez Zabern (Paris, chez Levrault, Treuttel et Wurtz) 243 pages in-8.

M. Naegelé fils vient d'enrichir la littérature obstétricale d'un ouvrage dont nous nous empressons de rendre compte. Ce jeune médecin, qui peut s'honorer d'un si beau nom, ne paraît pas vouloir se contenter d'un avantage qui n'est dû qu'à la naissance, mais s'efforce de s'en rendre digne en marchant sur les traces de son père. Un travail complet sur le mécanisme de l'accouchement manquait à la science; M. Naegelé fils n'aurait pu choisir de meilleur sujet pour marquer plus spécialement son entrée dans une carrière qui lui est ouverte sous de si heureux auspices. Nourri des principes de son père et se trouvant à même de continuer les observations de ce dernier, l'auteur a voulu développer et compléter ce que le professeur Naegelé avait déjà publié sur l'importante question de l'expulsion normale du fruit de la conception. Le mémoire dans lequel furent consignées les recherches et les opinions de M. Naegelé père sur le mécanisme de l'accouchement, et qui a été inséré dans les *Archives de Meckel*, ne renferme que la partie qui se rapporte à l'accouchement cranien.

Il n'existe du reste qu'un très petit nombre d'exemplaires de ce mémoire qui ont été tirés à part; et ceux-là ne furent pas même livrés à la vente. La théorie de l'expulsion naturelle dans l'accouchement par la face et par l'extrémité pelvienne, bien qu'elle ait été exposée par M. Naegelé père dans son traité pour les sages-femmes, méritait cependant un développement analogue à celui qui avait été consacré à l'accouchement céphalique. C'est là le but que s'est assigné le fils. Mais outre l'exposé simple du mécanisme dans toutes ses phases, son travail contient encore une seconde partie non moins intéressante et entièrement neuve, l'histoire critique de la doctrine qu'il a traitée.

Ce travail mérite d'autant plus notre attention que c'est chez nous surtout que les idées de M. Naegelé père ont été confirmées dans ce qu'il y a de plus essentiel par des observateurs d'une autorité puissante, et que de nos jours on tend à reconnaître de différens côtés la justesse des principes établis par l'école de Heidelberg. Nous aimons à rappeler ici que peu d'années après la première publication des opinions de M. Naegelé père, le professeur Stoltz de Strasbourg, qui depuis s'est acquis plus d'un mérite pour la science et l'art des accouchemens, est venu, le premier en France, sanctionner les principes dont nous parlons. Bien que ses observations l'aient conduit à modifier quelques-uns des principes de la doctrine allemande, les opinions qu'il exposa dans son excellente dissertation inaugurale en confirmèrent cependant les principales. L'ouvrage classique de madame Lachapelle avait déjà contribué à rectifier les idées reçues sur différens points du mécanisme de l'accouchement, et malgré sa vénération pour son illustre maître, et sa tendance à défendre les théories de ce dernier, elle entrevit vaguement quelques-uns de ces défauts. Ainsi nous voyons très souvent percer la vérité qui l'avait frappée, surtout dans les remarques si judicieuses dont elle a accompagné ses observations. Une lecture attentive de son deuxième mémoire fait voir clairement que quelques-uns des faits les plus importans constatés par M. Naegelé père n'avaient pas échappé à sa sagacité. Les opinions que M. le professeur Dubois a émises sur la même question il y a quelques années ne sont pas moins propres à confirmer l'essence de la doctrine qui nous occupe. La manière dont la tête se comporte en s'engageant dans le détroit supérieur, la plus grande fréquence des positions occipito-postérieures droites relativement aux occipito-antérieures du même côté et la *conversion* (1) des postérieures en antérieures établie en règle, l'obliquité de la tête au détroit inférieur, les particularités relatives aux mouvemens des épaules sont autant de points qui, après avoir été vérifiés d'abord par le professeur de Strasbourg, ont de nouveau reçu leur sanction de la part de l'accoucheur le plus distingué de la capitale, placé sur un des plus vastes champs qui puisse être ouverts à l'observation obstétricale, la Maternité de Paris. Il est à regretter seulement que les fruits d'une telle observation n'aient pas encore acquis toute la publicité qu'ils méritent et que l'ouvrage, qui servirait le mieux à les recevoir et que M. Paul Dubois nous a promis, soit attendu en vain depuis très long-temps.

Nous abordons, après cette introduction qui nous a semblé indispensable, l'analyse et l'ouvrage que nous avons sous les yeux. La partie dogmatique en forme, ainsi que nous l'avons dit, la première section. L'auteur distingue dans un premier article les deux séries de phénomènes qui appartiennent à l'acte de la parturition et qui peuvent être séparés par la pensée: l'action des organes chargés de l'expulsion et les mouvemens qu'exécute le corps à expulser, c'est-à-dire le mécanisme de sa sortie. En examinant les différences que cet acte doit offrir selon la diversité des conditions qui l'accompagnent (telles que l'influence qu'exerce la nature des forces expulsives, l'état des voies génitales et la conformation du fruit), il s'arrête aux deux conditions essentielles qui proviennent d'un côté des régions du corps fœtal qui peuvent correspondre au détroit supérieur et de l'autre de la manière d'être de ces régions relativement aux différens points du cercle osseux qu'elles doivent franchir; ce qui constitue la distinction très judicieusement établie par quelques accoucheurs français en *présentations* et *positions* (en allemand, *lage* et *stellung*).

La présence d'une des extrémités du long axe du fœtus à l'entrée du bassin étant une condition indispensable de l'accouchement spontané naturel, M. Naegelé en a fait le principe de sa première division en deux présentations appelées *cardinales*, et celles de l'extrémité céphalique et de l'extrémité pelvienne; la première est ou *cranienne* ou *faciale*. Il est inutile, selon lui, de distinguer la seconde en présentation des pieds, des genoux et des fesses, et moins encore en mixtes incomplètes ou partielles, ces différences étant en effet de peu de valeur. Nous adhérons à cette remarque, en tant seulement qu'elle doit servir à faire entendre qu'il n'existe point de différence essentielle entre les modes d'expulsion dans ces diverses variétés de l'accouchement pelvien; mais non lorsqu'on considère les différences de diagnostic qui s'y rattachent et pour lesquelles il nous semblerait utile de la conserver. L'auteur passe alors au mécanisme de l'accouchement par le sommet. Il parle d'abord des signes propres aux

(1) Le professeur Stoltz est le premier qui ait désigné par ce nom ce changement d'une position occipito-postérieure en antérieure du même côté, changement qui survient en vertu d'un mouvement de rotation exécuté par la tête. (V. *Considérations sur quelques points relatifs à l'art des accouchemens*. Strasbourg, 1826, p. 31.)

présentations des extrémités du long axe du fœtus. Nous mentionnons ce qui est dit de l'auscultation. M. Naegelé fils a constaté l'existence des battemens doubles d'un seul côté *seulement* dans les présentations dont il s'agit. Dans celles du tronc, il a perçu le bruit, non seulement dans une région latérale et inférieure, mais il a pu s'assurer qu'il s'étendait aussi dans une direction oblique sur le ventre de la femme enceinte. Ce que nous lisons sur les circonstances capables d'obscurcir le diagnostic des présentations du crâne est un complément utile aux réflexions éminemment pratiques que madame Lachapelle nous a laissées à ce sujet. L'auteur n'admet quant aux différentes positions que deux primitives *ordinaires*: celle où l'occiput est dirigé en avant et plus ou moins à gauche, et celle où la tête se trouve dans une direction opposée, l'occiput correspondant à droite et plus ou moins en arrière. Il regarde les deux positions inverses, encore admises par d'autres, comme extrêmement rares, et les appelle *extraordinaires*. Sur 4,042 enfans qui sont nés à la Maternité de Heidelberg depuis 1819 jusqu'à 1837, 3,795 ont présenté le crâne, et sur ce nombre, abstraction faite de 94 cas où la situation primitive du crâne ne peut être appréciée d'une manière certaine par des raisons diverses, le crâne offrait 2,457 la première position et 1,244 fois la seconde. On sait que le même ordre de fréquenre a été établi par le professeur Stoltz; il a même le premier appelé seconde position, celle qu'il avait constatée être la plus fréquente après la première à l'instar du professeur Naegelé. M. Paul Dubois, qui distingue tout simplement les positions du crâne en occipito-iliaque gauche et droite confirme implicitement la même manière de voir en faisant voir que, si dans les positions occipito-iliaques gauches, l'occiput est dans la grande majorité des cas dirigé plus ou moins en avant, il l'est en arrière dans celles qu'il désigne sous le nom d'occipito-iliaques droites (1).

Nous n'entrerons pas dans tous les détails de l'exposé du mécanisme de l'accouchement dans les deux positions indiquées. Nous n'en considérerons que les points les plus importans. Quant aux rapports que la tête affecte au détroit supérieur avant de s'y engager, une première particularité qui mérite notre attention est l'obliquité *latérale* de la tête, en vertu de laquelle l'un des pariétaux (le droit dans la première position, le gauche dans la seconde) descend plus bas que l'autre, de manière que la suture sagittale, au lieu de partager le cercle de l'orifice utérin en deux portions égales, se porte davantage en arrière, et que la bosse pariétale du côté de la tête qui s'engage préférablement correspond à peu près au centre du bassin. Nous regrettons que l'auteur n'ait rien dit, à l'égard de ce point, de l'opinion des professeurs Stoltz et Dubois, qui, tout en constatant la réalité de cette inclinaison, disent néanmoins qu'elle n'est jamais portée à un degré tel que le pense M. Naegelé père. Relativement à la direction du diamètre antéro-postérieur de la tête, elle se rapproche d'autant plus de celle du diamètre transverse du pelvis, que la tête est encore plus élevée, mais correspond plus ou moins, après l'établissement des contractions utérines, à l'un des diamètres obliques du bassin. La hauteur des deux fontanelles diffère peu dans le plus grand nombre des cas, quelquefois c'est la grande qui est la plus basse, moins rarement la petite. La portion de la surface du crâne qui se présente aux ouvertures utérine et pelvienne est conséquemment une région intermédiaire entre la syncipitale et l'occipitale proprement dites, et s'étend davantage sur l'un des pariétaux que sur l'autre. Pendant le passage de la tête à travers le détroit supérieur, les deux fontanelles restent quelquefois au même niveau; mais le plus souvent la petite descend davantage; ce n'est que rarement que le contraire a lieu, sans que pour cela le travail en souffre; la descente de la petite fontanelle augmente nécessairement avec la résistance qu'éprouve la tête au passage. Pour ces phénomènes ultérieurs de l'expulsion qu'il nous importe de considérer, il est nécessaire de séparer ceux qui appartiennent à l'une et à l'autre des deux positions du crâne. Dans la première, la tête étant arrivée au fond de l'excavation, la petite fontanelle ne se porte pas, d'après la doctrine de M. Naegelé, directement en avant et derrière la symphise pubienne, mais elle correspond encore au trou ovalaire gauche. Lorsque la tête, sous l'influence de nouvelles contractions utérines, commence à s'appuyer sur le périnée, à le distendre et à entr'ouvrir les lèvres de la vulve, la petite fontanelle se meut enfin de gauche à droite comme par essais successifs, et quelquefois de bas en haut, de manière que l'occiput se trouve alors sous l'arcade pubienne; mais ce n'est pas le milieu de la région occipitale qui correspond au sommet de cet arcade, l'*obliquité* persiste encore. En même temps, nous voyons paraître entre l'écartement vulvaire la portion supérieure et postérieure du pariétal droit seulement; engagement semblable à celui que l'on observe au détroit supérieur où la région qui doit franchir se présente également plus ou moins obliquement aux cercles pelviens. Il est accompagné en effet de l'inclinaison du plan appartenant à la région qui se présente et de l'obliquité de son plus grand diamètre, deux circonstances qui favorisent nécessairement le passage, et que nous avons déjà mentionnées en décrivant les rapports du crâne au détroit supérieur. Au moment où la tête franchit, la petite fontanelle reste toujours un peu dirigée à gauche, dans la majorité des cas du moins.

Ce fait est encore un de ceux que les observations du professeur Stoltz ont confirmés, bien qu'en l'énonçant ce dernier ait cru devoir s'exprimer d'une manière un peu différente, car il dit: « Ce n'est plus que la vulve qui lui oppose de la résistance (à la tête), et qui, quelquefois, la fait tourner de manière qu'elle se trouve *un instant presque droite*, c'est-à-dire que son diamètre antéro-postérieur s'approche plus ou moins d'une ligne perpendiculaire (1). » Le professeur Dubois s'est encore prononcé dans le même sens, dans le mémoire que nous avons cité, et notamment dans la sixième des conclusions qu'il y a jointes. Ce qu'il a dit sur les causes de ce mouvement de la tête, et les expériences qu'il a faites pour le prouver ne peuvent plus laisser de doute à ce sujet. La sortie des épaules nous montre, selon l'auteur, des lois analogues: entrée ou sortie plus ou moins oblique, *en rapport avec les mouvemens de la tête*, etc. Un phénomène qui n'est pas sans importance pour l'intelligence du mécanisme de l'accouchement, et dont la connaissance plus exacte est également due à M. Naegelé père, consiste dans la tuméfaction qui survient pendant le passage de la tête sur certaines portions de l'enveloppe cutanée du crâne. L'auteur a décrit les différentes variétés de ce phénomène, relatives aux diverses époques du travail; il en distingue surtout deux: une première qui se forme au commencement du travail et ne persiste pas toujours; une seconde (*caput succedaneum*), qui est le résultat du séjour de la tête derrière l'arcade du pubis.

Nous ne pouvons passer sous silence ce qui est dit relativement au diagnostic de la première position, après l'exposé de son mécanisme, sur la valeur des mouvemens du fœtus, et des résultats fournis par l'auscultation. M. Naegelé fils a pu constater que les mouvemens perçus par la mère correspondent vers la fin de la grossesse et au commencement de l'accouchement, d'une manière assez invariable, au côté droit du ventre, lorsque le fœtus se présente en première position, au côté gauche de la mère dans la seconde. Mais il déclare avoir rencontré néanmoins à ce sujet des variations notables, surtout à une époque moins avancée de la gestation et avoir observé que ces mouvemens qui, d'abord, se faisaient sentir à droite, se fixaient plus tard à gauche peu de temps avant terme ou au commencement du travail. Il avertit aussi de ne pas confondre l'endroit qui correspond à la plus forte pression éprouvée par la femme, et qu'elle indique souvent préférablement avec celui qui correspond aux irritables mouvemens de l'enfant. L'auteur a observé que les battemens doubles sont restés limités le plus souvent à un seul côté du ventre, depuis le moment où ils sont perçus, jusqu'à l'accouchement, et qu'alors la position répondait chaque fois à ce signe; mais il les vit aussi changer de place et se jeter sur le côté opposé, toutes les fois que ce même changement avait lieu dans les mouvemens du fœtus. Ses observations ne l'autorisent pas à se prononcer en faveur de l'opinion du professeur Dubois, qui nie la valeur diagnostique des battemens doubles appliqués aux espèces de positions. Il a bien vu les pulsations fœtales exister dans une assez grande étendue; mais le plus souvent il lui était facile de déterminer le point central dont elles paraissaient irradier. Dans les cas où les pulsations sont perçues à droite, il lui a semblé quelquefois qu'elles s'étendaient davantage vers le milieu du ventre que dans les circonstances opposées. M. Naegelé se refuse d'accorder aux différences de siège du souffle utérin ou placentaire la valeur qu'y paraît attacher M. Hohl. Il a trouvé que le plan dorsal du fœtus et le placenta occupaient bien plus souvent le même côté que ne le pense cet observateur.

Dans la description du mécanisme de la seconde position, nous rencontrons un des points capitaux de la doctrine du professeur Naegelé. En effet, ce dernier n'a pas seulement prouvé que cette position était bien plus fréquente qu'on ne l'avait pensé; mais que le mode d'expulsion qu'on avait cru lui appartenir est loin d'être normal, qu'il est au contraire une exception à la règle, en montrant que les positions occipito-sacro-iliaques droites sont *converties* dans la grande majorité des cas en occipito-cotyloïdiennes du même côté, toutes les fois que l'accouchement suit une marche régulière et normale, qu'il faut l'attribuer à des circonstances toutes particulières et exceptionnelles, si pendant l'expulsion l'occiput reste dans la moitié postérieure du bassin. Il fit voir en outre que même alors, loin de tourner complètement vers la ligne médiane, comme on l'a pensé et comme on l'enseigne encore quelquefois de nos jours, la tête conserve au contraire sa direction oblique pendant sa sortie. M. Naegelé père, en énonçant pour la première fois cette loi, a dû nécessairement l'établir, non-seulement sur un grand nombre d'observations, mais la fortifier encore en indiquant les causes qui ont pu contribuer à la faire méconnaître

(1) *Journal des Connaissances méd. chirurg. Déc. 1834, p. 98.*

(1) *Dissert. cit. p. 25.*

jusqu'à lui. L'auteur du travail dont nous parlons insista de nouveau sur ces preuves. Il énumère à cet effet les difficultés qui sont attachées au diagnostic des différentes espèces de positions du crâne au commencement du travail, difficultés qui ont pu contribuer à maintenir l'erreur signalée, c'est-à-dire à faire méconnaître la conversion propre aux positions occipito-postérieures. Parmi ces causes d'erreurs, il cite la facilité de confondre la suture frontale et la branche gauche de la coronale avec la suture lambdoide, circonstance qui, jointe à la dépression possible de l'un des frontaux, ferait prendre cette région pour celle de la petite fontanelle. Une autre difficulté naît souvent, selon lui, du retard qu'éprouve la rupture de l'œuf, ou l'erreur provient de ce que l'on a commencé l'exploration à une époque trop peu avancée du travail, ou de ce que la première fois on ne s'est pas rendu exactement compte de l'état des choses. L'ignorance du véritable mécanisme, tel que la nature l'exécute peut, même, dit l'auteur, faire naître des doutes dans l'esprit de l'observateur, et lui faire penser que son premier diagnostic était erroné, lorsqu'il constate plus tard un changement qu'il ne peut s'expliquer. On pourrait encore ajouter, ce nous semble, que le mouvement de rotation qui constitue la conversion de la seconde en celle que l'on a appelée quatrième (seconde de Baudel), pouvant se faire quelquefois au détroit supérieur déjà, ainsi que le professeur Stoltz l'a constaté d'une manière non équivoque, cette circonstance pourrait également avoir contribué quelquefois à ce que l'on ait méconnu la loi établie par le professeur Naegelé.

Ce mode d'expulsion peu fréquent, où l'occiput reste dirigé en arrière, par aberration à la règle, n'a été noté par M. Naegelé que 17 fois sur 1244 cas de seconde position, observés et enregistrés avec le plus grand soin. Il a toujours été facile d'apprécier les circonstances exceptionnelles qui avaient favorisé cette irrégularité, telles que l'amplitude pelvienne, soit à l'entrée et à la sortie du bassin, soit à cette dernière seulement, la mollesse, la flexibilité et le peu de consistance osseuse de la boîte du crâne, un développement imparfait du fœtus, des fontanelles d'une grande étendue et permettant la réduction du volume de la tête, des jumeaux, etc. Il y comprend aussi des couches antérieures, des déchirures périnéales non réunies, et la marche rapide du travail. Les mêmes circonstances amènent aussi d'autres irrégularités dans l'expulsion du fœtus, telles qu'une position occipito-antérieure directe dans l'excavation, la direction transversale des épaules au détroit inférieur, etc. Aucune tuméfaction du cuir chevelu ne se montre dans ces cas, ce qui fait voir que la tête a rencontré peu d'obstacles pendant son passage. Les circonstances ordinaires qui impriment au fœtus ses mouvemens normaux manquent en partie ou deviennent moins influentes; la nature, comme le dit très judicieusement l'auteur, n'est plus obligée de suivre son type régulier; elle se contente alors de quelques contours plus grossiers; l'image du mécanisme normal est comme affaiblie ou effacée.

DU MÉCANISME DE L'ACCOUCHEMENT DANS LES PRÉSENTATIONS DE LA FACE.

De même que pour les positions du crâne, M. Naegelé n'admet que deux positions de la face : dans la première, le front est dirigé à gauche, la moitié droite de la face étant la partie la plus proéminente dans le bassin. Dans la seconde, le front est tourné à droite et la moitié gauche de la face est la région la plus avancée. La première porte ce nom parce qu'elle est la plus fréquente, car sur 39 cas observés, 22 étaient des positions fronto-latérales gauches et 17 seulement fronto-latérales droites.

Nous retrouvons dans l'exposé du mécanisme relatif à ces présentations des lois analogues à celles que nous avons vues présider à l'accouchement cranien.

A l'égard des rapports que contracte la face au détroit supérieur, nous voyons une des moitiés de cette région proéminer aux dépens de l'autre, c'est-à-dire que l'une des joues est plus basse que l'autre, résultat d'une flexion latérale de la tête, de même qu'à la sortie du bassin la même joue paraît d'abord entre l'écartement des parties génitales. Dans l'excavation la tête affecte, pendant son passage, une direction également oblique, et le menton, qui, dans ces présentations, devient l'analogue de l'occiput, est obligé, lorsque la tête franchit le détroit inférieur, de se diriger vers l'une des branches de l'arcade pubienne. Le diamètre fronto-mentonnier ne correspond pas alors complètement à l'antéro-postérieur du détroit, mais s'en approche, et même pendant le passage de la tête à travers les parties molles le menton reste, dans la règle, toujours un peu dirigé à gauche et à droite. Dans les positions où le menton est primitivement dirigé un peu en arrière, il est constamment ramené en avant s'il n'existe aucune de ces circonstances énumérées qui favorisent une sortie anormale; il joue donc encore ici le même rôle que l'occiput dans la conversion des positions occipito-postérieures en antérieures. L'auteur affirme à ce sujet que M. son père n'a pas observé une *seule fois*, pendant une pratique de 36 ans, que le front se fût tourné en avant, lorsque la face a franchi la sortie du bassin, bien qu'un tel mouvement soit encore enseigné et décrit dans un grand nombre de nos manuels et de nos traités théoriques ou pratiques.

L'auteur n'a pas oublié de décrire les tuméfactions qui surviennent sur les régions de la face qui se sont offertes les premières au passage. Si le travail a marché rapidement dans les derniers temps et lentement à son début, et si l'œuf s'est rompu avant la dilatation complète de l'orifice utérin, la tumeur existe à la partie supérieure et latérale droite de la face dans la première position, et au même endroit du côté opposé dans la seconde. Mais si la tête s'est arrêtée pendant quelque temps au fond de l'excavation, avant de franchir la vulve, et la franchit alors rapidement, la tuméfaction violacée occupe la moitié inférieure latérale de la face, soit à gauche soit à droite, et ne s'étendra aussi sur le côté opposé que lorsque la tête s'est non seulement engagée lentement, mais n'a pu vaincre que difficilement ce dernier obstacle.

Un autre point, sur lequel l'auteur paraît ne pas insister inutilement, est l'innocuité des accouchemens par la face et leur terminaison spontanée, qui ne présente pas plus de difficultés que celle de l'accouchement crânien, du moins dans les circonstances ordinaires qu'exige l'expulsion normale. Énoncée d'abord par des hommes d'une autorité supérieure, tels que les Boer et les Naegelé, et combattue vainement par quelques modernes, cette proposition est, comme on le sait, de la plus haute importance pratique. L'auteur fait voir, à ce sujet, combien les hommes de l'art, préoccupés d'une théorie, démentie par la nature, peuvent causer de mal en se croyant appelés à intervenir dans des cas qui, sans aucun doute, se termineraient spontanément. Sur 23 observations d'accouchemens par la face, dont le rapport lui est parvenu pendant l'année 1836, en sa qualité d'examinateur des sages-femmes, 19, qui n'ont été surveillés que par ces dernières, et conséquemment abandonnées à la nature, se sont terminés heureusement pour les mères et les enfans, tandis que les 4 autres, où les hommes de l'art avaient cru devoir intervenir, ont été funestes pour trois enfans et une mère. S'il fallait encore des preuves, il n'en faudrait pas plus pour démontrer la vérité du principe énoncé. Les faits cités par l'auteur nous donnent, il faut l'avouer, une bonne idée de l'instruction des sages-femmes dans le cercle du grand-duché qu'il habite, laquelle, si elle n'a pas pour but de leur enseigner les opérations graves qui ne leur sont pas permises, tend plutôt à leur donner des connaissances exactes sur la marche du travail et les soins qu'il réclame et les véritables difficultés qui peuvent les engager à faire appeler un médecin.

MÉCANISME DANS LES PRÉSENTATIONS DE L'EXTRÉMITÉ PELVIENNE.

M. Naegelé résume les diverses variétés que peut offrir l'expulsion dans ces présentations, en les réunissant en un seul genre. Les fesses constituent la région principale. Dans les cas, assez fréquens, où les pieds conservent leurs rapports primitifs de situation, ils s'engagent simultanément dans le bassin; quelquefois, au contraire, ils restent plus élevés, ou sont repliés en haut et les fesses descendent seules; d'autrefois on les trouve plus bas que ces dernières; ils se présentent alors les premiers à l'orifice, et un mouvement d'extension les porte à leur tour seuls dans l'excavation.

Dans des cas extrêmement rares, ce sont les genoux, ou un genou, au lieu des pieds, qui descendent ainsi isolément. Mais toutes ces variétés ne constituent point de différence essentielle, selon M. Naegelé, et n'autorisent pas à établir autant de genres divers.

En résumant les signes diagnostiques des présentations pelviennes, l'auteur avoue que l'auscultation n'a pu lui en fournir de bien précis. On devrait croire, dit-il, que les pulsations dussent être perçues plus distinctement à une région plus élevée du ventre; cependant ses observations ne lui permettent pas jusqu'à présent de justifier cette supposition. Mais elles lui ont appris qu'il est possible de déterminer, à l'aide de l'ouïe, si le dos du fœtus est dirigé à gauche ou à droite.

Les positions que l'extrémité pelvienne peut affecter au détroit supérieur sont plus nombreuses que celles de la tête, d'après M. Naegelé; mais il pense que l'on peut néanmoins les réduire à deux. Elles dépendent de la direction du dos, soit en avant, soit en arrière. Dans chacune la surface dorsale est en même temps dirigée soit à gauche, soit à droite, de manière que le diamètre bis-iliaque du bassin fœtal soit toujours placé obliquement. Les quatre positions des fesses, admises par quelques accoucheurs (par le professeur Stoltz notamment, dans l'ordre de leur fréquence, de même que celles du crâne et de la face), expriment, d'une manière très simple, ce nous semble, cette distinction en deux nuances de chacune des deux positions établies par M. Naegelé. Il en est de même des positions sacro ou dorso-iliaques gauches et droites du professeur Dubois, qui, sans vouloir préciser le point auquel doit correspondre le

sacrum du fœtus, admet seulement deux divisions, selon qu'il occupe la moitié gauche ou droite du cercle iliaque, qu'il soit alors plus ou moins en arrière ou en avant. M. Naegelé père, en établissant déjà la division indiquée, est parti d'un principe basé sur les lois que suit l'expulsion dans ces positions ; c'est que dans les dorso-antérieures gauche et droite ce mécanisme est le même, mais diffère de celui des dorso-postérieures.

Les positions dorso-antérieures sont les plus fréquentes. Parmi 163 présentations pelviennes observées depuis 1819 – 37, le dos était 121 fois en avant, 40 fois en arrière (2 positions étant restées indéterminées).

Relativement au mécanisme de l'expulsion, les présentations pelviennes, bien qu'étant sujettes à des observations plus fréquentes que celles de l'extrémité céphalique, offrent cependant aussi des lois bien déterminées. Un des principaux phénomènes qui s'y rapporte consiste dans l'obliquité du pelvis fœtal pendant son passage, soit à l'entrée, soit à la sortie du bassin. Il n'y a de véritable mouvement de rotation que dans les positions dorso-postérieures, mais seulement lorsque les fesses ont déjà franchi le bassin et pendant le passage du tronc, rotation qui a pour but de porter le tronc obliquement en avant. Dans les positions dorso-antérieures, la hanche gauche, dit M. Naegelé, est plus fréquemment dirigée en avant (conséquemment celle où le coccyx est en avant et à gauche est la plus fréquente). Dans ce cas, la fesse gauche est plus basse que la droite, et franchit aussi la première le détroit vulvaire. L'inverse a lieu si c'est la hanche droite qui est plus en avant. Dans les positions dorso-postérieures la hanche gauche est également celle qui est le plus fréquemment dirigée en avant (le coccyx en arrière et à gauche). C'est elle aussi qui descend la première. Les aberrations de la règle sont favorisées par les mêmes circonstances que celles des autres présentations. Quant au mode d'expulsion de la tête, les fesses venant les premières, le menton est le plus souvent appliqué sur la poitrine ; il s'en éloigne dans des cas rares, l'occiput s'appliquant alors sur le dos, comme dans l'accouchement facial. Dans ce cas, le sommet de la tête et l'occiput, s'ils ne sont déjà tournés en arrière (parce que le tronc n'a pas fait sa rotation), se portent, pendant la descente, peu à peu vers l'une ou l'autre des symphyses sacro-iliaques, de manière que le menton vient correspondre à l'arcade pubienne, et que, pendant la sortie, il s'appuie contre ce rebord osseux, tandis que l'occiput, le sommet et le front glissent successivement sur le périnée et la commissure inférieure de la vulve. Si les pieds sont primitivement à l'orifice utérin, le mécanisme ne subit aucune différence notable. Il est seulement à remarquer que les pieds changent souvent de direction pendant leur passage et que la position ne devient fixe que lorsque le pelvis fœtal s'est engagé dans les détroits.

La seconde partie du travail de M. Naegelé fils échappe à une analyse détaillée. Elle est la plus considérable et empreinte de beaucoup d'originalité. Nous regrettons de ne pas pouvoir retracer ici tout ce qu'il y a d'attrayant dans sa lecture, et d'être obligé de nous borner à y renvoyer tous ceux qui s'intéressent aux études historiques et bibliographiques. Nous pouvons leur promettre une ample récolte. C'est, en un mot, un petit traité qui sera consulté avec fruit par ceux qui voudront s'occuper à l'avenir des progrès successifs qu'a faits l'histoire du mécanisme de l'accouchement depuis les premiers essais d'établir quelques notions claires sur cet objet jusqu'à nos jours. Nous nous permettrons, quant aux auteurs mentionnés, une seule remarque critique, celle de ne pas avoir admis dans le nombre des travaux modernes dont la valeur est examinée avec autant d'esprit que d'érudition, un petit ouvrage qui ne mérite pas, ce nous semble, d'être entièrement passé sous silence, celui du professeur Kilian de Bonn sur l'expulsion de la tête du fœtus. Un autre qui aurait pu figurer également, même s'il n'avait pu donner lieu qu'à la critique, celui de Ritgen, n'a été mentionné que par allusion dans quelques notes. Nous approuvons beaucoup la méthode que l'auteur a choisie, de procéder par nom propre ; cette manière d'écrire l'histoire d'une science nous paraît très convenable. Les faits qui ont été successivement développés, éclaircis, oubliés ou de nouveau remis en question, se rattachent ainsi très naturellement aux noms des auteurs qui en ont fait une étude spéciale. Le travail de M. Naegelé père sur les axes du bassin paraît avoir servi de digne modèle au fils. On rencontre dans le sien la même rigueur, le même esprit caustique et la même connaissance approfondie de la littérature obstétricale. Il a de même enrichi la partie de son travail dont nous parlons de notices biographiques du plus grand intérêt sur quelques-uns des hommes dont les noms se rattachent plus spécialement à la partie de la science qu'il a traitée. Ainsi, nous trouvons quelques mots sur la vie d'Ould, des détails précieux sur Solayrès, et notamment sur l'illustre Boër qui, peu de temps avant sa mort, les a communiqués en grande partie lui-même à l'auteur, pendant son séjour à Vienne. Nous ne doutons pas, qu'outre la valeur intrinsèque du livre de M. Naegelé fils, ces ornemens littéraires ne contribuent à leur tour à le rendre encore plus intéressant. Nous pouvons donc le recommander de bon cœur à nos lecteurs.

J. F. S.

VARIÉTÉS.

MAGNÉTISME ANIMAL. — MM. DELMAS ET PIGEAIRE, DE MONTPELLIER.

En rapportant les communications sur le magnétisme faites à l'Académie de médecine par M. Pigeaire, plusieurs journaux ont cité, parmi les personnes qui auraient constaté les expériences de ce médecin, le nom de M. Eugène Delmas, et cette citation était tout-à-fait opposée à ce qu'avait écrit M. Pigeaire. Par suite de cette erreur, M. Delmas a réclamé auprès de l'Académie. Il s'en suit que M. Pigeaire a dû réclamer à son tour contre la lettre de son confrère de Montpellier. Voici les lettres de ces honorables confrères, qui nous sont arrivées presque en même temps.

LETTRE DE M. EUGÈNE DELMAS SUR LES EXPÉRIENCES DE M. PIGEAIRE.

Les termes dans lesquels la GAZETTE MÉDICALE a annoncé ma réclamation à M. le président de l'Académie de médecine au sujet du mémoire de M. le docteur Pigeaire, pouvant faire croire que les expressions dont le journal s'est servi sont les miennes, vous m'obligerez infiniment d'insérer dans votre prochain numéro ma lettre entière dont voici une copie exacte :

« Monsieur le président,

» En apprenant par les journaux de médecine que M. le docteur Pigeaire avait communiqué à l'Académie les expériences de magnétisme faites en présence d'un grand nombre de médecins de Montpellier, j'ai été étonné de me voir cité, comme certifiant des faits que renferme cette communication, et comme fortifiant par mon opinion les vérités magnétiques qui en découlent. Si M. Pigeaire que j'aime et que j'estime m'eût communiqué ce qu'il a écrit à l'Académie, ce n'est pas à vous, M. le président, que j'aurais adressé ma réclamation; mais puisqu'il en a été autrement, et puisque les débats de l'Académie ont donné de la publicité à une affaire dans laquelle, sans que je m'en doute, mon nom et mes opinions se trouvent engagés, qu'il me soit permis de rétablir la vérité, en ce qui me concerne, par la déclaration suivante :

» 1° Ignorant les faits communiqués à l'Academie de médecine par M. le docteur Pigeaire, je n'ai pu ni les approuver ni les improuver;

» 2° Quant aux nombreuses expériences auxquelles mademoiselle Pigeaire a bien voulu se prêter pour me convaincre, et auxquelles j'étais le seul médecin présent, je dirai qu'en effet elles ont été si convaincantes pour moi, que depuis lors je ne crois plus ni au magnétisme ni à ses effets.

» Ce que j'ai vu et ce que je pense n'ayant rien de commun avec les autres séances dans lesquelles la jeune magnétisée a présenté les effets merveilleux qui ont été signalés à l'attention de l'Académie, et chacun dans cette affaire ne devant parler que de ce qu'il a vu, je n'ajouterai rien, monsieur, à ce que j'ai eu l'honneur de vous dire.

» J'ai l'honneur d'être, etc.

Eugène DELMAS. »

Montpellier, le 12 avril.

LETTRE DE M. PIGEAIRE EN RÉPONSE A LA LETTTE PRÉCÉDENTE.

« J'ai lu dans le dernier numéro de la GAZETTE MEDICALE que M. Eugène Delmas de Montpellier avait adressé à l'Académie de médecine une lettre dans laquelle il se plaint de ce que, dit il, j'avais fait usage de son nom pour faire croire aux expériences magnétiques que j'ai rapportées.

» L'accusation serait grave si elle avait le moindre fondement. Je ne suis pas cause qu'on a cité le nom de M. Delmas à côté de celui de M. Lordat, de M. Kunholt, etc. Dans ma lettre à l'Académie sur quelques faits magnétiques, je dis que dans toutes les expériences que j'avais faites, le phénomène de la clairvoyance s'était manifesté, excepté dans l'expérience à laquelle M. Delmas avait assisté. J'ai rapporté même celle-ci minutieusement, et j'y accuse M. Delmas d'être la cause de ce qu'elle n'avait pas réussi.

« Il y a loin, monsieur, de cette assertion à celle que M. Delmas me prête gratuitement.

« Dans l'intérêt de la vérité, j'espère, monsieur, de votre obligeance et de la bonne foi que vous mettez dans la rédaction de votre recueil hebdomadaire que vous voudrez bien publier ma réclamation.

» Agréez, etc.

PIGEAIRE, D. M. P.

Montpellier, le 14 avril.

— COURS PUBLIC DE CHIRURGIE; par M. HTE. LARREY fils, D. M. P., chirurgien de l'hôpital du Val-de-Grâce, professeur agrégé à la Faculté de médecine. Ce cours aura pour objet spécial les blessures par armes de guerre. Il a commencé le 17 avril, à quatre heures, dans l'amphithéâtre n. 2 de l'Ecole pratique, et se continuera à la même heure, les mardi, jeudi et samedi.

Des démonstrations pratiques seront faites à la fin du cours.

Cette spécialité a été heureusement choisie par M. Larrey : elle comblera une lacune dans l'enseignement de la chirurgie, qui ne pouvait être mieux remplie que par M. Larrey fils.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE DE FÉLIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

Gazette Médicale
DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé et Clinique des hôpitaux réunis*) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°.—Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Poissonnière*, n° 5, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE INTERNE.

RECHERCHES SUR LA CACHEXIE AFRICAINE (chthonophaphie, de χθων, terre, et φαγειν, manger; Erdessen, mal d'estomac; dirteating, Jordaden); par J.-L. Dors, médecin à St-Thomas, Indes occidentales (1).

On connait sous le nom de cachexie africaine une maladie qui affecte les esclaves et les basses classes aux Indes occidentales, à laquelle on n'a pas accordé jusqu'à présent toute l'attention qu'elle mérite. Cette considération m'a engagé à en faire le sujet de ce mémoire. A part une expérience de quelques années aux Indes occidentales, et particulièrement à St-Jean, où j'ai eu fréquemment l'occasion d'observer cette maladie, j'ai pu puiser à très peu de sources; par cette raison et par l'éloignement où je me trouve de toutes les ressources littéraires, je prie le public médical de me juger avec indulgence. Le nom de cachexie africaine fait supposer que la maladie a son origine en Afrique, et que, par la traite des esclaves, elle a été introduite dans les colonies occidentales. Nul doute que le mal d'estomac qui règne actuellement dans plusieurs de nos plantations a pris naissance en Afrique, comme différentes autres maladies, par exemple; le Yaws (fromboesia); néanmoins on peut admettre avec vraisemblance qu'il se développe aux îles mêmes et chez les habitans indigènes. Je m'efforcerai de démontrer, dans la suite, que la position sociale des esclaves des Indes occidentales offre plus d'une prédisposition à cette maladie; en outre, d'après les observations d'A. de Humboldt et de Soundri, on trouve chez le sauvage de l'Amérique méridionale, chez les Égyptiens et même chez la plupart des peuplades qui sont au dernier échelon de la civilisation, des exemples de cette dépravation de l'appétit, qui les pousse à manger de la terre; il y a plus, on rencontre certains individus affectés d'une sorte de dépravation, connue sous le nom de Pica. (*Mason good the study of Medicine*, vol. 1, p. 112. London, 1825-8, édit. 2e.) Comme cette maladie n'existe pas seulement parmi les nègres africains réduits à l'état d'esclavage, mais encore parmi les nègres créoles et les différentes nuances de mulâtres, et que mon expérience m'a appris que les premiers, en général plus forts et plus brisés aux fatigues, une fois acclimatés, étaient moins exposés à cette maladie que les autres, je trouve la dénomination de *cachexie africaine* peu convenable. Le nom français de *mal d'estomac* exprime mieux la nature de la maladie, en ce sens que l'appétit et les fonctions digestives sont altérées; mais comme, d'après des autopsies, l'estomac n'est pas toujours l'organe primitivement et moins encore matériellement affecté, ce nom me paraît également impropre; il en est de même de la dénomination *atrophia a*

(1) Au moment où une expédition médicale se prépare pour l'Afrique, nous avons cru devoir appeler l'attention sur la maladie qui fait le sujet de ce mémoire.

Feuilleton.

GALERIE MÉDICALE.

N° V.

BOURDOIS DE LA MOTTE (EDME-JOACHIM).

Dans les portraits précédens, j'ai essayé de peindre des hommes célèbres dans la science par leurs travaux et leurs découvertes; il s'agit ici d'un médecin remarquable seulement par sa longue et heureuse pratique. Pendant sa vie, Bourdois de la Motte fut à peu près ignoré des étudians et des praticiens de nos départemens; mais ce médecin eut pendant près de 30 ans une grand réputation dans la capitale, et il était très estimé de ses confrères. Ne dédaignons pas de tels hommes, quand ils ont du talent et un noble caractère; ils jettent de l'éclat sur notre profession; ils l'élèvent, ils l'honorent aux yeux des gens du monde toujours enclins à conclure de l'individu à la corporation.

Bourdois de la Motte avait été dans sa jeunesse à une excellente école de mœurs et de bons principes scientifiques, celle de son père, médecin renommé à Joigny et qui dépassa de beaucoup le grand niveau de la médiocrité. Vicq-d'Azyr nous apprend que ce docteur eut l'excellente coutume de consigner dans son registre toutes les observations de sa pratique, et que ce recueil avait pour titre, *Ma justification* : mot heureux et qui peut s'interpréter de bien des manières. Ajoutons que ce même médecin était tellement estimé pour ses lumières et sa générosité des habitans de Joigny, qu'arrêté la nuit sur un grand chemin, il se nomma, et les malfaiteurs s'éloignerent avec respect. Ainsi des voleurs français furent aussi touchés des vertus d'un mortel bienfaisant, qu'autrefois des bandits italiens le furent de l'harmonie des vers de l'Arioste. Bourdois de la Motte suivit l'exemple d'un tel père, et sur un théâtre plus vaste, dans cette serre-chaude de vanités, d'ambitions, de rivalités, qu'on appelle Paris, il sut acquérir une belle réputation et la conserver pendant de longues années. Mais ceux qui l'ont connu et apprécié n'en furent pas étonnés, c'était une conséquence inévitable des qualités dont il fut doué. Serrao, ce savant médecin portugais, si célèbre par ses voyages et ses malheurs, dit que trois choses sont indispensables au médecin pour réussir dans le monde, *Scientia*, *facundia*, *comitas*; on peut assurer que Bourdois de la Motte avait cette triple qualité, base sur laquelle il éleva sa réputation et sa fortune.

Qu'on ne s'imagine pas pourtant que ce médecin eût pour la science, la brûlante ardeur de certains esprits, qui, infatigables défricheurs du sol médical, cherchent un domaine inexploré pour le féconder par un labeur persévérant. Le savoir de Bourdois de la Motte était celui d'un praticien judicieux, éclairé, sans prétention, mais qui veut marcher de pair avec les hommes instruits et ne pas

ventriculo, dont se sert *Mason* (*The Edinburg medical and surgical Journal*, n° 115, p. 290), attendu qu'elle ne s'applique pas à tous les cas. La meilleure expression et la plus simple, en même temps, est, sans contredit, celle de *Erdessen, dirteating*, que nous proposons de rendre en français par le mot nouveau *chthonophagie*, qui exprime précisément l'idée de cette tendance maladive de l'estomac, qui, à quelques exceptions près, peut exister, dans presque toutes le maladies chroniques des esclaves, et, en général, chez tous les hommes qui se trouvent dans les mêmes circonstances. Le mal d'estomac peut se rencontrer à chaque âge, chez l'enfant comme chez le vieillard ; je l'ai même observé plusieurs fois chez des individus âgés de plus de 80 ans. Lorsque la maladie est idiopathique, indépendante de toute souffrance corporelle ou morale, ce qui est rare, elle constitue le plus souvent une habitude innocente, qui fait avaler de ces substances terreuses, même après un repas copieux. Le mal d'estomac dépend-il, au contraire, d'une maladie organique ou d'un vice de constitution, il est préjudiciable dans tous les cas, et contribue, avec la cause qui a produit l'altération organique, à miner la santé. Parmi ces maladies on range toutes les affections du bas-ventre, les vers, les scrofules, l'avortement, la leucorrhée, la phthisie laryngée, l'hydropisie, etc., et parmi les maladies mentales, la nostalgie et l'hypocondrie. J'ajouterai que ces causes seules ne sont pas suffisantes pour produire la cachexie africaine ; mais on peut les considérer comme causes prédisposantes puissantes et même nécessaires. Là où ces maladies existent, il ne faut qu'une légère circonstance morale pour produire, dans le système nerveux, un état voisin de l'hypochondrie, qui peut aller jusqu'à la manie. L'hypocondrie est un symptôme constant non seulement chez les individus qui mangent de la terre, mais encore chez ceux qui, sans avaler des substances inertes, présentent tous les autres caractères de la cachexie africaine, et là elle peut être considérée comme une maladie purement nerveuse ou idiopathique, provoquée, sans doute, par une mauvaise conduite et par les effets nuisibles de la superstition, etc. D'autres fois elle constitue une affection secondaire ou dépendante d'une autre maladie primitive quelconque, par exemple la dyspepsie. Dans ces deux maladies, l'état hypocondriaque, compliqué avec l'une ou l'autre des maladies organiques énumérées ci-dessus, constitue une *cachexie*, qu'on a appelée jusqu'alors *africaine*, mais qui pourrait tout aussi bien se nommer *chlorose* ou *hypochondriasis*, puisque ses symptômes et ses effets sur la constitution sont absolument identiques. Je veux examiner maintenant les causes qui agissent ensemble ou séparément, pouvant provoquer cet appétit contre nature.

1° *Une impulsion instinctive* analogue à celle de certains animaux, qu'on remarque également chez des hommes à un certain degré de l'échelle sociale, qui, par besoin ou par ignorance, ne savent pas se procurer, à chaque saison, une nourriture suffisante et convenable ; sans cette circonstance il serait souvent difficile de s'expliquer l'origine du mal d'estomac, dont la faim est peut-être, dans la plupart des cas, le premier mobile ; l'imitation et la force de l'habitude viennent s'y joindre. Il n'est pas plus surprenant de voir manger de la terre que de voir certains peuples dans le Nord manger des écorces, et les malheureux marins, en proie à la faim, se nourrir de semelles et d'autres substances semblables ; d'ailleurs, ne sait-on pas que les petits enfans abandonnés à eux-mêmes avalent toutes sortes de substances inertes. J'ai observé que les négrillons que leurs parens emportent avec eux dans les champs lèchent la terre avec avidité ; je ne doute pas que ces enfans ne contractent par là, dans beaucoup de cas, une habitude nuisible, qu'il est difficile d'extirper, et qui le plus souvent revient à la première occasion.

2° *L'imitation* est, sans doute, aussi une cause puissante du développement de cette maladie, ainsi que cela se voit dans d'autres cas, et comme on l'a rencontré, par exemple, lors de l'épidémie de la danse de St-Guy ; comment alors ne pas admettre que l'imitation agisse avec force sur les hommes dont le développement intellectuel est borné, et qui, souvent pressés par le besoin, voient leurs camarades avaler de la terre pour apaiser la faim ? Les planteurs ont vu plus d'une fois, avec surprise, la maladie survenir et se répandre avec une rapidité extraordinaire sur l'une ou l'autre des plantations où elle n'existait d'abord pas. Je ne puis mieux m'expliquer ce phénomène que par la force d'imitation, qui va, sans cesse, en augmentant chez les nègres mécontens et malades. Le fait suivant m'a été rapporté par plusieurs colons dignes de foi : Un Anglais, voulant s'assurer par lui-même si réellement il existait un grand nombre de mangeurs de terre dans les Indes occidentales, vint lui-même dans une de ces îles, se mit à avaler de la terre, contracta bientôt cette funeste habitude et succomba aux suites de son imprudence.

3° *Maladies mentales*. Quelque déplorable que soit la position des nègres en Afrique je suis persuadé que tous regrettent leur patrie que rien ne peut leur faire oublier. C'est surtout dans les premiers temps de la traite des noirs que la nostalgie était une des causes les plus puissantes de maladie. Il y a quelques années, on vit plus d'une fois des nègres d'une santé très robuste devenir hypocondriaques dès leur arrivée et mourir en grand nombre. Ces individus se distinguent par leur stupidité, leur refus de travailler et leur humeur sombre ; ils aiment la solitude, le séjour dans les forêts ; maigrissent de jour en jour, et présentent différens symptômes dont le médecin ne parvient à se rendre compte qu'après la mort. La même chose arrive jusqu'à un certain point lorsque contre leur consentement ils sont séparés d'un proche parent, d'un compagnon d'esclavage, lorsqu'ils sont obligés de servir un nouveau maître dans lequel ils n'ont point de confiance. Le même effet a lieu lorsque, vivant d'abord dans la maison du maître, ils sont forcés par punition de travailler dans les plantations ; enfin tout mauvais traitement, le manque de compassion, des coups, des injures, la détention, surtout lorsque l'esclave croit qu'on lui a fait tort, la superstition et la sorcellerie qui sont très répandues parmi les nègres, produisent encore des effets très nuisibles. L'amour moral entre personnes des deux sexes n'est pas tout-à-fait étranger aux nègres, quoique les planteurs ne veulent pas le reconnaître. Un nègre sain et robuste, peu après son arrivée à Saint-Jean, devint mélancolique sans motif apparent. L'hypocondrie le poussa à aller visiter les missionnaires évangéliques connus sous le nom de *basen*, afin de trouver chez eux une consolation à ses souffrances ; mais bientôt il fut atteint de manie, de telle sorte qu'on fut obligé de le lier. Comme le malade avait eu en même temps une maladie du foie, on lui prescrivit une saignée ; plus tard, du calomel et des sels qui le guérirent au point qu'il put retourner à ses travaux, mais il resta mélancolique, et fut atteint du mal d'estomac. La cause de cet état était, comme je l'ai appris plus tard, d'avoir été obligé d'abandonner une négresse qu'il aimait. On voit par l'exemple que nous venons de citer qu'une passion contrariée peut produire chez les nègres comme chez les autres hommes, d'abord une affection morale, qui, pour peu que la même cause continue d'agir, dégénère facilement en une maladie organique caractérisée souvent par un appétit anormal. Ordinairement ce

---

rester étranger au progrès : ce qu'il savait il le savait bien et l'appliquait encore mieux. Jamais on ne le vit, sectaire outré d'une doctrine quelconque, en arborer hautement le drapeau, et tomber dans cette espèce de fétichisme médical dont les annales de la science ont conservé le souvenir. Convaincu que les faits et l'expérience prononcent tôt ou tard la déchéance d'un principe trop exclusif, il s'en tint à ce que la science avait de plus clair, de plus positif, sans dédaigner aucune innovation ; il n'adoptait rien avec enthousiasme, il attendait que le temps eût prononcé ; en effet, le temps fait les bonnes doctrines, parce qu'il y met l'indestructible empreinte de l'expérience. Bourdois de la Motte apporta cependant sa pierre et son tribut, c'est à lui qu'on doit en France la connaissance des propriétés de la ratanhia, par sa traduction de la *Dissertation de Ruiz sur ce végétal péruvien*.

Une pratique aussi sage et aussi heureuse que celle de ce médecin lui avait acquis une belle réputation dans cette classe de la société qui s'en tient au savoir ; mais Bourdois de la Motte visait à obtenir la clientèle du grand monde, et il y parvint. En 1811, Napoléon lui confia même la santé de son fils, de cet enfant héritier de tant de couronnes et qui mourut dans l'exil. Dès lors, la célébrité de Bourdois de la Motte n'eut plus de bornes dans les hauts rangs de la société ; il y devint à la mode, et l'on n'était bien guéri que par ses soins. Toutefois on doit avouer que cet habile médecin avait tout ce qu'il faut pour réussir dans une pareille sphère. Rien de plus gracieux, de plus aimable, de plus aisé que ses manières et son langage. C'était le type des médecins de cour, le modèle de l'urbanité, de la politesse exquise, de l'homme bien élevé, possédant au suprême degré la science du salon, celle de bien dire et de dire à propos ; il ne lui manque peut-être qu'un peu d'égoïsme pour être tout à fait un *homme comme il faut*. Celui qui part de très bas et qui s'élève tout à coup, éprouve, quand il entre dans le grand monde, une oscillation pénible, autant pour lui que pour les autres, entre son orgueil souffrant et sa timidité invincible ; ce mélange de fierté et d'humilité produit un effet presque insoutenable. Il n'en fut pas de même pour Bourdois de la Motte : il parut tout d'abord comme un homme naturellement élevé dans les rangs distingués de la société et qui s'y trouvait dans son milieu ordinaire ; on en était aussitôt convaincu par son affabilité, par le bon ton sans affectation de ses manières. La marque certaine de l'homme habitué aux usages de la haute société, c'est de n'avoir rien d'original, rien de tranché, de ne faire saillie ni tache par aucun côté ; c'est ce je ne sais quoi de calme, de naturellement noble, sans calcul et sans effort qui met chacun à sa place, et reste toujours à la sienne. Tel était Bourdois de la Motte dans l'ensemble de son caractère et de sa vie. C'était une de ces natures qui plaisent parce qu'elles ne heurtent personne, parce que tous les angles sont rentrés, effacés. Sans avoir la lymphatique indifférence d'un optimiste béat qui ne s'inquiète de rien et ne songe qu'à lui, il s'abandonnait au train des choses et du monde. Sa conversation avait du feu, du sens, de la verve, mais sans épigramme, sans ironie, sans aucune recherche d'esprit ; on pouvait la prendre comme une bonne, une fine et délicate causerie que les vieillards aimaient et où les jeunes gens trouvaient toujours à profiter. Point de bruit, point d'éclat, rien d'analogue à ces médiocrités sonores qui bruissent et bourdonnent dans le monde, auxquelles on peut si bien appliquer l'ancien proverbe : trop de vent pour une petite monture.

D'ailleurs, dans quelque circonstance que ce fût et avec qui que ce soit, jamais Bourdois de la Motte ne s'écartait de ce principe si propre à avancer dans le monde, que pour un médecin les solécismes de politesse, sont toujours

sont de tels individus mélancoliques qui, dans les colonies où règne le mal d'estomac, se trouvent affectés plus tard de la cachexie africaine, parce que peu disposés au travail ils sont maltraités et voient par là leur position s'aggraver. L'humanité ou du moins l'intérêt ne devraient-ils pas faire cesser ces mauvais traitemens et inspirer aux maîtres plus de douceur envers les malheureux nègres? Ne sait-on pas d'ailleurs que partout une affection morale peut produire un appétit désordonné, et si cela se rencontre surtout chez les nègres, n'est-ce point, comme nous le verrons plus tard, un effet de l'état d'oppressioo où ils se trouvent?

Causes matérielles. Ici se placent toutes les maladies de la digestion et de la nutritiou héréditaires ou acquises qui ont agi lentement sur l'organisation, comme les scrofules qui, en général plus rares chez les nègres, affectent principalement la forme de phthisie mésentérique assez commune chez eux jusqu'à l'âge de la puberté. Le mal d'estomac est un symptôme commun à tous ces sujets, et c'est parce qu'ou a trouvé dans les autopsies les glandes mésentériques, hypertrophiées ou squirrheuses qu'on a affirmé que la cachexie africaine se liait toujours à un pareil état de ces glandes, résultat qui toutefois n'a pas été constamment observé. Après les scrofules vient l'affection vermineuse répandue parmi les nègres, même adultes. Rien de plus commun chez ces individus qu'un appétit désordonné qui s'étend non seulement à de la terre, du sable, des cendres, mais encore aux substances les plus dégoûtantes. Ce qui s'explique par l'irritation causée par la présence des vers dans les intestins grêles. Parmi les autres états morbides qui agissent encore comme causes prédisposantes, on range le yaws, les affections chroniques des extrémités inférieures, la chlorose, l'hystérie chez les femmes, et l'hypocondrie chez les hommes, l'état de grossesse, et en général la plupart des maladies chrooiques; en outre la rudesse et les variations de température, des travaux pénibles, des mauvais vêtemens enfin, et surtout une nourriture irrégulière et insuffisante peuvent contribuer au développement du mal d'estomac. On sait que la faim produit une sensation désagréable à la région épigastrique, et c'est pour tromper ce sentiment que le nègre avale toutes sortes de substances inertes; et c'est là chez beaucoup d'entre eux le poiot de départ de la cachexie africaine.

Symptômes. La modification produite sur l'organisme par l'habitude d'avaler de la terre dépend naturellement de la quantité et de la qualité des substances ingérées, des causes qui produisent cet appétit anormal, de l'âge et de la constitution des individus; les symptômes ne sont donc pas toujours les mêmes; aussi ne peut-on pas admettre qu'un usage immodéré de terre contenant du sable, de la chaux, du fer, de la craie, du charbon, etc., puisse produire une cachexie particulière en agissant d'une manière chimique sur le corps; car ces substances ne peuvent être assimilées; mais ce qui est plus probable, c'est que ces substances prises en abondance agissent comme d'autres irritans, par exemple, comme les spiritueux, d'une manière nuisible sur le corps, et produisent différentes maladies des fonctions de uutrition.

La cachexie africaine (si réellement elle existe) ne peut donc pas être une cachexie *sui generis* et propre aux mangeurs de terre; aussi les symptômes ne sont pas toujours les mêmes dans tous les cas; ils dépendent naturellement des maladies organiques dont ces individus sont le plus souvent atteints.

Ces symptômes sont de deux ordres:

1° Des signes d'un simple trouble de fonction;

2° Des phénomènes d'une véritable lésion organique.

Premier ordre. Un certain degré de stupidité caractérisée par de la paresse, de la négligence dans les vêtemens, de la malpropreté et par un malaise général sans douleurs, proprement dites, les accidens de dyspepsie et d'hystérie accompagnés souvent d'un léger état fébrile avec intermittences irrégulières, anorexie ou appétit déréglé, et souvent boulimie surtout chez des enfans, disposition aux catarrhes, fleurs blanches, menstruation irrégulière, vers, etc. Déjà dans cette période, le malade est très impressionnable, et l'on voit se développer le premier germe de telles ou telles maladies de tête, de poitrine et du bas-ventre.

Deuxième ordre. Des phénomènes d'un véritable mal organique accompagné d'hypocondrie se déclarent peu à peu; le malade cherche la solitude, et quitte souvent son travail sans cause connue et dirige instinctivement ses pas vers l'infirmerie de la plantatioo.

Une décoloration chlorotique se répand sur tout le corps et est surtout apparente, chez les nègres, à la paume des mains et aux lèvres; la peau est d'un aspect sale, souvent froide, sèche et ridée, et dès le début de la maladie boursouflée et œdémateuse; le regard est abattu, stupide et méfiant.

La cardialgie et toutes sortes de phénomènes hystériques sont très communs et se montrent sous des formes si diverses qu'on est tenté de les regarder comme simulées. Le bas-ventre est tendu par des gaz surtout après les repas chez les enfans qui, aux Indes-Occidentales, sont, au-dessous de sept ans, généralement affectés de hernies ombilicales. Le malade souffre de nausées et de vomissemens surtout le matin, et est très disposé aux diarrhées. Les selles sont tantôt fortement teintes de bile, tantôt elles sont pâles, muqueuses et sanguinolentes avec ou sans ténesme, et avec chute du rectum chez les enfans; la langue et la bouche sont ordinairement de couleur sale ou d'un rouge foocé portant l'empreinte des dents. J'ai souvent trouvé la langue tachée de noir, symptôme indiqué par Thomas (*Practice of physic, revised by A. Hosack*, 5e édit. New-York 1817), mais chez des sujets où il n'y avait aucune trace de cette maladie. A ces symptômes gastriques se joignent peu à peu des maladies organiques du foie, de la rate, des glandes lymphatiques, et enfin du poumon et du cœur; mais les symptômes de cette maladie sont tellement marqués par une faiblesse générale, et la réaction dans le système vasculaire est si peu apparente que les douleurs locales et les changemens dans le pouls sont très peu marqués excepté à chaque mouvement brusque. Le malade ne se plaint ordinairement que d'un sentiment de faiblesse (ou pour nous servir de ses propres paroles « d'une fièvre iotérieure ».) ou d'une douleur continuelle dans le creux de l'estomac qui paraît être prédominante; mais à un examen plus attentif, on trouve les symptômes suivans: respiration courte et difficile, toux brève, de temps en temps douleurs pongitives des différentes régions de la poitrine, battemens de cœur et pulsations anévrismatiques dans les grosses artères, pression sensible dans la région épigastrique et sous les fausses côtes, etc. Les signes d'une affection cérébrale sont quelquefois si peu apparens qu'on ne les découvre qu'après la mort, et c'est probablement cette cause latente qui, dans cette maladie organique, produit des décès si fréquens et si inattendus parmi les nègres. Le malade meurt ou subitement par manque de vitalité, par un épanchement de sang ou de sérum dans les poumons, dans le cerveau, par une rupture des grands vaisseaux, du cœur, ou lentement par une hydropisie et par des évacuations colliquatives; dans ce cas le sang est

---

et nécessairement des fautes de jugement et de conduite, aphorisme du simple bon sens, auquel il resta fidèle; aussi savait-il éminemment l'art du bien vivre qu'il avait étudié à fond. Souple et réservé, sagace et patient, adroit avec mesure, confiant avec prudence, habile à deviner les obstacles et à les tourner, il ne blessait personne, plaisait au plus graod nombre, en tant qu'il ne mesurait pas le monde sur une échelle idéale de perfection. Il sut mettre à profit toutes les circonstances, en homme qui veut faire son chemin et le mieux possible par des voies honnêtes, mais qui ne consent pas plus à être victime que de faire des dupes. Connaissant, comme dit Chamfort, *la toute puissance des sots qui ont tout arrangé pour eux dans ce monde*, il avait le talent de s'accommoder avec cette redoutable puissance; il estimait donc à leur valeur la médiocrité protégée et la sottise protectrice; mais il ne froissait ni l'une ni l'autre, tout en préférant les gens d'esprit où il tenait parfaitement sa place.

On tomberait pourtant dans une grave erreur, en pensant que l'art du monde si bien connu de Bourdois de la Motte ressemblait à celui de certains hommes qui se font les plus humbles possible pour tâcher de fléchir la fortune. Loin de là, une sorte de vulgarité élégante, un masque de politesse basse, servile, se prêtant à tout, même aux services les plus abjects, étaient au contraire l'objet de son dédain; c'est ce qu'il appelait le *calcul des courbes*. Si on lui parlait d'un de ces caméléons-valets, toujours disposés à obéir et à s'aplatir, d'un *sempre bene*, au service de toute lâcheté, pourvu qu'elle rapporte, on le voyait s'animer, prendre feu, verser le ridicule sur ce genre de politesse fardée, au-dessous de laquelle ne se trouve rien qu'égoïsme et turpitude. On disait d'un homme très obséquieux qu'il était «le serviteur très humble du genre humain.» C'est là ce qui indignait Bourdois de la Motte, quand il s'agissait de la médecine et de ceux qui l'exercent. Pourquoi s'en étonner? N'est-il pas pour nous un degré de bonté au-delà duquel on sort nécessairement de la dignité convenable à notre belle profession? Quelque complaisance qu'on doive à celui qui souffre, n'y a-t-il pas ici des bornes que le médecin ne saurait franchir? Un malade n'est-il pas sous sa direction? Ne doit-il pas éclairer et dominer sa raison, maîtriser ses penchans? La vie de ce malade n'est-elle pas sous la garantie de son savoir? En un mot, n'est-ce pas son *client*? Ce fut là le principe fondamental de la conduite de Bourdois de la Motte. Sa politesse à lui était libre, aisée, attentive; elle avait toujours quelque chose de noble, d'élégant, de distingué. Elle consistait surtout dans un tact exquis des convenances, dans l'exacte et parfaite entente des bienséances sociales. Au reste, il y avait en lui comme un esprit de tradition de l'ancienne Faculté de médecine; il est des personnes, en effet, qui survivent au siècle où elles ont vécu, et qui transportent dans l'autre les habitudes du précédent. Bourdois de la Motte était du nombre de ces personnes parmi les médecins, sous le rapport des bonnes manières, du bon ton, du savoir vivre. Et pourtant, dans l'occasion, son caractère avait de la tenue, de la fermeté, en sorte qu'il aurait pu prendre cette devise: *Intus ut libet, foris ut moris est.*

Bien plus, c'est qu'auprès des femmes, Bourdois de la Motte n'était pas homme à gâter la louange par la flatterie. Il sut les mettre de son côté; on le croira facilement, d'après les qualités dont il était doué; mais, il faut le dire à son avantage, quoique personne n'eût plus que lui de bonté, de laisser-aller, le *maniérisme* d'une politesse doucereuse et câline, qui touche de si près à la finasserie astucieuse, était loin des formes et du langage qu'il avait auprès des dames de haut parage confiées à ses soins. Les banalités louangeuses et vulgaires

près pâle et couvert d'une croûte phlogistique. Il est quelquefois difficile de savoir d'une manière sûre si le nègre cachectique a avalé de la terre ou d'autres substances semblables, parce que cet appétit anormal porte tantôt sur tel objet, tantôt sur un autre, car il arrive que ces malheureux mangent en prison tout ce qu'ils trouvent. Les mangeurs de terre la prennent d'une manière cachée et nient avec la plus grande assurance de s'abandonner à cette habitude fâcheuse, quand même le fait est prouvé, et même les enfans emploient quelquefois de la ruse.

Quelques-uns des symptômes indiqués, la pâleur sale et le boursoufflement de tout le corps, principalement du visage et de la paume de la main, mais surtout l'aspect terreux de la langue ont été regardés généralement comme les signes les plus certains de la cachexie africaine; mais l'expérience a prouvé que cet aspect a été rencontré quelquefois dans des maladies qui ne sont pas accompagnées de pica; en outre, il existe plusieurs exemples de mal d'estomac, où cet aspect de la langue et de la peau a manqué; mais il est toujours très important de s'assurer de la présence ou de l'absence de ce symptôme qui indique toujours du danger et peut faire varier le mode de traitement.

Avant de parler de ce dernier, qu'il me soit permis de rapporter le résultat de quelques autopsies qui peuvent servir d'exemples pour reconnaître les changemens morbides après la mort. J'ai surtout choisi des sujets chez lesquels on a trouvé de la terre. Comme le plus grand nombre d'autopsies ont été faites à Saint-Jean sous les conditions les moins favorables et sans aucun secours, on me pardonnera si je suis moins complet que je le désirerais.

Obs. I. — Peggy, âgé de 3 ans 1/2, mort subitement après un repas copieux.
Autopsie huit heures après la mort.

Tête. Sérosité sanguinolente et légère couche de lymphe coagulable entre les membranes, cerveau plus mou qu'à l'ordinaire, quantité assez notable de sérosité sanguinolente dans les ventricules latéraux et à la base du crâne.

Poitrine. Caillot un peu pâle dans le ventricule droit, cœur flasque et mince, sérosité sanguinolente dans les cavités de la poitrine.

Bas-ventre. Foie pâle et marbré, vésicule biliaire très mince et transparente contenant un peu de bile pâle, tous les autres organes également pâles; membrane muqueuse de l'estomac et des intestins changée en un mucus épais et visqueux; estomac rempli d'une soupe non encore digérée, dans laquelle on trouva une quantité de petits grains de sable et d'autres substances dures. Dans l'œsophage et au cardia où la membrane était un peu rouge, on trouva plusieurs morceaux de petites pierres, des parties de chaux et de terre; plusieurs glandes mésentériques étaient hypertrophiées. A l'extérieur le cadavre avait un aspect très sain, et jamais on n'avait soupçonné ce sujet d'être affecté de la cachexie africaine.

Obs. II. — Dominique, âgé de 23 ans. A peu près deux ans avant sa mort, qui eut lieu subitement après avoir mangé du poisson, ce nègre, au reste d'un aspect assez bien portant, se trouva souvent à l'hôpital, où il ne se plaignait que d'une sensation désagréable vers le devant de la poitrine; il se disait ensorcelé par le gardien, et qu'il allait mourir; il était continuellement triste.

Autopsie. Toutes les parties de la poitrine et du bas-ventre extrêmement pâles et exsangues; au reste, tout à l'état normal dans la poitrine; membrane muqueuse de l'estomac particulièrement striée de sang, là comme dans le reste des intestins ramollie et facile à ôter. On trouva une quantité assez notable de sable et de poisson non digéré dans le canal intestinal; vésicule biliaire presque vide; glandes mésentériques et autres parties du bas-ventre naturelles. La tête ne fut pas ouverte.

A peu près une demi-heure avant sa mort, il fut porté presque inanimé à l'hôpital; son corps était froid; il ne prononçait pas une parole; sans avoir perdu connaissance, il mourut immédiatement dans les convulsions.

Obs. III. — Sarah, âgée de 5 ans; morte de tétanos et de convulsions produites probablement par l'ingestion d'une grande quantité de fruits verts.

Autopsie. Pâleur des intestins moins prononcée que dans les deux autres cas. Sérosité dans le péricarde.

Bas-ventre. Intestins d'un aspect sain; intestins grêles tapissés intérieurement d'un mucus jaune et filant, contenant cinq vers lombricaux et de la terre; région cardiaque, estomac et partie inférieure de l'œsophage couverts de taches rouges, et parsemés de sable et de terre. Cette malade avait toujours été regardée comme ayant un appétit désordonné.

Obs. IV. — Brigitte, âgée de 45 ans, née en Afrique, fut trouvée morte au point du jour, la figure enfoncée dans le sable.

Autopsie à midi. Cadavre gras et d'un aspect naturel, excepté la jambe gauche affectée d'éléphantiasis; une grande quantité de salive écumeuse sort de la bouche.

Tête. En incisant les tégumens et le crâne, il s'en écoule beaucoup de sang; entre les lamelles et la dure-mère dans la région du sinciput, il se trouve une esquille plate, de forme irrégulière, et à peu près d'un demi-pouce dans son plus grand diamètre; membranes du cerveau très injectées et couvertes d'une couche de lymphe coagulée; peu d'eau dans les ventricules latéraux.

Bas-ventre. Estomac et intestins très distendus et transparens, surtout le colon, çà et là teints en noir comme par de l'encre, et remplis de matières non digérées, avec beaucoup de terre et de sable; intestins en général exsangues; rate au contraire riche en sang et molle; beaucoup de graisse dans le bas-ventre.

Poitrine. Péricarde distendu par un sang tenu; cœur entouré d'un fort caillot de sang; une rupture paraît s'être faite près des gros vaisseaux; poumons infiltrés d'un serum sanguinolent, à l'extérieur teints en noir comme les intestins.

La malade, déjà affectée du mal d'estomac était depuis plusieurs années à St-Jean; elle allait souvent à l'hôpital où elle ne restait que rarement au-delà de quelques jours, la maladie ne fut pas regardée comme dangereuse; et même trois semaines avant sa mort, elle ne se plaignait plus.

Obs. V. — Isaak, âgé de 8 ans; mort subitement.

Autopsie. On trouva un vésicatoire sur la poitrine qui avait déjà fortement tiré; corps infiltré; péritoine, épiploon et foie adhérens ensemble par de nouvelles productions; foie gros, pâle et exsangue; vésicule du fiel petite et épaissie contenant peu de bile d'un brun rougeâtre; conduits biliaires imperméables; rate divisée en deux; veine cave inférieure contenant un polype de lymphe coagulée qui communiquait avec l'oreillette droite; sang dans les vaisseaux ténu et pâle; estomac en général petit; membranes épaisses et comme contractées; tunique muqueuse partout d'un rouge vif jusqu'à l'œsophage, du reste vide; intestins grêles injectés et en partie épaissis; membrane muqueuse dissoute et contenant de l'eau; gros intestins renfermant une quantité notable de graviers rouges; les glandes mésentériques très grosses; reins naturels; vessie distendue par l'urine.

Poitrine. Cœur très gros, d'une structure ferme; oreillette droite remplie d'un coagulum polypeux; péricarde distendu par du sérum; poumons emphysémateux avec mucus purulent dans les bronches dilatées.

L'état de l'estomac et les intestins grêles, avec la présence de graviers, ne laisse pas de doute que l'inflammation avait une cause mécanique; en y joignant celui des organes de la poitrine, on se rend facilement compte de cette mort prompte.

Obs. VI. — Le 14 janvier 1831, je fus appelé auprès de Lucy, âgée de 25

étaient ce qu'il avait le plus en aversion. Parfait modèle d'urbanité, toujours doux, bienveillant, amène, contant bien, causant bien, naturellement aimable, les femmes le trouvaient froid, réservé, dès qu'il s'agissait de certaines exigences, pour peu qu'elles eussent compromis sa dignité de médecin. A cet égard, il fut toujours inflexible, surtout avec la classe des riches, toujours portés à confondre la complaisance avec la domesticité, les services avec les obligations. Bourdois de la Motte raillait surtout ces médecins touche à tout, à boursoufflure empirique, grands dans les petites choses, graves dans les niaiseries, et qui cherchent ainsi à se faire valoir auprès des gens opulens. Il racontait que, se trouvant en consultation avec un confrère de ce triste acabit, chez une dame atteinte d'une enflure au poignet, un prescrivit un cataplasme émollient. Le médecin donna aussitôt sa montre à la femme de chambre, en la priant de bien faire attention que le cataplasme fût bouillant exactement pendant quatre minutes et demie, ni plus ni moins. Comme je marquais, dit Bourdois de la Motte, ma surprise sur la singulière exactitude de cet ordre, la malade s'écria : « Que voulez-vous, mon docteur est un homme admirable, il calcule comme un ange, vous en voyez la preuve. »

Certes, en réfléchissant au talent, à l'habile conduite de Bourdois de la Motte, il ne faut pas être surpris de l'espèce de vogue qu'il obtint à une certaine époque dans le grand monde, et s'il fut en rapport avec ce que la société avait alors de plus distingué. Toutefois, un de ses cliens les plus remarquables fut l'illustre diplomate dont le nom se rattache à toutes les phases de notre histoire depuis cinquante ans. Nés dans la même année, ils se connurent de bonne heure, et l'un choisit l'autre pour lui confier sa santé, avec d'autant plus d'empressement qu'il connaissait mieux les hommes. On a prétendu que Bourdois de la Motte, ayant profondément étudié la constitution physique et morale de son célèbre client, savait à cet égard de piquantes particularités. Rien de plus naturel; car un médecin est, par excellence, l'observateur du cœur humain; et s'il est vrai qu'aucun homme n'est un héros aux yeux de son valet de chambre, que sera-ce donc pour le médecin, auquel on confie des choses à jamais ignorées, même des amis les plus intimes? Quoi qu'il en soit, par l'extrême réserve de Bourdois de la Motte, rien n'a transpiré de ce qu'il savait sur le personnage historique dont il s'agit.

La postérité pourra peut-être s'en plaindre; quant à nous, contemporains de Bourdois de la Motte, ce que nous lui reprocherons, c'est de n'avoir consigné dans aucun ouvrage le fruit de sa longue pratique. Chaque habile médecin, en particulier, comme on l'a dit, a son savoir qui n'est que pour lui, il y a ici quelque chose d'individuel, et par conséquent d'insaisissable et d'intransmissible. Cependant, il est une foule de faits, de remarques, d'axiômes pratiques dont la science fait son profit, quand on sait les recueillir avec discernement et les exposer avec méthode. Bourdois de la Motte n'a pas fait sa *justification* comme son père; il mérite donc une part de blâme, parce que s'étant confiné dans sa haute réputation, dans le soin de s'enrichir, il a déshérité la science de ce qu'elle avait droit d'espérer. Non, ce n'était pas impuissance, ainsi qu'on l'a répété, c'était oubli, indifférence, amour du repos et du laisser-aller. Ce médecin ressemblait à certains grands seigneurs qui, dédaignant le titre d'auteur, comme une dérogeance, prouvaient néanmoins qu'ils y auraient eu une supériorité marquée. C'est ainsi que Bourdois de la Motte, ayant été chargé d'un rapport à l'Académie de médecine, pour placer le buste de Corvisart dans la salle des séances de cette société, on fut frappé de l'art avec lequel ce rap-

-ans, amenée comme jeune fille de l'Afrique et affectée depuis plusieurs années de mal d'estomac, la tête garnie de cheveux, en partie blancs et noirs, offrait un aspect extraordinaire. La malade l'attribuant à une éruption qu'elle avait eue dans son enfance en Afrique. Cette éruption avait disparu à un âge plus avancé, et avait donné lieu à un écoulement purulent de l'oreille droite, dont les douleurs alternaient avec des maux de tête. Comme depuis ce moment elle souffrait d'une violente céphalalgie, et que l'écoulement avait cessé, on appliqua un vésicatoire derrière l'oreille, et on prescrivit un léger purgatif; déjà le lendemain, on vit un pus louable derrière les oreilles, mais sans diminution de la céphalalgie; il se déclara une légère fièvre avec type intermittent, des vertiges allant en augmentant, ainsi qu'un fort écoulement par les oreilles, qui, le 30, devint très fétide, et le bras gauche fut paralysé. Le lendemain, apoplexie; mort le 1er février.

AUTOPSIE. Le bas-ventre et la poitrine ne furent pas ouverts; mais la tête, deux heures après la mort. Os de la tête très minces et friables; vaisseaux du cerveau très distendus par du sang; hémisphère droit, partie antérieure du cervelet droit dégénérés en partie en un ichor très fétide, gangreneux, de couleur sale, en partie en un pus épais qui tapissait la dure-mère comme une membrane; des petits morceaux fibrineux se trouvaient dans le pus gangreneux; nerfs tout à fait ramollis; point de vestiges de carie. Reste du cerveau au côté gauche très mou, et en partie changé dans sa structure.

OBS. VII. — Chez un autre mangeur de terre, Jack, africain, mort subitement, on trouva un abcès dans le foie qui s'était ouvert dans l'estomac.

L'autopsie fut faite par un autre médecin.

OBS. VIII. — John, à peu près âgé de 30 ans, un fort mangeur de terre fut trouvé, en automne 1830, à moitié mort aux bords de la mer; il fut rappelé à la vie par des gouttes d'Hoffmann; pendant huit jour de suite, il souffrait de la poitrine, sans fièvre; mais on n'y fit guère attention, jusqu'au neuvième, où une diarrhée se déclara, et on le porta à l'hôpital; on lui prescrivit la teinture aqueuse de rhubarbe, et la liqueur anodine d'Hoffmann; il succomba immédiatement.

AUTOPSIE. Outre la pâleur et l'état exsangue des parties internes, on trouva dans le péricarde et dans la plèvre une quantité de sérum jaunâtre. Les deux poumons étaient en partie adhérens au diaphragme par une forte couche de lymphe coagulable. Le poumon gauche était à moitié détruit par la suppuration, et œdémateux; le poumon droit également infiltré de pus était entouré d'une légère couche de sang récemment coagulé. L'estomac et tous les intestins étaient également entourés d'une lymphe d'un aspect granulé; une partie de sérum se trouvait dans le bassin; la vessie était petite et contractée.

OBS. IX. — Catherine-Elisabeth, âgée de 2 ans, faible de naissance, est affectée depuis quelque temps d'une diarrhée chronique, accompagnée d'aphtes et d'hydropisie; on trouva quelquefois dans les excrémens des restes de fruits verts et de la terre. La maladie était accompagnée d'un appétit extraordinaire, qui était probablement héréditaire, vu que sa mère était affectée de mal d'estomac. Vers la fin de la maladie, les selles étaient purulentes.

Après la mort, on trouva tous les intestins très injectés, la membrane muqueuse du canal intestinal manquait totalement en plusieurs endroits; les intestins grêles étaient en quelques endroits adhérens et contenaient des vers et de la terre.

J'ai très peu de chose à dire sur le traitement du mal d'estomac, la condition des nègres vis-à-vis des maîtres est telle que, dans beaucoup de cas, le médecin est regardé comme inutile et quelquefois même à charge; en général, on peut très peu faire chez les nègres dans toutes les maladies chroniques. Si on réfléchit aux causes de cette maladie, on comprendra facilement que le traitement prophylactique est le plus utile; une fois déclarée, elle est très difficile à guérir, même dans les meilleures conditions. Il faut aussi porter son attention sur la constitution du malade et sur les symptômes locaux qui peuvent être d'une plus grande importance que l'appétit anormal même qu'on ne pourrait pas faire disparaître aussi longtemps que la cause qui l'entretient existe et que le corps est faible. En général, on peut dire que le mal d'estomac disparaît à mesure que par suite d'un traitement convenable, le corps prend des forces; on voit pourtant des exemples où cette habitude de manger de la terre s'est conservée même lorsque les malades étaient dans des conditions plus favorables.

Quant au traitement médical, je n'ai absolument rien à recommander, d'après ma propre expérience, la saignée peut être utile dans des cas particuliers, ainsi que des petites doses de calomel avec opium, sans pourtant produire de salivation; parmi les purgatifs, lorsqu'ils étaient indiqués, j'ai choisi l'huile de ricin et le calomel unis à la rhubarbe. Les vomitifs étaient dans plusieurs cas très utiles, surtout là où il se déclarait subitement une catarrhe avec œdème de la figure ou des extrémités, ce qui a surtout lieu après des pluies et après le vent du nord. Comme tonique j'ai donné l'infusion de Quassia, la teinture de muriate de fer avec l'esprit de nitre dulcifié, qui est très utile chez les enfans où il agit en même temps comme diurétique. Les stimulans, en général, ne doivent pas être employés. Pendant la moisson, la canne à sucre fournit une bonne nourriture; celle-ci agit favorablement sur la santé des nègres. Le carbonate de fer, le sulfate de fer et le sulfate de zinc unis au cubèbe, donnés aux femmes atteintes de fleurs blanches, ont été employés avec peu de succès. L'urine des vaches doit, après le dire des colons, être très efficace.

Dans les cas d'hydrothorax, on emploie beaucoup de vésicatoires entre les épaules, sur le bas-ventre, sur la nuque et les pieds; les malades eux-mêmes les réclament probablement pour être exempts de travailler. Des bains chauds avec des cendres, des bains de mer chauds, l'insolation, etc., m'ont paru quelquefois très efficaces dans les hydropisies. Ce qui est curieux, c'est que dans l'espace de deux ans, je n'ai fait qu'une seule fois la paracentèse abdominale, tellement est rare l'ascite proprement dite qui est ici presque toujours de nature inflammatoire. Il n'y a pas de doute que les nègres cachectiques se trouvent le mieux pendant un temps chaud, et sec, et dans les endroits les moins exposés à un vent humide et aux émanations marécageuses; je ne déciderai pas si les endroits montagneux leur sont moins favorables, ainsi que l'avancent Thomas et Chisholm; ce que je puis dire, c'est que le contraire se remarque à St-Jean; ici le mal d'estomac était bien plus fréquent aux bords de la mer que sur la partie montagneuse de l'île.

PHARMACOLOGIE.

MÉMOIRE SUR L'ACTION DES PLANTES CONTENANT DU TANNIN, ET DU TANNIN LUI-MÊME, SUR LA PROPRIÉTÉ VOMITIVE DU TARTRITE ANTIMONIÉ DE POTASSE; par A. TOULMOUCHE, D.M. à Rennes, membre correspondant de l'Académie royale de médecine, etc.

Peu de médicamens ont autant exercé la sagacité des médecins que l'émétique. On a beaucoup écrit sur cet agent thérapeutique, quoique sa découverte ne remonte qu'à une époque peu éloignée. Je n'ai point à retra-

---

port était fait. Pensé avec hauteur de vues, écrit avec élégance, avec une sorte de dignité sans affectation et sans emphase, la clarté et la correction du style, la finesse et la vivacité du trait, prouvèrent que l'auteur n'avait qu'à vouloir pour obtenir des succès parmi les écrivains les plus distingués de sa profession.

Mais une chose particulièrement fâcheuse, c'est que Bourdois de la Motte n'a rien laissé que je sache sur les maladies produites ou entretenues par les passions et les sentimens violens. Ceci est d'autant plus à regretter que la thérapeutique morale, si importante dans l'exercice de l'art, est tout à fait négligée par la plupart des médecins; la chétive lampe de la science éclaire même si peu ce beau sujet, que l'analyse psychologique d'un être souffrant est encore à faire. L'organe, le tissu, la matière, voilà ce qui attire, ce qui concentre l'attention de nos grands observateurs. J'ajoute que par une cruelle fatalité, la médecine morale est complètement nulle et inapplicable dans les hôpitaux qui, d'ailleurs, rendent de si éminens services à la science. Ce n'est donc que dans la pratique civile, notamment dans celle des grandes villes, qu'on peut en comprendre les difficultés, en sentir l'importance, en apprécier les résultats. Or, qui jamais eut plus que Bourdois de la Motte les moyens d'étendre et de cultiver le champ de cette belle partie de la science, qui lie si intimement la médecine à la philosophie? Tous les moyens étaient à sa disposition, il n'eut qu'à étudier et recueillir. D'ailleurs insinuant et persuasif, il connaissait le cœur humain, ses profondeurs et ses mille replis; il put souvent en diagnostiquer avec précision les tourmens et les maladies morales. Ce talent est assez rare pour le signaler; car, chez un malade, toucher avec délicatesse la corde des angoisses secrètes, provoquer le sentiment expansif de la confiance, amortir le chagrin, entretenir des illusions, jeter, s'il est possible, le passé dans l'abîme de l'oubli; donner, en un mot, à ce pouvoir autonome et incompréhensible de l'économie qu'on nomme principe vital, une énergie d'autant plus forte, qu'elle a ses racines dans l'imagination et la volonté, c'est créer d'incalculables ressources pour la thérapeutique. Telle est, en effet, la puissance de l'âme, et qui n'a pas compris ses miracles n'est pas médecin. Bourdois de la Motte avait à cet égard un mérite particulier; aussi se vantait-il à bon droit d'avoir opéré de ces guérisons où le savoir entre pour moitié, et l'art de consoler, de faire espérer pour l'autre moitié. Il avait surtout le talent d'obtenir cet accord, cette simultanéité sympathique du médecin et du malade, si indispensables pour dompter et diriger les âmes passionnées, souffrantes, qui, vivant de désirs immenses, rapportent tout à un sentiment exclusif et dominateur. Son extérieur même aidait singulièrement à atteindre ce but; sa taille élevée, sa figure longue et sévère, ses traits prononcés, presque numismatiques, l'accent affectueux de sa voix, son sourire fin et gracieux, son air tout à la fois ouvert, grave et réservé, prédisposaient le malade à accueillir favorablement ses conseils; on l'écoutait avec plaisir, on avait foi en lui; chaque malade le regardait comme un ami, comme un protecteur bienveillant et éclairé. Belle et noble science que celle-là! de quelle hauteur elle domine par ses résultats et ses bienfaits les autres connaissances humaines! Bourdois de la Motte l'avait acquise de bonne heure, et il la posséda longtemps et avec honneur.

Ce fut à lui que madame Michel Civrieux, une de ses malades, confia le secret de son testament et de la somme qu'elle avait léguée à l'Académie de médecine. Personne n'ignore que le prix fondé par cette dame, a pour but la connaissance des maladies qui résultent d'une trop grande sensibilité. On a beaucoup parlé

cer ici les diverses phases de faveur ou de proscription par lesquelles il a passé. Ce travail historique, qu'on retrouve dans tant d'écrits, n'avancerait en rien la science. Je ne m'appesantirai pas davantage sur les explications physiologiques diverses qu'on a données de son action sur l'économie animale. Elles ont varié suivant les systèmes qui ont prédominé, et je ne leur accorde qu'une valeur tout à fait négative.

Après avoir exposé ce que les praticiens les plus modernes ont écrit des propriétés du tartre stibié, des combinaisons à l'aide desquelles on en modifie les effets, et de l'action de certaines substances comme agens neutralisateurs, je dirai ce que l'expérience clinique m'a appris à cet égard, et je ferai ressortir, autant qu'il me sera possible, les erreurs que l'autorité des noms aura pu imposer au public médical.

Je proteste d'avance contre toute intention de criticisme systématique qu'on pourrait me prêter, n'ayant en vue que le désir de constater avec sincérité la vérité des faits.

J'ai divisé mon travail en plusieurs séries d'expérimentations.

Dans la première, j'ai voulu constater si la décoction de plantes contenant du tannin enrayait l'action vomitive du tartre stibié.

Dans la seconde, si ce dernier, combiné avec les décoctions de ces plantes, ou avec ces plantes elles-mêmes, conservait ses propriétés ordinaires.

Dans la troisième, s'il en était encore ainsi, par une triple combinaison de ce sel.

Dans la quatrième, si l'émétique, combiné à des sels neutres, était beaucoup modifié dans ses effets habituels.

Dans la cinquième, l'action des mêmes plantes contenant du tannin sur le kermès minéral, l'oxide d'antimoine, et l'ipécacuanha, comparativement.

Dans la sixième, si le tannin, aussi pur qu'on peut l'obtenir, empêchait ou arrêtait l'effet vomitif du tartre stibié; et, comme appendice, s'il en était ainsi de la gomme kino et de la racine de ratanhia.

Enfin, j'ai terminé par quelques considérations générales ou corollaires pratiques qui découlaient des expériences faites.

Avant d'entrer en matière, j'ai cru devoir, dans un examen analytique des travaux les plus modernes sur le tartre stibié, considéré du point de vue de mon sujet, devoir présenter à peu près l'état actuel de la science.

Desbois, de Rochefort, n'avait expérimenté sur le tartre stibié que comme praticien, et n'a nullement traité de l'action des plantes contenant du tannin sur sa propriété vomitive.

Alibert, dans ses nouveaux élémens de thérapeutique, a fait l'histoire du même sel, répété ce qu'on en avait dit avant lui sous le rapport de sa composition chimique et de ses effets, mais n'a rien ajouté à ce qui était connu.

M. Barbier, d'Amiens, qui publia en 1819 un traité de matière médicale, dit: que les substances qui recèlent de l'acide gallique « *décomposent l'émétique*, forment avec lui *un composé nouveau qui n'a plus la vertu de faire vomir*, et que dans la pratique, on arrête l'action du tartre stibié *sûrement* en donnant une infusion de noix de Galles, ou une décoction de quinquina, lorsqu'il n'y a pas longtemps qu'il a été avalé; ou les mêmes substances en poudre. » Cela n'est vrai que pour celle de noix de Galles; car, on verra les autres propositions démenties par les faits cliniques qui font la base de mon travail.

Nysten, dans le premier dictionnaire de médecine, à l'article émétique, a répété la même chose, a traité ensuite de ses effets toxiques; puis, en parlant de la noix de Galles, il a été tout aussi oublieux de son mode d'action sur ce sel, sous le rapport expérimental.

M. Richard, qui, dans le second dictionnaire, a traité du même végétal d'une manière identique, et l'a vanté comme succédané du quinquina, me semble lui avoir attribué un peu gratuitement cette propriété, comme de nombreuses expériences me l'ont démontré.

Dans le nouveau dictionnaire par MM. Adelon, Beclard, etc., M. Orfila a plutôt traité du tartre stibié chimiquement que médicalement, et M. Guersent, à l'article vomitif, a relaté son action différente, suivant qu'on le donne seul ou associé à l'opium ou au quinquina. J'avoue ne l'avoir point trouvée diaphorétique avec le dernier, comme il le prétend, bien que je l'aie administré de la sorte un grand nombre de fois.

Dans une seconde édition du même ouvrage, publiée en 1833, M. Soubeiran a écrit, en parlant de l'action des décoctions de plantes astringentes sur l'émétique, qu'elles le décomposaient; mais que les effets vomitifs persistans sont dus aux nouveaux sels qui se sont formés, tels que tartrates et phosphates d'antimoine, etc. Les expériences que je relaterai dans la suite de ce mémoire prouveront qu'il faut plutôt les attribuer à ce qu'il n'y a qu'une partie de tartre stibié de décomposée, et qu'il en reste encore assez dans le liquide pour provoquer l'action vomitive.

M. Trousseau, en traitant des effets toxiques des antimoniaux, n'a également fait que répéter ce que les divers auteurs avaient écrit avant lui des propriétés neutralisantes des décoctions de poudre de kina, de cachou, de noix de Galles, sans apporter des faits qui lui fussent propres. M. Orfila, qui, dans quatre cas graves, recourut aux mêmes moyens, ne parvint point à arrêter les vomissemens. Les accidens ne cédèrent qu'aux opiatiques et aux émissions sanguines. Néanmoins, il n'en conseille pas moins de donner une grande quantité de décoction de quinquina.

Enfin, MM. Mérat et Delens, dans leur dictionnaire de matière médicale et de thérapeutique, semblent rester dans le doute sur les propriétés des décoctions astringentes pour arrêter les vomissemens, et se retrancher derrière quelques faits rapportés par MM. . . . . . , Serres et Renauldin, à défaut d'expériences cliniques faites par eux. Ils ne citent guère que Laennec qui dise positivement avoir administré l'émétique dans une forte décoction de quinquina, et l'avoir presque toujours trouvé aussi vomitif que donné dans de l'eau pure.

Première Série. — *Expériences propres à faire connaître si la décoction de plantes amères ou contenant du tannin enraie l'action vomitive du tartre stibié.*

Afin d'éviter de fastidieuses répétitions et d'abréger ce mémoire, je ne rapporterai pour chaque section qu'une ou deux observations, afin de faire voir comment je procédais dans les diverses expérimentations. Pour les autres, je me bornerai à en énumérer le chiffre et à constater l'identité ou la disparité des résultats.

Obs. I. — Leray, fille âgée de 25 ans, atteinte d'embarras gastrique, avala en deux verres deux grains d'émétique. Elle n'eut aucun vomissement après le premier; mais seulement après le second. Alors, je fis administrer, par tasses, une décoction d'une demi-once de quinquina, dans une chopine d'eau. Elle vomit une fois, après chacune des trois premières un liquide jaune, abondant, amer, évidemment bilieux; et après la quatrième, trois autres fois : en outre, elle eut deux selles jaunes, fluides, accompagnées de légères coliques.

---

de ce testament, plusieurs en ont même blâmé la forme et l'expression. Mais comment ne pas voir qu'il s'agit moins ici des causes morbifiques matérielles que de celles qui sont le produit des excitations passionnelles, de ces luttes morales excessives, qui consument rapidement d'énormes quantités de forces vitales? Très peu de médecins comprennent la passion, cette folie raisonnante et logique à qui tout cède, qui ne voit et ne sent qu'elle-même, devant qui la vie et la mort n'ont de prix que comme moyen ou comme refuge. Dès l'instant qu'une sensibilité morale extrême, active, concentrée, se manifeste, soyez certain qu'un principe de destruction a pénétré dans l'économie; or, l'action de ce délétère se trahit par des altérations organiques innombrables, et toutes relatives, ensuite à la constitution individuelle. Un anévrisme au cœur, un squirrhe au pylore, un engorgement du foie, une congestion cérébrale, c'est l'ambition, c'est la haine, c'est l'envie, l'inquiétude, le désespoir sous d'autres noms. Un chagrin renaissant, voilà le vrai *pabulum morbi*; il n'est pas de cause qui détruise plus vite et plus radicalement la trame organique. Quant à moi, je pense qu'à l'exception des blessures et des poisons extérieurs, il n'est point de maladie qui ait une cause purement matérielle. Dans l'origine, il n'y a pas de malades, il n'y a que des malheureux; c'est un paradoxe, si l'on veut, mais qu'on peut soutenir par une incontestable expérience. Toujours est il que s'il y a des joies qui font vivre, une espérance qui guérit et des douleurs qui tuent; c'est au médecin à trouver en lui-même des ressources pour combattre ces dernières : c'est alors qu'il convient d'attaquer les idées par les idées, les sentimens par d'autres sentimens, de leur donner ou subitement ou peu à peu une tendance salutaire. Qui pourrait croire tout ce que peut obtenir l'esprit pénétrant et adroit d'un médecin? Combien un geste, un sourire, un mot, l'expression du regard et de la physionomie ont d'influence sur certains malades dont la susceptibilité nerveuse morbide est portée au plus haut degré? La parole surtout, grave, douce, affectueuse ou ferme, a ici une incalculable puissance. Que de fois un pauvre malade a pu adresser à son médecin ces divines paroles : *dic tantum verbum et sanabitur anima mea*. Les praticiens des grandes villes, ceux qui exercent surtout la médecine avec réflexion, en s'élevant au-dessus du métier, peuvent dire si ce tableau est exagéré. Bourdois de la Motte aurait pu nous éclairer sur d'aussi importantes et délicates questions; mais, possesseur d'une belle fortune, il borna ses désirs et s'en tint à son ancienne clientèle; nullement tourmenté par la crainte de perdre une *partie de son pavé*, crainte si commune et si puérile chez les vieux médecins, même riches, il se faisait un plaisir d'aider ses confrères moins avancés, et il y mettait une verve d'obligeance et de bonté très remarquable. Si sa part d'action sur la science a été nulle, il n'en a pas été de même sur celle de la destinée de plusieurs médecins. Toutefois quand les années se multiplièrent, il s'éloigna peu à peu du monde et du bruit; comme médecin il avait fait son temps. Ce n'est pas qu'il renonçât tout à fait à la science; il ne tomba ni dans l'oisiveté, ni dans cette nonchalante insouciance, maladie des âmes qui ont trop espéré de la vie, mais il voulut jouir à sa manière de ses loisirs. Il vécut alors, pour ainsi dire, au jour le jour, sans se confier le moins du monde à ce lointain avenir qu'on nomme le lendemain. Ayant acquis sa belle campagne de Marne, près Ville-d'Avray, terre qui avait appartenu à Linguet, et d'où ce célèbre avocat fut arraché pour monter à l'échafaud, Bourdois de la Motte se plut à embellir cette agréable propriété. C'est là qu'il se livrait aux travaux du jardinage avec l'ardeur d'un homme qui a vu le monde, qui l'a connu, et qui a su l'apprécier; c'est là qu'il put goûter ce bon-

Dans une seconde, une décoction d'un gros de noix de Galles, et dans une troisième et quatrième, une semblable d'une demi-once de quinquina, n'arrêtèrent pas davantage les vomissemens.

Les expériences ci-dessus, rapprochées de celles à peu près négatives citées par M. Orfila, dans son traité des poisons, prouveraient donc que le plus souvent la propriété vomitive du tartre stibié ne serait pas arrêtée par les décoctions de quinquina, une fois qu'elle a commencé à se manifester. Les faits de la série suivante le démontreront encore mieux, de même que pour plusieurs autres plantes, telles que la gentiane, la noix de Galles, la rhubarbe.

Deuxième Série. — *Faits démontrant que le tartre stibié, combiné avec la décoction de quinquina ou des plantes amères contenant du tannin, conserve sa propriété vomitive, de même que mélangé à leurs poudres, et qu'il ne la perd qu'avec une seule d'entre elles, la noix de Galles.*

Obs. V. — Robert, femme âgée de 47 ans, prit une solution de deux grains d'émétique dans une décoction d'une demi-once de quinquina, pour deux verres d'eau. Après le premier demi-verre, elle eut un vomissement; après le second, aucun; après le troisième, un autre; de même qu'après le quatrième; et, en outre, trois selles liquides verdâtres.

Obs. VI. — Leblanc, âgée de 41 ans, ayant un embarras gastrique, avala une solution de quatre grains de tartre stibié, dans une chopine d'une décoction d'une demi-once de quinquina, en trois verres, et à un quart d'heure de distance. Après le premier, elle eut un vomissement bilieux, de même qu'après le second et le troisième, excepté que le dernier fut plus abondant : elle eut, en outre, dix selles verdâtres liquides.

Dans sept autres expériences faites avec la précaution d'opérer la veille le mélange de quinquina et d'émétique, j'obtins les mêmes résultats, infirmant complètement l'opinion émise par la plupart des auteurs de matière médicale, si l'on en excepte Laennec, que les décoctions de quinquina neutralisent la propriété vomitive de ce sel.

J'ajouterai que les malades atteints d'embarras gastrique sur lesquels j'expérimental guérirent promptement; et que chez aucun il ne résulta d'irritation gastrique ou autres suites de l'administration des mélanges ci-dessus. J'avais soin, du moins chez le plus grand nombre, qu'on ne provoquât point les vomissemens par de l'eau chaude, afin de ne pouvoir être induit en erreur.

Les résultats obtenus par le mélange du tartre stibié avec la décoction de noix de Galles différèrent un peu des précédens. En effet, je le donnai à quatre malades, dans la proportion de deux à six grains du premier sur un demi-gros à un gros du second, sans qu'il survînt le moindre vomissement. Il en fut encore ainsi dans un cas où j'administrai le même sel antimonial avec une décoction d'une once d'écorce de chêne pour une chopine de véhicule. Ce qui établirait pour la noix de Galles une action neutralisatrice de la puissance vomitive de l'émétique. Dépend-elle de ce que sous un volume donné ce végétal contient plus de tannin que le quinquina, le cachou, la rhubarbe, la gentiane, ou d'une propriété qui lui soit spécifique? Les expériences que j'ai faites avec le tannin pur associé au tartre stibié résolveront, je l'espère, cette question.

J'ai donné deux fois un mélange de ce dernier sel avec une décoction d'une demi-once de gentiane, sans que son action vomitive ait été aucunement empêchée. Il en a été de même avec le cachou et la rhubarbe.

Pour apprécier le mode de décomposition que faisait Ficher à l'émétique, les décoctions de quinquina et de noix de Galles, je fis, dans sept expériences successives, dissoudre d'un à sept grains du sel dans les premières. Le liquide devint d'un rose blanchâtre. Il se fit un précipité d'un blanc jaunâtre, abondant, qui était un proto-sulfure hydraté d'antimoine, probablement uni à un peu de crème de tartre qui étant peu soluble se précipite ordinairement, tandis que la portion surnageante était très claire. Filtrée et traitée par un courant d'hydrogène sulfuré, il se fit un précipité jaune orange, d'autant plus coloré que la proportion de tartre stibié avait été plus forte. Il s'était constitué par une partie de l'oxide d'antimoine composant le sel. Le liquide restant conserva la propriété vomitive.

Les résultats obtenus avec les décoctions de noix de Galles furent les mêmes, excepté que le précipité par l'hydrogène sulfuré avait une couleur jaune orange. Il en fut de même de ceux avec la décoction d'écorce de chêne, à la seule différence de la teinte rougeâtre du précipité.

Je constatai ensuite que le résidu d'oxide d'antimoine qui se forme dans la décomposition du tartre stibié par les décoctions de quinquina et de noix de Galles était une substance inerte; et que la propriété vomitive que conservait le liquide surnageant provenait d'une portion assez considérable d'émétique qui n'avait pas été décomposée, puisque par un courant d'hydrogène sulfuré qu'on y faisait passer, après l'avoir découlé et filtré, il s'en précipitait encore abondamment.

En effet, je donnai à six individus de l'oxide d'antimoine à la dose de deux gros, et en une fois, sans qu'il en résultât le moindre vomissement. Je la portai jusqu'à une demi-once, tout aussi impunément. Je doute, d'après cela, que son action résolutive dans la pneumonie et la pleurodynie tant prônée par les journaux, soit aussi réelle que celle du tartre stibié, et qu'elle puisse la remplacer. M. Bouillaud a, comme moi, administré le même sel bien pur et bien lavé, et n'en a obtenu aucun effet physiologique ou pathologique, ne l'ayant vu agir que comme une véritable poudre inerte. M. Chomel, qui a donné semblablement à quelques malades jusqu'à une once du même oxide, l'a vu être digéré comme la poudre de réglisse ou de lycopode.

Voulant constater si la propriété vomitive du tartre stibié était plus complètement empêchée, ou même annihilée par sa combinaison avec la poudre même des substances végétales ci-dessus, j'expérimentai d'abord avec la poudre de quinquina, à laquelle je le mêlai, en commençant par six grains, puis doublant, et portant enfin la dose jusqu'à vingt.

Je fis sous forme pilulaire ces mélanges à six détenus. Chez la plupart, l'effet vomitif du tartrite antimonié de potasse fut neutralisé par la poudre de l'écorce péruvienne.

Cette dernière renfermant, outre le tannin, de la gomme, un acide quinique ou principe aromatique, de la cinchonine, du mucilage, du ligneux, etc., il y avait à déterminer lequel des deux principes dominans, le tannin ou la gomme, agissait plus spécialement sur le sel antimonial, pour en empêcher l'action. Je recourus à la voie expérimentale pour décider la question.

En conséquence, je combinai de l'émétique avec du sulfate de quinine, et je l'administrai à huit individus. Je ne provoquai pas le moindre vomissement. Je pus dès lors en conclure que cet alcaloïde à l'état de sel agis-

heur-vérité, toujours recherché et souvent méconnu. Il espérait encore en jouir quelques années dans son asile rural, lorsque la mort vint le frapper, après une courte maladie. Il mourut le 23 décembre 1835, et sa carrière octogénaire et heureuse peut être enviée par plus d'un de ses confrères. Pour parler le langage à la mode, il a droit à son dividende dans la grande loterie des illustrations de l'époque : toutefois son nom ne vivra guère que dans le souvenir de ses amis. L'académie de médecine, où Bourdois de la Motte était particulièrement connu et estimé, suspendit ses travaux quand elle apprit qu'il avait succombé, honneur qu'elle n'avait point fait à Dupuytren, mort quelques mois auparavant.

R.-P.

— La science vient de faire une très grande perte dans la personne de M. Dugés, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Montpellier. Il a succombé le 2 de ce mois, au dixième jour d'une fièvre typhoïde. M. Dugés était âgé de 41 ans.

— Structure des glandes de Peyer et de Brunner. Il résulte des recherches anatomiques de Bohm que les granulations connues sous le nom de glandes ou plaques de Peyer ne sont autre chose que des petites capsules placées dans le tissu sous-muqueux. Chacune de ces capsules présente une cavité unique remplie d'une humeur blanche, lactescente et épaisse, et de corpuscules plus petits que les globules du sang : on n'y découvre aucun conduit excréteur. Autour de chaque capsule existe un nombre considérable de petits tubes qui s'ouvrent à la surface de la membrane muqueuse.

M. Bohm s'est assuré que dans la fièvre typhoïde il y a d'abord exudation d'une humeur particulière autour de chaque capsule, à travers le cercle tubiliforme indiqué; ensuite les capsules elles-mêmes suppurent et s'ulcèrent. Les ulcérations sont d'abord petites; puis elles deviennent confluentes.

Les glandes dites de Brunner n'ont été trouvées par M. Bohm que dans le duodenum seulement. Elles présentent un conduit excréteur, qui aboutit dans des lobules, lesquels lobules sont eux-mêmes subdivisés en lobulins plus petits encore; elles sont en d'autres termes de véritables glandes conglomérées.

Les glandes dites isolées (*glandulæ solitariæ*) se rencontrent dans les intestins grêles, surtout vers leur fin. Elles forment des capsules comme les glandes de Peyer et contiennent des corpuscules pareils. Elles en diffèrent pourtant par leur isolement et par l'absence du cercle tubulaire qui est propre aux plaques peyeriennes.

Les glandes dites de Lieberkuhn ne sont autre chose que des follicules simples. Les points blancs que leur auteur a découverts dans leur centre n'existent qu'à l'état de maladie.

Les gros intestins offrent aussi deux espèces de glandes, les petites et les grosses. Les premières se rencontrent surtout dans le rectum, elles constituent des tubes simples de différente longueur. Ces tubes existent en grand nombre dans le rectum, et constituent une couche particulière à la face externe de la muqueuse. Les secondes sont des follicules ronds, avec deux ouvertures étroites. On les rencontre surtout dans le cœur, et en particulier dans l'appendice vermiforme.

sait sur lui comme les végétaux contenant le plus de tannin, bien qu'il en soit complètement privé; car dans la préparation de la gomme, ce dernier principe reste combiné en partie avec le sulfate de chaux, et en partie avec le résidu du quinquina, ce qui pourrait porter à croire que dans la poudre de ce dernier c'est principalement le quinine et l'acide quinique qui annihilent l'action de l'émétique, plutôt que la quantité de tannin contenue, comme je le prouverai plus bas.

L'action de la poudre de noix de Galles sur le tartrite antimonié de potasse, pour en anéantir la propriété vomitive, est bien plus énergique que celle du quinquina et des autres substances végétales amères. Douze observations, parmi lesquelles j'en choisirai au hasard une, me l'ont démontré.

Obs. LVI. — Madioux, femme, âgée de 40 ans, atteinte de fièvre tierce, prit un mélange de trente-deux grains de poudre de noix de Galles et de 4 d'émétique, sans aucun effet sur l'estomac ou le canal intestinal. Je lui administrai le lendemain le même mélange, excepté que j'y portai la dose du tartre stibié à huit grains. Elle n'en éprouva qu'une salivation abondante, accompagnée d'un goût austère.

Le surlendemain, je lui donner, en trois pilules, un mélange d'un grain du même sel avec neuf de la poudre de noix de Galles tout aussi impunément.

Enfin, le jour suivant, elle consentit à avaler, en cinq doses, un mélange de dix grains des deux mêmes substances. Elle ne ressentit rien après les trois premières, mais après la quatrième, elle eut un léger mal de cœur, suivi de quelques glaires, tandis qu'après la cinquième, les effets ne se renouvelèrent plus.

J'ajouterai qu'un nombre d'expériences identiques plus que simples, bien que faites dans un autre but, ont rendu tout à fait certaine pour moi la proposition qui fait le sujet de cet alinéa.

Je pense qu'en égard aux principes contenus dans la noix de Galles, qui sont du tannin, de l'acide gallique, un peu de substance insoluble, un peu d'extraits et une matière saline, tout porte à croire, que de même que dans le quinquina, c'est plutôt l'acide gallique qui agit sur l'émétique, en le décomposant et formant un gallate d'antimoine et d'oxide qui lui enlève sa propriété vomitive, que le tannin, puisque ce dernier parfaitement pur et combiné avec ce sel ne l'empêche nullement.

TROISIÈME SÉRIE. — *Le tartre stibié par une triple combinaison perd-il sa propriété vomitive?*

En le combinant à la dose de six à douze grains avec un demi-grain à un grain de poudre de quinquina, six à huit grains de sous-carbonate de potasse, tantôt il a conservé, mais faiblement, sa propriété vomitive; tantôt il l'a perdue, et a agi comme laxatif ou purgatif.—Ce résultat ne serait pas tout à fait en harmonie avec ce qu'avait observé Laennec dans l'administration des bols *ad quartanam*, qu'il avait vu même à petites doses faire quelquefois vomir. Je ne citerai qu'une des cinq expériences faites avec ce mélange, les autres n'en différant que par la variation des doses.

Obs. LXI. — Briand, homme âgé de 32 ans, admis à l'infirmerie pour une fièvre tierce, avala six pilules faites avec six grains de tartre stibié, la même dose de sous-carbonate de potasse et un demi-gros de quinquina, et préparées depuis trois semaines, afin que la combinaison fût aussi intime que possible. Après la première, il n'y eut rien; après la seconde, il survint quatre à cinq selles liquides; après la troisième, trois à quatre autres; enfin, après les trois dernières, elles cessèrent et le sujet n'éprouva aucune envie de vomir. Le lendemain, je lui fis administrer les mêmes bols, sans qu'il en résultât le moindre phénomène.

J'observerai que, dans le mélange avec lequel je fis mes essais, la proportion de l'émétique était beaucoup plus forte, par rapport au quinquina, que dans la formule de la Charité, où elle est de 16 grains pour une once du dernier et d'un gros de sous-carbonate de potasse. Pour cette dernière composition, je ne doute nullement que l'écorce péruvienne n'y joue le principal rôle, en retenant toute sa puissance antipériodique, et que les composans qu'on y adjoint n'opèrent point de la manière spéciale qu'on veut bien leur supposer, puisque, dans mes cinq observations, l'accès de fièvre ne fut causé que deux fois, probablement parce que la dose d'un demi-gros à un gros de quinquina de toutes mes formules était insuffisante pour opérer cet effet.

Désireux de connaître s'il y avait échange de base entre le tartre stibié et le sous-carbonate de potasse, j'acquis la certitude, par plusieurs expériences cliniques d'abord, que son action vomitive n'était nullement diminuée par son mélange avec le dernier sel, et ensuite par quelques autres purement chimiques, que sa décomposition n'était qu'incomplète, qu'il se formait bien de l'oxide d'antimoine, mais que la plus grande partie de l'émétique n'était pas attaquée.

Je constatai également, dans huit observations, que les sels neutres, associés au tartrite antimonié de potasse n'en détruisaient pas entièrement la propriété de faire vomir, mais la diminuaient seulement, puisque, dans six ils ne l'empêchèrent point, et que, dans les deux dernières, le même effet eût eu lieu si le sujet n'eût été âgé de 84 ans, et sa résistance à l'action des médicamens prouvée par la difficulté avec laquelle une dose très forte de sel neutre parvint à le purger et encore très légèrement. J'ajouterai que, bien longtemps avant, j'avais eu l'occasion de remarquer que le tartre stibié, même à un demi-grain ou un grain, associé à un sel purgatif, provoquait presque toujours des envies de vomir, ou même des vomissemens, quoique moindres que lorsqu'on l'associait aux acides végétaux ou minéraux, qui ne semblent diminuer en rien son énergie.

CINQUIÈME SÉRIE. — *Action du quinquina sur le kermès minéral, l'oxide d'antimoine et l'ipécacuanha.*

J'ai voulu étudier, comparativement, l'action du quinquina sur quelques autres vomitifs; en conséquence, je l'ai mélangé d'abord en poudre avec le kermès minéral, que M. Berzelius regarde comme un sulfure d'antimoine hydraté, ne contenant de l'oxide qu'autant qu'il retient de l'hypo-antimonite de potasse, et les chimistes français, comme un oxido-sulfure hydraté d'antimoine.

Je l'ai donné de la sorte à dix, douze et vingt-quatre grains, à cinq prisonniers, sans qu'il en soit résulté aucun vomissement. Je l'ai fait prendre ensuite à sept autres, mélangé à une décoction d'une demi-once de quinquina, puis d'un gros de noix de Galles pour trois onces d'eau, et le même résultat a eu lieu; seulement alors il a agi comme laxatif.

Quant à l'oxide d'antimoine, ayant suffisamment prouvé son inertie; et ayant relaté les diverses expériences faites avec cette substance, soit seule, soit unie au quinquina, je n'ai point à y revenir ici.

Relativement à l'ipécacuanha, tout porte à croire que les plantes contenant du tannin n'auraient aucune action pour enrayer ou empêcher sa propriété émétique, bien que je n'aie tenté à cet égard que les deux épreuves chimiques que je vais rapporter.

Obs. LXXXIII. — Madioux, femme âgée de 40 ans, atteinte d'embarras gastrique, avala, dans trois verres, d'une décoction d'une demi-once de quinquina, à l'intervalle d'un quart-d'heure, 30 grains d'ipécacuanha. Après le premier, elle eut deux vomissements bilieux; après le second, un seul; quelques heures après le troisième, un autre avec contractions spasmodiques; enfin, après le quatrième, la malade eut, jusqu'à la fin de la journée, de quinze à vingt vomissements, accompagnés de faiblesses, de crampes, d'efforts excessifs, qui purent dépendre de ce que l'infirmière ne les favorisait pas par de l'eau chaude.

Le lendemain, il y eut une selle jaune, liquide; le ventre était encore un peu endolori; mais la langue n'indiquait aucune irritation de l'estomac.

Obs. LXXXIV. — Delsard, homme âgé de 22 ans, et très nerveux, prit, en trois verres, 30 grains d'ipécacuanha, dans une décoction de deux gros de quinquina. Après le premier, il vomit deux fois ou plus et abondamment, de même qu'après les deux autres; il y eut bien en tout douze vomissements et trois selles verdâtres liquides.

Enfin, j'ai voulu connaître si le tartre stibié, donné par l'anus et seul, avait une action différente de celle que lui communique la décoction de quinquina, et si sa propriété vomitive pouvait se transmettre à l'estomac par cette voie, soit sympathiquement, soit par absorption. Bien que je n'aie fait que cinq expériences, ce qui est trop peu pour décider la question, cependant, en rapprochant ce qu'elles ont de négatif de ce qu'on observe tant de fois relativement à l'action nullement vomitive du vin émétique trouble, qu'on remplace assez volontiers aujourd'hui par une dose équivalente de tartrite antimonié de potasse, employée en clystère chez plusieurs maladies, il sera peut-être permis de douter que ce sel ait aucun effet vomitif administré de cette manière.

Je ne rapporterai qu'une seule de ces observations.

Obs. LXXXV. — Il fut donné au nommé Feauveau, qui n'avait qu'un embarras gastrique, un lavement fait avec deux grains d'émétique, dissous dans une demi-chopine d'eau; il n'en éprouva rien.

Le lendemain, il lui en fut prescrit un second avec six grains. Même nullité d'effets.

Le jour suivant, un troisième en une fois, avec douze grains du même sel antimonial; il n'en ressentit ni envie de vomir, ni rien d'insolite dans le rectum.

Le quatrième jour, la dose de l'émétique fut portée à vingt-quatre grains; le clystère fut gardé une demi-heure, sans produire d'évacuation, de coliques ou d'envies de vomir.

Enfin, le lendemain, Chauveau prit, en une fois, un lavement avec un gros de tartrite antimonié de potasse, qu'il conserva plus d'un quart d'heure, sans en éprouver plus de résultats que si c'eût été un clystère d'eau simple.

SIXIÈME SÉRIE. — *Action que le tannin, obtenu aussi pur que possible, exerce sur la propriété de faire vomir du tartre stibié.*

J'ai expérimenté avec ce produit chimique obtenu par deux procédés

différens : l'un, celui de Proust, l'autre, celui de Pelouze. Comme ils sont connus, je ne les décrirai point ici ; seulement je ferai observer qu'ils furent suivis avec toute la rigueur désirable. Pour opérer, je faisais mélanger depuis deux, trois, jusqu'à six et douze grains d'émétique, avec une dissolution de 24 grains, un demi-gros et un gros de tannin, préparé d'après la méthode de Proust, pour douze onces de véhicule, que j'administrais en deux fois, à un quart-d'heure de distance.

Sur quatorze fois que je le donnai de la sorte, dix fois l'action vomitive du tartre stibié fut empêchée lorsque la dose du tannin avait été d'un gros ; tandis que, dans les quatre autres, elle ne le fut nullement, lorsqu'elle n'avait été que de vingt-quatre grains à un demi-gros, ce qui autoriserait à conclure que, pour que le tannin enraie la propriété du sel antimonial, il faut qu'il lui soit uni à la dose d'un gros.

Je voulus, comme contre-épreuves, constater s'il jouissait de la même vertu, lorsqu'on le donnait séparément et après l'ingestion dans l'estomac de l'émétique, comme l'ont avancé la plupart des auteurs, s'il arrêtait réellement les vomissemens, une fois qu'ils avaient commencé; dès lors, s'il pouvait être considéré comme un antidote, dans le cas d'accidens graves, provoqués par l'administration intempestive, ou à trop fortes doses, de ce sel.

En conséquence, je commençai une série d'expériences, dans lesquelles je faisais donner trois grains d'émétique, et n'administrais la dissolution d'un gros de tannin, ordinairement dans une chopine d'eau, que lorsque l'action vomitive était en pleine activité.

Sur les neuf observations, dont je ne rapporterai qu'une seule, à cause d'une parfaite identité, cet agent, à la dose d'un gros, n'arrêta nullement l'action du tartre stibié, une fois qu'elle avait commencé à se manifester. Un seul cas fit exception, résultat qui infirmerait entièrement les assertions contraires qu'on trouve dans le plus grand nombre des traités de thérapeutique et de matière médicale.

Obs. CVII. — Poussin, fille âgée de 26 ans, ayant un léger embarras gastrique, prit, en deux fois, à un quart-d'heure de distance, trois grains de tartrite antimonié de potasse ; après la première, elle vomit une fois ; après la seconde, une autre. Alors on commença par faire donner, par verres, une solution, dans une chopine d'eau, d'un gros de tannin de Proust, ce qui n'empêcha pas cinq nouveaux vomissemens de matières liquides jaunes, bilieuses, d'avoir lieu, ainsi que quatre selles sans coliques.

Voulant expérimenter l'action du même tannin sur l'économie animale, lorsqu'on le donne seul, à doses progressivement croissantes, et savoir jusqu'à laquelle il pouvait l'être avec innocuité, avant de l'administrer dans des proportions plus élevées, dans le but de neutraliser la propriété vomitive du tartre stibié, je le fis prendre d'abord à deux gros, puis à trois, ensuite à demi once, et enfin à la dose d'une once, dans cinq, huit ou douze onces d'eau, et le plus souvent en une seule fois, à six personnes. Voici quels furent les résultats.

A la dose d'un demi gros à trois il n'eut d'autre effet appréciable qu'une action légèrement laxative et encore dans deux cas seulement, tandis qu'à celle d'une demi-once à une once, il fut un peu vomitif, mais sans activer la sécrétion bilieuse, et il ne donna lieu à aucune irritation consécutive de l'estomac.

Obs. CXIII. — Pelletan, âgée de 51 ans, atteinte de catarrhe pituiteux, et se plaignant de douleurs à l'épigastre, prit le matin, à jeûn, en une fois, une dissolution d'une once de tannin de Proust dans huit onces d'eau. Elle en vomit une partie un quart-d'heure après, et trois autres fois des glaires ou mucosités colorées par le remède. Elle eut, en outre, deux selles liquides sans coliques et du ptyalisme. Le lendemain elle n'éprouva pas plus de malaise à l'estomac que la veille. Mon esprit bien fixé à cet égard, je procédai à de nouvelles expériences pour connaître, si, à haute dose, le même tannin neutraliserait la propriété vomitive du tartre stibié.

Je le donnai à celle d'une demi-once pour un verre d'eau, dans trois cas, où j'avais provoqué le vomissement par trois grains de ce sel, et il ne les arrêta aucunement. Son action, légèrement vomitive à plus haute dose, lorsqu'on le fait avaler seul, doit faire préjuger qu'il ne pourrait dès-lors être employé comme antidote ou neutralisateur de l'énergie trop forte du tartrite antimonié de potasse.

Je passe à l'étude des effets du tannin préparé par la méthode de M. Pelouze, avec toutes les précautions indiquées par ce chimiste.

Le goût de ce produit est légèrement amer, austère, astringent, et constrictif de la gorge, même quelque temps après la dégustation ; il produit, en outre, un flux de salive assez abondant.

Je donnai d'abord l'émétique dans la dissolution d'un demi-gros et plus souvent à un gros de tannin. Je faisais le mélange la veille, afin que la réaction eût le temps de se produire. Chez onze femmes auxquelles je l'administrai, l'action vomitive ne fut nullement empêchée huit fois, résultat à peu près identique à celui obtenu des mêmes expériences faites avec le tannin de Proust à semblable dose.

Je rapporterai, au hasard, une ou deux de ces onze observations.

Obs. CXXVI. — Pouliguen, âgée de 34 ans, avala à jeûn, quoiqu'atteinte d'une double bronchite suraiguë, un mélange de trois grains de tartrite antimonié de potasse, dans une dissolution d'un gros de tannin pour douze onces d'eau. Après la première dose, elle eut des nausées et des envies de vomir ; après la seconde, sept vomissemens jaunes, bilieux et deux selles.

Obs. CXXVII. — Gonelou, fille âgée de 34 ans, nullement malade, prit, le matin à jeûn, en deux verres, à un quart-d'heure de distance, un mélange de quatre grains de tartrite stibié, dans une dissolution d'un gros de tannin pour douze onces d'eau. Après le second, elle eut deux vomissemens bilieux et deux selles avec légères coliques.

Comme contre-épreuve, je voulus constater si, administré pendant l'action de l'émétique, la dissolution du tannin de Pelouze l'arrêtait ou la diminuait au moins, et si, par conséquent, dans le cas d'empoisonnement par ce sel, on pourrait compter sur elle pour en arrêter les fâcheuses conséquences.

Je l'ai donc fait prendre dans huit cas, à la dose d'un gros par chopine d'eau, mais seulement après que les vomissemens provoqués par trois grains de tartre stibié avaient commencé à se manifester. Eh bien ! dans sept, ils n'ont point été arrêtés. J'en détacherai un ou deux exemples.

Obs. CXXXIV. — Bossard, âgé de 48 ans, admise dans les salles, pour une bronchite chronique, prit, en deux doses et à un quart d'heure de distance, trois grains de tartrite antimonié de potasse. Après la première, elle eut un vomissement; après la seconde, un autre. Alors, pour les arrêter, je fis commencer à donner par verres, et à intervalles rapprochés, une solution d'un gros de tannin dans une chopine d'eau. Il y eut encore quatre vomissemens abondans d'un liquide jaune, amer, et six selles accompagnées de légères coliques.

Obs. CXXXV. — Billan, femme âgée de 36 ans, atteinte d'une gastrite légère, avala en deux verres, à l'intervalle d'un quart d'heure, trois grains d'émétique. Elle ne commença à vomir qu'après le second. Alors je lui fis prendre, par verres, la solution de tannin; elle vomit six autres fois après l'avoir toute bue, et elle eut deux selles liquides sans coliques.

Dans l'appendice suivant, j'ai tâché de constater si le même tannin, à plus haute dose, arrêterait plus efficacement l'action du tartrite antimonié de potasse. Je l'ai donc fait prendre à cinq malades, à deux, trois gros, et même demi-once, sans obtenir cet effet. Dès-lors, je préjuge qu'à plus haute dose encore il ne jouirait pas de plus de puissance neutralisante, résultat de nouveau identique à celui obtenu avec le tannin de Proust.

Des cinq observations de cette section, j'en choisirai deux au hasard.

Obs. CXXXIX. — Voisine, homme âgé de 52 ans, ayant une bronchite chronique, prit en deux tasses, et à un quart d'heure d'intervalle, trois grains de tartre stibié. Après la seconde, il survint deux vomissemens. Alors je fis donner, par demi-tasses, une solution de deux gros de tannin pour une chopine d'eau. Après la première, il vomit une fois; après les deux autres, deux; et il eut deux selles liquides. Après la quatrième, il survint un autre vomissement ; et après la cinquième, deux nouveaux. Les matières vomies étaient vertes, très amères. Il n'y eut pas de coliques; mais, durant l'action de la solution, des menaces de syncope, une pâleur générale, des spasmes légers.

Obs. CXL. Jagot, âgé de 30 ans, n'ayant qu'un catarrhe chronique, avala en deux verres, à un quart d'heure de distance, trois grains d'émétique. Après le premier, il ne vomit pas; mais après le second, il rejeta un liquide bilieux, abondant. Alors, je commençai à lui faire prendre par demi-tasses une solution d'une demi-once de tannin dans une chopine d'eau. Après chacune d'elles, il survint des vomissemens copieux, très amers, et du ptyalisme.

APPENDICE. — *Expériences tentées avec la gomme kino et la racine de ratanhia.*

Je donnai l'émétique à la dose de trois à quatre grains dans une dissolution d'un gros et demi à deux de gomme kino, à cinq malades. Chez trois, cette dernière sembla avoir neutralisé l'effet vomitif de ce sel. Mais des contre-épreuves infirmèrent ce résultat, lorsque je vins à administrer la dissolution du même suc végétal à plus haute dose, mais séparément. En effet, les vomissemens provoqués n'en continuèrent pas moins, et je citerai comme exemples quelques-unes des observations qui permirent de constater ce résultat.

Obs. CXLVII. — Je fis boire à Revertigo, jeune fille âgée de 26 ans, et atteinte d'un rhumatisme chronique, trois grains de tartrite antimonié de potasse, en un verre. Après le premier vomissement, je commençai à donner une dissolution d'un gros et demi de gomme kino, dans huit onces d'eau. Elle n'empêcha pas onze vomissemens bilieux, et deux selles verdâtres, accompagnées de fortes coliques, d'avoir lieu.

Obs. CXLVIII. — Tloc, fille âgée de 20 ans, malade d'une bronchite, avala

trois grains d'émétique, en un verre. Elle vomit une première fois. Alors je fis donner, par tasses, une solution de deux gros de gomme kino dans une chopine de véhicule; elle eut neuf autres vomissemens bilieux, très abondans, et deux selles liquides avec coliques.

Je fis également deux séries d'expériences avec la décoction de racines de ratanhia. Dans la première, j'administrai le tartrite antimonié de potasse mélangé; dans la seconde, séparément.

La dose du ratanhia fut d'une demi-once à une once. J'y fis dissoudre le sel antimonial, et je fis prendre ce mélange à quatre malades. Chez tous, les vomissemens eurent lieu comme à l'ordinaire. Il en fut de même encore chez deux autres, chez lesquels je fis donner la décoction de la même racine séparément, et après que l'action vomitive du tartre stibié eut commencé à avoir lieu.

Si, chez un homme, j'eus des résultats contraires, je ne dois l'attribuer qu'à son idiosyncrasie particulière, comme la citation de cette observation le démontrera.

Obs. CLIV. — Dinguft, homme âgé de 32 ans, admis à l'infirmerie pour un embarras gastrique, prit trois grains d'émétique dans un verre d'eau, et n'en éprouva aucun vomissement, en sorte qu'on ne put donner une décoction d'une once de racine de ratanhia que j'avais prescrite.

Le lendemain, je lui fis prendre, en deux verres, et à un quart d'heure de distance, six grains du même sel dans huit onces de la décoction précédente. Il ne ressentit pas la moindre envie de vomir.

Le jour suivant, pour constater son inaptitude à vomir par le tartre stibié, je lui en fis administrer six grains à la fois, dans un seul verre d'eau. Le résultat fut tout aussi négatif.

Enfin, je le décidai à essayer, le lendemain, l'action de l'ipécacuanha, dont il avala 30 grains. Il fut obligé de provoquer le premier vomissement, en enfonçant ses doigts dans le gosier. Il en eut ensuite sept autres, plutôt de matières muqueuses que bilieuses, et aucune selle.

Son estomac ne se ressentit aucunement de l'action irritante des vomitifs soutenus quatre jours de suite.

Les décoctions de racine de ratanhia n'empêchent donc nullement la propriété vomitive de l'émétique de se développer, pas plus qu'elles ne l'enrayent, lorsqu'une fois elle a commencé à se manifester.

Dans ce travail sur le tartrite antimonié de potasse, dont le but n'était point de l'étudier comme agent thérapeutique dans les diverses maladies, mais de vérifier, par des expériences cliniques, plusieurs des propriétés qu'on attribuait à ses combinaisons avec diverses substances médicinales, j'ai fait tous mes efforts pour procéder avec la rigueur qu'on était en droit d'attendre de celui qui venait nier ou jeter des doutes sur des assertions regardées jusqu'ici comme des vérités acquises; si, sous plusieurs rapports, il existe des lacunes dans ce que j'ai tenté, quelque autre tâchera de les combler.

Je ne me suis pas dissimulé qu'ayant à combattre l'autorité de noms célèbres dans la science, et des faits admis, d'après elle, comme incontestables, j'aurais à lutter contre des préventions. Mais j'ai dû passer par dessus ces considérations, et marcher à l'accomplissement d'une tâche que je regardais comme utile aux progrès de la science.

Conclusions. — Les corollaires qui découlent des faits cliniques si nombreux relatés dans ce mémoire, peuvent être réduits aux suivans :

1° La propriété vomitive du tartre stibié, donné isolément, lorsqu'elle a commencé à se manifester, n'est le plus souvent nullement enrayée ou arrêtée par les décoctions de quinquina, malgré l'assertion contraire de la plupart des écrivains.

2° Il en est de même lorsqu'on l'administre dans une décoction de ce dernier, ce qui infirme également l'opinion contraire avancée par le plus grand nombre des auteurs de matière médicale, si l'on en excepte Laennec.

3° Les décoctions de quinquina ne commencent à agir chimiquement sur l'émétique que lorsque la dose de ce dernier est d'un moins deux à trois grains. Le précipité d'oxide d'antimoine qui en résulte ne jouit d'aucunes propriétés sur l'économie animale; tandis que la portion de tartrite antimonié de potasse qui n'a pas été décomposée, et qui est restée en dissolution dans le liquide, conserve son action vomitive.

4° La décoction de noix de Galles neutralise au contraire cette puissance.

5° La même agit chimiquement avec plus d'intensité sur l'émétique que celle de quinquina, son action décomposante étant bien plus énergique.

6° L'effet vomitif du tartre stibié est beaucoup plus complètement neutralisé par son mélange avec la poudre de quinquina, et surtout celle de noix de Galles, qu'avec leur décoction : on peut même affirmer qu'elle est entièrement anéantie. D'où semblerait résulter la conséquence pratique, que dans les cas d'empoisonnement par l'émétique, il faudrait de préférence y recourir.

7° Le sulfate de quinine, bien que cette alcaloïde ne retienne point de tannin, exerce à peu près le même effet sur le tartrite antimonié de potasse que la poudre de quinquina.

8° Dans le mélange triple d'émétique avec ce dernier et le sous-carbonate de potasse, tantôt il conserve, quoique faiblement, sa propriété vomitive; tantôt il la perd, et alors il agit comme purgatif.

9° Les sels neutres associés au tartre stibié ne détruisent pas sa vertu vomitive, mais la diminuent.

10° Le quinquina en poudre, associé au kermès minéral, même à haute dose, en anéantit complètement la propriété de faire vomir. Il en est encore de même de sa décoction, seulement le mélange provoque un effet laxatif.

11° Le quinquina et les autres substances végétales contenant du tannin ou un principe amer énergique n'ont aucune action sur sa faculté d'exciter le vomissement.

12° Les dissolutions de gomme kino, mélangées avec l'émétique, semblent avoir une action un peu plus neutralisante, que données après sa préalable ingestion dans l'estomac. Car alors, même à la dose de deux à trois gros, elles n'arrêtent aucunement les vomissemens.

13° Celles concentrées de racine de ratanhia, à la dose d'une demi-once à une once, n'empêchent nullement la propriété spéciale du tartre stibié, pas plus qu'elles ne l'enrayent, lorsqu'une fois elle a commencé à se manifester.

14° Le tartre stibié donné à haute dose par l'anus ne provoque pas sympathiquement ou par absorption, de vomissemens, et semble n'avoir aucun effet appréciable sur le rectum.

15° Le tannin préparé d'après le procédé de Proust, dissous dans la proportion d'un gros et mélangé avec l'émétique, en empêche l'action vomitive, tandis que donné, même à haute dose, après l'administration isolée de ce dernier, il ne la suspend nullement, résultat contradictoire à celui annoncé par le plus grand nombre des auteurs des traités de matière médicale.

16° Le même produit chimique donné seul n'a d'autre action sur l'économie animale qu'un effet laxatif, à la dose d'un demi-gros à trois, et légèrement vomitif à celle d'une demi-once à une once.

17° Le tannin obtenu par le nouveau procédé de M. Pelouze, dissous à la dose d'un gros et mélangé avec le tartre stibié, n'en empêche nullement, dans les trois quarts des cas, l'effet vomitif. Le même, donné séparément, après l'ingestion de ce dernier, ne l'arrête pas davantage, même à la dose d'un gros à une demi-once; et les plus fortes analogies portent à croire qu'il en serait encore ainsi au-dessus de celles-ci.

Entraîné, comme tant d'autres, à admettre dans la science certains faits relatifs à l'émétique, sanctionnés par le sentiment de tous les médecins, j'étais loin de prévoir les résultats auxquels l'expérience clinique m'a amené.

Il me reste à parler des effets physiologiques principaux que j'ai pu observer, après des médications si variées et si souvent énergiques.

Dans le plus grand nombre des cas, les selles, ont eu lieu avec ou sans coliques; dès le lendemain, elles cessaient, et les fonctions digestives recouvraient leur activité, malgré que souvent l'expérimentation eût été renouvelée le lendemain ou même les jours suivans.

Chez la plupart, je ne remarquai point que la langue fût plus sèche; elle conservait, au contraire, sa couleur et son humidité normales. Les alimens étaient bien digérés, ne déterminaient aucune pesanteur ou sensation pénible à l'estomac, ne faisaient naître aucune colique, ne provoquaient aucun dégagement insolite de gaz, qui eussent pu faire soupçonner de l'irritation dans quelque point de la muqueuse digestive.

Il y a plus, malgré l'emploi d'agens aussi actifs, quelquefois dans des cas d'irritations gastriques ou intestinales, je ne vis point d'état phlegmatique ou de recrudescence survenir à leur suite. Ce qui tendrait beaucoup à diminuer les craintes exagérées de l'école de M. Broussais, sur les dangers des émétiques, des purgatifs et des toniques, dans les phlegmasies ou irritations. Cette question étant étrangère à mon sujet, et ayant été abordée plus explicitement par M. Max. Simon, dans un mémoire publié dans le numéro de juin 1834 des *Archives générales de médecine*, je ne peux qu'y renvoyer.

Je terminerai par le souhait que plusieurs substances médicamenteuses réputées héroïques en thérapeutique soient soumises de nouveau à un contrôle clinique consciencieux. On arrivera par cette voie à renverser des erreurs accréditées et à découvrir des vérités importantes pour la pratique; car, dans les sciences d'observation, il n'est pas donné au même homme de tout voir, et souvent la bonne foi et la persévérance, aidées du hasard, ont plus fait pour combler une lacune ou mettre sur la voie des découvertes, que les théories et les efforts des intelligences les plus puissantes.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 7 MAI.

NOUVEAU CARBURE D'HYDROGÈNE PROVENANT DE L'HUILE DE POMMES DE TERRE.

M. Dumas lit l'extrait d'une lettre dans laquelle M. Cahours lui fait part des nouveaux résultats auxquels il est parvenu en poursuivant ses recherches sur l'huile de pommes de terre. D'après la densité de vapeur de l'huile et la composition de l'acide qui se produit quand on la soumet à l'action de l'acide sulfurique, l'auteur avait été conduit à la considérer comme agissant à la manière d'un véritable alcool. Afin de vérifier cette hypothèse, il fallait en isoler l'hydrogène carboné, et c'est ce dont s'est occupé M. Cahours en traitant l'huile par l'acide phosphorique anhydre, et lui faisant subir plusieurs distillations sur cet acide, il a obtenu un liquide huileux, léger, d'une odeur aromatique, bouillant vers 160°, et possédant des propriétés toutes différentes de l'huile qui y donne naissance.

L'analyse de ce produit l'a fait reconnaître pour un véritable carbure d'hydrogène ayant même composition que le méthylène et le gaz oléfiant, et ne différant de ceux-ci que par l'état de condensation de ses élémens.

MATIÈRE COLORANTE DES FEUILLES.

M. Pelouze lit une longue lettre qui lui a été adressée par M. Berzelius, et dans laquelle le savant chimiste suédois discute les déductions qu'ont tirées de leurs expériences plusieurs chimistes français. De pareilles discussions, malgré l'intérêt qu'elles peuvent avoir en elles-mêmes, et celui qui suffirait seul pour leur donner le nom de l'illustre auteur de la lettre, ne sont guère susceptibles d'analyse, et il y aurait peu de profit à indiquer les points sur lesquels elles portent.

LUXATION SPONTANÉE DU GENOU; RÉDUCTION; GUÉRISON.

M. Thierry communique l'observation suivante :

Un chirurgien de marine était affecté d'un rhumatisme au genou droit, depuis 1831. Un gonflement toujours progressif, des collections purulentes en dedans et en dehors de l'articulation ont réclamé une foule de médications diverses que M. Thierry expose avec détail; enfin, le gonflement, la déformation des surfaces osseuses sont devenues telles que la luxation s'est opérée petit à petit d'une manière complete. En mai 1837, le malade est entré à l'hôpital du Val-de-Grâce; MM. Thierry, Sédillot, Gama, Larrey fils et plusieurs autres ont constaté la luxation complete du tibia en avant, et des condyles du fémur en arrière. Après avoir combattu les symptômes d'acuité, M. Sédillot a tenté la réduction à l'aide du moufle; mais sans un succès complet; les surfaces articulaires ont en partie repris les rapports naturels; mais le malade ne pouvait encore se servir de son membre. Plus tard, on est revenu à la réduction, mais on n'a presque rien obtenu. Enfin, M. Thierry a soumis le membre à l'extension continue à l'aide de l'appareil de Boyer, et la réduction complète s'est opérée. On a consécutivement placé le membre dans l'appareil amidonné, et la guérison a été parfaite. Le malade se sert aujourd'hui de son membre et marche, quoique en boitant un peu.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 3 MAI. — PRÉSIDENCE DE M. MOREAU.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Lettre ministérielle avec envoi d'un rapport sur une épidémie dyssentérique.
2° *Idem* d'un rapport sur les eaux minérales de St-Nystain.
3° *Idem* d'une caisse contenant plusieurs échantillons des eaux minérales de Vic.
4° Etats de vaccinations de la Moselle, d'Ille-et-Vilaine et de la Saône.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

1° Observation d'un cas de lithotritie; par M. Beaumès.
2° De l'aliénation mentale; par M. Brandois.

Après le dépouillement de la correspondance, M. Gerdy revient sur une proposition qu'il a déjà faite; savoir, de diviser la séance de telle manière qu'on en réserve une partie aux lectures des mémoires originaux; seulement il croyait d'abord qu'il y avait lieu à changer le réglement, et aujourd'hui il croit qu'il ne faut que s'y conformer.

M. le président répond que ce n'est pas la faute du bureau s'il n'y a pas place dans les séances pour les lectures originales; c'est la faute des discussions et de ceux qui s'y livrent sans fin; il cite en exemple la discussion sur l'entrée de l'air dans les veines, laquelle a occupé tous les momens de l'Académie pendant un mois et plus.

M. Merat parle dans le même sens : il ajoute que si, à l'Institut, on trouve le moment de lire des mémoires, c'est qu'il est presque sans exemple qu'on y discute les rapports. On a le bon sens de croire que les commissions remplissent leur tâche en conscience, et un croirait manquer aux égards qu'on leur doit si on ne s'empressait pas d'adopter leurs travaux.

L'ordre du jour est appuyé, mis aux voix et adopté.

M. Chevallier : Tout le monde a entendu avec intérêt la communication que vous a faite M. Planche dans la dernière séance. Cet estimable collègue pense que les préparations de cuivre ne sont pas toujours aussi dangereuses qu'on le dit. J'ai peur que cette proposition ne soit pas bien comprise, et qu'on n'en porte les conséquences un peu trop loin. Je n'en prendrai pas occasion de rappeler tous les accidens qui suivent les empoisonnemens par le cuivre et ses préparations; mais je dirai qu'il n'y a pas bien longtemps cent élèves d'un séminaire ont été fortement incommodés pour avoir mangé du riz qu'on avait fait cuire dans des vaisseaux de cuivre. A la vérité, M. Planche parle d'oseille et non de riz; mais savez-vous pourquoi le cuivre a été si innocent dans ce cas? c'est qu'il était en trop petite quantité; voilà tout le mystère. Cependant, M. Planche s'empare de ce fait pour accuser les toxicologistes; il dit qu'ils ne distinguent pas l'empoisonnement fortuit, par imprudence, d'avec l'empoisonnement inspiré par le crime; c'est une erreur, les toxicologistes font cette distinction, et, pour cela, ils n'ont qu'à déterminer la quantité de cuivre que l'analyse leur découvre.

M. Planche répond que les observations de M. Chevallier, fort justes en elles-mêmes, n'ont qu'un tort, c'est d'être sans application dans l'espèce. Puisque je parlais des accidens du cuivre, j'ai dû rappeler les moyens de le reconnaître, et j'ai dit qu'un des plus simples était de plonger dans l'oseille une lame de fer, laquelle se couvre d'oxide de cuivre; mais je n'ai pas dit qu'il y eût pour cela empoisonnement.

M. Pelletier : Je crois qu'on ne saurait mettre trop de soins à consigner tous les faits de toxicologie; ce n'est pas la quantité de poison qui fait toujours le danger, c'est leur mélange. Il y a effectivement des substances qui en amortissent l'action, et, par exemple, tel est l'effet des substances sucrées sur les préparations cuivreuses; elles les décomposent et les réduisent à l'état de métal.

La discussion s'arrête.

M. Dubois, d'Amiens, fait une nouvelle communication relative à ses observations microscopiques sur le vaccin. Dans ma troisième conclusion, j'avais, dit-il, fait entendre que le vaccin, à mesure qu'il se desseche, affecte une sorte de cristallisation. J'ai répété mes expériences, et je me suis convaincu que les choses se passent comme je l'avais dit : les cristallisations se forment avec une grande rapidité; ces cristallisations, quelquefois fort belles, fort régulières, sont en tout point comparables à celles que prend l'hydrochlorate d'ammoniaque, et toutes les substances qui en contiennent : telles sont la salive, l'urine, etc.

M. Pelletier : La communication que nous a faite M. Dubois, dans une des dernières séances, me parut si intéressante, qu'elle m'inspira le désir de répéter ses expériences; j'en fis la proposition à M. Bousquet, qui la saisit avec empressement. Nous avons eu trois séances : deux chez moi, avec un microscope passablement bon; et la troisième, chez M. Chevallier qui, comme tout le monde le sait, a une grande habitude du microscope. M. Dubois nous a dit, dans sa première communication, que le vaccin, en s'épaisissant, en se desséchant, offrait des traînées, des lacis, et comme une espèce d'organisation. C'est principalement ce résultat que nous voulions vérifier. Mais nous avons eu beau faire, nous n'avons rien vu de pareil. Tant que le vaccin est liquide, il est parfaitement transparent; à mesure qu'il prend de la consistance, il affecte des formes qui lui sont particulières : ces formes, en général très nettes et très régulières, ne sont que des cristallisations, et ces cristallisations sont, autant qu'on en peut juger par le microscope, celles de l'hydrochlorate d'ammoniaque. Ainsi, nous sommes aujourd'hui d'accord avec lui; mais nous ne pouvons nous empêcher de remarquer que ses dernières observations sont en opposition avec les premières. Au reste, M. Bousquet se propose de rédiger les notes que nous avons recueillies ensemble, et d'en faire l'objet d'une lecture devant l'Académie.

M. Dubois répond que si M. Pelletier croit que ses premières observations contredisent les dernières, il se trompe. seulement il convient que celles-ci soient plus explicites.

M. Virey a peine à s'expliquer; mais il doute que les formes que prend le vaccin en se desséchant puissent être regardées comme une cristallisation chimique.

MÉMOIRE SUR L'AUSCULTATION ARTIFICIELLE; PAR M. PÉTREQUIN.

M. Desportes avait un rapport à faire sur ce mémoire; mais l'auteur l'ayant livré à l'impression, il ne peut donner suite à la mission qu'il a reçue de l'Académie. Il fait observer seulement, dans l'intérêt de la vérité, que M. Piorry a eu le premier l'idée d'imiter sur le cadavre tous les bruits de la respiration et de la voix. (*Voir le bulletin de l'Academie*, tome I, p. 364.)

CONSIDÉRATIONS SUR L'AMOUR MATERNEL ET SUR L'INFANTICIDE; par M. FÉLIX VOISIN.

M. Félix Voisin était du vivant de Gall un de ses disciples les plus zélés, et il n'a pas répudié la doctrine du maître depuis qu'il n'est plus. Son mémoire est tout entier dans cet esprit. Jusqu'ici, on a considéré l'amour maternel comme une sorte d'instinct gravé par la nature dans le cœur de toutes les femmes; c'était une manière d'expliquer un fait inexplicable en soi. M. Voisin va plus loin, la phrénologie lui a fait connaître l'instrument, l'organe de cet instinct : il réside dans des lobes postérieurs du cerveau; ainsi toutes les femmes ont la partie postérieure du crâne plus ou moins prolongée, et, plus elles ont d'amour pour les enfans, plus la bosse est considérable; moins elles en ont, moins la bosse est marquée. Voilà tout le secret de ce penchant. Celles qui ne le sentent pas sont moins coupables qu'on ne pense, c'est la faute de leur organisation.

M. Desportes s'élève contre cette théorie subversive de toute idée de justice et de morale.

M. Londe dit que M. Desportes a pris plaisir à rappeler toutes les objections émises contre cette théorie; mais c'est un soin qu'il pourrait s'épargner, car Gall lui-même en a donné la réfutation dans son troisième chapitre de son second volume.

M. Bouillaud : J'ai écouté avec une scrupuleuse attention le rapport de M. Desportes : je rends justice au soin avec lequel il est fait, mais il a trop mal traité la phrénologie. Il ne faudrait jamais oublier que c'est une science toute nouvelle qui a encore beaucoup à faire; elle le sait mieux que personne; mais il n'y a pas lieu de l'attaquer comme on fait. Et d'abord on ne cesse de répéter qu'elle a le malheur d'être en contradiction flagrante avec la morale. C'est là une grande erreur : elle ne s'occupe pas de morale; elle cherche seulement les rapports de l'organisation avec les facultés de l'homme.

Sans doute à la considérer dans des points de vue partiels, il est facile de lui donner les apparences du ridicule; mais qu'on y réfléchisse et l'on verra que si on s'applique à réfuter toutes les localisations, on arrivera à cette singulière conclusion, c'est que le cerveau est totalement étranger à nos facultés, à nos penchans, à nos instincts.

M. Castel : Il y a plus d'une erreur dans le mémoire de M. Voisin; mais je n'en relèverai qu'une seule, et je m'étonne qu'elle ait échappé à notre rapporteur; c'est que M. Voisin confond perpétuellement l'instinct avec les affections. Or l'instinct appartient aux facultés intellectuelles, mais il est étranger aux sentimens moraux. L'instinct a ses limites dans l'individu; c'est un commencement, une ébauche d'intelligence, d'où il suit qu'on ne peut pas lui assigner un siége particulier, puisqu'on ne peut dire quel est celui de l'intelligence.

M. Rochoux : M. Bouillaud a dit que si on séparait les facultés de chaque partie du cerveau, on arriverait à conclure que cet organe n'est bon à rien. Je ne puis admettre la conséquence; le cerveau est certainement l'organe principal de l'entendement; mais on soutient que, dans l'état actuel de la science, il est impossible d'assigner un rôle à chacune des parties qui le composent.

M. Desportes défend M. Voisin contre M. Castel.

M. Gerdy : Il y aurait bien à dire si l'on voulait réfuter chacune des propositions hasardées contenues soit dans le mémoire de M. Voisin, soit dans le rapport de M. Desportes; tant qu'on dira d'une manière générale que tout en nous est l'effet de l'organisation, que chacun de nous est ce que le fait son organisation; tant qu'on se tiendra dans ces termes généraux, on sera à peu près inattaquable; mais quand on descendra aux détails, quand on se demandera que fait telle ou telle partie du cerveau, c'est autre chose. Ici commencent les divergences.

Lapeyronie a fait un mémoire où il recherche quel est le siége de l'ame; et, après avoir réuni un grand nombre de faits de lésion du cerveau, il a trouvé que toutes les parties pouvaient être lésées sans que l'intelligence s'en ressentît, toutes hors le corps calleux : en conséquence, il conclut que si l'ame avait son siége quelque part dans le cerveau, elle occupait le corps calleux.

Puis il est venu des physiologistes qui ont produit des lésions du corps calleux avec lésion des facultés de l'entendement, et ce corps a été dépossédé.

On a beaucoup fait d'expériences sur le système nerveux; mais on n'en sait pas davantage pour cela : cherchez-moi deux physiologistes qui soient d'accord, vous ne les trouverez pas. Rolando, Magendie, Fodéré, Gall, Flourens, etc., autant d'opinions différentes.

On demande ce que c'est que l'instinct; ce sont des actes spontanés et irréfléchis. M. Gerdy en cite de nombreux exemples. L'amour maternel n'est pas plus réfléchi que l'impulsion qui porte l'enfant à téter le sein de sa mère. Est-ce à dire que l'intelligence n'est pour rien dans ce sentiment? Non, sans doute; mais il n'a pas sa source dans l'intelligence.

On parle de prendre la phrénologie pour régle en médecine légale. Qu'on s'en garde bien. Eh quoi! on convient que cette science n'est pas faite, on convient qu'elle est enveloppée des plus épais nuages, et on veut qu'elle décide de la vie des hommes, de la sécurité des familles! Quel aveuglement! Il est une régle plus sûre. Une femme tue son enfant! si, durant le cours de sa vie, cette femme n'a jamais commis aucun acte contre ses intérêts, si elle n'avait aucun intérêt au crime qu'elle a commis, elle est folle peut-être, il faut la renfermer dans l'intérêt de la société et dans le sien propre.

M. Bouillaud : J'ignore si les phrénologistes ont tort ou raison dans leurs localisations; mais je sais bien que M. Gerdy ne devrait pas mêler des articles de foi à des manifestations de la science. Lapeyronie a fait de la théologie quand il a recherché le siége de l'ame. Il l'envisage en physiologiste, et je dis qu'il est ridicule à lui de dire que l'intégrité des facultés de l'entendement se maintient malgré la lésion de toutes les parties du cerveau. Pour si peu qu'on ait fait des expériences, on sait que tout animal à qui on blesse les parties antérieures de cet organe perd aussitôt la faculté de connaître; mais à quoi bon ces expériences? le raisonnement est ici plus fort que l'observation. En effet, si une faculté de l'entendement se dérange, il faut bien qu'il existe un dérangement physique de l'organe de l'entendement, sans quoi il y aurait des effets sans cause.

M. Gerdy : M. Bouillaud se trompe quand il dit que Lapeyronie a fait un ouvrage de théologie; il a fait un mémoire de chirurgie et de physiologie; il parle d'ame, il est vrai; mais pour lui ame est synonyme d'intelligence.

Vous parlez de vos expériences! combien en avez-vous fait? trente, dites-vous; je vous en accorde le double. Qu'est-ce que cela signifie, je vous prie, à côté des innombrables faits de pratique, de physiologie et d'expériences rassemblés par Burdach? Lisez cet auteur et vous verrez qu'il existe tant de contradictions parmi ceux qui ont écrit sur le système nerveux que la seule conclusion raisonnable, c'est qu'on ne sait rien, absolument rien de ses fonctions.

SÉANCE DU 8 MAI.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Lettre de M. le ministre de l'instruction publique, avec envoi de l'ampliation de l'ordonnance royale, portant approbation de la nomination de M. Bérard dans la section de médecine opératoire.

2° Lettre ministérielle, avec envoi de différens imprimés contenant la recette d'un spécifique contre le choléra, proposé par le docteur Lorenzo Giordano.

3° État des vaccinations des Vosges.
4° idem, Orne.
5° idem, Aveyron.
6° idem, Vaucluse.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

1° Lettre de M. Pommaride, pharmacien, avec envoi d'un paquet cacheté, qu'il offre en dépôt et qu'il dit contenir la description d'un procédé particulier pour la préparation de certains produits.

2° Lettre sur le choléra, écrite de Constantine par M. Bonnafont.

Après le dépouillement de la correspondance, M. Cornac, au nom de la commission des 11 sections, fait un rapport dont la conclusion est qu'il y a lieu de nommer un membre dans la section d'hygiène, en remplacement de MM. Desgenettes, Dubois et Murat.

L'Académie adopte.

Les candidats sont invités à envoyer leur demande et les titres dont ils appuient leur candidature.

RAPPORT DE M. SOUBEIRAN SUR DE NOUVELLES PILULES FERRUGINEUSES, PROPOSÉES PAR M. VALLET, PHARMACIEN A PARIS.

Après un éloge bien mérité des préparations de fer et de l'utilité qu'en tire la thérapeutique, le rapport parle de quelques formules en particulier et notamment des pilules si connues de M. Bland. On sait que ces pilules ne sont qu'un mélange à parties égales de sulfate de fer et de sous-carbonate de potasse.

Prenez : Sulfate de fer.................... demi-once.
Sous carbonate de potasse......... id.

Réduisez séparément les deux substances en poudre bien fine, puis mêlez les peu à peu très exactement et ajoutez :

Mucilage adragant................ 5 parties.

Pilez fortement et faites une masse à diviser en 48 pilules (1).

Ces pilules, proposées dès 1831, par M. Bland, sont d'une efficacité merveilleuse contre la chlorose; mais elles éprouvent rapidement des changemens dans leur composition, et la pharmacie craint que ces changemens ne portent atteinte à leurs effets sur l'économie; ainsi, exposées à l'air, elles se durcissent et rougissent en perdant l'eau qui maintenait le carbonate à l'état d'hydrate. En outre, ces pilules retiennent des sels qui doivent en rendre la saveur désagréable, tels sont le carbonate de potasse en excès et le sulfate de potasse provenant de la décomposition du sulfate de fer par le carbonate de potasse.

Au reste, cette formule n'est pas absolument nouvelle. On en retrouve des traces dans une phapmacopée espagnole, qui, si nous avons bien entendu, fut publiée en 1798. Il n'y a réellement de nouveau que la dose des deux composans et la hardiesse avec laquelle M. Bland les administre.

Quoi qu'il en soit, M. Vallet a cherché à mieux faire que M. Bland, et il propose une préparation composée :

De sulfate de fer préparé à la manière de.....
De carbonate de soude;
De miel blanc;
Et de sirop de sucre.

Le tout très-pur.

Il nous est impossible de reproduire la manière de traiter et de préparer ces diverses substances; mais la commission a suivi les procédés de l'auteur, et elle convient qu'elle est arrivée aux mêmes résultats, c'est-à-dire qu'elle a composé des pilules qui ont sur les pilules de Bland et sur toutes les autres préparations de fer l'avantage d'être inaltérables.

Ce n'est pas tout, elle les a essayées sur sept femmes chlorotiques, et elles y ont produit les plus heureux effets. Sur cinq, les régles sont revenues : une seule a été saignée, et elle est restée à peu près dans le même état.

M. Bouillaud ouvre la discussion. Je rends toute justice, dit-il, au soin avec lequel M. le rapporteur a écrit son rapport; mais il me semble que les observations médicales n'y sont pas assez nombreuses pour justifier la conclusion de la commission. Elle met la préparation de M. Vallet au-dessus de toutes les préparations du même genre : chimiquement, cela est possible; mais thérapeutiquement, on ne le sait pas encore, et il n'y a que l'expérience qui pourra nous l'apprendre.

Parmi les caractères de la chlorose, M. Soubeiran a cité le bruit de soufflet ou de forge que font entendre les artères; c'est un bruit de souffle continu qu'il fallait dire.

M. Soubeiran : Je commence par dire que les observations médicales ne m'appartiennent pas; elles m'ont été communiquées par mes collègues. Quant à la conclusion, elle est parfaitement conforme à ces observations. J'avoue qu'elles sont peu nombreuses; mais je crois savoir que les pilules de M. Vallet ont été employées par divers praticiens, et que tous en ont porté le même jugement.

M. Delens : Les observations ne sont pas seulement en petit nombre; mais elles n'ont pas été faites comparativement. Pour dire qu'une chose est préférable à une autre, il semble cependant qu'il faut d'abord les essayer toutes les deux et par voie de comparaison. C'est ce que j'ai fait quand j'ai voulu savoir à quoi m'en tenir sur la valeur des pilules de M. Bland, et je puis assurer qu'il n'y a pas de préparation qui en approche pour l'effet thérapeutique. J'ajoute que

(1) Voyez, pour plus de détails sur les pilules de M. Bland, Gaz. Méd., 1837, p. 697.

la théorie ne rend pas compte de toutes leurs vertus, ce qui me ferait penser qu'il se passe dans la combinaison du sulfate de fer avec le carbonate de potasse quelque chose que la chimie ne connait pas, et dont les malades profitent. Ces pilules, dit-on, s'altèrent rapidement; cela est vrai; mais, à coup sûr, leurs propriétés se conservent. L'effet en est d'ailleurs très prompt. On parle dans le rapport d'une femme à qui les règles ne sont pas revenues. Si elle ne les avait jamais eues, il ne faut pas la considérer comme guérie, car elle ne l'est pas.

M. Soubeiran : Je n'ai pas dit que les autres préparations de fer n'étaient pas bonnes, utiles; j'ai dit seulement que ces préparations s'altéraient, et que la préparation de M. Vallet conservait sa fixité.

M. Double : Je voudrais être assez versé dans la chimie pour louer dignement le rapport que vous venez d'entendre; j'en sais assez cependant pour en sentir tout le mérite. Mais je ne parlerai que des effets médicinaux des préparations de fer. On avait à faire ressortir les avantages d'une préparation nouvelle et avouée de la chimie, et tout naturellement on a un peu déprécié les préparations anciennes et particulièrement les pilules de M. Blaud. Eh bien! Messieurs, je le déclare hautement, depuis trente-cinq ans que je pratique la médecine, j'ai vu bien peu de médicamens aussi efficaces que celui-là. Toutes les fois qu'il y a chlorose avec asthénie, et vous savez que c'est de beaucoup le cas le plus fréquent, les pilules du médecin de Beaucaire sont d'un effet presque infaillible.

M. Boullay : En théorie on ne comprend pas qu'un médicament variable ne produise pas des effets variables; on ne comprend pas qu'il ne soit pas préférable à un médicament fixe, inaltérable.

M. Rochoux : De quelque manière que se retourne la chimie, elle ne fera pas que les pilules de M. Blaud n'aient pas fait leurs preuves, et celles des pilules de M. Vallet sont encore à faire. Ce n'est pas dans une Académie de médecine qu'on peut conclure de la chimie à la thérapeutique.

M. Soubeiran : Ce n'est pas non plus notre prétention; nous n'en avons d'autre que de vous proposer une préparation invariable contre une préparation qui change d'heure en heure.

M. Double : Nous savons tous que de tout temps le fer a réussi contre la cholorose; mais j'affirme de nouveau que nulle préparation ne peut être mise en balance avec les pilules de M. Blaud.

Le rapport est adopté avec quelques modifications dans les conclusions.

NOTE SUR LES MALADIES OBSERVÉES EN AFRIQUE ET SUR LEUR TRAITEMENT; par M. Worms.

M. Worms donne communication d'un mémoire dont il n'achève pas la lecture. Tout ce que nous avons saisi, c'est que élevé dans les principes de l'école du Val-de-Grace, il a porté ces principes dans les hôpitaux d'Alger et de Bone, et que les résultats en ont été si malheureux qu'il a ouvert les yeux; il a changé de méthode, et il a vu la mortalité diminuer si rapidement et si constamment dans son service qu'il a abjuré pour jamais ses erreurs.

LITHOTRIPSIE CHEZ LES ENFANS.

M. Ségalas présente un enfant, âgé de quatre ans, qu'il vient de guérir d'une énorme pierre vésicale à l'aide de la lithotripsie, dans l'espace de huit jours. La pierre avait un pouce de diamètre, et était composée d'oxalate de chaux dans le centre et de phosphate de chaux à la circonférence; elle existait depuis l'âge de deux ans; la vessie était catarrheuse. Aujourd'hui l'enfant est tout-à-fait bien portant; il n'est pas resté un seul jour couché pendant l'opération, et l'Académie l'a examiné avec beaucoup d'intérêt.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

NOTE SUR LE MÉLANGE DU SEL MARIN AUX ALIMENS DE L'HOMME; communiquée par M. le docteur Barbier, médecin à Amiens.

J'ai eu l'honneur de soumettre à l'Académie des sciences la question suivante :

Ne conviendrait-il pas, dans les instructions que reçoivent les savans qui entreprennent des voyages scientifiques, de noter le mélange du sel marin aux alimens de l'homme, comme un sujet digne de fixer leur attention?

On sait que tous les peuples qui vivent dans l'état de société introduisent le sel dans leur nourriture. Déjà, du temps d'Homère, on regardait comme une chose très difficile de trouver des hommes qui ne suivissent pas cette pratique. Dans l'Odyssée, Tirésias dit à Ulysse : « Tu reprendras le cours de tes voyages jusqu'à ce que tu découvres des peuples qui n'aient aucune connaissance de la mer, et qui n'assaisonnent pas de sel leurs alimens. »

Les principes de l'hydrochlorate de soude sont-ils donc nécessaires à l'organisation de l'homme? Ce dernier est-il le seul être parmi les mammifères dont le corps ait besoin de cette substance?

Nos humeurs se détériorent; nos tissus organiques perdent leur intégrité normale, quand une certaine quantité de sel marin ne pénètre pas journellement dans la machine humaine. On raconte que des seigneurs russes, qui avaient voulu faire économie de cette dépense pour la nourriture de leurs vassaux, ont vu ces derniers tomber dans un état de langueur et de faiblesse : ils offraient une pâleur morbide; ils étaient menacés d'un œdème général; des vers se développaient dans leurs intestins.

J'ai désiré connaître quelle était la quantité d'hydrochlorate de soude que chacun de nous employait par jour; mes recherches m'ont conduit à cette conclusion :

Tous les hommes prennent avec leur nourriture quotidienne de trois gros à une once de sel au moins.

Dans les casernes, tous les militaires consomment plus d'une once de sel marin par jour. Je connais des octogénaires qui font un grand emploi de ce sel, et qui ont toujours eu le même goût.

A l'hospice St-Charles, d'Amiens, qui ne renferme que des vieillards et des enfans, à la maison religieuse de la Visitation, chaque individu prend journellement avec sa nourriture trois gros de sel marin.

Les deux faits suivans me paraissent curieux. Il existe à Amiens une communauté composée de vingt religieuses, qui ne vivent que de pain et de légumes, de pommes de terre, de pois secs, de salades vertes, rarement de poisson. Elles ne boivent que de l'eau ou une bière très faible. Ces pieuses filles ne font presque aucun exercice; elles passent leur vie à prier. Cependant, malgré ce régime débilitant, elles ont un bon teint; elles paraissent se bien porter; elles atteignent un âge avancé; elles sont heureuses et contentes. Mais si ces religieuses peuvent se passer des excitans que contient la nourriture animale; si elles peuvent renoncer aux épices que nous ajoutons à tous nos mets, elles ont dû excepter le sel marin. Chacune d'elles en prend tous les jours au moins trois gros. La maison en consomme annuellement 150 livres.

Le sévère réformateur de l'ordre de la Trappe a pu imposer à ses religieux d'effrayantes austérités; vouloir le travail avec une alimentation insuffisante; ordonner un silence continu; chercher à réaliser l'état de mort pendant la vie; mais jamais il n'a essayé de proscrire le sel marin. A l'abbaye du Gard, près Picquigny, chaque trappiste prend, avec les alimens de la journée, plus d'une once de sel. Si ces hommes, qui ne mangent point de viande, et qui ne vivent que de légumes cuits à l'eau, de pommes de terre, de salades, de fromage de Hollande, qui ne boivent qu'une bière de médiocre qualité, offrent cependant les attributs de la santé, un bon teint, un embonpoint satisfaisant; s'ils comptent parmi eux des septnagénaires, même des octogénaires, c'est la quantité d'hydrochlorate de soude qu'ils prennent tous les jours qui m'en fournit la raison.

A Amiens le pain contient de dix à douze grains de sel par livre. Dans nos campagnes, on ne fait pas entrer ordinairement de sel dans le pain; mais les ouvriers, les cultivateurs, salent davantage qu'en ville leur soupe, leurs légumes et leurs viandes.

Celui qui avale dans la journée trois gros de sel marin en a introduit dans son corps plus de huit livres au bout de l'année; à soixante ans il en aura employé sept cent vingt livres.

De même l'homme qui élève sa dose journalière de sel au-dessus d'une once par jour en aura avalé plus de vingt-trois livres par an; à soixante ans, son corps en aura reçu presque quatorze cents livres.

Pour moi, l'hydrochlorate de soude que l'homme prend avec ses alimens n'est pas simplement un assaisonnement existant. Cet agent ne borne pas son opération à donner de la saveur à la nourriture, à développer les forces digestives, à favoriser la nutrition par l'impression de ses molécules sur tous les tissus organiques. J'assigne un rôle bien plus sérieux, plus important à l'hydrochlorate de soude; et avec les effets dont je viens de parler, il en produit d'autres qui me paraissent méconnus.

L'hydrochlorate de soude, en traversant les voies digestives, est presque entièrement absorbé; l'analyse chimique des excrémens de l'homme le prouve. Ensuite il y a de la soude libre dans presque toutes nos sécrétions, dans presque toutes nos humeurs, ou bien on y trouve des sels à base de soude, mais l'acide hydrochlorique n'y est plus.

Je sais que l'hydrochlorate de soude qui pénètre dans l'économie animale y est décomposé par les forces de l'organisation, que les principes dissociés de l'acide hydrochlorique y reçoivent un emploi, une destination dont on ne se doute pas.

Toujours il me paraît curieux de rechercher si les peuples des divers climats de la terre offrent des différences dans l'emploi du sel marin, et si l'on peut attribuer à la quantité inégale de cette substance qu'ils prennent journellement des variations dans leur complexion, dans la nature de leurs maladies, dans leurs habitudes, dans leur longévité.

Amiens, ce 28 avril 1838.

LETTRE SUR QUELQUES POINTS HISTORIQUES RELATIFS A VAN HELMONT; par M. FLORENT CUNIER.

Le bibliothécaire de la faculté de Montpellier, avant de tirer les huit conclusions dont il couronne sa missive, a soin de vous faire remarquer que « j'ai lu son livre comme on lit un roman, et van Helmont comme j'ai lu son livre. » Je pourrais me mettre sur le même terrain que mon adversaire et répondre à ses sarcasmes par des sarcasmes; mais je manquerais aux lecteurs de la GAZETTE MÉDICALE qui sont peu habitués à de semblables polémiques. Je crois préférable d'examiner, à mon tour, si l'auteur du *Cours d'histoire de la médecine et de bibliographie médicale* (imprimé en 1837, annoncé et analysé à la page 496 de la GAZETTE MÉDICALE) connaît notre flamand van Helmont; et en attendant que je me livre plus au long à l'examen de cette question, dans la traduction que je prépare de deux ouvrages de mon illustre ami Burkard Eble, bibliothécaire de l'académie Joséphine de Vienne, je vous dirai que j'ai les plus fortes, les plus puissantes raisons pour la résoudre par la négative. Et la preuve de ce que j'avance, c'est que M. Kuhnholtz a toujours confondu depuis qu'il écrit les idées superstitieuses émises par François-Mercure van Helmont, dans *Observationes circa hominem ejusque morbos*, avec les idées du père de ce médecin, Jean-Baptiste van Helmont. M. Kuhnholtz (page 192 de son livre) renvoie au texte d'un ouvrage imprimé à Anvers en 1642 : *Febrium doctrina inauaita* (in-16); il ignore donc que ce recueil, comme les diverses éditions latines des œuvres complètes de van Helmont publiées en Allemagne, en France, en Belgique, à Venise, et dont une traduction parut à Lyon, 1671, sont toutes infectées de morceaux qui n'appartiennent pas au médecin de Bruxelles, mais à son fils. M. Kuhnholtz ignorerait-il que la meilleure édition, celle d'Elzevir elle-même (Amsterdam 1652, in-4) n'est pas exempte de ce reproche?.. C'est là ce dont on peut facilement se convaincre en comparant le texte de ces diverses éditions avec l'ouvrage de van Helmont, écrit en flamand : *Dageraed ofte nieuwe opkomst der Geneeskonst noit in't licht gesien, en van den autheur Zelve in't Nederduitsch beschreven* (Rotterdam 1660), ouvrage qui avait paru à Leyde en 1625 sous le titre de *Dageraet, oft-wel nieuwe opkomst der Geneeskonst in verborgene grontregelen der Nature*, et a été réimprimé sous ce dernier titre, à Amsterdam, en 1659. C'est le seul, l'unique écrit du seigneur de Mérode, que les éditeurs n'aient pas corrompu par l'addition de passages qui ne lui appartiennent pas, et qui constituent les contradictions signalées par les historiens.

J'entrerai dans de plus longs détails à ce sujet dans les notes que je joindrai à la traduction des deux ouvrages d'Eble, dont l'un est intitulé : *Versuch einer pragmatischen Geschichte der Anatomie und Physiologie, von Jahre*, 1800—1825 (Vienne 1836) in-8); l'autre est une suite à l'histoire de la médecine de Sprengel, et a pour titre : *Curt Sprengel's Versuch einer pragmatischen geschichte der Arzneikunde, fortgesetzt von Burkard Eble* (Vienne 1837, in-8); j'établirai alors d'une manière bien claire, bien palpable qui, du français Kuhnholtz ou du flamand Cunier, a lu van Helmont... Je démontrerai à M. Kuhnholtz, ce qui du reste est surabondamment prouvé pour tout le monde, que van Helmont est le patron des vitalistes, comme l'a fort bien dit M. Ribes (*Fond. de la doctr. méd. de la vie universelle*. Paris 1835, in-8, p. 188, vol. 1) qui a lu et médité les œuvres de ce grand homme. Mais ce qu'il est bon de constater, c'est que M. Kuhnholtz n'a jamais réfuté M. Ribes, pas plus que M. Broussais (*Ex. des doctr.*), et tant d'autres qui ont parlé comme moi. On a écrit plus d'une fois que l'ARCHÉE de van Helmont est la NATURE d'Hippocrate, l'AME de Stahl, le PRINCIPE VITAL de Barthez, la FORCE VITALE de Bérard, la FORCE MOTRICE de van Rotterdam; les vitalistes de Montpellier ne veulent point cela, mais s'en suit-il que cela ne soit pas? M. Kuhnholtz lui-même n'est-il pas de cet avis, sans s'en douter, dans sa lettre comme dans les *Leçons de physiologie* du professeur Lordat publiées par lui et dans son *Cours d'histoire de la médecine*. J'ai écrit (*Bulletin médical belge*, 1837) avant que M. Kuhnholtz me l'enseignât, que le vitalisme du spiritualiste van Helmont était substantiel; mais j'ai ajouté que ce vitalisme avait été désubstantialisé et spiritualisé par Barthez; j'ai dit ensuite que les idées de van Helmont n'étaient en dernière analyse que les principes hippocratiques poussés à un plus haut degré de perfection. C'est cette phrase surtout qui a monté M. Kuhnholtz contre moi; et lorsque force lui a été de convenir que j'ai en raison, mais seulement sous un rapport, il ne trouve rien de mieux que de m'opposer une citation de Cabanis qu'il taxe d'erreur au même propos à la page 197 de son ouvrage!... Moyen facile de se tirer d'embarras!

En voilà assez, je pense, de van Helmont, sur le compte de qui j'aurai bientôt le plaisir de causer de nouveau avec M. Kuhnholtz; je saisirai cette occasion pour lui prouver que je n'ai jamais été dépourvu de bon sens au point de taxer les Français d'ignorance, ainsi qu'il le dit dans sa première conclusion. Je lui apprendrai que, loin de là, j'ai vengé l'ophtalmologie française des attaques présomptueuses de quelques étrangers, qui viennent se poser en grands hommes dans votre capitale et osent écrire que l'oculistique est négligée en France. En cent occasions diverses, j'ai su rendre aux Français toute la justice qui leur revenait; chaque fois que j'ai fait connaître des productions allemandes ou anglaises, dans lesquelles on se trompait à leur égard, j'ai redressé les erreurs commises. Et ce que j'ai fait pour la France, il était bien naturel que je le fisse pour mon pays.

C'est ainsi qu'on m'a vu m'élever contre l'*Aperçu phrénologique sur le royaume des Belges*, de M. Charles Glace, qui est venu découvrir *sur tous les fronts belges l'idiotisme et la lubricité!* C'est ainsi que j'ai signalé l'injustice commise envers nous par M. Kuhnholtz; qu'on lise son ouvrage, et l'on verra si j'ai eu tort d'avancer qu'il n'a pas tracé une seule fois le nom de ma patrie. Il a agi de cette façon, nous apprend-il, parce que l'on pourrait exiger aussi qu'en parlant de l'histoire des progrès de la médecine dans le royaume de la Grande-Bretagne, une distinction fût établie pour l'Angleterre, l'Ecosse, l'Irlande et le Hanovre. Bien certainement oui, M. Kuhnholtz, une distinction est nécessaire, en ce sens que le Hanovre fait partie de l'Allemagne, suit le mouvement scientifique de ce pays et non celui de l'Angleterre. Mais vous paraissez ignorer qu'il y a toujours eu une Belgique; que notre pays appartint à la France, aux maisons de Bavière, de Bourgogne, d'Autriche, comme le Hanovre avant l'avènement d'Ernest-Auguste, nous avons toujours eu un gouvernement à part de celui des pays dont nous relevions; ce n'est que pendant la domination française que cette distinction a cessé. Jamais (si ce n'est alors, et cela a duré vingt-deux ans) nous n'avons été englobés, comme le Hanovre, dans une vaste confédération formant une nationalité; l'habitant du Hanovre est hanovrien en même temps qu'Allemand. Toujours il a existé une nationalité belge; réunie à la Hollande, la Belgique n'en était-elle pas distincte par son langage, ses mœurs et par les hommes qui se sont illustrés dans les sciences médicales?... M. Kuhnholtz, qui nous traite si haut, semble ignorer que cette province, comme il se plait à l'appeler, a des titres nombreux à la reconnaissance du monde médical; et lorsqu'il se retranche derrière les citations du titre des livres de la poudreuse bibliothèque de la faculté de Montpellier, qui, soit dit en passant, est bien pauvre, il ne nous apprend pas s'il a payé à nos illustrations belges tout le tribut que leur doit un historiographe médical. « Ce n'est pas m'avoir lu, dit M. Kuhnholtz, que me reprocher de n'avoir point cité, comme je le devais, Vesale, van Helmont, Deleboë, Palfyn, etc. » Et pour preuve, mon contradicteur ajoute qu'il est question d'eux à telle et telle page de son livre; c'est là, on en conviendra, une preuve bien forte, bien évidente! J'ai lu le *Cours d'histoire de la médecine*, je l'ai relu depuis que son auteur m'a reproché de l'avoir lu comme on lit un roman, et je dis encore que M. Kuhnholtz s'est montré injuste envers les Belges.

Non content de ne point signaler convenablement les services rendus par Vésale, avec qui s'est ouverte une ère nouvelle dans les sciences médicales, et par van Helmont, il laisse presque dans l'oubli les travaux de Rega dont l'ouvrage : *De sympathia seu de concessu partium corporis*, vient d'être encore jugé digne de la réimpression. C'est tout au plus s'il parle de Deleboë, et Palfyn; qu'en dit-il? qu'il a fait sentir l'utilité dont serait une anatomie chirurgicale!... voilà tout. C'est cela que mon antagoniste appelle de la justice! Pour combler la mesure, il fait paraître en France des ouvrages publiés dans notre province; je suis fâché de devoir le lui faire savoir, les *Annales de médecine étrangère* ne constituent pas une publication française; il en est de même de l'*Encyclographie des sciences médicales*, qu'il nomme parfois *Encyclographie médicale*, ce qui n'est pas bien du tout pour un bibliographe. Le premier de ces recueils s'imprimait à Gand et avait pour rédacteurs deux Belges, MM. Kluyskens, de Gand, et Vrancken, de St-Nicolas; l'*Encyclographie*, qu'il croit morte, est pleine de vie, et son 67ᵉ volume vient de paraître à Bruxelles, où elle est née en 1832.

Ce ne sont pas les Belges seuls qui sont en droit d'adresser des reproches à M. Kuhnholtz. Je me fais Anglais, pour un instant, et je lui demande pourquoi il ne range pas au nombre des bons dictionnaires du XIXᵉ siècle celui intitulé : *The Cyclopedia of practical medicine*; les éditeurs de MM. La Berge et Monneret nous l'apprennent eux-mêmes : cette encyclopédie anglaise, à la fois importante et volumineuse, est un vaste recueil de mémoires originaux sur chacune des maladies qui peuvent affliger l'espèce humaine. Il ne dit également pas le mot du *Dictionary of practical medicine, by James Copland*, pathologie qui a rendu à la médecine des services aussi éminens que ceux que la chirurgie a retirés de la publication du dictionnaire de Samuel Cooper.

Un Allemand demandera à M. Kuhnholtz si son pays n'a fourni aucun ouvrage de ce genre depuis le commencement de notre siècle. L'Allemagne a bien certainement des productions à opposer aux dictionnaires fran-

çais en 60, 21 ou plus ou moins de volumes; les bibliographes les recherchent surtout à cause de la minutie avec laquelle les Allemands indiquent les sources après chaque article de leurs dictionnaires.

Parcourons la liste des journaux étrangers signalés par le bibliothécaire de Montpellier : on y cherche en vain les *Annales de la Société de médecine de Gand*, les *Annales de médecine belge et étrangère*, le recueil de Schmidt, de Leipsig, celui de Casper, de Berlin, le journal de la société de médecine de Prusse (*Med. Zeitung, herausg. von dem Verein für Heilkunde in Preussen*), le *Wurtemberger Medicinische Correspondenz-Blatt*; l'*Oesterreiche medicinische Jahrbucher*, les *Annales de Hecker*, le *Zeitschrift für Physiologie, von Tiedemann, G.-R. Treviranus and N.-C. Treviranus*, le *Henke's Zeitschrift für die Staatsarzneikunde*, etc.; etc., etc. Il cite tout simplement les *Archives de Meckel*, le *Rust's Magazin*, l'*Hufeland und Osann's Journal*... N'est-ce pas un crime, pour un bibliothécaire, de ne point faire mention de publications allemandes telles que les *Froriep's Notizen*, l'*Algemeine Medicinische Zeitung*, le *Kleinert's Repertorium*, etc ?

L'Angleterre n'a-t-elle qu'un seul journal de médecine, celui d'Edimbourg? Où M. Kuhnholtz parle-il des journaux du nouveau monde? des travaux de l'Académie impériale de Moscou ?...

Pourquoi, enfin, ne s'est-il pas attaché à faire ressortir la part qu'ont eue dans les progrès imprimés aux sciences médicales les universités allemandes, anglaises, russes, belges, hollandaises? Pourquoi tant nous parler de Montpellier, et ne pas consacrer à ces universités tout le papier employé à critiquer la doctrine médicale de la vie universelle?

Ces lignes suffiront, j'en suis certain, pour prouver aux nombreux lecteurs de la GAZETTE MÉDICALE que je n'ai jamais eu l'intention de déclamer contre M. Kuhnholtz, et que c'est à bon droit que je me suis plaint de lui au nom de mes compatriotes. Et pour prouver toute la bonne foi que j'y mets, je dirai, en terminant, que ma lettre à l'EXPÉRIENCE, insérée dans la GAZETTE MÉDICALE (1837, p. 827), ayant été reproduite en Belgique et en Allemagne, la réponse de M. Kuhnholtz y recevra, par mes soins, la même publicité.

Agréez, etc.

BIBLIOGRAPHIE.

DE LA NATURE ET DU TRAITEMENT DES MALADIES DU COEUR, AVEC QUELQUES NOUVELLES VUES SUR LA PHYSIOLOGIE DE LA CIRCULATION (en anglais); par M. le docteur J. WARDROP. Première partie, 120 pages in-8. Londres, 1837; et à Paris, librairie des étrangers, rue Neuve-St-Augustin, 55.

L'ouvrage du docteur Wardrop se composera de deux parties : la première, la seule qui soit encore publiée, contient des observations préliminaires sur la structure et les fonctions du cœur, et parmi lesquelles nous avons trouvé de nouvelles recherches physiologiques sur la circulation, qui nous ont paru d'un haut intérêt.

La seconde partie doit comprendre les maladies du cœur; mais l'auteur annonce qu'il s'occupera surtout de celles qu'on rencontre fréquemment, et que l'art possède des moyens de combattre avec succès; et, qu'au contraire, il s'arrêtera peu sur les états morbides, que l'on observe rarement, ou sur lesquels la médecine ne peut exercer qu'une influence douteuse.

Dans ces dernières années, on a beaucoup plus étudié la pathologie du cœur que sa physiologie, et les recherches qu'on a faites dans la direction de cette dernière science ont eu presque toutes pour but l'étude des battemens et des bruits du cœur, et cependant il y a encore une foule de points obscurs à éclaircir, de questions neuves à soulever, ainsi que nous l'a montré la lecture du travail du docteur Wardrop, qui, dans un petit nombre de pages, nous a offert plus d'idées neuves que nous n'en trouvons dans maints gros volumes qui nous tombent souvent sous la main.

L'un des points dont il s'est le plus spécialement occupé, c'est l'influence de la respiration sur l'action du cœur, et réciproquement celle de l'action du cœur sur la respiration; il étudie successivement toutes les modifications que détermine l'action de ces deux fonctions l'une sur l'autre, dans des circonstances différentes. telles que le rire, le cri, le sanglot, le mal de mer, le vertige causé par le mouvement de rotation, etc., et conclut de leur examen que chacun de ces différens actes a un but spécial dans l'économie; les uns pour diminuer, les autres pour augmenter la quantité de sang dans les cavités thoraciques, suivant ce qu'exige l'exercice régulier de leurs fonctions respectives.

L'étude de ces divers phénomènes et de leur enchaînement amène l'auteur à distinguer trois fonctions importantes qui se rattachent à la circulation, et avaient été jusqu'ici inaperçues ou négligées; nous allons chercher à les exposer sommairement.

La première, que M. Wardrop désigne sous le nom de « musculo-cardiac fonction » repose sur un fait qui nous semble démontré, c'est que les muscles, en même temps qu'ils sont les organes actifs de la locomotion, servent aussi à augmenter la quantité de sang artériel, aussi bien que veineux dans les cavités du cœur. Les faits qu'emprunte l'auteur à la physiologie humaine et à l'anatomie comparée ne permettent pas de douter que la contraction des muscles n'augmente la quantité du sang dans les cavités du cœur par deux voies, en accélérant le cours du sang veineux vers les cavités droites, et en retardant la sortie du sang artériel du ventricule gauche. Les applications qu'en fait l'auteur à l'explication de divers phénomènes confirmeraient d'ailleurs sa manière de voir, s'il en était besoin.

On remarquera facilement que, quand nous voulons donner plus d'énergie à l'action d'un organe, constamment nous commençons par imprimer quelques mouvemens aux muscles volontaires, parce qu'alors nous avons besoin que la vigueur du cœur soit augmentée. Nous verrons des exemples remarquables de cet effet, si nous observons ce qui se passe au moment du réveil, qui n'est jamais bien complet qu'après des contractions énergiques des extrémités, des pandiculations, etc.; ce qui se passe quand nous avons besoin de faire un grand effort, de nous animer, quand nous devons supporter de violentes douleurs, alors nous contractons fortement les muscles les plus puissans, le sang est reporté de toutes parts et avec force vers le cœur et nous trouvons l'énergie qui nous est nécessaire. Les mêmes considérations nous donnent l'explication d'un fait peu connu et qui mérite de l'être davantage, c'est l'heureux effet qu'on obtient, pendant la syncope, de la ligature d'un membre, ou plutôt de l'application d'un tourniquet sur une artère volumineuse, par exemple, l'artère brachiale.

Parmi les effets qui résultent de l'action mutuelle de la respiration sur la circulation, et de cette dernière sur la respiration, il en est un qui a surtout frappé l'attention du docteur Wardrop, c'est la seconde fonction, ou fonction pulmo-cardiaque et dans laquelle les vaisseaux pulmonaires servent de réservoir pour le surplus de la quantité du sang veineux ou artériel que les cavités du cœur ne peuvent contenir. La structure des vaisseaux pulmonaires, leur position au milieu d'un tissu mou et spongieux, comme celui du poumon, leur permettent de recevoir une grande quantité de sang et de rétablir l'équilibre dans le système circulatoire lorsqu'il a été troublé par une cause quelconque; l'exercice de cette fonction peut être porté, ainsi qu'on le sait, jusqu'à amener la congestion pulmonaire et même l'apoplexie pulmonaire; de là la nécessité de régler, avec une grande mesure, les exercices violens auxquels on se livre dans différentes professions, et qui tendent continuellement à déranger l'équilibre du système circulatoire et conséquemment à troubler la respiration. L'auteur entre dans des développemens intéressans sur l'art d'élever, de discipliner en Angleterre les hommes dont l'unique profession est de se livrer à des exercices athlétiques, les pugilistes (ou boxeurs), les coureurs, les danseurs, les faiseurs de tours de force, etc. Cet art, qui est désigné en anglais par un mot (training) qui ne pourrait être rendu dans notre langue par aucune expression équivalente, est peu connu parmi nous, surtout si nous en jugeons par l'intérêt, l'étonnement, nous dirions presque l'incrédulité avec laquelle on a écouté les développemens qu'a donnés dernièrement sur cet art l'un des concurrens pour la chaire d'hygiène, M. Royer-Collard, dans une épreuve publique. Nous regrettons de ne pouvoir reproduire ici plusieurs des faits curieux signalés par M. Wardrop et qui se rattachent à cet art; mais quelques-uns d'entre eux se représenteront, sans doute, lorsque nous rendrons compte de la deuxième partie de cet ouvrage. Nous désirons qu'elle ne tarde pas à paraître, et que les phénomènes pathologiques de l'appareil circulatoire y soient étudiés avec le soin minutieux et interprétés avec cette ingénieuse méthode dont l'auteur a fait preuve dans l'explication et l'exposition des phénomènes physiologiques.

VARIÉTÉS.

— Nous nous étions engagé à publier la réponse de M. Dezeimeris à notre lettre sur quelques points historiques du traitement du torticolis. (Voir le dernier numéro.) L'honorable bibliothécaire de la Faculté nous a privé de cette satisfaction; il s'est borné à dire qu'il maintenait ses précédentes assertions,

Pour être fidèle à nos engagemens, et ne rien laisser perdre à nos lecteurs du sel attique de notre savant confrere, nous devons dire qu'en rentrant sous sa tente, il nous a salué du titre de CORNEILLE DES ORTHOPÉDISTES : quelques personnes mal-intentionnées ont vu, dans cette magnifique appellation, une épigramme retournée. Nous n'y avons trouvé, nous, qu'une réciprocité de politesse qu'on se doit entre gens bien élevés : nous avions qualifié M. Dezeimeris du titre de plus grand médecin bibliographe de l'époque; il n'a fait que nous renvoyer le compliment.—Nous croyions cette discussion tout à fait terminée, lorsque nous avons reçu une lettre de M. Bouvier, contenant DIX-SEPT pages in-folio seulement. C'était un moyen fort adroit d'avoir raison sur tous les points. Malgré notre désir de ne pas fatiguer plus long-temps nos lecteurs de récriminations sans intérêt scientifique, nous avions consenti à insérer un extrait de ce plaidoyer tant soit peu élégiaque. Mais les amis de M. Bouvier nous ont privé de ce plaisir. Deux ou trois journaux ont mis leur impartialité à sa disposition, et ont jugé en conséquence. Qu'il nous laisse au moins la GAZETTE MÉDICALE.

— M. Virey nous prie d'insérer la lettre suivante :

A M. LE RÉDACTEUR DU JOURNAL *la Phrénologie.*

Paris, 2 mai.

Monsieur, vous m'avez fait l'honneur de m'adresser le numéro de votre journal, dans lequel sont présentés le but et l'esprit de vos travaux. Votre amour de la vérité me donne l'espoir que vous accueillerez cette lettre à M. le professeur Broussais père, qui dissipera facilement les doutes et les ténèbres qui m'environnent encore.

A M. LE PROFESSEUR BROUSSAIS.

Monsieur,

Permettez-moi d'admettre, pour un instant du moins, l'existence et l'activité des protubérances cérébrales, telles que la *Phrénologie* les a révélées à MM. Gall, Spurzheim et à leurs plus illustres successeurs.

Je confesserai donc que l'amour est aujourd'hui niché dans le cervelet, la vénération au sinciput, la cruauté sous l'os pétreux, etc. Elles s'y développent dès l'état de fœtus, par une végétation organique, comme la pomme dans un bourgeon de pommier, la cerise sur le cerisier, etc.; tels sont les bourgeons intellectuels qui fleurissent dans notre bouquet encéphalique.

Toutefois, une inquiétude secrète me travaille encore. Il y a donc autant de *causes finales* que de protubérances, car il y a *amour* à cause de génération, *cruauté* à cause du besoin de manger chez les carnivores, ou de dominer chez les hommes vindicatifs; *vénération*, parce qu'il y a des choses ou des êtres respectables et supérieurs à nous. Cela étant, il faut donc que Gall ait présupposé des relations d'*ordre universel et social* avant sa manifestation dans le monde extérieur, un plan de rapports entre les êtres, antérieur à leur existence; en un mot, une prévoyance ou *providence*, comme l'œil est construit par rapport à la lumière et pour la vision. On ne peut pas supposer des organes sans but et ni motif quelconque.

De là suit que les animaux (et les végétaux qui sont aussi coordonnés relativement aux herbivores) ne sont pas les produits du hasard, mais se trouvent en parfaite correspondance soit entre eux par leurs organes cérébraux, soit avec la sphère de vie qui leur était prédestinée.

Si rien n'a été fait sans but, il fallait, de toute nécessité, une intelligence préexistante pour coordonner les protubérances encéphaliques des êtres relativement aux autres objets créés.

Les phrénologistes deviennent donc, d'après leurs principes inévitables, les plus intrépides spiritualistes. Il faut qu'il se prosternent devant les *causes finales* et l'intelligence créatrice des organes; quoique ceux-ci soient soumis à une nécessité d'action; ils n'en sont pas moins prédisposés savamment, dès l'origine des êtres, pour tel ou tel genre de vie qui leur est dévolu.

En effet, ces *protubérances providentielles* (1) portent en elles les forces intellectuelles, les rayons de cette lumière instinctive qui gouvernent l'abeille et le papillon, non moins que le quadrupède et l'homme.

Ainsi, la préexistence des esprits domine toujours et devance même l'organisme, comme on l'observe dans l'insecte ou l'oiseau naissant. Ce n'est pas l'être corporel qui invente ses actes innés; il serait incompréhensible que l'agneau se fît victime volontaire du loup. C'est donc cette puissance supérieure et antérieure à lui. Il existait donc un plan intellectuel tracé par la nature pour l'harmonie générale de notre univers.

De tout quoi, la phrénologie n'est autre chose qu'on *spiritualisme* déguisé, ou se dissimulant exprès sous les *espèces corporelles*, quoiqu'elle admette une fatalité mécanique ou nécessaire dans les actes de tous ces organismes. Il est impossible de se refuser à ces résultats, pour quiconque suit l'enchaînement de ses principes et les élémens de la logique.

Agréez, etc. J.-J. VIREY.

— MORBUS PEDICULARIS. Dans la séance du 13 janvier, M. Bryant a rapporté à la société médico-chirurgicale de Londres un cas remarquable de maladie pédiculaire qui se trouve en ce moment à *Guy's hospital.* Le sujet de cette terrible maladie est une femme, âgée d'une trentaine d'années, ancienne gouvernante. Toute la surface de son corps est constamment couverte de poux; l'irritation qu'elle en éprouve est telle qu'elle s'écorche considérablement à force de se gratter, et plusieurs endroits de son corps sont en conséquence couverts de croûtes comme dans le porrigo. A son entrée à l'hôpital elle a été mise dans un bain chaud et tous ses vêtemens enlevés; toutes les précautions ont été prises pour la nettoyer complètement de tous ces insectes; mais deux heures après son corps en était couvert de nouveau, malgré qu'elle eût été couchée dans un lit très propre; on a essayé inutilement de la nettoyer de nouveau, la vermine reparait peu d'instans après; tous les remèdes qu'on a employés ont été inutiles. On n'a pu trouver aucun nid à la surface du corps contenant des œufs de ces insectes. Cette communication a donné lieu à quelques observations de la part d'autres membres de la société.

M. WHITING n'a jamais entendu dire que les insectes peuvent naître et se perfectionner dans l'espace de deux heures, ainsi qu'on l'a avancé dans le cas précédent. Il pense qu'il y a quelque chose d'obscur sur ce sujet. Il n'a jamais rencontré d'exemple d'insectes couvrant le corps de l'homme qui n'aient pu être complètement détruits à l'aide de fomentations avec un mélange de térébenthine et d'infusion de tabac dans des proportions convenables. M. Whiting, du reste, regarde la génération des insectes en question comme dépendant en grande partie d'un état particulier de la constitution; du moins c'est ce qu'il a constaté chez les animaux : ce sont effectivement les animaux pauvres et maigres qui en sont infestés en général; les gras et les bien portans en sont toujours exempts.

M. CRISP a vu la graisse des bœufs couverte d'insectes, ce qui dépendait, à ce qu'il présume, de leur contact avec des animaux pauvres et maigres. Les fermiers emploient communément des lotions avec un mélange d'infusion de tabac et d'urine, et ils détruisent constamment la maladie.

M. DENNY considère la maladie comme une affection formidable. Il rappelle qu'un des rois de l'Angleterre est mort victime de cette maladie, de même qu'une des dernières duchesses royales. Tous les moyens ont été essayés sans succès dans ce dernier cas. Il regarde l'affection comme dépendant d'un état particulier de l'organisme. L'état de la peau est tel chez ces sujets qu'il favorise singulièrement la génération de ces insectes.

Plusieurs moyens ont été indiqués par plusieurs membres comme propres à détruire les insectes qu'on trouve souvent au pubis. M. Bryant a rapporté le cas d'un jeune homme qui a péri victime de quelques lotions avec une forte décoction de tabac qu'on lui avait fait faire pour cet objet. M. Linacre assure que les lotions avec une forte solution de soude lui avaient parfaitement réussi sans le moindre danger pour le malade.

— DES MALADIES MENTALES, considérées sous les rapports médical-hygiénique et médico-légal; par E. ESQUIROL, médecin en chef de la maison royale des aliénés de Charenton, membre de l'Académie royale de médecine, etc. 2 forts volumes in-8, avec un atlas de 27 planches gravées. Prix : 20 fr.

Nous rendrons compte incessamment de cet important ouvrage.

TRAITÉ DE PHYSIOLOGIE, considérée comme science d'observation, avec des additions par MM. les professeurs Baer, Meyer, J. Muller, Bathke, Siébold, Valentin et Wagner; traduit de l'allemand par A.-J.-L. JOURDAN. 8 vol. in-8. Fig. Prix de chaque vol., 7 fr.

Six vol. sont en vente.

NOUVELLE PYRÉTOGRAPHIE, ou traité sur les fièvres dites continues; par J.-C.-H. BLONDIN, docteur en médecine de la Faculté de Paris, médecin cantonnal, membre du conseil de salubrité. In-8. Prix, 4 fr.

SUR LA CYSTOTOMIE ÉPIPUBIENNE, mémoire lu à l'Académie royale de médecine; par F. LEROY-D'ETIOLLES, docteur en médecine. Un vol. in-8. Prix, 2 fr.

TRAITÉ DES AVANTAGES DE L'ÉQUITATION, considérée dans ses rapports avec la médecine; par le docteur FITZ PATRICK, fondateur du manége hygiénique pour le traitement des convalescens. Un vol. in-8. Prix, 2 fr.

Ces cinq ouvrages se trouvent à Paris chez J.-B. BAILLIÈRE, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

— PORTRAIT DE M. LE PROFESSEUR LALLEMAND, de Montpellier, d'une ressemblance frappante, lithographié avec soin. In-folio sur papier de Chine et sur papier blanc.

Chez BECHET jeune, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine, 4.

— ESSAI SUR LES EAUX MINÉRALES D'EVAUX, leurs propriétés physiques, chimiques et thérapeutiques, et sur leur mode d'administration; par M. TRIPIER NEVEU, médecin inspecteur des eaux. Paris 1838. In-8. 48 p. avec une planc. lithog.

— RECHERCHES biographiques, historiques et médicales sur Ambroise Paré, de Laval; par M. Ambroise WUILLAUME, D. M. — In-8; 82 p. Epernay, 1837.

— OEUVRES COMPLÈTES DE JEAN-LOUIS PETIT. Nouv. édit. Un fort vol. in-8. 880 p. Paris 1838.

Dans toutes les librairies médicales.

(1) Je ne comprends vraiment pas comment la *vénération* ou toute autre idée aussi abstraite et éminemment morale peut être emboitée dans une protubérance de pulpe cérébrale, matériellement constituée d'élémens chimiques, albumine, corps gras, phosphore, etc. Je pense que les personnes qui proclament ces *vérités* conçoivent fort bien, elles seules, et la vie et la mort.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE DE FÉLIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 20. (TOME VI. — 1838.) SAMEDI 19 MAI 1838.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux réunis*) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°.—Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Poissonnière*, n° 5, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE INTERNE.

MÉMOIRE SUR LA CURABILITÉ DU RAMOLLISSEMENT CÉRÉBRAL; par A. Dechambre, ancien interne à la Salpétrière.

Le ramollissement cérébral est-il encore une de ces maladies funestes qui se terminent inévitablement par la mort ? Ou bien, au contraire, un travail de réparation ne peut-il pas s'établir, une cicatrice ne peut-elle pas s'organiser au sein des parties altérées? Cette question a dû naître avec les premières études dont le ramollissement des centres nerveux a été l'objet; mais telle est la difficulté de sa solution, et, par suite, si peu de matériaux y ont été consacrés jusqu'ici, qu'elle est véritablement une des plus neuves qui se puissent agiter.

Deux observateurs seulement, MM. Lallemand et Bouilland, avaient, jusque dans ces derniers temps, appuyé de quelques faits l'opinion de la curabilité. Mais je dois dire que cette opinion n'avait pas paru suffisamment justifiée aux auteurs qui depuis ont eu à s'expliquer sur le même sujet. M. Andral, par exemple, avait continué, dans ses cours comme dans sa clinique médicale, à regarder la question comme indécise et à la proposer « comme un bel objet de recherches à poursuivre. » (*Cliniq. méd.*, t. v.) Et si je cite cet auteur de préférence, c'est que le désir de répondre à cet appel est un des motifs qui m'ont engagé à passer une partie de mon internat à la Salpétrière, cette mine si riche en pathologie cérébrale. Mais, tout récemment, un savant médecin de cet hôpital, M. Cruveilhier, a publié, dans la vingt-unième livraison de son grand ouvrage d'anatomie pathologique, trois nouvelles observations qui l'ont conduit à la même conclusion que MM. Lallemand et Bouillaud. Ce n'est pas à moi, élève de M. Cruveilhier, et plein encore des souvenirs de l'année passée sous cet excellent maître, à faire ressortir la valeur de ces observations; j'aime mieux les appuyer des miennes, si les miennes ont quelque importance.

Quand il s'agit de décider une grave question scientifique, il y a un grand avantage à rechercher par avance, à la lumière des faits connus, à quelles conditions fondamentales elle peut être sûrement étudiée et résolue. Ces conditions une fois posées, chaque fait nouveau a un sens, un but déterminé et spécial; on sait d'où lui vient sa valeur; on sait aussi ce qui lui manque, et il ne s'expose pas à argumenter dans le vide. Et je me livrerai d'autant plus volontiers à cette recherche que, le sujet ne devant pas être épuisé dans ce travail, elle sera peut-être de quelque utilité à ceux qui marcheront plus tard dans la même voie.

Eh bien ! quelles sont les conditions qui devront mesurer, dans le point de vue qui nous occupe, la valeur de nos observations ?

1° Il est d'abord bien constaté aujourd'hui (et je pourrais ajouter plusieurs exemples à ceux qui ont été publiés) que la paralysie peut survenir tout à coup dans le ramollissement comme dans l'hémorragie; première difficulté, puisque la présence ou l'absence de l'instantanéité du début ne sera pas d'un poids absolu dans l'appréciation du désordre intérieur dont la paralysie aura été l'expression.

2° Lors même que les symptômes ont été graduels, cela seul ne peut suffire pour les identifier avec ceux du ramollissement. Il faut qu'ils offrent encore une autre condition; il faut qu'ils aient eu deux périodes, une d'aug-

Feuilleton.

DE LA NÉCESSITÉ D'UNE CROYANCE FORTE ET D'UNE ÉTUDE ASSIDUE EN MÉDECINE;

DISCOURS PRONONCÉ A LA SÉANCE PUBLIQUE DE LA SOCIÉTÉ ROYALE DE MÉDECINE DE BORDEAUX POUR LA DISTRIBUTION DES PRIX;

Par C. Chaurru, D. M. P., ancien interne des hôpitaux de Paris.

Le célèbre auteur des traités *Des rapports du physique et du moral de l'homme*, *Du degré de certitude de la médecine*, Cabanis, a inscrit en tête de ce dernier ouvrage, cette sentence mémorable : « Pour étudier et pratiquer convenablement la médecine, il faut y mettre de l'importance; et pour y mettre une importance véritable, il faut y croire. »

Il faut y croire! la plus haute antiquité l'avait compris ainsi; et pour la mieux faire honorer et vénérer, lui avait attribué une puissance divine. L'exercice de notre art a donc été considéré et doit l'être comme un autre apostolat; il commande la foi à celui qui veut être digne d'en être revêtu.

Comment ne serait-elle pas basée sur des fondemens solides une science née avec le monde, pratiquée universellement, chez toutes les nations, les plus barbares comme les plus civilisées, de tous temps et partout respectée?

Ce serait un spectacle bien peu digne de notre temps, si fier de sa haute philosophie, de voir le doute des esprits, même les plus éclairés, couvrir de son insultant scepticisme la pratique d'un art qui s'appuie d'une manière plus inébranlable, tous les jours, sur tout ce qu'il y a de plus exact, de plus précis, de plus rationnel dans les connaissances humaines, les sciences physiques et naturelles, l'expérimentation et l'observation marchant toujours ensemble, s'éclairant et se rectifiant mutuellement.

Aussi le temps passe des profanations et des railleries; et de nos jours, la simplicité de la science, de son langage, de ses coutumes ne fournirait guères, pas même à un autre Molière, des comédies aussi désopilantes que *le Malade imaginaire*, etc. A ce propos, il me souvient avoir lu quelque part cette pensée de Walter Scott : « Que si notre grand comique ressuscitait, il trouverait peut-être encore à se moquer des médecins, ou mieux de certains médecins, mais non certainement pas de la médecine. »

S'il était vrai d'ailleurs que le public conservât encore du doute sur l'utilité et la réalité de notre profession, parce qu'il en juge les résultats par des détails, des faits particuliers, isolés, par le bien qu'elle n'a pas la puissance de faire, sans tenir compte de tout celui qu'elle opère, parce qu'il voit le plus souvent en aveugle, à travers le prisme de la présomption et de l'intérêt privé;

ment et une de déclin. Sans quoi, ils pourraient se rapporter à quelqu'altération lente et progressive de la pulpe cérébrale; et si, plus tard, on venait à constater dans celle-ci une induration, rien n'indiquerait qu'elle eût été précédée d'une diminution de consistance; qu'elle ne se fût pas faite au contraire d'emblée, à la suite de congestions répétées ou autrement; qu'elle n'appartînt pas, en un mot, à l'espèce des indurations *chroniques primitives*.

3° Ce n'est pas tout. Une paralysie peut débuter graduellement, marcher graduellement, diminuer ou disparaître graduellement, sans attester d'une manière indubitable l'existence d'un ramollissement. Tout cela, les faits le prouvent, peut être le produit d'une simple *injection* sanguine (Bouillaud, Andral); à plus forte raison si elle est portée jusqu'à l'*infiltration* et à la *tuméfaction* du tissu. Or, on ne demande pas si la guérison est possible après de semblables lésions; mais bien si elle l'est encore quand la perte de cohésion leur a succédé. Mais ces trois choses : *injection, infiltration, ramollissement*, ne sont pas trois maladies différentes; ce sont trois degrés différens de la même maladie, qui peuvent bien s'étudier isolément sur le cadavre; mais qui, pendant la vie, ne s'enchaînent que suivant les lois d'une transition insensible. Eh bien, la difficulté consiste en ce qu'il sera impossible, après guérison, de fixer, par les symptômes, le point précis où se sera arrêtée cette transformation.

4° Enfin, si les différences d'aspect sous lesquelles se présente le ramollissement correspondent à des différences de nature ; une autre question s'élève à côté de la première, tout aussi importante qu'elle, celle de savoir si la curabilité appartient au ramollissement blanc comme au ramollissement rouge (1). Mais ce que je viens de dire indique assez qu'il n'y a pas de signes fonctionnels capables d'établir cette distinction.

Sans doute, les difficultés que je viens de faire ressortir ne sont pas des difficultés absolues. Il serait mal peut-être de les présenter avec cette roideur dans un chapitre de diagnostic; mais qu'on n'oublie pas que la question en litige ne peut se traiter que d'après des déterminations rigoureuses.

Il suit de ce qui précède : d'abord qu'en principe, toute observation des symptômes aura besoin, pour acquérir une parfaite autorité, du complément de l'autopsie; ensuite, qu'on aura à juger, au moyen de cette double donnée, à quelle lésion on avait à faire : 1° ou à une *induration primitive;* 2° ou à une *hémorragie ;* 3° ou à une congestion simple; 4° ou à une *infiltration* sanguine; 5° ou, enfin, à un ramollissement, et à quelle espèce de ramollissement.

Mais on peut de suite écarter le cas de *simple congestion*, qui, en se retirant, doit rendre au tissu son état normal, de manière que si l'on trouve une cicatrice, elle devra, quelle qu'elle soit, se rapporter à une des quatre autres altérations. Mais si les observations réunissent bien toutes les conditions signalées tout à l'heure, si les symptômes ont été graduels, s'ils ont eu les deux périodes d'augment et de déclin, on pourra encore mettre de côté la supposition d'une lésion chronique ou d'une hémorragie, et le débat se trouvera ainsi limité entre la simple infiltration sanguine et le ramollissement. Ce débat ne pourra être jugé que par les résultats cadavériques. Nous verrons d'après quels signes ; mais ce que nous pouvons dire de suite, c'est que, s'il est des cicatrices qui puissent appartenir au ramollissement, leurs caractères devront nécessairement varier. Car, comme le ramollissement peut consister dans une simple perte de cohésion plus ou moins uniforme, ou aboutir à une diffluence centrale, et, par suite, à la formation d'une cavité, la cicatrice, si elle se forme, devra revêtir des caractères correspondans, c'est-à-dire ou ne consister qu'en une induration à peu près continue, ou conserver les traces, variables elles-mêmes, d'un ancien foyer. Et encore, comme le ramollissement peut rester blanc ou s'accompagner de rougeur à tous les degrés, sa cicatrice pourra rester blanche, ou prendre, comme reliquat ordinaire des résorptions sanguines, toutes les nuances de la couleur jaune.

Etant ainsi reconnues toutes les exigences de la question, abordons-la maintenant les faits à la main. Je crois qu'ici, où tout est à prouver, ce serait se fourvoyer que de vouloir aller du douteux à ce qui l'est moins, des probabilités aux certitudes; mais qu'il est plus philosophique et plus sûr de commencer par les observations susceptibles de jeter le plus de jour sur la démonstration, afin que cette lumière puisse se répandre sur les observations incomplètes et aider à trouver leur véritable signification. Je diviserai donc ces observations, si peu nombreuses qu'elles soient, en trois ordres : 1° celles dans lesquelles toutes les circonstances de la maladie et de la guérison ont été notées journellement par le médecin, et rapprochées plus tard des résultats de l'autopsie; 2° celles dans lesquelles ces circonstances ont été seulement racontées par les malades; 3° celles qui ne contiennent que des détails anatomiques, sans aucuns renseignemens sur les antécédens.

ORDRE PREMIER.

CIRCONSTANCES DE LA MALADIE ET DE LA GUÉRISON, NOTÉES JOURNELLEMENT PAR LE MÉDECIN, ET RAPPROCHÉES PLUS TARD DES RÉSULTATS DE L'AUTOPSIE.

PARALYSIE GRADUELLE DES MEMBRES GAUCHES, AUGMENTANT PENDANT TRENTE-SIX JOURS ; PUIS DIMINUTION DE LA PARALYSIE ET DES AUTRES SYMPTÔMES CÉRÉBRAUX JUSQU'A LA MORT SURVENUE LE QUARANTE-SIXIÈME JOUR, PAR SUITE DE L'ENGORGEMENT PULMONAIRE. — RAMOLLISSEMENT BLANC EN VOIE DE CICATRISATION DANS L'HÉMISPHÈRE DROIT. — PNEUMONIE.

OBS. I. — Jeanne Gouterat, âgée de 79 ans, forte et sanguine, est prise, le 3 janvier 1837, vers les trois heures après-midi, d'un étourdissement qui la renverse. On la relève, elle parait *tout ébahie*, me dit la surveillante, mais elle peut se servir de ses membres. Portée à l'infirmerie, je la vois à six heures du soir, et je constate bien l'absence complète de paralysie; l'intelligence seule était embarrassée. Mais le lendemain matin, 4, déviation marquée de la commissure droite. Immobilité et légère contracture du bras *gauche;* la sensibilité y est obtuse. La jambe *gauche* se meut mais difficilement et conserve toute sa sensibilité. Du reste, absence de fièvre; constipation; battemens du cœur énergiques accompagnés d'impulsion... *Saignée du pied, huile de ricin*, 2 onces (selles nombreuses).

Le 5, *saignée du bras.*

Le 6, la langue s'est déviée *à gauche.*

Le 7, la sensibilité est abolie au membre supérieur *gauche*, et un peu obtuse à l'inférieur. Tous deux sont en résolution complète; cependant, si l'on chatouille la plante du pied, tout le membre exécute un mouvement de rétraction assez étendu. *Six sangsues derrière chaque oreille.*

(1) Dans une note que je communiquai l'an passé à MM. Laberge et Monneret, et que ces messieurs ont insérée dans leur compendium de *médecine pratique;* j'ai fait la remarque que si l'expression de *ramollissement rouge* exprimait assez bien l'altération à laquelle elle est consacrée, on n'en pouvait dire autant de celle du *ramollissement blanc*. Celle-ci, en effet, ne peut s'appliquer avec justesse au ramollissement de la substance grise qui, lors même qu'il ne se complique pas d'injection sanguine, ne prend pas pour cela la couleur blanche.

---

certes, un tel jugement aussi incompétent, sans connaissance de cause aucune, ne porterait pas la plus légère atteinte à la dignité, non plus qu'au degré de certitude de la médecine. Lui seul serait à blâmer d'oublier avec tant d'ingratitude que notre profession est une nécessité sociale, dont l'humanité n'a pu et ne pourra jamais se passer.

Voyez ce que fait à une réputation bien établie cette prétention d'habitude des gens du monde de vouloir connaître les maladies et juger les médecins. Ainsi tous les jours la ville répète : le médecin n'a pas connu la maladie; — il l'a mal traitée; — celui-ci a tué son malade; — celui-là l'a laissé mourir; — rien n'était plus facile que de le sauver. — Les hommes de sens doivent rire de pareilles sentences aussi graves que peu motivées, et s'indigner que le vulgaire ne comprenne pas que c'est avilir la raison et la justice que de porter un jugement téméraire sur ce qu'on ignore.

Voilà, nous le croyons, toute la portée que peuvent avoir dans l'esprit public les plaisanteries de mauvais ton des gens du monde, le fier dédain de prétendus philosophes, les traits émoussés de nos hommes de lettres, pâles copistes des grands et célèbres critiques de notre art, à une époque où, il faut l'avouer, son exercice prêtait à quelques ridicules.

Mais si la médecine est assez haut placée dans l'estime publique pour sourire dédaigneusement de ces faibles atteintes venues du dehors, sa sollicitude devrait être vivement éveillée, si, par hasard, elle trouvait dans son propre sein des ministres félons et prévaricateurs, des ministres qui, par leurs discours, leurs actes, compromettraient sa dignité, son honneur et le respect qui lui est dû. Cette crainte, vous le savez et vous le déplorez, se réalise de plus en plus chaque jour. Permettez-moi de vous montrer le point capital de cette situation précaire; et si vous trouvez la couleur du tableau un peu sévère, vous me le pardonnerez en faveur de l'émotion vive et douloureuse sous laquelle je l'ai tracé. »

En examinant tout à l'heure la valeur de l'incrédulité du vulgaire, nous étions au moins arrivé à cette conclusion consolante : qu'elle était trop nulle et trop irrationnelle pour porter le moindre coup à la médecine. Mais en serait-il de même si ce *plebecula insana* pouvait s'autoriser de la *mécréance* des médecins eux-mêmes ? Eh bien ! c'est un fait avéré et connu de vous tous; mille fois, à chacun de vous, dans vos relations du monde, cette objection, si forte en apparence, vous a été présentée comme une arme invincible; et ce qu'il y a de plus grave, vous le savez aussi, c'est l'empressement de ces indiscrétions de salon à vous nommer de suite quelques hommes plus ou moins bien placés dans la confiance de la haute clientelle, et s'étayant bien vite de toute l'autorité de leur vaste savoir, et surtout de leur longue expérience.... Expérience ! il est sur toutes les bouches, ce mot sacramentel, si généralement mal compris par la plupart qui le croient synonime de grand âge, ne se doutant pas qu'une vie fort longue peut avoir été fort courte.

Ainsi nous sommes forcé de constater comme un fait malheureux, sans le saisir, que le corps médical est partagé en deux classes : la première, heureusement la grande majorité, restée fidèle à son serment, à sa conscience; — la seconde ne croyant pas plus à Hippocrate qu'à Mahomet; — l'une se livrant à l'exercice de son art avec zèle et dévouement à l'humanité, fondé sur la foi des services qu'il peut lui rendre; — l'autre, dans laquelle on trouve avec surprise des hommes à renommée, qui affichent la négation de la médecine, la disent chimérique, se bornant à d'inutiles simagrées et à du pur charlatanisme; —

Les jours suivans, affaiblissement graduel, embarras de la parole, déjections involontaires.

Le 14, la perte du mouvement et du sentiment est complète aux deux membres *gauches*. A partir de ce jour, la prostration fait des progrès, la circulation respiratoire s'embarrasse. Mais vers la 8 février, l'intelligence s'éclaircit, la parole reprend de la liberté, la sensibilité et le mouvement reparaissent, quoique faibles, dans le membre inférieur.

Cet état des symptômes ainsi amélioré resta stationnaire jusque vers le 15. La liberté des facultés intellectuelles et de la parole fut telle pendant une huitaine de jours, que la malade put donner des renseignemens précis sur les symptômes du début. Malheureusement les désordres pulmonaires ne cessèrent de s'aggraver. La peau devint fébrile, les mouvemens respiratoires s'accélérèrent, l'expectoration s'arrêta, du souffle tubaire se fit entendre en arrière dans les deux *côtés* du thorax. Elle mourut ainsi le 18, après une assez longue agonie. La maladie avait duré 46 jours.

AUTOPSIE. Infiltration considérable et générale de sérosité dans les mailles de la pie-mère crânienne et les ventricules. Les veines de la périphérie contiennent peu de sang.

Dans la couche optique droite existe une lésion qui l'a détruite en partie, et que je trouve ainsi décrite sur ma feuille d'observation. « Si l'on racle doucement la surface de cette lésion avec le dos du scalpel, on obtient une assez grande quantité de liquide blanc-de-chaux; après quoi, il reste une surface grisâtre, inégale, grossièrement aréolaire, à mailles très larges, analogues pour l'aspect à celle de certaines cavernes pulmonaires cicatrisées. On reconnait, en d'autres termes, une cavité dans laquelle s'entrecroisent irrégulièrement des brides grisâtres, d'une densité assez considérable pour résister aux frottemens du scalpel, n'offrant aucune trace d'organisation celluleuse et n'ayant d'autre apparence que celle de faisceaux isolés de fibre cérébrale indurée. »

En outre, petite cicatrice allongée, constituée par un tissu cellulaire jaunâtre, au centre du corps strié du même côté.

Aucune autre lésion dans l'encéphale, dont le tissu est médiocrement injecté.

Noyaux d'hépatisation rouge et grise dans les deux poumons. Hypertrophie avec dilatation du ventricule gauche du cœur...

SYMPTÔMES DE RAMOLLISSEMENT CÉRÉBRAL, CROISSANT PENDANT CINQ JOURS.—AMÉLIORATION GRADUELLE.—SORTIE LE SEIZIÈME JOUR.—VINGT-DEUX MOIS APRÈS, PNEUMONIE, MORT.—CICATRICE DANS LE CERVEAU.

OBS. II. — La femme Bonnet, âgée de 59 ans, est transportée à l'infirmerie de la Salpétrière, la 4 mai 1835, dans l'état suivant :

Air de stupeur. La malade remue constamment les lèvres comme on fait dans l'acte de la parole, sans articuler un seul mot; la langue paraît rester immobile. Prolapsus de la paupière supérieure droite. Déviation de la commissure gauche. Mouvemens du membre supérieur droit bornés; soulevé, il retombe lentement; la main de ce côté ne peut serrer la mienne; absence de contracture. Entière liberté des mouvemens du membre supérieur gauche. Je pince alternativement l'un et l'autre bras, et la malade ne donne aucun signe de perception (1). Elle imprime, dans son lit, des mouvemens égaux aux deux membres inférieurs (on n'essaie pas de la faire marcher); tous deux ont conservé leur sensibilité.

J'allai dans la dortoir de cette femme interroger ses voisines sur ses antécédens, et j'appris qu'ella s'était plainte toute la nuit précédente, que le matin l'ayant vue qui cherchait à se lever sans pouvoir y parvenir, on était venu à elle, et qu'on lui avait trouvé la parole embarrassée.

Le 5, la paralysie a notablement augmenté. La commissure gauche est plus déviée. Le bras droit soulevé retombe pesamment, quoique susceptible encore de quelques mouvemens peu étendus; il est légèrement contracturé. Le bras gauche est toujours aussi insensible que le droit, et jouit pourtant de tous ses mouvemens.

Le 6, même état. On essaie de faire marcher la malade; elle traine beaucoup la jambe droite. *Vésicatoire derrière le cou.* Et le lendemain, *une bouteille d'eau de Sedlitz.*

A partir de cette époque jusqu'au 20 mai, la stupeur diminua; le bras droit reprit quelque mouvement; la jambe droite devint moins trainante. Le bras gauche recouvra en partie sa sensibilité; la parole revint aussi, mais resta toujours fort embarrassée. C'est dans cet état que la malade, dont les fonctions organiques se faisaient d'ailleurs assez régulièrement, voulut retourner dans sa division.

Mais revenu à la Salpétrière en 1837, je fus assez heureux pour retrouver cette femme. Elle entra dans la salle Saint-Alexandre la 29 mars, avec un point de côté, beaucoup de fièvre et de dyspnée, et tous les signes d'une violente inflammation du poumon droit Je répugnai à la faire lever pour examiner sa marche; mais elle me dit qu'elle était toujours un peu faible sur sa jambe droite. L'étreinte de sa main était aussi un peu moins forte que celle de la gauche. Quant à la sensibilité, elle me parut entière partout; mais je dois dire que j'examinai ce point trop rapidement. L'intelligence était intacte.

Il serait superflu de conduire le lecteur à travers toutes les phases de la pneumonie. Qu'il suffise de savoir qu'elle fit de continuels progrès, et se termina par la mort le 3 avril, à une heure du matin.

L'AUTOPSIE fut faite le lendemain; on devine avec quel empressement et quelle attention.

Les meninges et les ventricules cérébraux ne contenaient que peu de sérosité. Légère sablure générale de la masse encéphalique.

Dans le centre ovale gauche, vers l'union du tiers antérieur et du tiers moyen, noyau d'induration blanche, d'un demi-pouce environ en longueur et en largeur, et d'une profondeur de trois à quatre lignes, caractérisée par l'intrication irrégulière de fibres blanches, résistantes, difficiles à couper, mouillées d'une petite quantité de liquide blanc-de-chaux qui se trouve comme infiltré dans leurs intervalles. Cette altération, plus prononcée à son centre (1), se perd graduellement dans le tissu normal environnant.

Petite cavité irrégulièrement arrondie, à parois un peu grisâtres, denses et non tapissées de membrane, au centre de la couche optique gauche. Une autre analogue, mais de forme plus allongée dans le corps strié du même côté.

Le reste de l'encéphale, ainsi que la moëlle, dans sa portion cervicale (qui seule a été examinée), n'offrent aucune altération.

Hépatisation grise du poumon droit; fausses membranes récentes de la plèvre. Cœur de volume normal....

PARALYSIE GRADUELLE DES MEMBRES DROITS PENDANT UNE DIXAINE DE JOURS; AMÉLIORATION; SORTIE. TROIS MOIS PLUS TARD, PARALYSIE GRADUELLE DES MEMBRES GAUCHES; MORT. CICATRICE DANS L'HÉMISPHÈRE GAUCHE; RAMOLLISSEMENT BLANC RÉCENT DANS L'HÉMISPHÈRE DROIT.

OBS. III.—Bertin (Geneviève), âgée de 76 ans, entra à l'infirmerie des *gâteuses*, vers le 10 février 1837, dans un tel état d'affaiblissement physique et moral, qu'il fut impossibla d'obtenir d'elle aucuns renseignemens. On ne put rien apprendre non plus dans sa division, si ce n'est qu'ella avait eu une ancienne paralysie droite pour laquelle on l'avait fait passer dans le dortoir des gâteuses, quelque temps auparavant. Je pris cependant, le 16, la note suivante sur l'état actuel de cette malade.

Stupeur très prononcée; pas d'autre signe d'hémiplégie faciale qu'un affaissement bien marqué de la narine *gauche*. Immobilité absolue du membre supérieur *droit*. Le bras est fortement appliqué contre le thorax, l'avant-bras fléchi sur le bras et les doigts sur la main. Le membre supérieur gauche soulevé ne retombe pas, et pourtant on a beau crier à la malade de lui imprimer elle-même quelque mouvement, elle n'en fait rien : peut-être ne comprend-elle pas ce qu'on lui demande. Rétraction permanente *des deux* membres inférieurs; on éprouve beaucoup de peine à les étendre; après quoi, ils reviennent aussitôt à la flexion. La fille de service, fille très intelligente, qui a remarqué cette cir-

(1) Pourquoi des deux côtés ?... C'est là une de ces irrégularités que les ramollissemens présentent plus souvent que les hémorragies.

(1) Ces expressions « *plus prononcée à son centre* » ne sont pas assez explicites, mais je n'ose y suppléer par mes souvenirs.

celle-là, pleine d'une ardeur brûlante de conviction, pâlissant, s'usant sur les livres, suivant religieusement pas à pas les progrès qui se succèdent et se communiquent avec tant de vitesse, par les labeurs incessans de notre jeune génération, et par la facilité merveilleuse du mécanisme de la presse qui couvre de journaux, chaque jour, jusqu'aux plus petites localités; —celle-ci, au contraire, faisant de la médecine métier et marchandise, s'affublant de la qualité de médecin prise non par vocation, peut-être par un hasard, qui sait? Comme certain drame moderne inspiré à l'auteur en regardant la lune, née avec toute la science infuse, même celle connue avant Hippocrate, et aussi tout ce qui sera fait un quart de siècla après leur mort, professant en conséquence l'absurdité de perdre du temps à l'étude, l'inutilité des livres, des journaux, toutes choses considérées par elle comme objet de pure spéculation, et bonnes tout au plus à occuper les loisirs de jeunes confrères. Voilà cependant où conduit ce doute fataliste, ce pyrrhonisme médical : à la paresse, au mépris de l'étude, à la négation du progres, condition absolue de la vie humanitaire.

La seule consolation qui surgit au milieu de ce scandale déplorable pour le corps médical, c'est de remarquer, après tout, que le bon sens public finit tôt ou tard par apprécier la déloyauté de pareilles doctrines et rend justice au vrai mérite consciencieux.

Ainsi, on voit le savoir réel se placer au-dessus de l'ignorance; le talent et la vertu ne peuvent être tenus long-temps sur la même ligne avec le charlatanisme et la mauvaise foi. Une si criante injustice ne saurait exister sans abattre le talent, en le décourageant, et sans flétrir les consciences délicates. L'humanité la première en serait la victime.

Si nous nous élevons contre ce scepticisme mortel que quelques-uns affichent par manière de distinction, d'originalité d'opinions étranges; que d'autres ont la faiblesse de se laisser imputer sans protester énergiquement, c'est que nous voyons dans cette honteuse indifférence en matière médicale une forfaiture abominable; et l'on ne peut comprendre comment, loin de la repousser, la société, le monde l'acceptent, la répètent avec une légèreté bien coupable. La société n'a-t-elle pas le droit de lui jeter au visage la violation de son serment, l'inconséquence absurde de son esprit? Car, s'il n'a pas foi en son art, pourquoi le pratiquer? Pourquoi se servir d'un titre qu'il a avili? Pourquoi ose-t-il encore participer aux prérogatives d'une profession dont il est indigne et qu'il a abjurée? Il faut être descendu au dernier point de dégradation du cœur, pour tromper sciemment le public, abuser de sa confiance, et pénétrer des secrets de famille qu'on croira inutile de garder. Ce n'est qu'aux vrais enfans d'Hippocrate que peut s'appliquer exactement la belle maxime de l'orateur romain : *Vir probus, vir peritus....*

La foi dans la réalité et l'utilité de la médecine est donc une condition absolue pour devenir bon médecin. « Il y a ici, dit M. Réveillé-Parise, le plus spirituel et le plus piquant de nos écrivains de la littérature médicale, des vérités qui se vivifient par la conviction même. Pour connaître et approfondir cette belle partie des connaissances humaines, pour mesurer ses problèmes, pour apprécier ses ressources et ses difficultés, pour en suivre la marche, comprendre le sens des idées acquises et des idées nouvelles, des principes vieillis et des principes qui germent, pour contribuer soi-même au progrès, il faut une croyance pleine et entière; la foi est la racine même de la science; sans cette même foi, sans l'ardeur et l'enthousiasme, sans le feu sacré de l'art, je vous le dis, rien ne vous sera révélé des secrets de cette science sublime. Il en est

constance, m'observe que, les jours précédens, l'extension de la jambe gauche se faisait plus facilement, et se maintenait plus longtemps. La sensibilité est égale dans les deux côtés du corps, et manifestée, pour le pincement des membres supérieurs, par une rétraction peu étendue du bras gauche seulement, et, pour le pincement des membres inférieurs, par une légère secousse de tous les deux.

En outre, signes d'engouement pulmonaire; toux, respiration haute et fréquente; pas d'expectoration...., etc. Mort le soir.

AUTOPSIE. Grande quantité de sérosité dans la pie-mère et les ventricules cérébraux. Ratatinement de quelques circonvolutions çà et là sur les deux hémisphères.

Dans la substance blanche du lobe antérieur du *côté gauche*, dans l'étendue d'un pouce environ dans tous les sens, infiltration d'une sorte de bouillie blanche très liquide, au sein d'une induration blanche à fibres nattées, sans traces de tissu celluleux.

Dans ce même hémisphère existait en outre, à la surface ventriculaire du corps strié, un ramollissement très superficiel et peu étendu, dont la couleur était absolument celle de la substance grise ordinaire, et que n'environnait aucune injection.

A droite, et, chose singulière, dans le point correspondant à celui occupé par l'induration du *côté opposé*, et à peu près aussi dans la même étendue, existe un ramollissement blanc de chaux, très avancé.

Rien à noter ni dans le cervelet ni dans la moëlle.

Hypertrophie considérable du ventricule gauche du cœur. Engouement œdémateux et sanguin des deux poumons dans leur moitié postérieure...

Quand je recueillis ce fait en 1837, je n'hésitai pas à écrire en tête de ma feuille (et plusieurs élèves l'écrivirent avec moi) : *Paralysie ancienne à droite; reste d'un ramollissement guéri. Paralysie récente à gauche, produite par un ramollissement récent.* Il me manquait pourtant l'histoire de la première maladie; mais, il y a quelques mois, ayant pensé qu'elle avait pu être recueillie par les élèves qui avaient étudié à la Salpêtrière en 1836, je m'adressai à plusieurs d'entre eux, et quelle ne fut pas ma surprise, et, pour vrai dire, ma satisfaction, quand je trouvai dans les cartons de M. Guéneau de Mussy, interne fort distingué des hôpitaux, l'observation de cette malade, avec l'histoire détaillée des symptômes qui avaient signalé la première atteinte de paralysie. C'est bien la même femme Bertin; c'est le même âge; c'est bien là l'époque approximative à laquelle remonte son hémiplégie droite; et surtout, les deux moitiés d'observation, si je puis ainsi dire, s'adaptent si justement entre elles, qu'il est impossible qu'elles ne fassent pas partie d'un même tout pathologique. Voici la note de M. Guéneau.

« 3 novembre 1836. La femme Bertin, âgée de 76 ans, grande et forte, a déjà été à l'infirmerie, il y a quelques jours, pour des symptômes de fièvre intermittente pernicieuse. Elle est retombée malade ces jours-ci. Absence de renseignemens.

» Céphalalgie intense; intelligence affaiblie. Embarras de la parole, diminuant beaucoup à de certains intervalles. Respiration fréquente, un peu stertoreuse. Fume par momens la pipe à *droite*. Déviation de la commissure *gauche*. Immobilité incomplète et contracture du bras *droit*. Mouvemens de la jambe *droite* beaucoup plus lents et moins étendus que ceux de la gauche. Sensibilité un peu obtuse au bras *droit*.

» Le 4, la contracture du bras *droit* est remplacée par une résolution presque entière. *Sangsues au cou.*

» Le 5, déviation de la langue à *droite*. Résolution complète du bras *droit*. Faiblesse plus considérable de la jambe du même côté. Selles involontaires. Respiration fréquente. Fièvre.

» Le 7, quelques légers mouvemens sont revenus dans le bras *droit*. *Vésicat. à la nuque. Lavement purg. synap.*

» Les jours suivans, les mouvemens deviennent plus étendus encore dans les membres droits; la commissure gauche cesse d'être déviée; amélioration graduelle. Cette amélioration est encore signalée le 17; après quoi, la malade est sortie et a été perdue de vue. »

PARALYSIE GRADUELLE DU CÔTÉ GAUCHE, CROISSANT PENDANT VINGT-UN JOURS; AMÉLIORATION; SORTIE. DEUX ANS PLUS TARD, AFFAIBLISSEMENT PHYSIQUE ET MORAL; MORT. MÉNINGITE CHRONIQUE; CICATRICE DANS L'HÉMISPHÈRE DROIT DU CERVEAU.

OBS. III.—En 1834, le 25 septembre, la nommée Berthier, âgée de 79 ans, entra dans mon service à la Salpêtrière, se plaignant d'une vive douleur dans toute la longueur de la colonne vertébrale; mais plus forte à la région lombaire où elle avait débuté trois ans auparavant. Je n'insiste pas sur cette affection étrangère à mon sujet; mais je la note, parce que le soupçon que je conçus alors d'une maladie de la moëlle ou de ses enveloppes m'ayant amené à interroger avec soin les fonctions de l'appareil cérébro-rachidien, je m'assurai qu'il n'existait à cette époque ni paralysie, ni engourdissement des membres. La malade, dont l'intelligence était bien conservée, m'affirma n'avoir jamais rien éprouvé de semblable.

Il y avait un peu de céphalalgie et d'étourdissemens depuis quelques jours.

Un cautère fut appliqué le 26 de chaque côté de la onzième vertèbre dorsale.

Le 4 octobre, toute douleur avait cessé, ainsi que la céphalalgie. Celle-ci, revenue le 10, fut enlevée par une saignée; et le 26, la malade rentra dans sa division.

L'année suivante, le 4 février 1835, cette femme revint à l'infirmerie. Les filles de salle qui l'apportèrent me dirent que depuis une quinzaine de jours, on la voyait s'affaiblir de plus en plus, et chanceler sur ses jambes. Je remarquai que l'étreinte de la main *gauche* était sensiblement moins forte que celle de la droite. Il n'y avait pas de différence appréciable dans les mouvemens des deux membres inférieurs pendant la marche. Face rouge, somnolence, engourdissement de l'intelligence. La malade me dit qu'elle *se sent tomber en paralysie*, qu'elle éprouve de l'engourdissement dans les membres inférieurs. De plus, un peu de toux et de gêne de la respiration depuis quelques jours; léger point de côté sous le sein gauche; râle muqueux rare sous les deux clavicules. *Vésic. derrière le cou; loch kermétisé.*

Les jours suivans, jusqu'au 10, la stupeur devint plus considérable, les mouvemens du bras *gauche* plus bornés, sans contracture; la faiblesse demeura égale dans les deux membres inférieurs. Mais, à partir de ce moment, la malade devint plus alerte, l'intelligence s'éclaircit un peu sans reprendre toutefois sa netteté première. La parole resta lente; le bras gauche conserva sa faiblesse. En même temps, la douleur se raviva dans la région lombaire, se fit sentir dans les deux genoux, et diminua encore sous l'influence de deux nouveaux cautères. La malade sortit une seconde fois.

Enfin, elle rentra dans mes salles en 1837, et cette fois fut la dernière. Depuis l'époque où je l'avais perdue de vue, elle s'était considérablement affaiblie; elle était devenue, comme on le dit à la Salpêtrière : *gâteuse*. De nombreux étourdissemens, des fourmillemens et des douleurs dans les membres inférieurs avaient eu lieu depuis un an. Les douleurs dorso-lombaires étaient devenues rares et légères. La face était rouge, le sommeil pesant, la parole lente, la mémoire obscure. Elle ne pouvait plus marcher sans être soutenue, et les deux jambes fléchissaient sous elle. La main *gauche* était toujours sensiblement plus faible que la droite. Il n'y avait pas d'hémiplégie faciale. La sensibilité était conservée partout. Je passe sur l'état des fonctions organiques.

Cette espèce d'engourdissement général du système nerveux au milieu d'alternatives d'augmentation ou de diminution fit encore quelques progrès, sans offrir aucun phénomène nouveau. Le poumon s'engoua dans les derniers jours, et la malade s'éteignit paisiblement le 26 juin au matin.

AUTOPSIE. Très grande quantité de sérosité dans la pie-mère et les ventricules; injection générale extrêmement intense des veines de la périphérie cérébrale;

---

de même pour la pratique. La médecine ne peut faire le bien que par une sage confiance dans ses efforts : elle exige du savoir et de l'esprit; mais aussi du cœur et de l'âme. Si vous la regardez comme une chimère et une superstition; si vous ne croyez ni à ses dogmes ni à ses préceptes, ni à ses bienfaits; si, en l'exerçant, vous n'avez pas le sentiment toujours présent d'un devoir et d'une mission, comment en comprendrez-vous les obligations, les nécessités, les scrupules; dès-lors, que faut-il penser de votre masque, de vos paroles, de vos promesses? Renoncez donc à la considération due à cette noble profession, ou bien vous n'êtes qu'un histrion, et de l'espèce la plus méprisable. »

Les avez-vous entendus ces derniers mots si incisifs, et que ma plume n'aurait pas osé tracer, s'ils n'étaient empruntés à la chaleureuse indignation d'un écrivain qui a acquis le droit de tout dire? Cette apostrophe, aussi vive que méritée, ne vous a-t-elle pas fait lire, en toutes lettres, sur le visage de l'histrion : *Auri sacra fames?*...

Ces trois mots expressifs nous révèlent, en effet, il faut le dire, à la honte de ceux qui ont oublié de se respecter assez pour se faire respecter eux-mêmes, le mal hideux qui nous dévore. C'est cette soif d'une cupidité sordide qui met au rabais le plus avilissant, à l'obole de l'aumône, des honoraires qui devraient toujours être tenus en rapport avec la position de chacun; mais ne descendre jamais à des proportions déshonorantes; ou plutôt n'être pas acceptés si c'est le pain du pauvre, le pain de ses enfans qui vous est offert.

Notre profession impose des devoirs qu'il faut savoir remplir; et s'ils étaient compris et pratiqués par tous, ils trouveraient plus de considération et d'estime, et partant, moins de petitesse dans les classes aisées de la société. Mais, je m'arrête, Messieurs, sur cette matière, qui pourrait devenir trop ardente. D'ailleurs, c'est un hors-d'œuvre de notre sujet, sur lequel il ne convient pas trop de s'appesantir au milieu de vous; il suffit de vous avoir signalé cette plaie de notre profession pour que vous en appréciez toute l'étendue. Cette courte digression trouverait encore son excuse dans la recherche que nous faisons des médecins coupables de félonie. On peut bien rapprocher, sans trop de disparate, les premiers que nous avons signalés, les incrédules, de ces derniers que distingue une cupidité sordide, et que nous pourrions appeler affamés. L'un gagne son pécule sans effort, sans travail, sans probité; l'autre est mû par une soif insatiable; tous deux sont à la même enseigne : *Auri sacra fames.*

Mais c'en est assez et trop peut-être sur des choses que vous déplorez autant qu'elles vous indignent.

Hâtons-nous de détourner nos regards de ce petit nombre de renégats qui foulent aux pieds le dieu de leur temple, et sacrifient au veau d'or, peu soucieux des principes, mais avides des profits, pour les reporter avec joie et consolation sur cette grande majorité des vrais fils d'Hippocrate, ralliés sous sa bannière d'honneur, de foi et de probité. Pour ceux-là l'étude de la médecine est une obligation contractée envers l'humanité; ils savent que leur vie entière n'est pas trop longue pour la remplir; ils n'oublient pas cette grande et sublime pensée du maître, gravée sur les murs de toutes nos écoles : *Ars longa, vita brevis*; sentence plus pleine de choses qu'un livre entier, et qui doit pénétrer d'une sainte crainte l'étudiant à l'âme honnête, qui s'asseoit la première fois sur les bancs d'une faculté. C'est ainsi qu'ils la comprennent tous, les médecins dignes de ce beau titre; aussi, que d'efforts, de veilles, de fatigues et de sacrifices ne font-ils pas pour le mériter! Depuis leurs premières années passées dans les amphithéâtres et dans les hôpitaux jusqu'à la fin de leur carrière, tous

teinte opaline, épaississement et induration manifeste de tout le feuillet viscéral de l'arachnoïde. La masse entière du cerveau très molle et très pâle.

Dans la substance blanche du lobe postérieur droit, près de l'extrémité du ventricule latéral, existe une induration blanche, d'un demi-pouce de diamètre, dont les fibres, au lieu de s'entrecroiser, comme celles des observations précédentes, convergent toutes vers un point central, de manière à donner à la cicatrice la forme radiée. Le tissu cérébral s'est évidemment plissé en ce point pour oblitérer une ancienne cavité. Tous ces petits faisceaux convergens ne laissent entr'eux aucun intervalle capable de contenir un liquide ; la cicatrice est sèche.

Rien à noter dans le reste de l'encéphale.

Les veines du rachis sont toutes gorgées de sang noir. Le feuillet viscéral de l'arachnoïde spinale est tacheté de points jaunes opaques dans toute son étendue. La moëlle est petite et saine.

Engouement pulmonaire, etc.

Ainsi dépouillées de leurs accessoires inutiles, les quatre observations qui précèdent me semblent découvrir à tous les yeux l'évidence de leurs résultats. Nous voici tout de suite au cœur de la question. Oui, sans aucun doute, le ramollissement cérébral peut guérir, et non seulement le ramollissement cérébral, mais la caverne même qui résulte de sa liquéfaction complète. Une partie (peu étendue, il est vrai) de la masse encéphalique peut être ainsi rayée de l'économie, sans que la vie soit, pour cela, immédiatement et nécessairement compromise.

Mais n'anticipons pas et voyons méthodiquement si telles sont, en effet, les conséquences qu'il faille déduire de ces observations.

1° Ce ne sont pas les symptômes graduels et toujours croissans que produisent les altérations lentes et progressives du cerveau, les *indurations primitives* (voir plus haut, pag. 1) ; ce n'est pas une maladie toujours en marche, si je puis ainsi dire, pendant tout le temps de sa durée ; c'est une maladie qui avance d'abord, qui s'arrête et qui rétrograde.

Et 2° La première époque de cette double évolution est marquée par les symptômes ordinaires, non de l'hémorragie, mais du ramollissement. La contracture, en particulier, existe dans trois d'entre elles pour faire place à la résolution. Qu'il me soit permis de le dire, de tous ces faits, c'est à celui dont M. Guéneau de Mussy a fourni une partie que j'attache le plus d'importance, précisément parce que les symptômes et les altérations ont été décrits isolément par deux observateurs différens, à leur insu, sans aucune espèce de préoccupation possible.

Les lésions fonctionnelles disent déjà qu'il ne s'agissait ni d'indurations primitives ni d'épanchemens sanguins. Restent la supposition de simples infiltrations sanguines ou celle de ramollissemens. Que disent, à cet égard, les lésions anatomiques ?

La maladie va croissant pendant quarante jours chez la première malade, pendant vingt à vingt-cinq jours chez la quatrième ; chez toutes deux une cavité a été formée. Celle-ci résiste et guérit parce que les forces sont moins épuisées, parce que le désordre est peu étendu, parce qu'il ne siège pas dans une partie essentielle de l'encéphale. Chez l'autre aussi, la nature tente évidemment un effort de cicatrisation ; mais elle succombe au milieu de son travail, parce que l'économie a reçu, en quarante jours, une trop profonde atteinte, et parce que la couche optique, le nœud du cerveau, a été en partie désorganisée. On sait déjà combien les hémorragies de la couche optique et du corps strié sont plus graves que celles des centres ovales.

Dans les observations 2 et 3, où la période d'augment a été de quatre à cinq jours et de six à sept, la guérison a été entière avant qu'une cavité ait eu le temps de se creuser. Il n'y a pas de cavité, et pourtant ce n'est pas non plus cet aspect *uni* des indurations cérébrales ordinaires qui les a fait comparer, par divers observateurs, à de la cire pressée entre les doigts, à du blanc d'œuf durci, à un morceau de cuir. Il n'y a pas de cavité centrale ; mais, ce qui est bien important, il y a une foule de lacunes, vides en partie, témoins irrécusables d'une ancienne résorption interstitielle et, par conséquent, d'un ancien ramollissement, plus que cela, d'une ancienne diffluence en plusieurs points de ce ramollissement.

Il faut ici prévenir une dispute de mots. En théorie, on peut admettre qu'une portion quelconque d'un organe, qui n'est pas *transformée*, mais qui *disparait*, sans être rejetée au-dehors, est toujours liquéfiée avant d'être résorbée. Le caillot sanguin lui-même ne se résorbe très probablement qu'à la condition de subir à sa surface une décomposition, une altération quelconque, peut-être même un travail d'assimilation. Il s'en suit que, dans le cas où une induration pareille à celle dont il s'agit, semée de lacunes comme elles, pourrait s'organiser dans le cerveau lentement, graduellement, à la manière des tumeurs, il serait encore permis, tout en l'appelant induration *primitive*, d'admettre l'existence antérieure d'un ramollissement moléculaire, insensible, atrophique, pour expliquer la disparition de la pulpe cérébrale en une foule de points de son étendue. Mais il est clair que cette espèce de ramollissement *putatif*, insaisissable à l'œil de l'observateur, n'est pas celui dont nous nous occupons dans ce mémoire. Au reste, nous venons de voir que nous n'avions pas affaire à des *indurations primitives*, et les débris de la pulpe cérébrale contenus dans les vides de l'induration sont encore là pour en témoigner.

L'idée d'une résorption de la matière ramollie n'est pas une idée purement théorique. Elle est fondée sur ce qu'on trouve souvent aux environs ou au centre de ramollissemens en bouillie des cavités évidemment récentes, de véritables foyers vides ou ne contenant qu'une petite quantité de détritus cérébral. On peut aller plus loin : on peut prendre, en quelque sorte, sur le fait, surtout dans les ramollissemens blancs étendus, la formation des vacuoles. Ici la surface est toute semée de points blancs, brillans comme des paillettes ; ce sont autant de petites gouttelettes de substance médullaire liquéfiée. Là, au lieu de simples gouttelettes, on voit une foule de petites lacunes, variables pour la grandeur et la forme, plus ou moins pleines de liquide laiteux, et donnant à cette surface, surtout vers les parties centrales du cerveau, un aspect *celluleux et entrelacé*, comme si la trame organique avait été mise à nu. Plusieurs observateurs ont bien décrit cette dernière disposition, si analogue à celle de nos cicatrices. Ailleurs, enfin, les lacunes s'agrandissent, se pressent et finissent par se rassembler en un ou plusieurs de ces foyers dont je parlais tout à l'heure. Et n'est-ce pas de la même manière que se comportent les phlegmons qui s'abcèdent ? Le pus, comme la matière du ramollissement, ne se forme-t-il pas d'abord en gouttelettes isolées à mesure qu'il devient moins plastique ? Puis ces gouttelettes, en grossissant, ne déchirent-elles pas les cloisons qui les séparent pour se creuser des cavités plus larges, qui se réunissent en définitive toutes en un foyer central ?

Dans l'observation n° 4 seulement, la cicatrice était sèche et sans lacunes ; mais elle représentait évidemment une ancienne cavité oblitérée, et cette seule disposition suffit pour éloigner l'idée d'une simple infiltration sanguine.

J'ajoute enfin une considération anatomique qui confirme bien les don-

---

leurs loisirs sont donnés à l'étude, à suivre les progrès de la science, qui marche et dont les limites semblent toujours se reculer devant les efforts du génie humain. La fécondité des auteurs du siècle ne les effraie pas ; ils veulent tout voir, tout connaître : théories nouvelles, inventions, rien ne leur échappe. Ils avancent, l'horison s'éloigne, ils continuent à marcher ; la foi les éclaire, le doute les conduit, car le doute est le compagnon fidèle de tout savant, non pas ce scepticisme du fataliste, qui tue, abrutit l'intelligence, détruit les facultés, mais ce doute philosophique qui travaille, ouvre l'esprit, le tend et cherche à approfondir. Voilà, en nous résumant, toute la distance sans fin qui sépare les deux classes de médecins dont nous nous sommes occupés ; le néant et la vie, un point de l'espace et l'immensité.

— Traitement de la teigne. Un médecin anglais, le docteur Francis Smith, s'est assuré par l'expérience que le meilleur moyen pour guérir la teigne, quelle que soit son espèce, c'est la créosote. La créosote dont il s'est servi était de la gravité spécifique 1.064, et presque incolore. Il s'est assuré également qu'aucun autre moyen ne guérit aussi sûrement les ulcérations de la cloison nasale.

— Glandes de Méibomius. Zeïs vient de démontrer que les glandes dites de Méibomius n'existent pas entre la conjonctive et le cartilage tarse, ainsi qu'on l'a cru jusqu'à présent ; mais qu'elles sont enchâssées dans la substance même du fibro-cartilage des paupières.

Les glandes sébacées ne se rencontrent en général qu'en contact des fibro-cartilages. C'est aux paupières seulement qu'on les trouve enchâssées dans le fibro-cartilagineux.

— Superfétation chez une jument. Une jument appartenant à M. Jonathan Bilderbach, en Amérique, avait été montée successivement par un mulet et un cheval. Elle vient de mettre bas avant terme deux petits, dont un mulet vivant et bien portant, l'autre poulain, mort. Ce dernier s'est étranglé dans le passage.

Le journal (*Southern medical and surgical journal*, octobre 1837, p. 181) qui rapporte ce fait, ajoute que cela ne doit point étonner, puisque le même phénomène a été déjà constaté plusieurs fois en Amérique dans la race humaine, savoir de femmes qui ont donné en même temps au monde deux enfans, l'un blanc, l'autre mulâtre.

— Enfans naturels en Angleterre. Le nombre des enfans naturels en Angleterre s'élève pour l'année 1830, à 20,039 (10,147 mâles, 9,892 femelles).

Le nombre des enfans légitimes pour la même année s'élève à 382,060. Le nombre, par conséquent, des enfans illégitimes est aux légitimes, pour l'année indiquée, comme 1 à 19. Les femmes illégitimes concourent par conséquent à augmenter la population anglaise d'un dix-neuvième.

(*British annals of med.*, septembre 1837.)

nées de la symptômatologie, c'est que dans ce cas comme dans les trois autres l'induration n'a jamais offert la couleur jaune des anciens épanchemens sanguins. Quand cette couleur existe, elle change peu de choses à la question, comme je l'ai déjà dit; mais quand elle manque, c'est un caractère important; car il est douteux qu'une cicatrice de foyer hémorragique puisse se faire sans conserver quelque trace de la teinte jaunâtre que les résorptions sanguines laissent toujours après elles.

En résumé, les lésions que j'ai décrites ne peuvent se rapporter à une hémorragie; car toutes avaient donné lieu à des symptômes graduels; car une seule d'entre elles avait les caractères d'une cavité uniloculaire oblitérée (n° 4); car trois contenaient dans leurs vides de la matière cérébrale déliquescente (n°s 1, 2 et 3); car aucune des quatre n'offrait de coloration jaune. Elles ne peuvent se rapporter non plus à une induration chronique primitive; car les symptômes n'avaient pas été seulement graduels, mais avaient offert les deux périodes d'augment et de déclin; car la liquéfaction du tissu était encore patente dans les trois premiers cas.— Cette dernière circonstance, jointe aux traces d'anciennes résorptions partielles, éloigne en outre l'idée d'une simple tuméfaction rouge de la pulpe.—L'existence d'un ramollissement, voilà donc en définitive ce qui peut seul expliquer ces lésions, je me trompe, ce qui se déduit invinciblement de leurs caractères.

Maintenant, ce ramollissement, est-il possible de déterminer l'espèce à laquelle il appartient? c'est aux caractères anatomiques seuls à répondre. Or ce qu'ils nous apprennent, c'est que dans les observations n°s 2, 3 et 4, l'altération présentait une couleur blanche éclatante telle qu'elle ne paraissait pas s'être jamais compliquée d'une injection sanguine un peu prononcée, ou tout au moins d'une infiltration; et l'aspect de la bouillie cérébrale qui mouillait les fibres endurcies vient encore à l'appui de cette idée. Chez la malade qui fait exception (obs. 1re), la cicatrice était un peu grisâtre; mais la rougeur ou la teinte jaune n'existait nulle part; les restes de la pulpe diffluente ressemblaient à du lait de chaux; et ces deux états méritent d'autant mieux d'être signalées qu'ils doivent représenter à peu près celui du ramollissement avant sa période de cicatrisation, puisque celle-ci n'en était encore qu'à son début.

ORDRE DEUXIÈME.

CIRCONSTANCES DE LA MALADIE RACONTÉES PAR LES MALADES ET RAPPROCHÉES DES RÉSULTATS DE L'AUTOPSIE.

PARALYSIE GRADUELLE DES MEMBRES DROITS, CROISSANT PENDANT UN PETIT NOMBRE DE JOURS; AMÉLIORATION.—DIX-HUIT ANS PLUS TARD, LA PARALYSIE AUGMENTE DANS LES MEMBRES DROITS ET S'EMPARE DES MEMBRES GAUCHES. — CICATRICE DANS L'HÉMISPHÈRE GAUCHE DU CERVEAU.—RAMOLLISSEMENT RÉCENT DANS LES DEUX HÉMISPHÈRES.

Obs. V. — Une femme de 60 ans, forte et sanguine, entra à l'infirmerie de la Salpêtrière le 2 mars 1834. Elle me raconta, avec beaucoup de lucidité apparente, que dix-huit ans auparavant, sans perte de connaissance, sans même de céphalalgie autant qu'elle pouvait se le rappeler, les mouvemens des deux membres *droits* s'étaient considérablement affaiblis, *graduellement*, et en un certain nombre de jours qu'elle ne put fixer exactement, mais qui ne fut pas considérable. Cette époque était encore assez présente à son esprit pour qu'elle pût m'assurer que, pendant l'établissement de cette paralysie, son bras se fléchissait et devenait raide (*contracture*). Les membres n'avaient recouvré depuis qu'une partie de leurs mouvemens et avaient été le siége de douleurs qui, depuis quelques jours, s'étaient exaspérées. Il s'y était joint une céphalalgie générale, de la toux et de la dyspnée.

Pas de signes d'hémiplégie faciale. Raideur des deux membres droits; l'abolition du mouvement est presque complète au membre supérieur, moins avancée à l'inférieur. Intégrité du sentiment. Bon état des fonctions digestives. Emission involontaire des urines depuis trois jours. Pouls assez développé, fréquent. Battemens du cœur sourds et profonds. Respiration un peu sifflante; râle muqueux en plusieurs points du thorax. *Saignée de quatre palettes.*

Ces symptômes thoraciques disparurent bientôt; mais la malade, depuis son entrée jusqu'à sa mort, ne cessa de marcher insensiblement au degré le plus profond de l'adynamie et de la stupeur. La paralysie du mouvement fit des progrès dans les membres droits, et commença à s'emparer des membres gauches; de telle sorte que (pour ne pas m'engager inutilement dans les détails de ces nouveaux symptômes), la malade tomba définitivement dans l'état suivant :

La tête était renversée, le cou raide, les paupières du côté droit contractées, la parole embarrassée, la langue droite, le bras droit demi-fléchi, presqu'immobile; le gauche souple et faible; les deux membres inférieurs maintenus dans un état de contracture et de demi-flexion permanentes; la sensibilité toujours intacte partout. Selles involontaires, escarres au sacrum. Mort dans cet état le 29 avril au matin.

Autopsie. Méninges saines. Mollesse extrême de tout le cerveau, telle qu'une portion quelconque de cette masse, considérée à part, eût pu passer pour un véritable ramollissement.

Légère sablure de tout l'hémisphère gauche, plus serrée vers son extrémité postérieure. Là, au sein de la substance blanche, en dehors de la cavité digitale, existe un noyau du volume d'une petite noix, de couleur jaune-serin, difficile à inciser, constitué par un mélange de tissu cérébral induré et de tissu fibro-celluleux serré et infiltré de liquide grisâtre, et dans lequel on ne voit pas de traces d'ancienne cavité.

En arrière de cette lésion, la substance médullaire est transformée en bouillie amaranthe de la largeur d'une pièce de 20 s.

Dans le lobe postérieur droit, deux lésions également, mais récentes toutes deux, consistant, l'une en un ramollisement rouge exactement semblable pour le siége, l'étendue, la consistance, à celui que je viens d'indiquer; l'autre, située un peu au-dessus et en dehors, en une bouillie blanche bien isolée dans une cavité qui aurait pu contenir une noisette, et dont les parois, nullement injectées, n'offraient qu'une mollesse tout à fait superficielle.

Engorgement sanguin du lobe inférieur du poumon gauche. — Dilatation des ventricules du cœur.

PARALYSIE GRADUELLE A DROITE; AMÉLIORATION. — DOUZE ANS PLUS TARD, MORT PAR SUITE DE CAVERNES PULMONAIRES. — CICATRICE DANS L'HÉMISPHÈRE GAUCHE DU CERVEAU.

Obs. VI. — La femme Lesage, âgée de 54 ans, très intelligente, était une de ces nombreuses malades que des recrudescences fréquentes de pleuro-pneumonies incomplètement guéries ramènent à chaque instant à l'infirmerie de la Salpêtrière. Je l'y rencontrai le 11 mars 1834. J'appris d'elle que, *douze ans auparavant*, à la suite d'une grande céphalalgie, elle avait senti peu à peu sa jambe *droite* faiblir et *tomber en paralysie*. Je négligeai de lui demander en combien de temps. Elle ajouta que, depuis cette époque, la mobilité de ce membre avait été très variable; tantôt très gênée; tantôt presque aussi facile que du côté opposé, et qu'il avait été souvent le siége de douleurs assez vives et d'un froid glacial. Quelques élancemens, mais rares, avaient eu lieu dans la jambe gauche. Elle n'avait jamais rien remarqué de particulier du côté des membres supérieurs.

L'état de la poitrine ne s'améliora guère. Cependant, la malade voulut quitter l'infirmerie le 24 mars; mais elle fut forcée d'y rentrer le 25 septembre, et c'est au milieu de tous les symptômes de la suppuration lente du poumon, qu'elle expira le 29, après un assoupissement presque continuel de trente heures et sans avoir jamais déliré.

A l'Autopsie, indépendamment des cavernes purulentes creusées au sommet des deux poumons et de l'induration marbrée du côté gauche (où avait existé l'ancienne pneumonie), voici ce qu'on trouva à l'ouverture du crâne :

Forte adhérence de la dure-mère à la calotte osseuse. Injection des veines de la pie-mère extrêmement intense sur toute l'étendue de la convexité cérébrale. Toute la masse encéphalique donne beaucoup de sang à la coupe.

Au fond de la cavité digitale du côté *gauche* on aperçoit une petite anfractuosité, ne pouvant admettre qu'un stylet mince, et conduisant, après deux lignes de trajet, dans une cavité parfaitement arrondie et capable de recevoir une noisette. Cette cavité, remplie de sérosité incolore, n'est pas doublée de membrane. Seulement la substance cérébrale qui limite ses parois est lisse, blanche, manifestement condensée, mais ne forme pas de lame qu'on puisse détacher.

Vers l'extrémité postérieure de l'hémisphère droit, ramollissement rouge, dont la profondeur ne dépasse pas une ligne, à la surface de deux ou trois circonvolutions contiguës.

Rien à noter ici ni dans le cervelet, ni dans le rachis.

PARALYSIE GRADUELLE DU CÔTÉ DROIT, CROISSANT PENDANT UN PETIT NOMBRE DE JOURS; AMÉLIORATION. QUATRE ANS PLUS TARD, PARALYSIE GRADUELLE A GAUCHE. MORT. CICATRICE DANS L'HÉMISPHÈRE GAUCHE DU CERVEAU; RAMOLLISSEMENT COMMENÇANT DANS L'HÉMISPHÈRE DROIT.

Obs. VII.—La nommée Humain, âgée de 70 ans, fut apportée à l'infirmerie, le 9 décembre 1835, dans un état de demi-connaissance, cherchant quelquefois à répondre, mais ne pouvant y parvenir. Elle fumait la pipe du côté gauche. Le bras du même côté était demi-fléchi, raide, et si on le soulevait, il retombait comme une masse inerte. Les plus forts pincemens ne paraissaient pas y être sentis. *Le bras droit retombait aussi, mais lentement. Des pincemens énergiques y réveillaient des signes de sensibilité, mais non d'une véritable douleur.*

Les filles de service qui apportèrent cette malade savaient qu'elle avait eu *une atteinte de paralysie quatre ans auparavant*. Cette fois on l'avait vue depuis quelques jours s'affaiblir de nouveau, sans présenter les symptômes d'une véritable attaque.

Des sangsues furent appliquées derrière les oreilles, des purgatifs furent administrés. Peu à peu l'intelligence s'éclaircit.

Le 13, la malade pouvait répondre lentement, difficilement, mais avec justesse. Elle me dit alors, et sans que je l'aidasse dans ses souvenirs, qu'elle était paralysée, depuis quatre ans, du côté droit; *que cette attaque avait été tout-à-fait pareille à celle qui l'amenait et s'était faite graduellement en très peu de jours.* Deux fois, elle me donna ces renseignemens.

Ce jour-là, 13, je constate que les mouvemens du bras *droit* sont incertains, se font par saccades et qu'elle ne peut le porter que jusqu'à moitié chemin de sa tête. La jambe ne paraît rien offrir d'anormal; mais je ne fais pas lever la malade pour m'en assurer. Le bras gauche est toujours contracturé et immobile. Quelques mouvemens dans la jambe gauche. Aujourd'hui, les pincemens, même légers, et opérés à l'insu de la malade, à droite comme à gauche, éveillent aussitôt sa sensibilité. Peau chaude, pouls rapide et irrégulier, toux, fièvre.

L'état du mouvement, de la sensibilité, de l'intelligence, est resté exactement le même, jusqu'à la mort, survenue le 23 décembre au soir, après les symptômes de l'engouement pulmonaire.

Autopsie. — Injection médiocre des veines de la périphérie cérébrale. Tout le cerveau est dense et répand beaucoup de sang sous le scalpel.

Vers la partie moyenne de l'hémisphère *gauche*, à quelques lignes au-dessous de la substance grise, noyau d'induration de la grosseur d'une noix, de couleur jaunâtre, dont la coupe, *unie et irrégulière*, n'offrait aucune apparence d'entre-

lacement, et dont le centre est occupé par une petite cavité arrondie, capable de contenir un petit pois. Cette cavité est vide, dépourvue de membrane; mais l'induration au milieu de laquelle elle est creusée a pris un aspect lisse et *membraniforme* à la surface de ses parois.

Sur une circonvolution de l'hémisphère droit, dans la largeur d'une pièce de dix sous, pointillé rouge brunâtre très-serré, avec augmentation de densité et légère tuméfaction de la substance cérébrale. Aucun point de cette lésion n'est encore décidement ramolli.

Rien à noter dans le cervelet.

Cœur à l'état normal. Engouement des deux poumons en arrière, etc.

PLUSIEURS ATTEINTES DE PARALYSIE GRADUELLE DURANT CHACUNE UN PETIT NOMBRE DE JOURS; CÔTÉ INDÉTERMINÉ. AMÉLIORATION. QUELQUES ANNÉES PLUS TARD, PARALYSIE GRADUELLE DES MEMBRES DROITS; MORT. DÉGÉNÉRESCENCE GÉLATINIFORME DE L'HÉMISPHÈRE DROIT DU CERVEAU; PLUSIEURS FOYERS DE RAMOLLISSEMENT DANS L'HÉMISPHÈRE GAUCHE.

OBS. VIII.—La nommée Amiard (Angélique) entra le 2 janvier 1834, à l'infirmerie de la Salpêtrière, dans un état de stupeur et d'oblitération intellectuelle. J'appris seulement, dans sa division, qu'*elle marchait difficilement*, mais pouvait se servir de ses deux bras; que le 31 décembre au soir, elle s'était couchée bien portante, et que le 1er janvier au matin on l'avait trouvée paralysée.

La commissure gauche était fortement tirée en haut et en dehors, la langue déviée à droite. Paralysie presque complète du mouvement et du sentiment des deux membres droits. Pas de raideur. Les membres gauches paraissent en bon état. Battemens du cœur énergiques. Respiration bruyante. Constipation; émission involontaire des urines. Pouls petit et fréquent. *15 sangsues derrière l'oreille gauche.*

Le 5, l'intelligence s'éclaircit; la paralysie est la même. *Synap. lav. purg.* (Plusieurs selles.)

Le 8, l'intelligence a repris sa netteté. On en profite pour interroger la malade, et l'on apprend d'elle que le côté droit s'était engourdi, puis paralysé la nuit, sans perte de connaissance; *que déjà, quelques années auparavant, elle avait éprouvé à l'hôpital Cochin, à des intervalles rapprochés, ce qu'elle appelait des attaques de paralysie, dans lesquelles, disait-elle, elle ne se serait pas aperçue qu'elle était malade, si elle ne s'était sentie tomber peu à peu en paralysie.* Chaque atteinte durait un petit nombre de jours; mais elle ne peut dire avec certitude sur quel côté du corps la paralysie portait.

Le 6 et les jours suivans, la myotilité revint peu à peu dans le bras droit, au point que le 17 il ne tombait plus que lentement quand on l'avait soulevé; et que le 22 il pouvait exécuter spontanément des mouvemens assez étendus, tandis que ceux de la jambe droite restèrent très bornés. Mais quelques jours plus tard, la mobilité du bras diminua de nouveau, et il revint à peu près à l'état des premiers jours.

La malade entra en agonie le 16 février et mourut le 18 au matin.

AUTOPSIE. J'ai passé rapidement sur les symptômes de l'hémiplégie *droite*; je passerai de même sur les désordres qui y correspondent, parce que les uns et les autres ne sont pas l'objet principal de cette observation. Injection de l'hémisphère gauche. Ramollissement grisâtre à la surface du corps strié. Une partie de la couche optique transformée en ramollissement blanc, dont le centre offre une petite cavité.

Voilà bien qui explique la paralysie récente des membres droits. J'avais plusieurs fois constaté, pendant le cours de la maladie, que les membres *gauches* pouvaient exécuter dans le lit toute espèce de mouvement. Mais cela ne suffit pas pour apprécier au juste l'état de la myotilité. Il aurait fallu faire marcher la malade, me faire serrer la main par la sienne, etc. Ne soupçonnant rien de ce côté du corps, et mon attention se trouvant appelée par l'autre, je ne fis aucun essai de ce genre. Mais on n'a pas oublié les renseignemens donnés par cette femme sur trois ou quatre anciennes atteintes de paralysie, dont elle n'avait pu préciser le siége, ceux recueillis dans son dortoir sur la difficulté de sa marche. Or, voici ce que j'ai trouvé dans l'hémisphère *droit*.

A la partie inférieure des lobes antérieur et moyen, on trouve une dépression irrégulière, longue de 4 pouces environ, au niveau de laquelle les méninges, denses et opaques, sont presque confondues avec les parties sous-jacentes, sauf dans un point où elles forment la paroi inférieure d'une petite cavité dépourvue de membranes, remplie de sérosité roussâtre et creusée au sein même de la dégénérescence que je vais décrire. Les méninges enlevées laissent voir une substance d'un jaune clair, tremblottante, assez semblable à de la gélatine, moins transparente cependant, et aussi un peu plus ferme, dont la surface supérieure est condensée en une sorte de pellicule mince, mouchetée d'un grand nombre de taches et de filamens blanchâtres, dans lesquels il semble qu'on reconnaisse des débris de matière cérébrale. Il est assez facile, jusqu'à une certaine profondeur, de diviser cette substance en couches ou feuillets à surface pelliculeuse aussi, mais non tachetée, qui, très distincts d'abord, finissent par se confondre. Une coupe perpendiculaire montre que cette altération remonte jusqu'à la paroi inférieure du ventricule latéral, dont elle n'est séparée que par une lame très mince de substance blanche.

Rien autre chose dans l'encéphale.

Si l'on considère isolément ce second ordre de faits, il est certain que leur valeur est infirmée par cette seule circonstance que les symptômes de l'ancienne lésion cérébrale, actuellement guérie, ne nous sont connus que par le rapport des malades. Je le déclare sans hésiter, dans une question de haute pathologie comme celle qui nous occupe, c'est un grand défaut que celui-là; car il est évident que le ramollissement des centres nerveux fût-il réellement incurable, ce serait hasard si tout praticien n'arrivait pas encore à réunir, sur la foi trompeuse des malades, un grand nombre d'observations analogues à celles que je viens de citer.

Mais ces faits n'ont-ils absolument aucune valeur? N'exagérons rien. Oui, certes, ils ont de la valeur. Ils en ont une intrinsèque que je chercherai à apprécier tout à l'heure; ils en ont une extrinsèque que les faits du *premier ordre*, s'ils sont irrécusables, lui communiquent nécessairement, et dont il est facile d'avoir la mesure. Si l'on n'avait jamais suivi pas à pas l'hémorragie cérébrale dans toutes ses phases, depuis son invasion jusqu'à l'entière cicatrisation du foyer, mais que l'on eût seulement rencontré des cavités cicatrisées dans le cerveau d'individus qui *auraient affirmé* avoir été pris autrefois d'hémiplégie subite, la curabilité de l'hémorragie cérébrale ne serait encore qu'une probabilité. Car 1° on pourrait mettre en doute l'exactitude du renseignement; 2° le renseignement fût-il exact, le ramollissement peut aussi débuter d'une manière subite; 3° lui aussi peut aboutir à la formation d'une cavité. Mais une fois qu'il fut bien constaté expérimentalement qu'un foyer sanguin pouvait se cicatriser et se cicatrisait très souvent, tandis que, d'un autre côté, la curabilité du ramollissement paraissait impossible, on crut pouvoir (négligeant d'ailleurs les cas où l'hémiplégie, subite ou graduelle, peut être le produit d'une simple congestion), on crut, dis-je, pouvoir, sur ce qu'un malade avait présenté autrefois des symptômes de paralysie actuellement diminués ou disparus, déclarer qu'il avait guéri d'une hémorragie, et en conclure, sans autre raison, que l'attaque avait été subite. Eh bien, ce raisonnement cesse d'être juste si le ramollissement peut guérir; et ses chances de probabilité sont précisément proportionnelles à la fréquence de cette guérison; tellement que si, par impossible, on venait un jour à démontrer que le ramollissement guérit dans la même proportion que l'épanchement sanguin, il en résulterait ceci : que l'existence antérieure d'une atteinte de paralysie, dont le mode de début serait ignoré, laisserait dans un doute absolu sur la nature de la lésion cicatrisée. Nous n'en sommes pas là, sans contredit; mais ce que je veux faire comprendre par cette supposition, c'est qu'une fois établie, dans un certain nombre de cas, la curabilité du ramollissement des centres nerveux, les termes de l'induction se trouvent, par cela seul, déplacés; c'est que, par cela seul, ces deux faits : *guérison après une hémiplégie subite et guérison après une hémiplégie dont le mode d'invasion est inconnue*, n'ont plus la même signification; c'est que, par cela seul, leur explication par un ramollissement guéri acquiert un certain degré de probabilité; c'est, en d'autres termes, comme je le disais en commençant ces réflexions, que les faits du *deuxième ordre*, qui seraient très suspects s'ils étaient isolés, le deviennent moins sous la garantie des premiers, et que, par conséquent, on doit moins répugner à accepter les renseignemens donnés par les malades, puisque la conclusion à laquelle ils conduiraient n'est plus étrange pour nous.

Voilà donc fixée la valeur extrinsèque de ces quatre observations, valeur relative, mais qui, tout compensé, mérite encore d'être prise en très sérieuse considération. Voyons maintenant celle qui leur est personnelle, c'est-à-dire qui, abstraction faite du compte qu'il faut tenir des renseignemens sur les symptômes antérieurs, peut se tirer directement des autres élémens de leur composition.

Un fait m'a frappé : c'est que chez ces quatre malades les derniers temps de la vie ont été marqués par un ramollissement récent. Sans doute, il ne s'en suit pas que la lésion ancienne ait été de même nature; mais cette circonstance mérite au moins d'être indiquée. Une observation remarquable sous ce rapport est celle qui porte le n° 5, et dans laquelle une induration *jaune* coëxiste avec deux noyaux récens de ramollissement *rouge*, dont l'un siége tout près d'elle, et l'autre dans l'hémisphère opposé, au point exactement correspondant et dans la même étendue. Comment ne pas être tenté d'attribuer une communauté d'origine à ces trois altérations, quand le lien qui peut unir les deux récentes à l'ancienne est si simple, si naturel, si conforme en un mot à ce qu'on rencontre, à chaque pas, dans l'histoire pathologique des autres organes?

Je dois faire observer que les cicatrices décrites dans les observations du *deuxième ordre* ne ressemblent pas complètement aux premières que j'avais d'abord déterminées comme appartenant irrécusablement au ramollissement cérébral. Cette différence ne pourrait avoir quelque portée que si les déterminations dont je parle avaient été établies sur un grand nombre de résultats. Mais enfin ces cicatrices, telles qu'elles sont, que peuvent-elles nous apprendre quant à leur nature?

1° Chez la femme Lesage (n° 6) une anfractuosité conduit de l'intérieur d'un ventricule cérébral dans une petite cavité blanche, dépourvue de membrane celluleuse, mais sur les parois de laquelle la substance cérébrale condensée a pris un aspect uni et *membraniforme*. Eh bien! je dis que cet état, qui ne peut laisser hésiter qu'entre un ramollissement et un épanchement sanguin, s'explique mieux par le premier que par le second. Dans quels cas en général une membrane s'organise-t-elle autour d'un corps étranger? Quand ce corps doit séjourner toujours ou ne se résorber que lentement au sein des tissus. De l'eau injectée dans le tissu cellulaire d'un membre disparaît sans laisser de traces; une balle qui s'y

perd s'enveloppe d'une poche accidentelle. Or j'ai montré tout à l'heure que la matière du ramollissement, bien liquéfiée, pouvait se résorber assez vite (p. 11), quelquefois même à mesure qu'elle se formait. Dans l'hémorragie, au contraire, un caillot sanguin, une substance solide a été déposée dans la pulpe cérébrale. Quel travail, quel temps ne faut-il pas pour qu'il disparaisse! C'est bien alors qu'une membrane doit prendre naissance pour envelopper l'*épine* qui irrite la trame organique et la soustraire molécule à molécule. Chose bien utile à rappeler ici, toutes les fois que les symptômes de l'hémorragie cérébrale ayant été dûment constatés chez un individu, on a trouvé après la mort une cicatrice dans le cerveau, c'est-à-dire toutes les fois qu'on a procédé par expérimentation directe, on a reconnu dans cette cicatrice l'organisation de cellulosités. Lors même que les parois de la cavité tendent à se rapprocher assez pour s'agglutiner entre elles et donner lieu à une *cicatrice linéaire*, il suffit, si l'adhésion n'est pas encore complète, d'en écarter les deux lèvres pour découvrir les mailles celluleuses qui les unissent.

J'ajoute enfin que dans l'observation dont il s'agit la petite caverne n'offrait pas la moindre trace de coloration jaune.

2° La malade n° 5 nous offre une induration jaune constituée par un mélange intime de tissu fibro-celluleux et de tissu cérébral induré. — Est-ce une ancienne hémorragie? Il n'y a pas de signes de foyer, et la substance médullaire est mêlée partout à la cellulosité. — Est-ce le résultat d'une simple infiltration sanguine avec augmentation de densité et tuméfaction? Mais cette substance médullaire a disparu çà et là au profit du tissu accidentel. — Maintenant, comment a-t-elle pu disparaître? En se résorbant sans doute. Et comment se serait-elle résorbée sans se ramollir préliminairement? Voilà où conduirait l'induction; mais je rappelle ce que j'ai dit plus haut (p. 10) sur le véritable sens de ce principe de physiologie pathologique, et je reconnais que la supposition qu'on pourrait faire dans ce cas d'une lésion qui, loin d'être une cicatrice, aurait suivi une marche chronique et progressive, conserve tous ses droits, dès qu'on met hors de cause les renseignemens fournis par les malades, pour s'en rapporter exclusivement aux résultats cadavériques. Mais je suis bien aise de dire que dans un des cas rapportés par M. Cruveilhier en faveur de la curabilité du ramollissement cérébral, l'induration qu'il a décrite était pareille à celle de notre observation.

3° Dans l'observation 7, l'induration, également jaune, mais compacte et homogène, est due tout entière à l'endurcissement de la fibre cérébrale et *creusée à son centre d'une petite cavité*. Avons-nous affaire à un ancien foyer hémorragique, autour duquel la pulpe cérébrale se serait indurée? Mais ses parois sont dépourvues de membrane celluleuse; leur surface condensée a pris seulement un aspect lisse et membraniforme. Or, admettez un instant le fait d'un ancien foyer de ramollissement qui aurait guéri et dites si, après l'absorption de la matière liquide, ses parois devront offrir d'autres caractères. Quant à l'induration elle-même, rien n'indique qu'il y ait en autrefois résorption dans son épaisseur; rien n'indique rigoureusement qu'il y ait eu là perte de cohésion bien confirmée. Ce qui est le plus probable, c'est qu'il y a eu une infiltration sanguine avec tuméfaction et peut-être aussi léger commencement de friabilité, pareille à celle qui existait sur quelques circonvolutions de l'hémisphère opposé, et dont le centre seul sera parvenu à sa diffluence.

4° Quant à l'observation 8, je crois qu'elle a un peu moins d'importance que toutes les autres. Il ne faut pas oublier, en effet, que la substance gélatiniforme a déjà été trouvée dans un grand nombre de foyers hémorragiques. Cependant la régularité des lames dont elle était composée et qui correspondait bien, par parenthèse, à la succession d'attaques que la malade disait avoir éprouvées, cette régularité se comprend mieux dans l'hypothèse d'une série de ramollissemens par couches horizontales que dans celle d'hémorragies qui, n'attaquant pas la substance cérébrale elle-même, mais se bornant à la déchirer, ne peuvent guère se superposer assez régulièrement pour affecter la disposition laminée.

Au surplus, quand cette observation ne mènerait pas aussi directement que les autres aux résultats que ce mémoire a pour but, j'ai dû la rapporter pour appeler de nouvelles recherches. Il n'y a jamais danger à faire intervenir les faits douteux dans une question, quand on sait faire le compte impartial de ce qui leur manque.

Je ne veux outrer aucune conséquence. J'ai commencé par prévenir de la réserve avec laquelle j'abordais l'examen des faits du 11e *ordre*. Mais je n'exprime que les conséquences incontestablement sorties de cet examen, en disant 1° que si les renseignemens recueillis sur les symptômes sont exacts, les quatre modes de cicatrisation que je viens de passer en revue appartiennent au ramollissement; 2° que même, en considérant ces modes isolément, en dehors des symptômes qui les avaient précédés, *ils s'expliquent encore mieux par un ramollissement que par toute autre altération*. C'est un travail à poursuivre.

Dans cette hypothèse, d'ailleurs, le ramollissement aurait, sans doute, été blanc dans l'observation 6, et rouge dans les trois autres.

ORDRE III.

ABSENCE DE RENSEIGNEMENS SUR LES SYMPTÔMES. — RÉSULTATS CADAVÉRIQUES.

Je n'ai que deux observations de ce genre à rapporter; leur valeur est toute dans les caractères anatomiques. Mais on conçoit que, commentés par les faits précédens, ces caractères puissent prendre un sens assez déterminé pour exprimer seuls la nature des altérations. On va juger s'il en est ainsi.

Obs. IX. — La nommée Humbert, femme Beuve, âgée de 74 ans, entra à l'infirmerie de la Salpêtrière le 19 février 1837. Je consultai sur ses antécédens les trois employées de son dortoir, qui toutes m'affirmèrent que cette femme, *dix mois auparavant*, était tout à fait exempte d'infirmités; qu'elle jouissait de la pleine liberté de ses mouvemens; qu'elle était, pour me servir de leurs expressions, *une des plus allantes* parmi les femmes de sa section. *A cette époque*, sa tête s'était peu à peu dérangée; elle était devenue faible et *gâteuse*. On la transporta à l'infirmerie. Un côté du corps devint-il alors plus faible que l'autre? On ne savait. Ce dont je pus m'assurer, c'est que, rentrée dans son dortoir vers le milieu du mois de janvier, elle pouvait marcher, puisqu'on était souvent obligé de courir après elle dans les cours pour la ramener aux heures des repas et du coucher. Son intelligence était toujours restée très faible: il lui arrivait quelquefois de ne pouvoir reconnaître son lit parmi ceux de ses voisines. Enfin, depuis une huitaine de jours on s'apercevait qu'elle avait peine à se tenir sur ses jambes et refusait les alimens.

A son entrée, le 19 février, je me bornai à constater une hémiplégie du côté droit, et le lendemain, quand je vins prendre les détails de l'observation, cette femme agonisait. Voici pourtant ce que je constatai:

Aucune trace d'hémiplégie faciale. Flexion permanente et raideur considérable du coude et de l'épaule du côté *droit*; extension de la jambe *droite*. Ces deux membres restent continuellement immobiles, tandis que les membres gauches s'agitent par intervalles dans le débat de l'agonie. La sensibilité existe partout; mais quel que soit le côté qu'on soumette aux pincemens, ce sont toujours les membres gauches qu'elle retire vivement, tandis qu'on n'observe dans les *droits* qu'un simple frémissement ou une rétraction légère, toujours plus étendue, au reste, dans le membre inférieur que dans le supérieur. Mort la nuit suivante.

Autopsie. Peu de sérosité dans les méninges et les ventricules.

Vers la partie moyenne de l'hémisphère *gauche*, on trouve une induration longue de 15 lignes environ, d'une largeur moindre, s'étendant de la face supérieure de l'hémisphère jusqu'en-dessus et en dehors du ventricule latéral, dont elle reste encore séparée par une couche de substance blanche, et constituée 1° au niveau de la substance corticale, par un mélange jaunâtre d'induration cérébrale et d'induration celluleuse, 2° dans le reste de son étendue, par un tissu blanc grisâtre, semé de quelques petites cavités arrondies et dépourvues de membrane, *ne différant du tissu cérébral que par sa fermeté et sa disposition en faisceaux irrégulièrement entrecroisés*. Les vacuoles qui en résultent ne contiennent, du reste, aucun liquide.

Vers l'extrémité postérieure du même hémisphère, cavité arrondie, de la grosseur d'une cerise, vide et tapissée d'une membranule finement injectée. Dans la partie renflée du corps strié, ramollissement dépourvu de toute injection, plus considérable à son centre, où il se résout en une cavité irrégulière *absolument vide*, et dans lequel a disparu la presque totalité des radiations blanches.

L'hémisphère droit, le cervelet, la protubérance, la moëlle sont à l'état normal.

Pneumonie au troisième degré du bord postérieur du poumon droit. Dilatation des deux ventricules du cœur et amincissement de leurs parois.

Quels que soient les symptômes qu'aient présentés la malade dix mois avant son entrée dans mon service, il est certain que l'altération trouvée dans l'hémisphère gauche remonte à cette époque. Une hémiplégie a dû être constatée alors à l'infirmerie; puis, sans cesser complètement, diminuer assez pour permettre à la malade de marcher, de se servir plus ou moins bien de son bras, ce qui, à son retour dans sa division, a pu faire croire aux employées qu'elle n'était pas paralysée. Or, cette altération, en quoi consiste-t-elle? 1° en une induration jaune en partie celluleuse comme celle de l'observation n° 5; 2° en une induration blanche parfaitement semblable à celles qui ont été décrites dans les observations nos 1, 2 et 3. Eh bien, quand on voudrait élever quelque doute sur la nature de la première partie de la lésion, parce qu'elle ne trouve son analogue que dans un des faits du *deuxième ordre*, où les symptômes n'ont pas été observés par le médecin, il n'en peut être de même pour la seconde partie, c'est-à-dire pour la presque totalité de la lésion, puisque ses caractères (outre qu'ils sont incompatibles avec la supposition d'un ancien foyer hémorragique) sont exactement ceux déterminés par les faits du premier ordre, faits complets, irrécusables à ce qu'il me semble, dont tous les points sont le produit de l'observation directe. Les mailles de cette altération n'étaient pas infiltrées de liquide blanc-de-chaux; mais il en est de ce liquide comme de la coloration jaune: sa présence est importante

et son absence ne l'est pas. Il y avait beaucoup de liquide chez la première et la troisième malade; il y en avait peu chez la deuxième; il n'y en avait pas du tout chez la quatrième. Rien de plus facile à comprendre que ces variations. Si l'endurcissement de la fibre cérébrale se fait avant la complète résorption de la matière liquéfiée, elle devra rester emprisonnée jusqu'à la mort dans les mailles de l'induration. Celle-ci sera sèche au contraire, si la résorption se fait rapidement. Et cette idée de la résorption du tissu ramolli trouve ainsi dans ce fait une double et curieuse application. Elle est d'abord confirmée par la lésion récente du corps strié, je veux dire par la vacuité du foyer de ramollissement creusé à son centre. Et puis, quand elle est ainsi confirmée, elle peut à son tour, par droit d'analogie, expliquer la vacuité des aréoles de l'induration.

Obs. X. — Raquette (Marie-Joseph), 82 ans. Entièrement dépourvu de renseignemens, je pris, le 30 janvier 1837, la note suivante:

Plusieurs jours de maladie. Se plaint de céphalalgie, d'étourdissemens, de tintemens d'oreille; obtusion considérable de l'intelligence; deviation de la commissure droite; affaissement de la narine gauche; rectitude de la langue; mobilité égale aux deux bras, *mais elle ne serre que faiblement de chaque main*. La malade mise debout fléchit et tomberait lourdement si on ne la soutenait. Dans son lit, elle peut soulever un peu les deux membres *et les amener péniblement à une demi-flexion*, égale de chaque côté. La sensibilité est conservée partout.

Aucun symptôme du côté de l'appareil respiratoire — Battemens du cœur lointains et réguliers; pouls large et résistant; constipation; déjections involontaires.

Dans la suite, *le côté gauche du corps resta dans le même état de demi-paralysie*. Mais le mouvement diminue graduellement dans les deux membres droits, et finit par s'abolir complètement. Des signes d'engouement pulmonaire se déclarèrent dans les derniers jours, et la malade mourut le 29 avril à une heure du matin.

Autopsie. Dans l'hémisphère droit, vers l'extrémité postérieure du centre ovale, dans l'étendue d'un pouce carré, *induration aréolaire* non celluleuse, d'une couleur blanche un peu éclatante, sans infiltration de liquide, tout à fait pareille enfin, sauf cette dernière circonstance, à celle décrite dans les trois premières observations. — En outre, petit foyer jaunâtre dans la couche optique.

Dans l'hémisphère gauche, en dehors de l'extrémité antérieure du corps calleux, induration exactement semblable, même pour l'étendue, à celle du côté opposé. — L'hémisphère entier est très injecté. Toute la substance corticale en bouillie semble avoir macéré dans du vin bleuâtre et s'enlève avec les méninges. La substance blanche très molle partout, excepté vers l'extrémité postérieure, le devient davantage par places et principalement autour de l'induration, et se résout en un grand nombre de cavités irrégulières remplies de liquide laiteux.—Le corps strié externe est aussi le siége d'un ramollissement semblable à celui des circonvolutions, renfermant à son centre une petite cavité qui contient de la matière cérébrale rougeâtre et diffluente.

Je me borne à dire qu'il y avait des signes de méningite récente sur toute la convexité cérébrale, qu'une cavité jaunâtre presque miliaire existait dans le cervelet, que la protubérance et la moëlle étaient saines.

Hépatisation rouge et grise du lobe postérieur du poumon droit. Cœur de volume normal; ossifications aortiques, etc.

Ainsi 1° paralysie générale incomplète; induration dans les deux hémisphères; 2° augmentation de la paralysie des membres droits; ramollissement récent de l'hémisphère gauche.

Il est clair que les considérations présentées à la suite de l'observation précédente s'appliquent parfaitement à celle-ci. Elles s'y appliquent même avec plus de justesse encore, en raison de la simplicité des lésions anciennes. Ici, pas de cavité centrale, pas de coloration jaunâtre, pas de texture celluleuse. Rien que l'entrelacement des fibres cérébrales endurcies, et les lacunes indiquant l'ancienne diffluence intersticielle.

RÉSUMÉ.

§. I. En ne faisant porter ce résumé que sur les faits qui ne me paraissent laisser aucun doute dans l'esprit, c'est-à-dire sur ceux du premier ordre (Obs. 1, 2, 3 et 4), et, sous le rapport des lésions anatomiques seulement, sur ceux du *troisième ordre* (Obs. 9 et 10), nous pouvons déjà formuler un certain nombre de propositions importantes.

1° Le ramollissement des centres nerveux peut guérir.

2° Il peut guérir à une époque avancée de sa formation. Dans les observations 1, 2 et 3, la paralysie était devenue presque complète, et dans deux d'entre elles (Obs. 1 et 3), la résolution avait succédé à la contracture. Dans la quatrième, l'hémiplégie était restée légère, et pourtant le ramollissement avait été porté au point de former cavité; mais il était peu étendu et situé dans une partie peu essentielle du cerveau.

3° La guérison opérée, si le désordre a été un peu considérable, il reste, comme à la suite des anciennes hémorragies, une paralysie plus ou moins profonde du mouvement, qui n'est pas toujours en rapport avec l'étendue de la lésion. Elle était incomplète de chaque côté du corps chez la malade Obs. 10, qui offrait une induration d'un pouce carré à l'extrémité des deux centres ovales. Elle était complète à droite et accompagnée de flexion permanente de l'avant-bras et de la main chez la malade Obs. 3, qui n'offrait qu'une altération de même grandeur et bornée à l'extrémité antérieure du centre ovale gauche. La malade Obs. 9, chez laquelle l'induration occupait une vaste étendue, pouvait encore se servir facilement de ses membres.

Mais si le mouvement est resté, en général, assez profondément altéré, la sensibilité, au contraire, a toujours repris, ou à peu près, son état normal, comme on sait que cela arrive après la cicatrisation des foyers sanguins. Et cette circonstance mérite d'autant plus d'être signalée, que l'altération de la sensibilité est ordinairement plus profonde dans le ramollissement que dans l'hémorragie, ainsi que l'a dit avec raison M. Cruveilhier.

Quant à l'intelligence, elle avait repris sa netteté chez les malades des Obs. 1 et 2; elle était restée obtuse chez deux autres (Obs. 3 et 4), et tout-à-fait déréglée chez la malade obs. 9.

Enfin, l'affaiblissement des fonctions organiques, manifesté, soit par l'engouement de la partie postérieure des poumons, soit par les déjections involontaires, a été observé chez presque toutes.

4° La cicatrice peut affecter l'une des deux formes suivantes:

A. Si la matière du ramollissement ne s'est pas réunie en foyer, il se forme une induration d'un blanc de nuances variables, quelquefois éclatant, d'autres fois grisâtre, constituée par des faisceaux inégaux de fibre cérébrale qui, entrelacés de mille manières, interceptent des alvéoles de forme et de grandeur très diverses. Il est bon, cependant, d'observer que cet entrelacement n'est peut-être qu'apparent; car il est impossible de suivre un de ces faisceaux d'une limite à l'autre de l'induration, et la simple criblure d'une portion de substance médullaire qui résulterait de sa destruction et de sa disparition en une foule de points très rapprochés, pourrait donner à ce qui en resterait toutes les apparences de la disposition entrelacée. Quoi qu'il en soit, les lacunes dont l'induration est creusée, et qui donnent à sa coupe une surface irrégulière, tantôt sont vides et sèches, et tantôt contiennent un liquide blanc de chaux. Il est très probable que les lacunes résultent de liquéfactions, puis d'absorptions partielles, opérées au sein même du ramollissement, avant que les points qui ne sont pas encore parvenus à une diffluence bien prononcée, se resserrent et s'endurcissent, et que, suivant que l'endurcissement a donné ou non à la pulpe liquéfiée le temps de se résorber complètement, ces lacunes se trouvent vides ou en contiennent encore une plus ou moins grande quantité.

C'est sans doute aussi à de petits foyers partiels de ramollissement qu'il faut rapporter ces cavités arrondies et dépourvues de membrane celluleuse, répandues dans l'épaisseur de l'induration chez la malade obs. 9.

B. Si, au contraire, le ramollissement a été porté au point de se fondre en une cavité, cette cavité, si elle n'est pas très large, peut encore se vider, se rétrécir par une sorte de plissement de ses parois, s'oblitérer enfin, et donner lieu à une cicatrice blanche, étoilée. (Obs. 4.)

5° Toutes ces cicatrices paraissaient se rapporter à des ramollissemens blancs. Seulement la couleur grisâtre de celle rencontrée chez la malade n. 9, bien que le travail de réparation fût achevé, autorise à penser que le ramollissement avait offert primitivement une injection sanguine peu intense.

§ II. Voici maintenant une autre proposition que je présente avec quelque réserve, parce qu'elle n'est déduite que des observations du *deuxième ordre* (5, 6, 7 et 8), et dont on appréciera la valeur par ce que j'ai dit de ces observations elles-mêmes (p. 17 et suiv.).

6° Le ramollissement cérébral peut encore se terminer: A. Par une induration jaune formée d'un mélange de tissu celluleux et de débris de tissu cérébral (obs. 5). B. Par une dégénération de la pulpe en une substance d'apparence gélatineuse (obs. 8). C. Par une cavité béante, à parois jaunes, sans toile celluleuse, mais à la surface de laquelle la substance cérébrale se condense de manière à lui donner l'aspect membraniforme (obs. 7). (Ces trois modes de cicatrisation appartiennent au ramollissement rouge confirmé; et il est probable que, quand l'infiltration sanguine n'a encore produit qu'une augmentation de densité, un peu de tuméfaction et de friabilité, elle donne lieu, en guérissant, à une induration jaune, simple, compacte et homogène (obs. 7).) D. Par une cavité béante, analogue à celle que je viens de décrire, mais à parois *blanches* (n. 6). (Il s'agit ici d'un ramollissement blanc.)

Je sens bien que l'examen de cette question: *Y a-t-il toujours des différences d'aspect, ou quelquefois identité, entre les cicatrices de l'hémorragie et celles du ramollissement?* terminerait convenablement ces recherches. Mais les nouvelles incertitudes qu'elles soulèvent m'imposent, à moi plus qu'à personne, le devoir d'attendre. Il est à présumer qu'à mesure que des observations analogues aux miennes se multiplieront, quelques-unes des cicatrices qu'on rattache imperturbablement

et sans contrôle aux épanchemens sanguins devront en être distraites en faveur du ramollissement. Mais encore une fois, il faut attendre.

5 mars 1838.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 14 MAI.

SUR LA NATURE ANIMALE DES ÉPONGES.

M. Dujardin adresse des observations sur les éponges d'eau douce, pour faire suite à celles qu'il a communiquées autrefois à l'Académie. Le résultat de ce nouvel examen est de fixer désormais d'une manière certaine la place des éponges dans la classification, et de prouver que ces êtres ambigus, promenés jusqu'ici du règne végétal au règne animal, sont réellement des groupemens d'animaux, de parties vivantes analogues aux amibes ou protées de Muller. S'il n'y a point dans les éponges l'individualité propre aux animaux des classes supérieures, on y voit bien positivement du moins, dit M. Dujardin, la contractilité et l'extensibilité alternatives qui caractérisent tous les animaux.

En effet, ajoute l'auteur, si d'une éponge vivante on détache une parcelle pour la soumettre au microscope entre des plaques de verre, on voit la substance vivante se grouper en masses arrondies irrégulièrement renfermant des granules verts ou diversement colorés suivant l'espèce qu'on observe. Ces masses irrégulières semblent d'abord immobiles, mais en se servant d'un éclairage convenable, on voit sur les bords des expansions arrondies, diaphanes, qui changent de forme à chaque instant. Souvent aussi des parties isolées par le déchirement de la masse et larges de 1 à 2 centièmes de millimètre, se meuvent lentement dans le liquide en rampant sur le verre au moyen de leurs expansions mobiles et diaphanes, comme de véritables amibes. Ces parties isolées, on les prendrait pour de simples globules verts remplis de granules, si l'on ne faisait apparaître les bords des expansions par un effet de réfraction.

Ces faits ont été observés par M. Dujardin dans la *spongia panicea* et dans la *cliona celata* sur les côtes de la Manche et dans les spongilles de l'Orne et des environs de Paris depuis l'année 1835.

HIBERNATION DES HIRONDELLES.

On lit, de la part de M. Dutrochet, absent, une note relative à un fait dont il a été témoin. Au milieu de l'hiver deux hirondelles ont été trouvées engourdies dans un enfoncement qui existait dans une muraille et dans l'intérieur d'un bâtiment. Entre les mains de ceux qui les avaient prises, elles ne tardèrent pas à se réchauffer et elles s'envolèrent. Peut-être ces hirondelles entrées par hasard dans le bâtiment n'avaient pas pu en sortir; peut-être appartenant à une couvée tardive, étaient-elles trop jeunes ou trop faibles pour entreprendre ou pour continuer le long voyage de la migration. Quoi qu'il en soit, dit M. Dutrochet, ce fait prouve que les hirondelles sont susceptibles d'hibernation bien qu'elles n'hibernent pas ordinairement.

TRAITEMENT DU TÉTANOS PAR L'ÉLECTRICITÉ.

M. Matteucci adresse à ce sujet la note suivante : « Tout physicien qui a fait quelques expériences sur le passage des courans électriques dans les membres d'une grenouille, a dû voir plus d'une fois l'animal pris d'une sorte de contraction tétanique. Il suffit pour cela de préparer rapidement la grenouille, de lui enlever tout d'un coup la peau, d'enfiler sa moëlle épinière lorsqu'elle est encore très vivace, ou bien de renouveler le passage du courant électrique dans ses muscles un grand nombre de fois, en laissant le moindre intervalle possible de temps entre les passages. On voit toujours, dans ce cas, les membres de la grenouille se contracter et devenir rigides et inflexibles.

» On sait aussi, depuis Volta, que le passage continue du courant électrique dans les muscles de la grenouille, et toujours dans le même sens, cesse de produire les contractions; c'est en partant de ce principe que j'ai pu réussir à faire disparaître la convulsion tétanique développée dans les grenouilles par les causes indiquées.

» Ayant pu de cette manière réaliser sur la grenouille la méthode proposée par M. Nobili pour l'application de l'électricité au tétanos, je me suis occupé de déterminer comment on aurait pu faire cette application plus utilement en ayant égard à la direction du courant et à la manière de l'introduire. D'après un certain nombre de recherches, faites toujours sur des grenouilles, il me semble que le plus avantageux est de faire en sorte que la première introduction du courant détermine dans l'animal la moindre contraction possible. J'ai vu aussi les grenouilles tétanisées se rétablir plutôt sous l'influence du courant inverse. Il y a encore un soin qu'il ne faut pas oublier dans cette application, et surtout lorsque le courant électrique est produit par un grand nombre de couples : c'est d'établir la circulation d'une manière lente et presque insensible pour l'animal. On y réussit en touchant la peau ou les muscles par des morceaux de toile par lesquels on termine les conducteurs métalliques de la pile. On mouille petit à petit ces morceaux de toile, d'abord avec de l'eau distillée, ensuite avec de l'eau de plus en plus conductrice et salée. De même il faut, quand la première pile est épuisée, la remplacer par une seconde, de telle sorte que l'introduction du courant ne détermine pas de contractions.

» Après ces recherches, poursuit M. Matteucci, j'ai toujours attendu avec impatience l'occasion d'appliquer le courant électrique à quelque malheureux pris du tétanos. Le docteur Farina, habile médecin de Ravenne, appelé auprès d'un malade atteint de cette maladie, a bien voulu se prêter récemment à cette application. Je n'ai pu moi-même surveiller les expériences, étant retenu, depuis plusieurs semaines, au lit par une fracture de la jambe. La cause du tétanos était, dans ce cas, la présence d'un grand nombre de grains de plomb dans les muscles, les tendons, etc., de la jambe, par suite d'un coup de fusil reçu dix jours auparavant. C'était, suivant moi, le cas le plus défavorable, la présence de ces corps étrangers étant toujours près de déterminer dans les nerfs cet état d'oscillation permanente qui me semble constituer l'affection tétanique. L'application de l'électricité ne fut faite que deux jours avant la mort, et lorsque le tétanos était déjà développé avec toute sa violence. La pile employée était de 25, 30, 35 couples à colonne, large de 8 centimètres, et chargée avec de l'eau salée et légèrement acidulée. Le courant marchant de l'extrémité de la moëlle épinière au cou, le passage était continué pendant une demi-heure, en renouvelant une fois la pile dans cet intervalle. Le courant était introduit de la manière indiquée plus haut, c'est-à-dire en humectant les extrémités en toile des arcs conducteurs appliqués sur la peau, avec de l'eau d'abord très peu conductrice.

» L'application du courant a été répétée six fois dans deux jours. Dès que le courant fut établi, on vit, à la grande surprise des nombreux médecins qui se trouvaient présens, le malade se tranquilliser, sa bouche s'ouvrir, tous les muscles se détendre, la peau s'humecter, la circulation reprendre son cours naturel.

» L'influence bienfaisante de l'application de l'électricité était telle, que le malade demandait constamment à y être soumis. Malheureusement, l'amélioration n'était pas de longue durée, et il paraît qu'on ne pouvait pas la soutenir, même en renouvelant la pile. J'ai éprouvé le plus grand regret de ne pouvoir diriger moi-même l'application; mais l'impression produite par ces essais a été telle, que je puis bien compter sur le zèle et l'empressement de tous les médecins éclairés de la ville toutes les fois que des cas semblables se présenteront.

» Le docteur Farina publie dans ce moment l'histoire complète de cette maladie, et les résultats de l'autopsie cadavérique. »

SUR L'EMPLOI DES MÉTHODES OPTIQUES DANS LES RECHERCHES DE CHIMIE.

M. Biot lit une note sur ce sujet à l'occasion de quelques nouveaux faits d'isomérie signalés dans la dernière communication de M. Berzelius.

Les corps appelés isomères offrent un des cas les plus singuliers de la mécanique chimique. Contenant les mêmes principes pondérables, unis dans les mêmes proportions, ils offrent cependant des affections, ou du moins certaines affections chimiques dissemblables qui obligent à les considérer comme des systèmes moléculaires distincts. Ces deux résultats, en apparence contraires, se concilient aisément, si l'on imagine que dans les corps dont il s'agit les groupes complexes, qui exercent l'action chimique sans se désunir, contiennent des nombres différens d'atomes semblables formés par l'union de leurs principes élémentaires, ou bien que ces atomes, en nombre égal, y sont arrangés entre eux différemment, ou enfin que ces deux genres de dissemblance ont lieu à la fois. L'idée que l'on s'est formée ainsi du phénomène de l'isomérie en est même l'expression nécessaire, si les principes pondérables seuls constituent les corps. Elle en est du moins la première et la plus simple que l'on ait dû admettre jusqu'à ce que son insuffisance fût prouvée.

Le choix entre les diverses probabilités qui viennent d'être indiquées se fait en comparant les proportions pondérables de chaque corps qui s'unissent à d'autres corps pour former des combinaisons de même ordre; mais il n'est pas toujours également facile de contraindre ces rapports à se manifester. Par exemple, les huiles essentielles de citron et de térébenthine, amenées par des rectifications successives à un état de composition permanent, ont été reconnues par plusieurs chimistes très habiles comme exactement isomères. Ils y ont alors trouvé pour élémens uniques l'hydrogène et le carbone unis dans la proportion commune de 23 parties en poids du premier, contre 117 du second; mais en les combinant toutes deux avec un troisième corps, l'acide hydrochlorique, il se manifeste entre elles une différence profonde. Chacune se sépare d'abord en deux portions encore isomères qui, s'unissant à l'acide, donnent deux produits; l'un liquide, peu étudié jusqu'à ce jour, l'autre solide, que l'on a exactement analysé; or, dans celui-ci on trouve un poids inégal des deux essences; le rapport est comme 1 à 2. De là on conclut que le groupe moléculaire qui constitue l'essence de térébenthine et qui s'unit à l'acide, contient en atômes complexes formés d'hydrogène et de carbone un nombre double de celui qui constitue l'essence de citron.

Toutefois cette conclusion ne vaut que pour la portion qui donne le produit solide, puisqu'on l'a seule analysée, d'autant qu'en décomposant ce produit, on n'y retrouve plus l'essence même dont il est extrait, mais seulement un liquide encore isomérique avec elle, ce qui en diffère par plusieurs caractères physiques extérieurs. Du reste, on ne connaît pas d'autre combinaison où l'on puisse engager les deux essences, et ainsi ce sont là à peu près les seules indices chimiques que l'on ait sur la diversité de leur constitution moléculaire. Maintenant, voici ceux qu'y ajoute l'emploi de la lumière polarisée. D'abord, en faisant traverser chacune des deux essences par un rayon de cette lumière, on voit tout de suite que leurs groupes moléculaires sont constitués différemment, car elles agissent en sens contraire sur le rayon, chacune dans le même sens que son hydrochlorate. En outre, l'intensité atomique de l'action, pour être amenée à l'égalité, exige encore, à fort peu près, ce rapport qu'on avait trouvé dans la combinaison chimique solide, comme le remarque M. Dumas lorsque M. Biot présenta ces expressions de comparaison à l'Académie. Enfin, le liquide qu'on retire de cette combinaison, quand on le décompose, peut être étudié de même; c'est ce qu'a fait M. Biot, mais seulement pour le produit fourni par l'essence de térébenthine, et il y a reconnu ainsi une dissemblance intime avec l'essence primitive, comme l'annonçait la différence des caractères extérieurs. Les notions ainsi obtenues directement sur la constitution des groupes moléculaires, tant des deux essences que des produits combinés qu'on en dérive, ne peuvent-ils pas, dit l'auteur du mémoire, être de quelque secours à la chimie dans les cas où elle en a si peu d'autres, ne fût-ce que pour fixer des limites expérimentales à ses conjectures.

L'utilité d'une semblable épreuve est encore plus évidente lorsqu'on ne con-

nait aucun corps qui forme, avec les substances isomères, des combinaisons de même ordre où leurs groupes propres entrent en diverses proportions. Tel est le cas des acides *tartrique* et *paratartrique*. L'analyse chimique leur trouve une composition identique. Les expériences jusqu'ici connues paraissent établir que dans toutes leurs combinaisons de même ordre avec d'autres substances, chacun d'eux porte exactement les mêmes proportions. Leur correspondance se conserve jusque dans la série de modifications qu'ils parcourent lorsqu'on a agi sur eux de la même manière pour les détruire. Néanmoins leur mode différent de cristallisation, surtout leur solubilité inégale quand ils sont désagrégés, inégalité qui se communique à plusieurs de leurs sels, suffisent pour prouver que leur constitution moléculaire est différente, et ce sont là, à ce qu'il semble, les seuls caractères par lesquels la chimie les distingue. Mais qu'on les dissolve dans l'eau pour les désagréger, et qu'on fasse ensuite passer un rayon de lumière polarisée à travers leurs solutions, la diverse constitution de leurs particules deviendra aussitôt visible, car l'acide tartrique agira sur cette lumière par un pouvoir moléculaire sensible, mesurable, qu'il portera dans tous les tartrates, tandis que dans les mêmes circonstances aucune action appréciable de ce genre ne se manifestera avec l'acide paratartrique ni avec ses sels.

La même méthode manifeste immédiatement la diverse constitution d'un grand nombre d'autres substances isomères. M. Berzelius reconnait aujourd'hui pour isomère le sucre de canne, la gomme arabique, l'inuline, la fécule, la dextrine. Sans prétendre discuter ici cette opinion de l'illustre chimiste, on peut dire que, si les rapprochemens qu'il indique se vérifient, s'ils se multiplient, comme il est permis de le prévoir, et s'ils sont reconnus nécessaires, il deviendra de plus en plus probable que les seuls principes pondérables ne constituent pas les corps, ou du moins ne déterminent pas complètement leurs propriétés, ce qui n'a rien que de très possible. Quoi qu'il en soit, les substances qui viennent d'être nommées montrent à l'instant des diversités d'affections moléculaires, aussi variées que profondes quand on les étudie par la lumière polarisée ; le sucre de canne et la fécule désagrégés deviennent les plans de polarisation vers la droite ; mais leur action est inégale en intensité, et elle est modifiée d'une manière toute diverse quand on expose les deux substances à des agens chimiques qui les altèrent progressivement et les transforment en d'autres produits. La gomme arabique et l'inuline, au contraire, deviennent les plans de polarisation vers la gauche, et les réactifs chimiques modifient aussi cet effet tout différemment.

La plupart de ces réactions peuvent être rendues à volonté lentes ou soudaines. On peut suivre leurs progrès pendant des années entières, sous des influences combinées du temps et des diverses températures, ou les voir s'accomplir en un moment. Les produits formés ont aussi des pouvoirs rotatoires propres qui sont dissemblables. Leur progrès l'est aussi, et lorsqu'il se termine définitivement par une transformation en matières sucrées, ces sucres se montrent moléculairement distincts dans leurs actions rotatoires. Tout cela, dit M. Biot, ne peut-il pas être de quelque secours à la chimie pour étudier des substances qui lui semblent identiques dans leur composition, et que parfois elle peut amener difficilement à manifester des affections atomiques d'une dissemblance certaine.

L'amidon, poursuit l'auteur, peut être cité comme exemple. Que reste-t-il, en effet, des recherches de M. Payen? C'est que lorsque la fécule, qui est primitivement un globule organisé de dimensions sensibles, a été suffisamment désagrégée pour que ses groupes moléculaires puissent entrer en combinaison chimique avec d'autres substances, quel que soit le degré de cette atténuation et la nature des principes chimiques ou des procédés mécaniques employés pour l'opérer, les groupes moléculaires ainsi obtenus offrent toujours la même composition élémentaire et la même capacité de combinaison; de sorte que leur formule atomique ou rationnelle, comme on l'appelle, est aussi la même. Mais voilà précisément ce qu'annonçait l'identité de sens et d'énergie de leur action sur la lumière polarisée dans les divers états dont il s'agit, et M. Payen s'est plu à reconnaître que c'est la constante identité de ces indices moléculaires qui a guidé et soutenu sa persévérance dans les recherches délicates qui l'ont conduit à ces conclusions. J'oserai dire, poursuit M. Biot, que les mêmes indices devancent aujourd'hui les résultats de la chimie, en manifestant des dissemblances d'actions moléculaires dans des circonstances d'isomerie auxquelles elle n'a pas encore appliqué ses procédés d'investigation.

Il n'y a rien de plus rigoureusement isomérique qu'une solution aqueuse d'acide tartrique amenée temporairement à des températures de quelques degrés différentes dans des vases clos; mais la lumière polarisée montre que les affections moléculaires de ces solutions varient progressivement avec le degré du thermomètre, et reviennent au même état primitif quand la température est revenue au même degré. Peut-on croire que ces variations n'en occasioneraient pas de correspondantes dans les propriétés chimiques des groupes, si l'on avait des réactifs assez délicats pour les apprécier?

Enfin, aux exemples multipliés que l'on pourrait donner de ces applications, on peut ajouter que le même mode d'application peut souvent servir pour apprécier et rendre, en quelque sorte, oculairement sensibles les modifications temporaires d'état que certaines substances subissent quand elles se combinent avec d'autres douées du pouvoir exécutoire. C'est ce que M. Péligot, par exemple, pourra aisément constater sur les combinaisons solubles qu'il a formées avec les différentes espèces de sucre, s'il veut leur appliquer les méthodes qui viennent d'être indiquées; et elles ne seraient pas moins propres à compléter les caractères des transformations progressives que M. Frémy a opérées dans l'acide tartrique par la chaleur. Ce que je puis, dit M. Biot, retirer en toute assurance des occasions que ces deux chimistes m'ont données d'observer quelques-uns de leurs produits. En général, lorsqu'on entre un peu profondément dans l'étude intime des corps, on ne tarde pas à reconnaître qu'il faut les soumettre aux épreuves les plus vastes pour deviner les mystères de leur constitution. Et plus la nature des procédés qu'on leur a appliqués est différente, plus les caractères qu'ils nous révèlent sont précieux à combiner, à cause de l'éloignement des conditions mécaniques que nous pouvons rattacher ensemble. Aurait-on pu croire, il y a quelques années, que les impressions produites sur les liquides en mouvement, par les vibrations d'un instrument de musique, seraient l'indice le plus propre à mettre en évidence le mode physique par lequel s'opère leur écoulement?

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 13 MAI. — PRÉSIDENCE DE M. MOREAU.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Lettre de M. le ministre du commerce, avec envoi d'un rapport de M. le docteur Peysson, médecin principal d'armée, sur les eaux minérales de Montbrison. (Commission des eaux minérales.)

2° Lettre du même; demande le résultat des essais que l'Académie a dû faire des moyens préconisés par M. Marochetti de St-Pétersbourg à titre de préservatif de la rage.

3° Lettre *idem*, avec envoi de la recette et de l'échantillon d'un remède odontalgique proposé par le sieur Qaet, pharmacien à Lyon.

4° Etats des vaccinations de l'Aude, des Ardennes, des Hautes-Alpes et des Bouches-du-Rhône.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

1° Lettre de MM. Requin, Devergie, Briquet, Casimir Broussais, Guérard, se portent comme candidats à la place présentement vacante dans la section d'hygiène.

2° Lettre de M. Bellanger de Senlis, contenant des réclamations contre un rapport touchant son travail sur la rage. A cette lettre est jointe une série de faits sur le même objet.

3° Epidémie de phthisie pulmonaire, par M. Ménard.

4° Lettre de M. Denaus, de Marseille, du 14 avril, avec envoi d'un système de viroles qu'il propose en remplacement de la suture pour réunir les plaies transverses des intestins.

5° Lettre de M. Charrier, avec envoi de certificats sur les vaccinations qu'il a faites.

6° Quelques réflexions sur le traitement de certaines névralgies, etc., par M. Sandras.

7° Notice sur la méthode ostéotrepique pour réduire les luxations des articulations orbiculaires, par un correspondant de l'Académie.

NOUVEAUX APPAREILS POUR LE TRAITEMENT DES FRACTURES DES MEMBRES INFÉRIEURS, PAR M. SAINT-MARTIN. RAPPORT DE M. CIMELLE.

M. Saint-Martin commence par faire la critique de tous les appareils auxquels il veut substituer le sien. Le nouvel appareil est une *boîte à fracture*, composée de trois pièces, deux latérales et une inférieure. Celle-ci est un véritable fond sanglé. Les deux pièces latérales réunies à ce fond par des charnières sont mobiles, susceptibles, par conséquent, de s'élever et de s'abaisser à volonté.

La boîte étant ouverte, on dispose dans le fond un bandage de scultet, sur lequel on étend le membre après l'avoir réduit.

M. Saint-Martin cite plusieurs observations de fractures toutes guéries par cet appareil, et il remarque expressément que la plupart étaient de celles pour lesquelles la chirurgie pratique habituellement l'amputation.

La commission convient que cet appareil n'est pas sans quelques avantages et vote des remercîmens à son auteur.

MÉMOIRE SUR QUELQUES POINTS DE LA VISION, PAR M. GERDY.

Sous ce titre, M. Gerdy a fait une longue lecture, dont le but est évidemment de prouver que la vue est le plus parfait de tous les sens, le roi des sens, comme il l'a dit.

M. Rochoux : Je ne sais si la vue est le plus fidèle de tous les sens, mais il est certain que, dès la plus haute antiquité, son infaillibilité a été très contestée. Vous savez ce que disaient à cet égard les stoïciens : ils disaient que les yeux nous faisaient voir rond ce qui était carré quand l'objet était un peu éloigné. Haller, au contraire, soutenait l'exactitude des sensations de la vue, et, en preuve, il citait l'exemple des poulets qui, à peine éclos, piquent de leur bec les grains dont ils se nourrissent et ne se trompent pas. Or, disait-il, il semble qu'ils devraient lever le bec en l'air, puisque les objets se peignent renversés sur la rétine.

M. Guéneau de Mussy : L'idée capitale du mémoire qui vient de vous être lu est d'établir la suprématie de la vue sur les autres sens. Or, au risque d'encourir l'épithète qui a excité le rire de l'assemblée, j'ose être d'un autre sentiment que M. Gerdy. Les yeux nous induisent souvent en erreur ; ils nous trompent spécialement sur la forme et la grandeur des objets ; heureusement le jugement redresse l'erreur de la vue. Au reste, c'est, selon moi, une question puérile que celle de rechercher quel est le plus parfait de tous les sens. Ils ont tous reçu des fonctions spéciales, et il est à croire que chacun est parfait en ce qu'il est. Les yeux nous font connaître les couleurs et la surface en étendue ; mais la surface en étendue est un être de raison : ce n'est rien au fond, car il n'y a pas de surface sans profondeur. Voilà, dis-je, tout ce que nous pouvons attendre des yeux réduits à eux-mêmes ; mais il est si vrai que ces organes nous trompent qu'un objet vu à une certaine distance nous paraît deux fois ou trois fois plus petit qu'à une distance double ou triple, et cependant nous le jugeons tel qu'il est. Pourquoi? C'est qu'ici l'intelligence supplée à l'illusion des sens. On dit que les yeux nous mettent en rapport avec les astres ; sans doute; mais si nous n'en savions que ce qu'ils nous en apprennent, il faut convenir que nous en aurions de bien fausses idées. S'il fallait assigner un rang aux différens sens, je donnerais le premier rang à l'ouïe. Homère, Milton étaient aveugles, et ils n'en ont pas moins été des génies. Sunderson était aveugle de naissance, et il est devenu un habile géomètre. Mais citez-moi un sourd-muet de naissance qui ait été homme de génie ; vous n'en trouverez pas.

M. GERDY : Je répondrai que si Haller a dit que le poulet qui vient de naître devait porter son bec en l'air pour prendre sa nourriture qui est sur terre, Haller s'est trompé. Dans le système où il raisonne, tous les objets étant renversés, il est clair que leurs rapports ne sont pas changés.

M. Guéneau de Mussy croit que je n'ai pas vu que les sens ont chacun des fonctions spéciales; et comment aurais-je pu faire pour ne pas voir une chose si simple et si frappante? Je sais donc que chaque sens a sa destination, et que chacun ne peut juger que de ce qui est de sa compétence; mais je soutiens qu'à cet égard les pouvoirs des yeux sont plus étendus que ceux d'aucun autre sens; ils ne jugent pas seulement des couleurs et de l'étendue : ils jugent du nombre, des reliefs ou saillies, et ils distinguent les corps à leur déplacement. C'est ainsi qu'ils ont pris connaissance des astres. En voyant qu'ils étaient tantôt dans un point et tantôt dans un autre point du firmament, ils ont appris à les distinguer. On dit que des objets vus dans l'éloignement ne nous paraissent pas tels qu'ils sont; mais on peut s'en approcher et les examiner sous diverses faces. On a dit encore que l'ouïe l'emportait sur la vue, en ce qu'il entrait dans l'intelligence plus de connaissances par les oreilles que par les yeux : c'est là une grande erreur. A coup sûr, on apprend plus de choses en lisant qu'en écoutant. On sait, d'ailleurs, la facilité avec laquelle les sourds-muets se communiquent leurs pensées par la pantomime.

Enfin, je ne nie pas que les sens ne s'aident les uns les autres. Je l'ai dit expressément dans mon mémoire.

M. PARISET : S'il m'était permis de raconter une petite historiette de Sanderson, je dirais qu'un jour, entendant rire sans fin une dame, il dit : « Je crois que cette dame a de belles dents, » pensant bien que sans cela elle n'aurait pas ri de si bon cœur et si longtemps.

M. GUENEAU DE MUSSY : La vue ne fait voir que des surfaces, jamais de reliefs. Quant aux sourds-muets, je les connais assez bien, depuis quatorze ans que je suis administrateur de la maison où ils sont élevés, pour en parler. Eh bien! quand après six ans d'une éducation soutenue on peut les amener à lire passablement un livre fort simple, on n'a pas perdu son temps; et, en effet, sur le nombre, il en est beaucoup qui n'arrivent pas jusque là. Ce n'est pas que leur intelligence soit en réalité moindre que celle des entendans; mais elle ne se développe pas, et pourquoi ne se développe-t-elle pas; c'est qu'ils sont privés de l'éducation indirecte, j'entends par là la conversation des personnes qui les entourent, et où les enfans qui entendent prennent la plus grande partie de leurs connaissances. Bref, un sourd-muet n'est pas plus avancé à seize ans qu'un enfant ordinaire à six ou sept ans.

M. BARTHELEMY : M. Gerdy a parlé de la faculté qu'ont les animaux de retirer l'œil au fond de l'orbite. Cela n'a rien d'étonnant; ils ont un muscle destiné à cet usage; c'est le muscle orbiculaire introrbital, aujourd'hui nommé *orbito-scléroticien*.

M. CASTEL : Je reconnais et j'envie un peu les avantages des bons yeux; mais je ne leur permettrai pas de détrôner le toucher. L'œil n'est pas le plus parfait ni le premier de tous les sens; mais il est le plus fécond en impressions; pourquoi cela? Parce que les couleurs sont nombreuses, et parce que la langue a plus de ressources pour les rendre. Du reste, l'ouïe est de tous les organes celui qui reçoit les impressions les plus fortes; et voilà pourquoi la nature en a placé les organes dans les parties les plus dures du crâne.

M. DESPORTES : Il est impossible d'établir entre les sens aucune espèce d'hiérarchie; ils ne sont pas comparables. L'œil, comme les autres, a besoin d'éducation pour bien remplir ses fonctions, et il a besoin des secours de l'intelligence pour redresser ses erreurs. Si l'on voulait à toute force dire quel est le sens le plus utile, il faudrait rechercher quel est celui dont la perte entraîne le plus d'inconvéniens. Or, je crois que c'est l'ouïe : il est certain, du moins, que les sourds sont tristes, qu'ils tombent presque tous dans la mélancolie, et finissent quelquefois par le suicide.

M. DUBOIS d'Amiens : M. Gerdy a dit que les philosophes du dix-huitième siècle avaient un peu déprécié le sens de la vue pour exalter celui du toucher; c'es une erreur. Cabanis a dit, au contraire, que les yeux étaient le plus intellectuel de tous les sens.

M. ROCHOUX connaissait l'explication que M. Gerdy a donnée de l'erreur de Haller.

M. GERDY répond à M. Guéneau de Mussy que si les sourds-muets ne s'instruisent pas faute de leçons continues, il serait facile de perfectionner leur éducation.

Du reste, il maintient que la vue est le roi des sens, et qu'elle nous trompe beaucoup moins qu'on ne croit. Ainsi, quand, en présence de deux longues lignes d'arbres, elle nous montre les derniers plus petits que les premiers, elle nous les montre tels qu'ils sont dans la nature. Cette petitesse n'est pas, quoi qu'on en ait dit, une illusion d'optique; c'est une réalité.

ADDITION A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DU 8 MAI.

SUR LES MALADIES DE LA PROVINCE DE BONE; par M. le docteur WORMS.

NOTA. Nous n'avions pu saisir exactement le sens de la lecture que M. le docteur Worms avait faite à la dernière séance de l'Académie : voici une analyse plus exacte du travail de ce médecin.

M. le docteur Worms, médecin ordinaire de l'armée d'Afrique, donne lecture d'un mémoire sur les maladies de la province de Bone, où il a séjourné pendant cinq années; il expose que l'expérience l'a graduellement conduit à considérer les divers états qu'on a désignés sous les noms de gastrocéphalite, de céphalite, d'entérites et de colite, etc., et comme le résultat d'une modification de l'organisme produite par l'impaludation; pour lui, ces formes n'ont pas le caractère d'inflammation ou d'irritation qu'on leur reconnaît généralement en Afrique. Il n'hésite pas à les considérer comme éminemment asthéniques, et rejette du traitement l'emploi des saignées, soit générales, soit locales, à l'influence desquelles il croit pouvoir attribuer la génération des accès pernicieux algides, des hydropisies, et le nombre effrayant des décès dans nos hôpitaux. Il affirme que l'emploi du sulfate de quinine, précédé de l'administration d'un émétique et l'usage immédiat d'une bonne alimentation et de boissons toniques et irritantes, lui ont donné des succès tellement remarquables, qu'il a cru devoir soumettre la méthode au jugement de l'Académie.

L'heure avancée n'ayant pas permis d'achever la lecture de ce mémoire, une discussion s'élève sur la question de savoir si on renverra la fin à la séance suivante; mais M. Worms ayant fait observer que son départ très prochain ne lui permettra pas de profiter de cette faveur, les débats se terminent par le renvoi à une commission, qu'on priera de rendre compte le plus promptement possible de cet important travail.

MM. Bally, Gasc et Louis sont chargés du rapport.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

OBSERVATION DE PÉRITONITE CHRONIQUE GRAVE, TRAITÉE AVEC SUCCÈS PAR LES OPIACÉS; communiquée par M. MALVANI, chirurgien-major du premier régiment de la brigade de Savoie en Piémont.

J'ai lu avec le plus grand intérêt les observations que vous avez insérées dans la GAZETTE MÉDICALE sur les perforations intestinales.

Ces observations, ajoutées à celles déjà publiées par Laënnec, Louis, et quelques médecins anglais, fournissent sans doute assez de données pour mettre le praticien en garde contre les causes et les effets de cette trop souvent fatale désorganisation; mais ce n'est pas assez : il s'agit de savoir si l'on ne pourrait pas employer quelque agent thérapeutique autre que les saignées locales et générales, les émolliens, etc., qui pût avoir une plus grande influence pour arrêter les progrès de la péritonite consécutive, cause si souvent immédiate de la mort : les Anglais (Graves, Stock) croient avoir trouvé ce moyen dans l'opium; et comme vous paraissez douter de son efficacité, je m'empresse de vous faire part d'une observation qui m'est propre et qui vient à l'appui de la pratique des médecins anglais.

OBS. — En janvier 1836, j'ai été appelé pour donner des soins à un garçon de douze ans, nommé Carginao, fils d'un marchand de cette ville. Deux ans auparavant, j'avais traité cet enfant d'une carie des os du tarse du pied gauche; je lui avais enlevé les deux derniers os cunéiformes, j'avais cautérisé plusieurs fois le scaphoïde, et en administrant intérieurement les anti-scrofuleux, j'avais réussi à arrêter la carie; enfin à force de soins, j'avais obtenu une bonne cicatrice, c'est alors que je conseillai aux parens d'envoyer leur enfant passer l'été dans nos montagnes espérant qu'il s'y rétablirait entièrement.

D'abord l'enfant avait beaucoup profité; il se nourrissait très bien, avait acquis des forces, de l'embonpoint et quitté les béquilles : mais au lieu de le faire revenir avant le froid, on le laissa jusqu'au commencement de l'hiver renfermé dans des écuries; il perdit l'appétit, et quelque maladroit lui fit prendre de l'eau-de-vie de marc, l'assurant que cela lui donnerait de l'appétit et des forces : cet enfant fit un tel abus de cette liqueur qu'il tomba gravement malade, et l'on fut obligé de le transporter en ville. Voici l'état dans lequel je le trouvai lors de ma première visite : amaigrissement, fièvre continue, rougeur circonscrite des joues, parfois diarrhée avec coliques, tenesmes, ventre tendu et très douloureux au toucher. Les sangsues sur le ventre et à l'anus répétées plusieurs fois, les bains, les fomentations, les cataplasmes émolliens, les lavemens de mauve, de décoction de riz, et semoule pour toute nourriture, n'apportèrent qu'un soulagement passager; je lui fis appliquer sur le ventre un large emplâtre de poix de Bourgogne émétisé; on ne l'enleva que lorsque de gros boutons furent développés sur la peau; on revint aux cataplasmes émolliens; les boutons suppurèrent, mais les douleurs, la tension du ventre, ainsi que la fièvre ne furent aucunement amendés; la maigreur était extrême; je croyais la maladie au-dessus des ressources de l'art, c'était au commencement de mars, quarante à cinquante jours à dater du moment où j'avais vu le malade; en désespoir de cause, je lui prescrivis le laudanum d'abord à dose de quinze gouttes matin et soir dans une émulsion de semences communes; ensuite d'un scrupule jusqu'à un demi-gros. Sous l'influence de ce remède, la fièvre diminua, les douleurs se calmèrent, les selles devinrent naturelles, et peu à peu, contre mon attente, le malade se remit parfaitement. Aujourd'hui, 25 janvier 1838, l'enfant est très bien portant.

La nullité de la méthode antiphlogistique, comparée à l'efficacité de l'opium pour arrêter les progrès de cette péritonite violente, qui menaçait les jours du malade, est ici d'une telle évidence que tout commentaire est inutile.

Agréez, etc.

NOTE DU RÉD. — L'observation qu'on vient de lire n'est pas assez précise pour qu'il soit permis d'établir un diagnostic certain. S'agissait-il d'une entérite chronique avec ou sans ulcération intestinale ou d'une péritonite? il est permis de rester dans l'incertitude; cette incertitude dans le diagnostic n'empêche cependant pas de reconnaître le véritable service rendu par l'opium dans cette circonstance.

LETTRE SUR QUELQUES POINTS DE LA DISCUSSION QUI A EU LIEU A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE, A L'OCCASION DU MÉMOIRE SUR LES MALADIES DE LA VIEILLESSE; par M. PRUS.

Paris, ce 7 mai 1838.

Monsieur le rédacteur,

C'est une condition quelquefois fâcheuse que celle des médecins qui soumettent des travaux au jugement de l'Académie. Le rapporteur, obligé d'être court, extrait du mémoire qu'il est chargé de faire connaître quelques-unes des propositions les plus importantes. Ces propositions, ainsi isolées de ce qui les précède et de ce qui les suit, dénuées des preuves sur lesquelles elles reposent, peuvent provoquer des objections d'autant plus nombreuses, d'autant plus vives qu'elles auront été plus mal comprises. C'est ce qui est arrivé dans la séance de l'Académie royale de médecine du 24 avril dernier, relativement à mon mémoire sur les maladies de la vieillesse. Permettez-moi, je vous prie, de donner dans votre journal, quelques explications qui montreront que les reproches qui m'ont été adressés portent tous complètement à faux. Vos lecteurs en jugeront.

M. ROCHOUX a signalé, dans mon travail, ce qu'il appelle une assertion fausse et une erreur d'observation. L'assertion fausse consisterait à avoir dit que les constitutions de l'année ont une grande influence sur le développement de l'apoplexie. C'est là, ajoute-t-il, une idée toute théorique et en contradiction avec ses observations personnelles qui prouvent que l'hémorragie cérébrale se montre à peu près indistinctement dans toutes les saisons, dans tous les climats, et avec celles de M. Falret qui a vu qu'elles se répartissent à peu près également dans tous les mois de l'année. L'erreur d'observation, c'est d'avoir avancé que l'apoplexie et le ramollissement cérébral sont à peu près aussi fréquens l'un que l'autre.

Je répondrai à M. Rochoux que, réservant cette question pour le moment où je m'occuperai spécialement de l'apoplexie, je n'ai pas dit un mot, dans le mémoire présenté, de la fréquence relative de cette maladie dans les différentes saisons, dans les différens climats. Je ne suis donc pas coupable de l'assertion qu'il me prête. Il est bien vrai qu'après avoir comparé entre elles les trois années pendant lesquelles j'ai recueilli les faits qui servent de base à une partie de mon mémoire, je suis arrivé à cette conclusion, savoir, que plusieurs maladies telles que le ramollissement cérébral, l'entérite, les affections du cœur, se sont montrées en nombre à peu près égal, dans chacune des trois années, tandis que l'apoplexie a été environ deux fois plus fréquente dans la première année que dans les deux dernières; tandis que la pneumonie a été également deux fois plus fréquente dans la troisième année que dans les deux premières. Il résulterait de ces rapprochemens, ai-je dit, que la constitution médicale régnante (dont l'influence n'est nullement identique avec celle des saisons et des climats) contribue plus puissamment au développement de l'apoplexie et de la pneumonie qu'à celui des autres maladies du vieillard. Ce n'est point là une idée toute théorique; c'est la conséquence forcée des faits observés par moi.

Je n'ai pas non plus commis une erreur d'observation quand, donnant exactement le nombre des apoplexies et des ramollissemens cérébraux traités dans mon service, pendant les trois années indiquées, j'ai trouvé que ces deux maladies s'étaient présentées en nombre à peu près égal. En vérité, c'est la faute des faits et non la mienne s'ils ne sont pas d'accord avec cette opinion de M. Rochoux, qui veut que l'apoplexie soit beaucoup plus fréquente que le ramollissement cérébral. Cette opinion est basée, je le sais, sur d'autres faits dont je ne nie pas la valeur, mais qui ne détruisent pas celle des miens. Quelle conclusion doit-on tirer de cette divergence, si ce n'est, comme l'a très bien dit M. Piorry, que cette question appelle encore de nouvelles recherches?

M. GIMELLE croit que c'est à tort que j'ai regardé les maladies du poumon comme la cause la plus fréquente de la mort des vieillards. Sa position à l'hôtel royal des Invalides l'a mis à même de constater que c'était aux affections vésicales que les vieillards succombaient le plus souvent. Nous avons raison l'un et l'autre, et voici comment: M. Gimelle est chargé aux Invalides d'un service chirurgical; tandis que les faits cités par moi ont été observés dans un service de médecine, comme j'ai eu soin de le dire en commençant mon mémoire.

M. BOUILLAUD a élevé d'abord une question préjudicielle; c'est celle de savoir s'il y a utilité à étudier les maladies suivant les âges, et si le traitement des maladies du vieillard est différent de celui des maladies de l'adulte.

Je l'avoue, je suis étonné que cette question soit sortie de la bouche d'un professeur de clinique interne, car, en définitive, elle consiste à demander s'il y a avantage à aller étudier l'apoplexie, le ramollissement cérébral, l'asthme, la pneumonie sénile, etc., dans les infirmeries d'un hospice de vieillards, comme on va étudier à l'hôpital des enfans les tubercules cérébraux, les éruptions cutanées, le croup, la coqueluche, la pneumonie lobulaire, etc.; elle consiste à demander si les vieillards qui offrent des conditions anatomiques et physiologiques nouvelles, dont les maladies diffèrent de celles de l'adulte, non seulement par les symptômes et la marche, mais aussi par les altérations organiques, chez lesquels, enfin, les médicamens et les autres moyens de l'art n'agissent plus comme chez l'adulte et chez l'enfant, exigent une thérapeutique qui subisse des modifications en rapport avec les modifications de l'organisme. La réponse ne pouvant être douteuse, je passe à un autre point, qui a donné et donnera encore lieu à de nombreuses contestations; je veux parler de la statistique médicale.

M. Bouillaud a déclaré que les tableaux statistiques que j'ai mis sous les yeux de l'Académie ne méritaient aucune attention, attendu que je n'ai fait que du *numérotage brut*. Le reproche serait mérité que la phrase pourrait paraître un peu dure, surtout si l'on réfléchissait qu'il s'agit d'un travail qui a coûté trois ans de recherches assidues dans un amphithéâtre. Que sera-ce donc si cette condamnation repose sur une erreur, sur une confusion manifeste? M. Bouillaud a complètement oublié, quand il a parlé comme il l'a fait, que la statistique médicale s'applique à des questions essentiellement différentes, et dont la solution exige tantôt la simple numération de faits d'autant plus sûrs, d'autant plus certains, que tout médecin instruit les classerait, les *numéroterait* de la même manière, tantôt, au contraire, l'appréciation minutieuse de faits variés qu'il faut diviser, subdiviser, toujours un peu arbitrairement, pour arriver à des catégories qui offrent des unités, non pas identiques, mais analogues. Le problème que je me suis proposé est une simple question de quantité: il ne s'agissait que de déterminer le nombre relatif des maladies qui enlèvent les vieillards. Pour arriver au but, il fallait se livrer à un examen attentif de tous les phénomènes, de toutes les altérations que l'on peut saisir, pendant la vie et après la mort, afin de bien spécifier chaque maladie; il fallait ensuite réunir les maladies auxquelles, après mûr examen, on avait cru devoir imposer le même nom. Cela fait, il ne restait plus qu'à accepter les conséquences des tableaux que l'on avait dressés. Telle est la marche qu'on devait suivre et que j'ai suivie pour arriver à des résultats légitimes et d'une incontestable utilité pour l'hygiène et la pathologie des vieillards. A quoi m'aurait servi, pour le but unique que je me suis proposé, d'établir les diverses espèces de pneumonies, d'apoplexies, de ramollissemens cérébraux qu'on observe dans la vieillesse? Pour déterminer la fréquence relative des maladies qui lui sont le plus funestes, il aurait toujours fallu ramener toutes les espèces à une même maladie, qui seule devait figurer dans les relevés. Dès-lors, les divisions, les subdivisions, que M. Bouilland a semblé regarder comme nécessaires, auraient été au moins inutiles dans le cas dont il s'agit. J'ai donc bien fait de les réserver pour un autre moment, celui où je traiterai de chaque maladie en particulier.

Omnia quæque locum teneant sortita decenter.

Maintenant, je le demande, ne suis-je pas en droit d'appeler de la condamnation prononcée par M. Bouillaud, devant l'Académie et devant M. Bouillaud lui-même, qui, personne ne l'ignore, n'a pas moins de loyauté dans le caractère que de vivacité dans la discussion.

Quoique cette lettre soit déjà plus longue que je ne l'aurais voulu, je dois cependant répondre à une dernière critique. Dans quelques considérations de philosophie médicale, par lesquelles j'ai terminé mon mémoire, j'ai avancé qu'on pouvait diviser les médecins de notre époque en deux classes, les partisans des indications médicales et les partisans du diagnostic; cette division appartient à M. Rayer qui l'a établie, lors de la discussion sur la statistique; en adoptant cette pensée, qui témoigne de la haute sagacité de son auteur, j'ai cru devoir lui donner quelques développemens qui précisassent bien le sens que j'y attachais. Les partisans des indications, profondément imbus de la lecture et des préceptes des anciens, admirateurs constans de la force médicatrice de la nature, tout en ne méconnaissant pas les services rendus à la science par l'anatomie pathologique et l'étude si perfectionnée des signes physiques, se dirigent surtout, dans leur pratique, par l'état général du malade, par la constitution médicale régnante, par l'expérience de leurs prédécesseurs. Les partisans du diagnostic, au contraire, frappés des progrès vraiment étonnans que la science doit à l'anatomie pathologique et à l'étude des signes physiques, préfèrent la médecine rationnelle à l'empirisme et tiennent assez peu compte, au lit des malades, de la constitution médicale régnante et de l'expérience de ceux qui les ont précédés dans la carrière. Il y a entre les uns et les autres toute la distance qui sépare le vitalisme et l'anatomisme, l'école de Montpellier de celle de Paris. Dans quel camp chercherons-nous le médecin complet, comme dit M. Bouilland? Sera-ce parmi les conservateurs ou parmi les novateurs? Nous ne

le trouverons ni parmi les premiers, ni parmi les seconds. Le médecin complet serait celui qui, dégagé de toute opinion systématique, n'adoptant avec passion aucune méthode de traitement, aurait l'esprit assez libre et le jugement assez droit pour profiter de toutes les vérités, quelle qu'en fût la date. Heureux ceux qui approcheront de ce parfait modèle, aussi rare que le *temperamentum temperatum* de la médecine antique! J'ose espérer que, comprise dans le sens que je viens d'expliquer, la division établie par M. Rayer commencera à être *claire* pour M. Dubois d'Amiens et cessera d'être *insignifiante* pour M. Bouillaud.

Les quelques critiques dont mon mémoire a été l'objet de la part de quelques membres ne me font pas oublier, un instant, l'excellent accueil que l'Académie lui a fait, lorsque j'ai eu l'honneur de le lire devant elle, et les conclusions extrêmement flatteuses qu'elle a adoptées sur le rapport de sa commission. Ce sont là de puissans encouragemens pour continuer mes recherches sur les maladies de la vieillesse.

Veuillez agréer, etc.

POLÉMIQUE.

RÉCLAMATION DE M. BOUVIER CONTRE LES ARTICLES DE M. JULES GUÉRIN, RELATIES AU TRAITEMENT DU TORTICOLIS ANCIEN.

Nous avions espéré pouvoir épargner à nos lecteurs une nouvelle discussion sur un sujet et sur des questions qui n'offraient plus d'intérêt que pour nous seuls, et nous avions prié M. Bouvier de se contenter des satisfactions qu'il s'était données et fait donner dans d'autres journaux de médecine. Il n'a pas cru apparemment sa justification assez complète et ses prétentions assez bien établies : en cela il a eu parfaitement raison; mais si, après son dernier plaidoyer et les réflexions que nous croyons devoir y joindre, il est moins satisfait qu'avant de commencer, nous le prierons de remarquer que ce n'est pas notre faute, et lui promettrons bien, ainsi qu'à nos lecteurs, de ne pas pousser la discussion plus loin. Voici donc la réclamation de M. Bouvier :

RÉCLAMATION DE M. BOUVIER CONTRE LES ALLÉGATIONS DE M. J. GUÉRIN, CONTENUES DANS LA GAZETTE MÉDICALE DES 7, 14, 28 AVRIL ET 5 MAI.

1° LETTRE DE M. JULES GUÉRIN DU 2 AVRIL. (GAZ. MÉD. du 14 avril.)

Il n'y a point de *contradiction*, comme l'a prétendu M. J. Guérin, entre ma lettre sur le torticolis ancien, *adressée à l'Académie de médecine huit jours avant son mémoire*, et les faits antérieurs qui me concernent (voir le journal L'EXPÉRIENCE des 10 et 23 avril).

Je n'ai *déclaré*, à qui que ce soit, que la *méthode* que M. Guérin s'attribue fût *vicieuse* pour tous les cas; je n'ai autorisé personne à me faire dire publiquement *qu'elle ne produirait aucun résultat*, car personne ne m'a mis à même d'apprécier les circonstances de la difformité chez les deux malades de M. Guérin.

Je n'ai point *changé d'opinion* après avoir vu son malade de la Pitié. Il est faux que je n'aie point *consenti* à accompagner M. Pinel-Grandchamp dans cet hôpital.

Je professais et j'appliquais, avant les recherches de M. Guérin, *les préceptes que je professe aujourd'hui*.

J'ai pratiqué, le 15 septembre 1836, la section sous-cutanée de la portion sternale du sterno-cleido-mastoïdien sur une jeune fille de 19 à 20 ans, la demoiselle Leroi, demeurant alors rue Neuve-Saint-Eustache, n. 39. M. Marjolin était au nombre des personnes présentes. Je suivis le procédé, qui m'est propre pour la section du tendon d'Achille; après avoir piqué les tégumens avec une lancette au côté externe du muscle, près de son attache au sternum, je conduisis au-devant de lui un bistouri très étroit, à pointe mousse, avec lequel je le divisai d'avant en arrière. Deux appareils furent ensuite appliqués, l'un pour la station, l'autre pour la position horizontale. La résistance du *cleïdo-mastoïdien* d'Albinus rendit cette opération inutile. Je tentai plus tard la section transversale de l'extrémité supérieure du muscle, proposée par M. Malgaigne; l'indocilité de la malade, après l'incision des tégumens, me fit renoncer à terminer l'opération.

M. Roux ne pratiqua la section sous-cutanée, ni sur le malade qu'il opéra à l'Hôtel-Dieu, le 23 novembre 1836, ni sur Mlle B., de Nismes, opérée le 2 juillet 1837, parce que les deux faisceaux étant contractés au même degré dans ces deux cas, comme chez la demoiselle Leroi, la section complète parut nécessaire et qu'elle semblait peu sûre sans l'incision préalable des tégumens.

Dans la quatrième opération, pratiquée le 19 août par M. Magendie, bien que le faisceau sternal fût seul tendu, on préféra encore à la section sous-cutanée l'incision des tégumens, parce que la difformité était extrême et qu'il importait beaucoup d'atteindre aisément toutes les fibres rétractées, même celles de la portion claviculaire, si elle se tendait après la section du faisceau sternal.

Mes assertions actuelles sont parfaitement d'accord avec ces faits.

Chez un cinquième sujet, la fille de M. C., de Dunkerque, que je vis *Cité Bergère*, avec M. le professeur Marjolin, au mois d'août 1837, *le faisceau sternal était seul tendu*; je proposai la section sous-cutanée, malgré mon premier échec, que me rappelait M. Marjolin, me fondant sur ce que les cas n'étaient pas semblables.

M. Dieffenbach a bien réellement dit avoir pratiqué nombre de fois la *section sous-cutanée du chef sternal du sterno-cleido-mastoïdien pour le torticolis ancien*. J'épargne à M. Jules Guérin, qui a *affirmé* le contraire, la citation qui le prouve et qu'il connaît très bien maintenant. Je *prétends* très positivement avoir reçu de M. Dieffenbach la communication dont j'ai parlé dans ma lettre; je renvoie pour les détails de cette communication à L'EXPÉRIENCE du 20 avril, p. 542.

2° POST-SCRIPTUM DE M. GUÉRIN. (GAZ. MÉD. du 14 avril.)

Je crains peu les *réserves* de M. Guérin au sujet de mes *habitudes scientifiques*; je lui rappelle qu'en fait de *loyauté* il est des titres de vieille date qu'un trait de plume ne saurait effacer, et qu'à cet égard je pourrais me prévaloir d'une durée de possession qui lui reste encore à acquérir.

J'ai dit, dans ma lettre à l'Académie des sciences, avoir communiqué à l'Académie de médecine, le 16 août 1836, le fait qui me conduisit à tenter, le 15 septembre, la section isolée du faisceau sterno-mastoïdien. En effet, j'avais observé sur le cadavre, avec M. Maisonneuve, un redressement presque complet, après la division du *seul faisceau sternal*, et la GAZETTE DES HÔPITAUX, du 18 août 1836, a fait mention de cette circonstance, omise dans la GAZETTE MÉDICALE. Tel est, *sous ce rapport*, le vrai sens de ma première publication.

L'opération et la conférence de M. Guérin à la Pitié sont postérieures aux faits sur lesquels je fonde mes principes; postérieures aussi à mes conférences de l'Hôtel-Dieu, notamment à celle qui eut pour occasion la présence de M. Dieffenbach dans cet hôpital, le 3 octobre 1837. Ma lettre à l'Académie de médecine est, je l'ai dit, antérieure à la présentation du mémoire de M. Guérin aux corps savans. Mes *prétentions* n'ont donc rien de *récent* par rapport aux siennes.

Ce que j'ai dit dans ma lettre imprimée, et non dans ma lettre manuscrite, *de l'inclinaison inverse de la partie inférieure du cou*, ne justifie point les accusations et les suppositions de M. Guérin. Ce fait n'est point *nouveau* et ne lui est point *propre*; car cette *inclinaison* n'est autre chose que la partie supérieure d'une courbure cervico-dorsale, déjà signalée dans le torticolis. Je n'ai pas prétendu me l'approprier; j'ai pris date après la publication du mémoire de M. Guérin, pour les considérations *nouvelles* que j'avais à présenter sur ce fait dans le travail annoncé dans ma lettre; voilà tout. J'ai ajouté l'avoir rencontré et noté chez mes malades, et sur ce point j'en appelle au souvenir de MM. Roux et Magendie, qui l'ont vu comme moi.

3° MÉMOIRE DE M. J. GUÉRIN. (GAZ. MÉD. du 7 avril, p. 215.)

On ne peut attribuer à la construction de mon appareil la souffrance qu'il a causée le jour même de l'opération pratiquée à l'Hôtel-Dieu par M. Roux. M. Guérin lui-même n'applique le sien que le troisième jour, et c'est indépendamment de la volonté de M. Roux et de la mienne que le malade a gardé l'appareil les premières vingt-quatre heures.

Le malade opéré par M. Magendie, et chez lequel, suivant M. Guérin, il n'y aurait eu aucun traitement mécanique, a très bien supporté ce même appareil, qu'on remplaçait par une minerve pendant la station; on peut s'en assurer auprès du malade lui-même. Le muscle n'est pas moins allongé que chez le sujet traité à la Pitié, et toute la différence du résultat, beaucoup meilleur que l'a prétendu M. Guérin, est causée par l'exagération qu'offrait la courbure cervico-dorsale.

Le traitement mécanique que j'ai employé sur mademoiselle B..., et dont M. Roux avait dit un mot dans une communication à l'Académie, aurait pu engager M. Guérin à suspendre au moins le reproche qu'il m'adresse, de n'avoir point, *en ma qualité d'orthopédiste, complété le traitement chirurgical*. Mais il lui fallait établir une *lacune*, et prouver qu'il l'avait remplie par des *indications nouvelles*; nous verrons plus tard comment.

4° RÉFLEXIONS DE M. J. GUÉRIN. (V. le feuilleton de la GAZ. MÉD. du 5 mai.)

M. Guérin n'est en droit d'accuser personne d'avoir été *choqué* de ses idées; lui seul s'est *choqué* de ne pas avoir été l'unique auteur de ses *découvertes*.

Il est faux que des *rivaux* aient *d'abord réclamé pour eux, puis pour les autres*. M. Guérin seul a réclamé *pour lui*. Dès l'abord, les *rivaux* dont il veut parler ont rendu justice à qui de droit, suivant les renseignemens qu'ils possédaient. Encore une fois, s'il y a une *guerre* en cette affaire, à M. Guérin revient tout l'honneur de l'avoir provoquée. Il s'est chargé d'expliquer lui-même, en montrant le public *disposé à croire les gens qui parlent contre les gens qui se taisent*, pour quel motif nous avons dû prendre la plume.

La réclamation de M. Bouvier porte sur quatre points principaux, que nous allons examiner successivement.

PREMIER POINT. J'ai dit que M. Bouvier ne *professait* pas et *n'appliquait* pas les idées qu'il a récemment émises dans sa lettre à l'Académie de médecine sur le traitement du torticolis ancien, avant que M. Pinel-Grandchamp lui eût fait part de ces idées, qui sont les miennes, et avant qu'il eût été s'assurer de leur justesse par la guérison de mon malade à l'hôpital de la Pitié. En preuve de cette double assertion, j'ai rapporté les propres paroles de M. Bouvier, qui s'était livré à une critique absolue très explicite de mes principes et de ma méthode, en présence de plusieurs médecins, et j'ai cité les opérations qu'il avait pratiquées ou concouru à pratiquer depuis deux années. M. Bouvier se contente de nier la première partie de mon assertion. Il n'a déclaré, dit-il, A QUI QUE CE SOIT, que ma méthode fût *vicieuse*, et il n'a *autorisé* personne à lui faire dire qu'elle ne produirait *aucun résultat* : j'avais cité M. Pinel-Grand-

champ, qui, sans l'autorisation de M. Bouvier, et seulement par amour pour la vérité, m'avait permis de me servir de son témoignage. Or, j'ai prié M. Pinel-Granchamp de vouloir bien reproduire explicitement ce qu'il pensait des dénégations de M. Bouvier. Voici la réponse de cet honorable confrère :

Paris, 16 mai 1838.

Monsieur et cher confrère,

Je viens de relire attentivement la lettre que vous avez publiée dans la Gazette Médicale du 14 avril dernier, au sujet de l'opinion que M. Bouvier m'avait exprimée sur votre méthode de traitement du torticolis et de l'application que vous en aviez faite sur un malade de l'hôpital de la Pitié. Je déclare votre version *très exacte* et *conforme* à ce que m'avait dit notre confrère M. Bouvier. Je reconnais, d'ailleurs, que vous m'aviez communiqué l'épreuve de votre lettre (avant de la publier), afin de m'assurer qu'elle ne contenait rien de plus que ce que je vous avais dit.

Agréez, etc. *Signé* Pinel-Granchamp.

Voilà pour les principes que M. Bouvier professait avant sa lettre à l'Académie. Voyons sa pratique :

J'ai cité quatre opérations de torticolis qu'il avait faites seul ou conjointement avec MM. Roux et Magendie, et qui toutes sont contraires aux principes qu'il professe aujourd'hui. A cela, M. Bouvier répond par un cinquième cas dans lequel il aurait pratiqué la section sous-cutanée du tendon sternal, mais où il aurait échoué, *à cause de la résistance du cleido-mastoïdien*. De plus, il cite M. Maisonneuve comme ayant été témoin, un mois auparavant, d'une première tentative d'une signification analogue, faite sur le cadavre. En admettant la première de ces deux assertions comme exacte, ce que je suis loin de reconnaître pour des raisons qu'il est inutile de donner, je ne puis y voir qu'un argument tout à fait contraire aux prétentions actuelles de M. Bouvier, et propre à fortifier ma manière de voir. Qu'a fait, en effet, M. Bouvier dans l'opération qu'il cite? Il a essayé de guérir un torticolis dans lequel les sterno et cleïdo-mastoïdiens étaient *simultanément* affectés, et cela par la section sous-cutanée *du seul sterno-mastoïdien*. A cette époque, M. Bouvier ne savait donc pas qu'il y eût des cas où le torticolis est causé par la rétraction du *seul* chef sternal, et des cas où les *deux chefs* sont primitivement affectés; ou bien il ne savait pas distinguer ces cas les uns des autres; ou bien, enfin, il s'est mis en contradiction avec lui-même; trois choses entre lesquelles M. Bouvier sera libre de choisir. On remarquera d'ailleurs que M. Bouvier pose aujourd'hui en principe que le procédé de la section sous-cutanée n'est applicable qu'aux cas où le seul chef sternal du sterno-cleido-mastoïdien est affecté (ce que je conteste), et c'est précisément dans le cas contraire qu'il a opéré. M. Bouvier ne possédait donc pas à cette époque l'indication qu'il donne aujourd'hui avec tant d'assurance, quoiqu'il n'ait, depuis son échec, aucune expérience personnelle à alléguer. Je dirai plus, c'est que dans le dernier cas opéré par M. Magendie, avec le concours de M. Bouvier, bien que, suivant lui, le *faisceau sternal fût* seul tendu, la section a été faite d'après les anciens procédés, c'est-à-dire après section préalable de la peau. A cette époque, pourtant assez récente, M. Bouvier n'était donc pas encore bien sûr de l'indication qu'il pose si fermement aujourd'hui. Ainsi, la seule opération qu'il invoque comme un titre de priorité, serait un échec, un contre-sens, qu'il aurait tenu caché à tout le monde, et qu'il n'aurait pas cherché à renouveler dans un cas, de son aveu même, favorable à cette application (le cas de M. Magendie). Je pourrais me borner à ces remarques; mais je ne puis pas même laisser à M. Bouvier la petite satisfaction d'avoir posé une indication vraie, en opposition avec celles que j'ai données pour l'emploi de la section sous-cutanée des muscles sterno et cleïdo-mastoïdiens. M. Bouvier affirme, et cela sans le secours d'aucune expérience, que la section sous-cutanée n'est applicable qu'aux *cas où le seul muscle sterno-mastoïdien* (chef sternal) est affecté. A cette affirmation *théorique*, j'ai deux *faits* très positifs à lui opposer. Parmi les cas nombreux de torticolis qui se sont présentés à mon observation depuis la publication de mon mémoire, j'en ai opéré deux qui offraient une rétraction *simultanée* des deux muscles sterno et cleïdo-mastoïdiens, et, dans ces deux cas, j'ai employé avec un succès complet la section sous-cutanée des deux muscles isolément. La première opération a été faite sur une jeune fille de 13 ans, en présence de MM. Devergie aîné, Barthélemy de l'hôpital du Gros-Caillou, et Warren de Boston, la seconde a été pratiquée sur une personne de 38 ans, en présence de M. Mérat, membre de l'Académie de médecine. Pour rendre mon opposition sur ce point avec M. Bouvier aussi complète que possible, je lui porte le défi de signaler un *seul cas*, quel qu'il soit, de torticolis ancien, causé par la rétraction d'un seul ou des deux muscles sterno et cleïdo-mastoïdiens, dans lequel mes procédés de section sous-cutanée de ces muscles ne puissent en opérer la division de la manière la plus complète. Cette déclaration, si elle est fondée, me donne au moins un avantage incontesté sur M. Bouvier, puisqu'il n'admet l'application de mon procédé que comme très *exceptionnelle*, et que je la donne comme *absolue*. Voici, en deux mots, le fait qui m'a conduit à établir cette règle. Quand les muscles rétractés ne sont pas assez visibles ni assez saillans sous la peau, on peut aisément les faire saillir davantage et les détacher en quelque façon des parties sous jacentes, par une *rotation* exagérée de la tête, du côté opposé à la rétraction, rotation qui a pour effet de porter les insertions mastoïdiennes des muscles rétractés dans un plan plus antérieur, et par conséquent de placer les deux muscles plus en relief. Ce fait n'est pas sans importance, puisqu'il permet de *généraliser* une opération que M. Bouvier et autres déclarent *très exceptionnelle*.

Quant à la valeur de l'expérience pratiquée sur le cadavre par M. Bouvier, en présence de M. Maisonneuve, elle ne peut en aucune façon avoir la signification qu'il lui prête. En effet, dans la note que M. Bouvier a rédigée et communiquée *lui-même* à la Gazette Médicale sur ce point, en août 1836, il n'est nullement question du principe qu'il prétend en avoir tiré. Voici, pour compléter cette démonstration, une lettre de M. Maisonneuve que je livre à la méditation de M. Bouvier.

Paris, 16 mai 1838.

Monsieur et très honoré confrère,

Vous me demandez si lors de la dissection que M. le docteur Bouvier a faite en ma présence, au mois d'août 1836, d'un sterno cleido-mastoïdien, sur un sujet affecté de torticolis ancien, il a exprimé que l'on pût remédier à cette difformité en pratiquant la section du seul tendon sternal de ce muscle. Je dois à la vérité de déclarer que je n'ai pas le moindre souvenir d'avoir entendu exprimer aucune opinion de ce genre. J'ajouterai même que, lorsque pour la première fois, après l'opération que vous avez pratiquée à la Pitié au mois de janvier dernier, vous m'avez fait part de cette idée, je n'ai pu m'empêcher de vous exprimer combien elle me paraissait neuve et intéressante.

Agréez, etc. Maisonneuve.

Second point. J'ai dit que suivant d'anciennes habitudes contractées par M. Bouvier, il avait trouvé convenable d'insérer dans sa lettre imprimée l'énoncé du fait nouveau de l'inclinaison inverse de la colonne cervicale sur la première dorsale, fait qui ne se trouvait pas dans l'édition manuscrite de sa lettre à l'Académie, mais qui se trouvait très au long dans mon mémoire publié dans l'intervalle des deux éditions de sa lettre. M. Bouvier ne nie pas le fait, mais il le justifie d'une étrange manière. J'avais observé cette inclinaison, dit-il, chez tous mes malades, et il cite les malades, leurs noms, leur adresse; il cite M. Roux qui aurait vu ce fait avec lui; puis il ajoute que ce fait n'est pas nouveau, que cette inclinaison qui me tient tant à cœur (comme il le dit si bien) n'est autre chose que la partie supérieure d'une courbure cervico-dorsale. Et d'abord ce fait d'inclinaison que je présente comme une inclinaison réelle, et non comme l'extrémité d'une courbure cervico-dorsale, du moins dans le torticolis qui n'est pas compliqué de déviation latérale, est ou n'est pas une inclinaison. Si ce n'est pas une inclinaison réelle aux yeux de M. Bouvier, il est inutile de discuter; mais alors pourquoi dire qu'on l'a observée chez tous les malades, et ne pas dire clairement que le fait n'existe pas, que c'est une erreur de vision? Est-ce que M. Bouvier ne saurait pas encore à quoi s'en tenir, et que pour être sûr d'avoir raison dans les deux hypothèses, de participer au bénéfice de l'observation dans les deux cas, il admettrait provisoirement les deux opinions? Il faut cependant qu'il se décide. Ne sachant pas encore au juste ce qu'il pense et ce qu'il veut, je suppose qu'il reconnait le fait tel qu'il est et tel que je l'ai indiqué, savoir que dans le torticolis ancien il y a du côté opposé à l'inclinaison de la tête sur la colonne cervicale, une inclinaison de totalité de la colonne cervicale sur la colonne dorsale, qui fait équilibre à la première et qui persiste après l'opération chirurgicale. Or en preuve que M. Bouvier aurait vu ce fait avant la publication de mon mémoire, il cite les malades qui le présentaient. Je suis très convaincu que les malades de M. Bouvier présentaient aussi bien que les miens le fait dont il s'agit, comme toutes les pommes tombaient avant que Newton les vît tomber et découvrît pourquoi elles tombaient; mais entre l'existence d'un fait et la découverte de ce fait il y a tout un abîme, tout l'abîme qu'il y a entre la science d'aujourd'hui et la science de l'avenir le plus reculé. Est-ce bien sérieusement que M. Bouvier appelle M. Roux en témoignage comme ayant remarqué avec lui cette inclinaison inverse que je crois avoir signalée le premier? Voilà qui pourra éclairer sur la valeur de ce dernier témoignage. Il y a six semaines environ, à la veille d'adresser mon mémoire à l'Académie des sciences, j'ai eu l'honneur d'aller trouver M. Roux pour lui demander quelques renseignemens sur les deux malades qu'il avait opérés. Je lui ai exposé et présenté comme une chose nouvelle et qui m'était propre, le fait de l'inclinaison consécutive persistant après la section des muscles : j'ai même crayonné la disposition de la colonne cervicale sous

les yeux de cet habile chirurgien, qui ne m'a dit en aucune façon avoir observé rien de semblable.

Troisième point. J'ai dit que M. Bouvier n'avait point employé de traitement mécanique consécutif pour compléter le redressement de la tête et du cou. M. Bouvier rappelle les essais malheureux qu'il a faits, doublement malheureux, puisque, dans un cas, ils n'ont pu être supportés, et que, dans aucun, ils n'ont produit de résultat. Qu'est-ce que cela fait à la chose que M. Bouvier ait ou non eu recours à des essais grossiers de traitement consécutif, dépourvus de principes et sans indications précises, s'il ne connaissait pas le fait capital de l'inclinaison qui motive ce traitement et s'il n'employait rien pour combattre cette inclinaison? J'engage beaucoup M. Bouvier à présenter à la commission de l'Académie des sciences les malades au traitement desquels il a concouru. Il prouvera si je suis fondé à croire que ces malades conservent tout ou partie de l'inclinaison consécutive du cou.

Quatrième point. M. Bouvier m'accuse d'avoir soulevé la discussion actuelle, d'avoir le premier réclamé pour moi; il affirme, au contraire, avoir, dès l'abord, rendu justice à qui de droit. Ceci serait peu important; mais comme il est à craindre que des discussions semblables ne se renouvellent, il est bon que je fasse remarquer comment elles viennent, pourquoi elles viennent et par qui elles viennent. Dans le cas dont il s'agit, j'avais fait deux opérations nouvelles, j'avais exposé publiquement des idées nouvelles sur une difformité qui n'avait occupé jusqu'ici personne aux mêmes points de vue scientifique et pratique. Mes idées et mes expériences avaient été communiquées à M. Bouvier, qui pendant deux mois les avait combattues. Cependant il se décide à aller seul visiter mon malade à la Pitié; il l'examine de toutes les façons; et, juste au moment où il le trouve guéri, le voilà qui, oubliant ses critiques et son incrédulité de la veille, s'empresse d'adresser à l'Académie une lettre sur des opérations pratiquées, long-temps auparavant, par d'anciens procédés, lettre où il rappelle un échec datant de deux ans, dont il n'avait dit mot jusque-là, et à l'aide duquel il se fonde un prétendu titre de priorité, établit des règles, des indications, discute, résout la plupart des points que j'avais résolus par l'expérience, et il appelle cela rendre justice à qui de droit. Il y aurait vraiment de quoi soulever l'indignation du plus calme, si de pareils procédés ne devaient pas inspirer plus de pitié que de colère. Je vais citer un dernier fait, qui montrera que ce n'est pas avec des traits de plume que j'efface les loyautés de vieille date.

Parmi les recherches que j'ai présentées au concours de l'Académie des sciences pour le grand prix de chirurgie, la commission a bien voulu signaler à part, *et comme d'une très grande importance* (1), mes recherches *sur les difformités générales chez les monstres et le fœtus*, et le rapport a indiqué avec développement les principaux faits composant cette partie de mon travail. Eh bien! au mépris de cette publication solennelle, mais livrée à l'indifférence d'une époque tournée vers d'autres questions, M. Bouvier s'empare du fait capital de mes recherches, *de la rétraction musculaire* liée aux affections convulsives de certains monstres, du fœtus et de l'enfance, rétraction musculaire qui donne la clé de la grande généralité des difformités articulaires congéniales, restées jusqu'ici dans la plus complète obscurité, M. Bouvier s'empare, dis-je, de cette découverte, et il vient, dans deux séances de l'Académie de médecine (2), étaler avec complaisance sous les yeux des membres qui l'admirent, des faits qui sont la répétition exacte de ceux que j'avais découverts; et cela sans qu'il ait été plus question de mes travaux que si jamais ils n'eussent existé. Cependant M. Bouvier a de bonnes raisons pour les connaître! Je signale ce fait à l'attention des honnêtes gens, et leur laisse à décider si c'est avec des traits de plume que j'efface les loyautés de vieille date.

Je me dispense de répondre aux autres points de la lettre de M. Bouvier, ma lettre à M. Dezeimeris y a pourvu d'avance.

VARIÉTÉS.

— Notice sur la villa des enfans. Dans les temples renommés que les anciens bâtissaient à *Hygie*, déesse de la *santé*, l'air était si vif et si pur, il fallait, pour arriver jusque-là traverser des campagnes si riantes, monter des côteaux si délicieux, qu'un simple pélérinage au lieu consacré ranimait les esprits abattus, chassait l'ennui, détournait la tristesse et remplaçait les pâleurs de la souffrance par le teint fleuri de la santé.

On ne bâtit plus de temples à Hygie de nos jours, et cependant rien ne serait plus utile à nos grandes villes; là, du moins, l'enfance irait puiser la vie, que lui refuse l'air corrompu de la cité.

C'est dans ce but hygiénique qu'a été fondée aux portes de Paris *la Villa des Enfans* trop peu connue des médecins. Cet utile et agréable établissement offre aux habitans de la capitale tous les avantages désirables et atteint parfaitement le but de son institution, celui d'élever les enfans à la mamelle ou déjà en sevrage.

La Villa des Enfans, située au pied E. S. E. du coteau dominé par le Calvaire ou mont Valérien, à l'extrémité sud du village de Suresne, consiste dans un vaste bâtiment exposé au S. S. E. et dans un grand jardin qui s'étend jusqu'aux bords de la Seine.

Le bâtiment, anciennement et solidement construit, est composé de deux étages; son rez-de-chaussée est élevé de plus de six pieds au-dessus du sol, et la distribution des appartemens est fort commode et fort saine. Outre d'immenses salons, il y a beaucoup de chambres assez grandes et disposées convenablement pour permettre la libre circulation de l'air, mais non pas au point d'être difficiles à chauffer. Les dortoirs sont bien tenus, pourvus de lits élégans et simples à la fois; il y règne une extrême propreté éloignée de tout luxe. Parmi les pièces consacrées à l'infirmerie il y en a une séparée des autres pour les maladies contagieuses, telles que la variole, la rougeole, etc., etc.

Toutes les distributions ont été convenablement disposées et nouvellement organisées par les soins de M. Nogaret, habile architecte; elles satisfont pleinement aux exigences de leur destination ainsi qu'à celles du goût et de la simplicité.

Devant le bâtiment est une vaste cour sablée demi-circulaire où viennent aboutir les allées principales du jardin. Ce dernier est parfaitement planté et fort bien distribué. Une partie, celle où se trouve la serre, forme une sorte de petite Provence et s'échauffe aux moindres rayons du soleil; c'est là qu'on se rassemble au printemps et même dans les beaux jours d'hiver et que l'on vient respirer l'air pur sur un sol sec, aussitôt que le ciel est serein. Le reste du jardin présente, ici des massifs d'arbres, là des allées ombragées, plus loin des parterres de fleurs et de longs tapis de verdure où l'œil aime à se reposer. Une source abondante d'eau pure et salutaire, après avoir alimenté les réservoirs de l'habitation vient remplir une belle pièce d'eau entourée de peupliers et de saules pleureurs. De la terrasse qui termine le jardin, la vue est délicieuse. En face est une île de peupliers qui donne en cet endroit à la Seine un aspect tout à fait pittoresque; sur la gauche on aperçoit le pont de Neuilly, et à droite la vue se prolonge au loin et s'étend jusqu'aux charmans côteaux de Vanvres et de Meudon, tandis que par derrière on voit s'élever le Calvaire couvert de vignes et couronné par l'ancien édifice des Missions.

La proximité de la rivière donne au paysage d'alentour quelque chose de vif et d'animé, et n'a point pour la Villa des Enfans les inconvéniens que la prévention pourrait lui attribuer. Dans cet établissement point d'air chargé de vapeurs, point de traces d'humidité. Sans doute cette petite patrie de l'enfance doit cette immunité à sa position qui l'expose à l'est et au sud en l'abritant du nord et de l'ouest, du nord dont le froid glacial est le fléau des premières années de l'homme, de l'ouest dont les vents nuageux affaiblissent la constitution déjà si molle de cet âge, surtout dans les grandes villes. Les massifs d'arbres qui arrêtent les vapeurs loin de l'habitation, la complète et libre ventilation qui a judicieusement été ménagée, enfin cette élévation du rez-de-chaussée au-dessus du sol dont j'ai parlé plus haut, toutes ces circonstances contribuent à la salubrité de ces lieux. Aussi voit-on empreints sur les traits de cette foule de petits êtres joyeux de vivre tous les caractères de la santé la plus florissante, et je dois dire que j'ai vu opérées chez plus d'un enfant les merveilles que promet si souvent l'hygiène en théorie, mais qu'on la voit réaliser si rarement dans la pratique. Car s'il est vrai que l'hygiène a tant de puissance sur l'homme adulte, on peut dire qu'elle fait presque ce qu'elle veut de l'enfance, et l'on doit déplorer l'oubli dans lequel sont tombés de nos jours dans nos grandes villes ses conseils salutaires. La Villa des Enfans est comme une protestation vivante contre ce mépris des lois de l'hygiène, et à ce titre elle a droit aux encouragemens des médecins.

Mais c'était peu de réunir toutes les conditions matérielles dont nous venons d'apprécier l'importance, il fallait ici plus que dans tout autre établissement une direction éclairée, une bienveillance sans bornes, une surveillance de tous les instans, car ici qui signalera les négligences des gardiennes ou des nourrices? ce n'est pas l'enfant, pauvre victime qui serait sacrifiée s'il n'avait là, près de lui, toujours à ses côtés une autre mère qui a aussi des enfans, dont l'ame a été déchirée par la perte d'un de ces êtres chéris et qui reporte sur tous les bienfaits d'un cœur expansif et d'une sollicitude incessante. Oui, certes, les vues philantropiques des fondateurs de la Villa des Enfans de MM. D. L. G.. seraient restées stériles s'ils n'avaient rencontré dans madame G.... ces qualités précieuses que rien ne pourrait remplacer: ordre, fermeté, justice et bienveillance. Je parle ici par conviction, et je ne dis que ce que j'ai vu par moi-même, je n'exprime que les sentimens que j'ai éprouvés en visitant la Villa des Enfans, et dans les consultations qui m'y ont appelé plusieurs fois pour me réunir à M. le docteur Pirault-Deschaumes, médecin de l'établissement.

Paris, 12 avril 1838. Casimir Broussais.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

(1) Voir le *Rapport de la commission de l'Académie*, in-4, p. 20.

(2) Séances des 3 et 15 mai, voir la *Gazette des Hôpitaux* des 5 et 17 mai 1838.

IMPRIMERIE DE FÉLIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunis) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivant à 6 feuilles in-8°.—Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Poissonnière*, n° 5, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE INTERNE.

Recherches sur l'otorrhée cérébrale; par le professeur Albert de Bonn.

Les écoulemens de l'oreille prennent leur source soit dans l'oreille externe ou interne ou dans les parties en dehors de l'oreille; dans ce dernier cas, les dépôts purulens du crâne à la suite de carie, de suppuration du cerveau ou de ses membranes peuvent se frayer un chemin par l'oreille externe; alors cet organe devient non seulement le conduit du pus, mais il se change encore en une surface ulcéreuse ou purulente, et entre ainsi en communication avec la substance cérébrale. Cette communication n'est pas très rare surtout si l'on compte les cas où la maladie commence par l'oreille et s'étend au cerveau. Malgré la gravité et la fréquence de cette maladie que nous nommerons *otorrhée cérébrale*, MM. Itard et Willemier (*Dissert. de otorrhoea. Trajecti* 1836) sont les seuls auteurs qui l'aient étudiée comme le sujet le mérite. Avant de pénétrer plus loin dans les recherches sur cette maladie, nous donnerons quelques observations (1) pour éclairer par l'autopsie le cours et les phénomènes de cette affection.

Selon le point de départ de la suppuration, nous admettons une double forme de la maladie, où la suppuration se propage du cerveau à l'oreille (otorrhée cérébrale primitive) ou de l'oreille au cerveau (otorrhée cérébrale consécutive); enfin il existe une troisième forme où les deux organes sont en même temps malades et où il est impossible d'indiquer avec certitude lequel des deux a été le premier affecté.

OTORRHÉE CÉRÉBRALE PRIMITIVE.

Obs. I. — Un homme, âgé de 42 ans, s'étant refroidi après s'être exposé aux rayons du soleil, se plaignait d'une vive douleur de tête fixée au côté droit de la suture sagittale. Le lendemain il se déclara une fièvre ardente, des frissons, des nausées, de l'anxiété, de l'insomnie, et puis une violente céphalalgie, yeux brillans et injectés. Le cinquième jour survient de la frénésie, et malgré tous les remèdes qu'on put employer le malade mourut le neuvième. Comme peu de temps avant sa mort il était sorti par la bouche, par la narine et par l'oreille droites un pus excessivement fétide, Bailly, qui avait observé ce cas, en fit l'ouverture; en enlevant le crâne, on trouva une tumeur du volume

(1) Comme la thèse de M. Willemier, d'où est tiré le plus grand nombre de ces observations, n'est pas en vente, nous avons cru devoir les rapporter avec quelques détails. (*N. du Réd.*)

Feuilleton.

ESSAI SUR LA MORTALITÉ A STRASBOURG (PARTIE RETROSPECTIVE).

Par Charles Boersch, docteur en médecine.

Avant les sages réformes que M. Orfila est parvenu à introduire dans l'enseignement médical, la cinquième épreuve du doctorat ne remplissait guères les conditions d'un examen; elle ne pouvait être considérée comme une garantie ajoutée à celles que le candidat était censé avoir données de son instruction dans les épreuves antérieures; l'espece de solennité qu'elle comporte contribuait encore à n'y attacher d'autre valeur que celle d'une formalité congratulatoire, dont l'exubérante bienveillance des juges et l'attitude décente du candidat faisaient tous les frais. Cependant il est juste de dire que l'épreuve de la thèse n'a pas laissé d'être, pour beaucoup d'élèves, une occasion de produire des faits intéressans, des travaux d'une certaine portée, dont la science a tiré profit. Plus d'une illustration contemporaine date de cette première tentative vers la publicité; plus d'une monographie estimable a subi le contrôle de l'argumentation académique, avant de passer avec honneur par le creuset de la critique officielle et de prendre rang dans les bibliothèques. La faculté de Strasbourg, qui a toujours travaillé, dans la limite de son domaine, à consolider les études médicales, avait compris la nécessité d'enlever à l'épreuve de la thèse ce caractère de trivialité qui devait en amener le discrédit. Elle avait pensé, non sans raison, que la science pouvait trouver quelque avantage dans ces premiers essais d'une foule d'esprits vivaces, qui n'en négligeraient souvent la forme et le fond que par la crainte de n'obtenir pour leur œuvre ni attention ni encouragement. Un prix annuel fut donc établi par l'école et destiné à la meilleure thèse soutenue dans le courant de l'année scolaire. Une courte expérience a suffi pour démontrer les bons effets de cette institution. Nous pourrions rappeler ici les dissertations qui ont obtenu la médaille ou une mention honorable, et qui font honneur à leurs jeunes auteurs, comme à l'école qui a formé ces derniers. Les unes ont réfléchi les travaux des professeurs et développé leurs idées; c'est ainsi que l'habile et savant professeur Stoltz a trouvé de dignes interprètes pour sa doctrine sur l'accouchement prématuré artificiel; d'autres ont apporté quelques élémens à la science, comme les thèses de MM. Taufflieb, Hirtz. Quelquefois le désir de se frayer une route nouvelle hors des domaines exploités par les pâles candidatures de chaque année portait un jeune esprit vers des recherches de longue haleine, et se résolvait, après bien des tâtonnemens et des efforts, en une œuvre originale, féconde. Tel est le travail de M. Charles Boersch sur la mortalité à Strasbourg, patiente élucubration, qui n'a pas moins de 200 pages, et qui est une des dernières thèses couronnées par la faculté de Strasbourg. C'est un travail d'hygiène publique, où s'agite, sous des formes hardies, une pensée de progrès et d'amélioration sociale; où sont groupés, avec une certaine habileté, des matériaux multiples et neufs, que l'auteur a puisés, soit dans des publications d'outre-Rhin, peu connues en France, soit dans les archives et chroniques

d'une aveline remplie d'un pus excessivement fétide. La dure-mère et l'arachnoïde étaient en putréfaction. La substance cérébrale sous-jacente était elle-même altérée et très fétide (Lallemand. *Recherches anatomico-pathologiques sur l'encéphale et ses dépendances*. Lettre IV).

L'organe auditif ne paraît pas avoir été examiné dans ce cas.

Obs. II. — Un maçon, âgé de 41 ans, fut fortement blessé il y a huit ans à l'angle droit de la mâchoire inférieure par la chute d'un mur; il survint des suppurations et de la tuméfaction. Excepté une migraine au côté droit, le malade se portait bien. Il y a trois ans sans cause connue cette douleur devint peu à peu plus fréquente, et si vive qu'il ne pouvait reposer jour et nuit; elle occupait le front et l'occiput. Plusieurs médecins qui furent consultés employèrent différens remèdes sans succès. De temps en temps la douleur devint plus forte; l'os se dirigea à droite; la paupière supérieure était incomplètement paralysée; par là, l'œil à demi ouvert; délire, accès de frénésie; ouïe plus dure au côté droit; plus tard, surdité avec sentiment de sifflement et de bruissement.

A son entrée à l'hôpital d'Utrecht, M. Schroeder le trouva dans l'état suivant:

Conformation du corps faible, maigreur, figure rouge, os évidemment tourné à droite, paralysie de la face droite, conjonctive de l'œil droit à moitié ouvert, très rouge et œdémateuse; douleur en écartant les paupières, œil mobile, mais un peu dirigé à droite; par là, strabisme externe à un faible degré; facultés intellectuelles affaiblies, selles normales, appétit bon et pouls fort. Déglutition un peu difficile.

Après quelques jours le malade se trouva si bien qu'il désira reprendre ses occupations; il ne se plaignait d'aucune douleur; mais bientôt la céphalalgie revint avec une nouvelle intensité. Le malade jetait des cris pendant la nuit, ayant la tête rejetée en arrière.

Le 11 février, il fut frappé d'apoplexie; en reprenant connaissance la parole était difficile et la déglutition gênée; la marche était vacillante, les conjonctives injectées et la cornée tuméfiée. Nouvelle attaque plus violente le 21 février. Le corps est devenu raide et les mouvemens difficiles.

Le 2 mars, le malade quoiqu'affaibli paraissait jouir davantage de ses facultés intellectuelles; il annonça sa mort prochaine et désira arranger plusieurs affaires. Il mourut dans la nuit.

Dans les derniers jours, la conjonctive de l'œil gauche est devenue également rouge et enflée. Après la mort, l'œil droit paralysé était ouvert, le gauche fermé. Le traitement avait consisté dans l'application de cautères et de sangsues à l'endroit douloureux.

Autopsie. Dure-mère très adhérente au côté droit et injectée, arachnoïde de l'hémisphère droit enflammée, lobe postérieur de cet hémisphère fortement adhérent à la dure-mère. Toute la partie de la fosse de Sylvius jusqu'au bord du cervelet était distinctement ramollie et mêlée avec du pus. Ce pus était réuni surtout en grande quantité dans une cavité qui se trouvait à la partie inférieure de ce lobe dont les extrémités paraissaient presque complètement détruites. Les bords de cet abcès étaient séparés de la partie postérieure et saine de la moëlle par un bord sanguinolent presque noirâtre; en même temps il existait un épanchement d'une sérosité purulente sous l'arachnoïde à toute la base du cerveau qui s'étendait jusqu'aux cuisses de cet organe, au pont de Varole et à la moëlle allongée; quatrième ventricule et cervelet sains, ventricules latéraux remplis d'une grande quantité de sérum, dure-mère devant l'os pétreux presque cartilagineuse, d'une épaisseur de plus de 2 lignes. L'inflammation de la dure-mère s'étendait à côté jusqu'à la selle turcique. Les nerfs de la troisième paire étaient enflammés dans un espace d'un demi-pouce et rouges jusque dans la profondeur. Les nerfs de la sixième, de la quatrième et de la cinquième paire ainsi que le nerf optique étaient sains. La partie de la dure-mère qui tapisse l'os pétreux était saine, mais un peu rouge vers le bas; en ouvrant la cavité du tympan, on la trouva complètement remplie de lymphe coagulée. Les osselets de l'ouïe très rouges ainsi que le vestibule même, les vaisseaux sanguins de cette partie, et dans les canaux étaient plus distincts qu'à l'ordinaire. Nerfs sains non enflammés. L'oreille gauche était saine et la cavité du tympan remplie d'air. Nerf facial normal aux deux côtés. (Schroeder *v. d.* Kolk, *m.* Willemier. *Diss. de otorrhoea. Trajecti* 1836, p. 39.)

Si ce cas ne prouve pas le passage de la suppuration du cerveau dans l'oreille, il montre, ce qui est bien plus rare, la propagation de l'inflammation cérébrale aux parties internes de l'ouïe.

Obs. III. — Un homme, âgé de 40 ans, reçut à la joue et au bras droits une forte blessure dont il fut bientôt guéri. Neuf mois après, il fut pris de céphalalgie, de délires, d'agitations. Figure et yeux rouges, langue au milieu ratatinée, rouge et humide aux bords; peau non sèche; pouls dur mais pas très fréquent; bas-ventre dur, contracté, non douloureux au toucher. Réponses quelquefois justes. Douleurs à la tempe droite, décubitus au côté gauche, point de douleurs aux enveloppes du crâne, état comateux et ouïe dure.

Le vingt-unième jour, vomissemens d'une matière blanche, puriforme. Le lendemain, peau sèche et chaude, pouls irrégulier, respiration bruyante et accélérée; expectoration copieuse d'une matière blanchâtre, semblable aux vomissemens; haleine fétide, voix voilée, poitrine sonore; mort au bout de quelques heures.

Autopsie. Tous les organes de la poitrine à l'état normal; carie de la surface supérieure d'une partie de l'os pétreux du temporal. Tout le rocher détruit ainsi que le méat auditif externe. Dans le cervelet il se trouvait un abcès qui était entouré d'un kyste complet.

Obs. IV. — J. R. de M., âgé de 29 ans, de Groningen, soldat, bien constitué, d'un tempérament lymphatico-sanguin, avait joui d'une bonne santé jusqu'à sa vingt-troisième année où il commença à souffrir d'affections bilieuses. Le père était mort phthisique; les autres parens étaient sains. Depuis cette époque il s'est bien porté jusqu'au mois de mars 1833, où, après un refroidissement, il éprouva aussitôt un sifflement dans l'oreille droite, accompagné d'un écoulement de matière visqueuse.

En janvier 1834, il entra à l'hôpital pour des douleurs dont il fut bientôt débarrassé. Il resta bien portant jusqu'au mois de juin, où il fut atteint de nouveau de sa maladie antérieure accompagnée de surdité de l'oreille droite. Après un traitement de sept semaines, le malade fut complètement guéri, et retourna dans son régiment.

Nouvelle rechute vers le mois d'octobre avec douleur et tuméfaction de la langue et des parties environnantes. Un abcès aplati se forme principalement à l'hélix; les douleurs cessèrent.

Le 27 novembre, le malade entra à l'hôpital d'Utrecht. La superficie interne de la conque de l'oreille droite était occupée par un abcès plat de couleur jaune et à bords rouges qui donna issue à un pus jaune-grisâtre, fétide et mêlé de sang. Le conduit auditif externe qu'on ne put pas bien examiner à cause de la tuméfaction était en suppuration et excorié, et les parties qui avoisinent l'oreille étaient rouges et tuméfiées. Un petit abcès derrière l'oreille donna issue à un pus visqueux, jaunâtre; en l'examinant, on ne trouva point l'os dénudé, ni l'orifice d'une fistule. De ce côté, l'ouïe était complètement abolie et diminuée au côté opposé. Le malade se plaignait d'une douleur plus ou moins intense dans l'intérieur de l'oreille et à la tête, surtout au-dessus de l'endroit malade; puis il était incommodé d'un bruit de sifflement et de roue; toutes les autres fonctions étaient à l'état normal. Stupeur plus ou moins prononcé depuis quelques jours.

Le premier décembre, on remarqua un écoulement purulent par l'oreille gauche, qui fut suivi, le 2, par de violentes douleurs de tête et d'oreilles, et par une insomnie pénible.

Le 11, le côté de la face était un peu rouge et la conque de l'oreille droite douloureuse au toucher; l'écoulement purulent devint de meilleure nature.

Le 12, douleurs de tête insupportables. Respiration pénible et pouls à peine sensible.

La nuit était agitée. Mouvemens automatiques; yeux demi-ouverts; pouls lent, faible, tremblant; respiration gémissante; état soporeux. Mort à deux heures.

Autopsie faite après 24 heures. Après avoir enlevé le crâne, on trouva le cer-

---

de la ville de Strasbourg, dont le vieil et bizarre idiôme lui est familier (1). Une longue étude des institutions locales, et les résultats pratiques publiés par les médecins des hôpitaux de la ville, ne l'ont pas moins aidé à remplir les compartimens du sujet qu'il s'est imposé. L'auteur, doué d'un esprit éminemment philosophique, dont il a donné des preuves dans un autre ordre de travaux, n'a pas voulu se borner à entasser des chiffres, à en déduire des rapports artificiels; il a compris dans un sens plus élevé le problème de la mortalité; la statistique s'agrandit entre ses mains; chez lui la pensée couronne le chiffre et l'éclaire de son auréole: « Quand on s'occupe de l'appréciation médicale de la mortalité dans un pays, dit-il (p. 17), on doit suivre la voie que suit le praticien dans l'examen des malades. Les données numériques en elles-mêmes sont des documens morts, des matériaux inertes, si on ne les insuffle d'un esprit de vie, si la critique éclairée et consciencieuse ne vient leur prêter le secours de son contrôle. Il ne suffit pas d'établir en fait que, dans tel pays, la mortalité fournit tel document; on veut encore apprécier les causes de cette mortalité, et pour le faire exactement, il faut remonter à ses sources historiques. En effet, une race ou une aggrégation d'hommes, comme un individu, ne subit pas seulement les influences actuelles, accidentelles, qui l'impressionnent, elle porte encore une certaine solidarité de son passé. Si les idées morales se transmettent par la parole vivante de l'enseignement, par l'action lente et continue de l'éducation; si elles vont, de génération en génération, se développant sans cesse, mais laissant cependant derrière elles les traces évidentes des phases qu'elles ont parcourues; s'il est constaté que souvent un homme lègue à ses descendans les germes des maladies dont il a été affecté lui-même, le cachet, le type de sa propre constitution, il doit en être de même, sur une vaste échelle physiologique, d'une race considérée comme un seul individu. Là aussi, indépendamment des circonstances accidentelles ou permanentes d'où dépend la mortalité, il y a des faits antérieurs, anamnestiques, qu'il faut rechercher, parce que leur action se prolonge dans le présent. Au-dessus des chiffres planent des influences que le calcul ne peut saisir, qu'on ne peut préciser avec une certitude entière, mais qu'il est impossible de méconnaître et dont l'étude a malheureusement été trop négligée jusqu'ici, aussi bien que tous nos grands travaux d'hygiène publique. »

Après avoir développé cette large signification de la mortalité dans un chapitre intitulé: *Idées générales*, M. Boersch interroge successivement toutes les causes qui peuvent avoir influé sur la mortalité à Strasbourg; il les poursuit

(1) Nous lisons, dans une feuille politique du 24 avril, que M. le ministre de l'instruction publique vient de confier à M. Louis Levraut la mission de rechercher et d'étudier les archives des anciennes villes libres et impériales de l'Alsace. Certes, nul n'était plus digne que M. Levraut d'une mission de cette importance; mais il existe dans les bibliothèques de Strasbourg et de Colmar, ainsi que dans les dépôts des archives de la préfecture, de la mairie de Strasbourg, et d'autres localités en Alsace, une foule de documens qui intéressent l'hygiène publique et l'histoire des sciences médicales et physiques. Le jeune littérateur sur qui vient de tomber le choix ministériel sentira plus d'une fois le besoin d'une collaboration spéciale, s'il ne veut laisser dans l'ombre ces précieux monumens. Ajoutons qu'il existe à Strasbourg des médecins aussi versés dans les antiquités de leur pays que dans leur art; il est regrettable que leurs noms soient ignorés dans les bureaux du ministère de l'instruction publique.

veau et ses membranes à l'état normal à la superficie extérieure. Les ventricules latéraux étaient remplis d'une grande quantité de sérosité. Près du pont de Varole, il se trouvait une matière mince, grise, granulée et d'une odeur particulière; delà un canal étroit conduisait dans le cervelet dont le lobe droit était en partie changé en une masse molle, demi-liquide et noir-verdâtre; au milieu de cette masse existait une cavité de la grandeur d'une aveline qui était en partie remplie de la même matière qu'on avait rencontrée près du pont de varole. Sur le milieu de la partie postérieure de l'os pétreux, la substance du cervelet était changée jusqu'à la superficie extérieure, où il existait même une petite surface comme une fente. Dans cette masse, on pouvait encore reconnaître des traces de l'arbre de vie; la partie encore saine du cervelet était fortement injectée. Une pareille désorganisation de la substance cérébrale avait lieu au lobe gauche du cervelet et se joignait à celle du lobe droit; mais là elle ne s'étendait pas jusqu'à la superficie. En général, la désorganisation n'était pas aussi avancée; la couleur était jaune grisâtre, et la consistance plus forte qu'au côté opposé. La dure-mère était vers la partie postérieure de l'os pétreux ulcérée et perforée à un endroit qui correspondait à la fente du cervelet; là, l'arachnoïde et la pie-mère étaient complètement détruites. Vers le milieu de la partie postérieure de l'os pétreux, on voyait une fissure longue de quatre lignes et large d'une demi-ligne qui correspondait avec l'orifice de la dure-mère et du cervelet. Les bords n'étaient pas rudes. Cet orifice était en rapport avec une cavité de l'apophyse mastoïde. A la partie antérieure, on voyait également une ouverture oblongue qui communiquait avec le conduit auditif externe. La dure-mère était normale à cet endroit. Nulle part on ne trouva du pus ni de la matière purulente, soit dans l'os soit entre les membranes. Tous les nerfs étaient à l'état normal. Le bord et la paroi antérieure du conduit auditif externe étaient complètement détruits par la carie. Les parties molles étaient épaissies, ramollies et couvertes d'une matière puriforme. La membrane du tympan, les parties molles de l'oreille interne, et les osselets avaient complètement disparu. Le pharynx et la trompe d'eustache n'étaient pas altérés. La membrane muqueuse du nez était rouge et boursoufflée. Rien d'anormal dans les autres cavités. Les testicules étaient petits et mous (Willemier. *D. catarh.*, etc., p. 25).

Obs. V. — Un garçon, âgé de 9 ans, affecté depuis trois ans d'une otite violente, accompagnée de temps en temps de fortes douleurs, fut admis à l'hôpital d'Amtadors.

M. Schraeder v. d. Kolk nota les symptômes suivans :

Abcès derrière l'oreille gauche; large ulcération dans le conduit auditif même, avec écoulement abondant d'un pus ichoreux annonçant une carie des os; ouïe paraissant détruite complètement de ce côté; douleurs insupportables; figure œdemateuse; os un peu dirigé à droite; commencement de paralysie de la joue gauche. Douleurs de tête et des oreilles, de temps en temps plus violentes et accompagnées d'un peu de fièvre. Autres fonctions normales. L'ulcère dans l'oreille gauche s'étendait lentement.

Au bout de deux mois, il se déclara, sans cause connue, une forte fièvre avec des violentes douleurs à l'ulcère, et le malade tomba quelques jours après dans un état comateux. Une forte hémorragie eut lieu par l'oreille, mais sans soulagement. Les pieds étaient contractés au point que tous les fléchisseurs étaient tendus. Paralysie complète de la joue gauche. Les moyens apéritifs, des fomentations froides, des sangsues et l'hémorragie par l'oreille ne firent qu'affaiblir le malade, qui mourut quatre jours après dans un état soporeux.

Autopsie. Organes du bas-ventre et de la poitrine à l'état normal, si ce n'est une adhérence des poumons avec les plèvres costales. Le conduit auditif externe détruit en entier, et l'os pétreux jusqu'à sa base. L'os temporal était carié au point que le conduit auditif externe n'existait plus et que l'interne était en partie détruit. Il restait encore quelques filets des nerfs auditifs. Le tronc du nerf facial était endurci, semblable à un cartilage, et se terminait tout près de l'aqueduc de Fallope en un bord ulcéré; il était entouré d'une substance cartilagineuse, formée par l'endurcissement du tissu cellulaire, au point qu'il n'existait aucune communication avec les rameaux des nerfs de la face. Traces distinctes de l'inflammation de l'arachnoïde avec suppuration s'étendant jusqu'à la base du cerveau. La partie inférieure du lobe postérieur était adhérente à la dure-mère, et contenait une cavité remplie de pus ichoreux, dont les bords paraissaient bruns et gangreneux; elle avait presque deux pouces dans son diamètre. L'arachnoïde qui entoure les cuisses du cerveau, le pont de varole et la moëlle allongée était très épaissie et tuméfiée par une sérosité jaunâtre et purulente. (Willemier. *De otorrhea*, p. 25.)

Obs. VI. — Un homme, âgé de 40 et quelques années, maigre, souffre depuis deux ans d'une violente céphalalgie surtout au côté droit. Il rapporte que dans le commencement il existait du même côté une forte otorrhée qui plus tard se montra au côté opposé, mais à un plus faible degré, et dont la suite était une surdité complète. M. le professeur Hendrin de Groningen, consulté pour les douleurs qui ne faisaient qu'augmenter, trépana le malade au-dessus de l'oreille droite, là où les douleurs avaient commencé. Au bout de quelques jours, l'otorrhée avait complètement cessé, et le malade croyait entendre un son un peu fort; mais à mesure que la plaie en suppuration se rapprocha de la guérison, l'otorrhée revint au même degré, et était accompagnée d'une violente céphalalgie et d'une gène dans la déglutition. Le malade mourut subitement après quelques jours.

Autopsie. Destruction presque complète de l'os pétreux et de l'apophyse mastoïde cariés; épanchement de pus à la base du crâne comprimant la moëlle, ce qui explique la difficulté de la déglutition et la mort subite. Rien d'extraordinaire à l'endroit trépané. (Villemier, *Diss. de Otorrh.*, p. 27.)

Obs. VII. — Guillen Basé, âgé de 22 ans, fut atteint de fièvre et de délire, après s'être fait arracher une dent douloureuse, le 28 septembre; quatre jours après, écoulement purulent par le conduit auditif de l'oreille. Mort le 4 novembre.

Autopsie. Dure-mère fortement adhérente à l'arachnoïde, et parsemée de petits points, surtout vers le sinus longitudinal; surface convexe du cerveau garnie d'une grande quantité de tubercules remplis d'une masse purulente. La substance cérébrale, coupée en tranches, fait voir des stries de la même matière. Plexus choroïde rempli de vésicules contenant du pus. Cervelet recouvert par la même masse. Nerfs de la septième et huitième paire presque détruits par le pus que l'on retrouve dans le conduit auditif interne. Le canal demi-circulaire supérieur et horizontal, et la partie inférieure étaient remplis de pus; la fenêtre ovale détruite et la membrane du tympan perforée. (Willemier, l. c. p. 39.)

Vu la courte durée de la maladie, il est difficile d'indiquer avec certitude le point de départ du mal; pourtant, en considérant la marche rapide et la grande désorganisation du cerveau, il est à présumer qu'il a commencé par ce dernier organe.

Obs. VIII. — C., âgé de 18 ans, atteint depuis plusieurs années d'otorrhée et de surdité, eut, en 1810, derrière l'oreille, un abcès par où on put pénétrer au moyen de la sonde dans l'apophyse mastoïde, et qui se ferma au bout de quelque temps. Puis le malade fut pris de céphalalgie qui devint extrêmement forte en 1813.

Le 14 mai, on observa des douleurs pongitives de la tête avec anxiété, des vomissemens fréquens et de la somnolence. (Saignée générale et locale; purgatifs; vésicatoires et mercuriaux.)

Le 15 et 16, céphalalgie moindre, plus de vomissemens; stupeur; loquacité; pouls irrégulier. Mort subite. On n'avait pas observé de symptômes de paralysie ni des spasmes.

Autopsie. Hémisphère droit en partie réduit en pus, au milieu liquide, à la périphérie de consistance plutôt pultacée: caillots de sang au milieu de cette masse. Ventricules du cerveau remplis d'une sérosité purulente. (Abercrombie, *the Edinburgh medical and surgical Journal*, juin 1818.)

Ce cas est remarquable en ce que la suppuration de l'oreille était au côté gauche, celle du cerveau à droite.

Obs. IX. — Voyez Morgagni de Sed. et caus. morb., épist. 12, art. v.

Obs. X. — Voyez Lallemand, *Recherches sur l'encéphale*, lettre iv, note de la page 3. Lallemand; qui rapporte ce cas de Baugrand, dit (p. 221) avoir vu un cas semblable à l'hôpital St-Eloi; la carie s'était même étendue au corps de la seconde vertèbre; il en était résulté une déviation de la tête, qui était inclinée sur l'épaule du côté malade, une paralysie incomplète des membres supérieurs, un gonflement du cou, etc.

---

dans l'hygiène, dans la pathologie, dans la statistique médicale. Dans la partie consacrée à l'étude des causes tirées de l'hygiène, il agite la question des altérations du climat; il rappelle les travaux exécutés en Alsace contre les inondations, il donne une sorte d'hydrographie rétrospective du pays; il examine les effets du déboisement progressif des Vosges sur le climat et la température du bassin que forme l'Alsace, et s'appuie sur les intéressantes recherches de M. Bosson (1), du professeur Fée (2), de M. de Puymaigre (3). Les habitations, les changemens survenus dans le régime alimentaire, les influences politiques et religieuses fournissent à l'auteur une suite de considérations sur la question étiologique de la mortalité. Un chapitre curieux sur la composition de la population strasbourgeoise et sur le mélange des races différentes dont elle est formée termine cette revue des causes hygiéniques.

La pathologie historique, si je puis ainsi dire, devait avoir une grande part dans ce travail d'investigation. Cette partie de l'ouvrage que nous analysons atteste des recherches minutieuses, une connaissance approfondie de l'histoire locale.

Nous savons ce qu'il a fallu à l'auteur de labeur et de patiente sagacité pour démêler, combiner, interpréter les documens épars, incomplets, souvent presque indéchiffrables d'où il a exhumé les données nécessaires à cette portion de son œuvre; il est parvenu à composer le tableau historique des épidémies qui ont sévi à Strasbourg depuis les anciens temps jusqu'au dix-huitième siècle.

La troisième partie, qui a pour titre *Statistique médicale*, met en œuvre les matériaux amassés dans les pages qui précèdent; ici l'arithmétique intervient, mais avec une sage réserve, et fait ressortir, par la rigueur de ses formules comparées, les résultats qui se dégageaient déjà, par une induction anticipée, dans l'esprit du lecteur. M. Boersch jette d'abord un coup-d'œil sur le mouvement de la population à Strasbourg dans les siècles antérieurs; il produit le tableau des mariages, naissances et décès, depuis la fin du seizième siècle; établit le rapport des décès et des naissances, celui des décès à la population, des mariages à la population, aux naissances et aux décès; il décompose l'action sommaire des épidémies sur la population, dans ses effets partiels sur les mariages, les naissances, etc.; le mouvement de la population est ensuite étudié comparativement chez les catholiques et chez les protestans. Enfin, l'auteur arrive aux calculs qui ont pour résultat de fixer la durée de la vie moyenne à Strasbourg, expliquant successivement le procédé de statistique de Malthus, celui de Casper, la méthode plus rationnelle suivie par M. Mathieu, M. Benoiston de Châteauneuf, etc.; il fait voir que les chiffres, de quelque façon qu'ils soient groupés et combinés, amènent le même et invariable corollaire, déjà obtenu par M. Mathieu pour Paris, par M. J. Marshall pour Londres, par Casper pour Berlin, à savoir : la durée moyenne de la vie a été en augmentant à Strasbourg, depuis le siècle dernier jusqu'à ce jour, et cette augmentation est à Strasbourg de 4 ans 1/5, pour la période prise entre 1728 et 1835.

Nous n'avons fait qu'ébaucher à grands traits les bases du travail important de M. Charles Boersch; les conclusions qu'il a posées dans chaque chapitre reposent sur une foule de documens curieux, sur des recherches historiques, sur des matériaux inconnus en France.

(1) *Mém. sur l'influence physique du déboisement.*
(2) *Discours d'ouv. du cours de botanique*, 1835.
(3) *Ann. europ. de physique végétale*, t. 5, 9e livraison.

Obs. XI.—Une fille, âgée de 18 à 20 ans, avait une fièvre putride rémittente; des vomissemens bilieux, vermineux; la langue fort chargée; le pouls plein et fréquent; les urines troubles, les déjections fétides. Ce qu'il y a de particulier, c'était un écoulement de pus par le conduit de l'oreille droite avec des douleurs de tête très violentes. Cette suppuration avait commencé longtemps avant la fièvre. Goulard, le rapporteur de cette observation, n'a pas pu apprendre davantage de cette malade, qui, à son entrée à l'hôpital, ne répondait plus aux questions.

Autopsie. Sous la grande moitié droite du cerveau, on trouva un abcès qui était entouré d'un kyste jaune orangé. La substance cérébrale environnante était ramollie. Une partie écailleuse du pariétal, et le commencement de la face supérieure du rocher étaient affectés d'une carie s'étendant jusqu'à l'apophyse mastoïde; celle-ci était remplie d'un pus semblable à celui qui coulait pendant la vie par l'oreille et le nez. (Voyez cette observation avec plus de détails. Lallemand, l. c. p. 151.)

Obs. XII.—Voyez Abercrombie, *Maladies de l'encéphale*, par Gendrin, 2e éd., p. 30.)

Obs. XIII.—Un homme, âgé de 70 ans, affecté depuis deux ans d'une douleur pas trop vive de l'oreille suivie d'un écoulement purulent fut pris de fièvre, et mourut bientôt après.

Autopsie. Rocher, trompe d'Eustache, sphénoïde remplis de pus et détruits par la carie. (Martin Roux, *Journal de médecine*, t. 30, p. 456.)

Obs. XIV.—Un enfant atteint d'opisthotomos mourut dans un état soporeux. A l'autopsie, on trouva le fond de la cavité du tympan perforé. La partie mastoïde du temporal était détruite. Toutes les parties communiquaient entre elles.

Otorrhée cérébrale dans laquelle la suppuration du cerveau et de l'oreille n'était pas en communication directe.

Obs. XV.—Un garçon de 14 ans fut pris, dans la période de desquamation d'une scarlatine benigne, le treizième jour de la maladie, d'une violente douleur d'oreilles et de tête; une à deux heures après, il eut des délires avec une fièvre violente. (Vésicatoires à la nuque; saignées locale et générale; fomentations froides sur la tête; coma.) Mort le 15e jour de la maladie.

Autopsie. Ecoulement purulent par l'oreille interne; cavité du tympan remplie de pus. Membrane du tympan et osselets détruits. Le pus n'entre pas dans le labyrinthe. Au lobe postérieure de l'hémisphère droite, il existait un endroit ramolli; les membranes correspondantes étaient rouges et riches en vaisseaux. Entre la dure-mère qui tapisse la partie postérieure du rocher, et l'arachnoïde correspondante, il y avait une exsudation lymphatique qui adhérait fortement, surtout à la dure-mère.

REMARQUES.

Il résulte de ces observations 1° que la suppuration de l'oreille peut avoir un triple rapport avec le cerveau; la maladie s'étend du cerveau vers l'oreille, ou de l'oreille vers le cerveau, ou elle se déclare séparément dans les deux parties à la fois; le deuxième mode est plus fréquent. La propagation de la maladie se fait (*a*) par *continuité*. Toutes les parties sont atteintes et détruites peu à peu, jusqu'à ce que la suppuration cérébrale puisse se faire jour au dehors, ou bien que la suppuration de l'oreille ait atteint le cerveau et ses membranes. Ce mode de propagation, qui gagne et détruit tous les tissus sans exception, est le plus commun.

(*b*) A *distance*. La suppuration de l'oreille se déclare en premier lieu, et se borne souvent à l'oreille moyenne et interne; néanmoins, les membranes du cerveau s'enflamment et suppurent. L'inflammation du cerveau ou des meninges se borne même à l'intérieur du crâne; les abcès qui en résultent n'atteignent pas l'oreille, et pourtant il se forme une inflammation et une suppuration dans l'oreille interne ou dans l'apophyse mastoïde, ou même dans l'oreille externe. Dans ce cas, on ne peut pas toujours démontrer que la cause de la maladie ait agi en même temps sur l'oreille, ou qu'il ait existé une prédisposition à la maladie développée dans ce dernier organe. Nous avons vu, par les observations, jusqu'où la suppuration peut se prolonger dans le cerveau. Dans un cas, elle n'a pas seulement détruit les parties voisines de l'oreille, mais même l'hémisphère gauche du cervelet et presque tout le droit.

2° Comme la maladie ne se propage pas toujours par continuité, et qu'elle peut se déclarer en même temps et séparément dans l'oreille et le cerveau, on s'expliquera les cas où la suppuration cérébrale se trouve au côté opposé de l'oreille malade (obs. 8). Cette remarque est intéressante, en ce qu'elle apprend que la surdité et l'écoulement purulent ne se trouvent pas toujours du côté où le cerveau est malade.

3° La suppuration, en se propageant vers le cerveau, attaque tout d'abord les membranes qui tapissent l'os pétreux et les artères cérébrales. Les membranes sont enflammées, épaissies, granulées, perforées et détruites de différentes manières; souvent elles adhèrent fortement aux parties du cerveau en suppuration. Les abcès qui se trouvent ordinairement dans le lobe postérieur du cerveau ou dans le cervelet sont presque toujours séparés des membranes par une couche de la substance cérébrale; souvent ils ont un kyste. Dans les cas où ils se sont ouverts et vidés dans l'organe auditif ou à la base du crâne, une petite ouverture conduit à travers un canal de la substance cérébrale dans la cavité vidée.

4° Lorsqu'il existe une suppuration de l'oreille, elle ne se reproduit pas toujours dans le cerveau; mais souvent il existe un ramollissement ou une simple inflammation des membranes du cerveau.

La suppuration et l'inflammation cérébrale ne donnent pas toujours lieu à une suppuration de l'oreille; mais il ne peut se former comme le démontre l'observation de Schroder v. de Kolk, une vraie otite avec épanchement de lymphe, et une formation de fausses membranes. Cette observation est surtout remarquable, en ce qu'elle fait voir comment, par un épanchement en cas d'inflammation cérébrale, il peut survenir une surdité durable; ce cas nous explique encore l'efficacité si marquée du calomel dans la surdité, suite d'inflammation cérébrale ou d'otite. Ce médicament provoque la résorption du produit de l'inflammation.

5° La suppuration qui s'étend du cerveau à l'oreille se fait plus rarement jour par le conduit auditif, le plus ordinairement une autre partie de l'os pétreux est attaquée, cariée, et devient le moyen de propagation de la maladie; quelquefois la partie la plus externe de l'os pétreux est attaquée, et le pus arrive par un grand détour au méat auditif externe; c'est ainsi que l'oreille moyenne et le labyrinthe restent complètement intacts. Il peut donc exister des cas où une suppuration du cerveau s'étant fait jour par l'oreille externe, l'ouïe soit restée intacte. Dans les cas où une suppuration s'étend de l'oreille au cerveau, cette propagation se fait le plus souvent par d'autres parties que par le labyrinthe, dans le voisinage du conduit auditif; même là où l'apophyse mastoïde est primitivement affectée, chaque partie du labyrinthe peut se carier, et la maladie se propager au cerveau; dans un cas, le temporal était carié, les membranes environnantes épaissies, et la maladie s'était propagée le long des os externes du crâne; elle se fit jour par l'oreille externe, laissant complètement intactes les parties internes.

6° Les phénomènes de l'otorrhée cérébrale sont bien plus nombreux qu'on ne l'a indiqué jusqu'aujourd'hui; car ils naissent non-seulement de l'o-

---

Dans une introduction dont la forme est trop dogmatique, l'auteur aborde la question de la statistique, qui a remué dans ces derniers temps tant d'idées et d'éloquence. Il est juste de noter que l'ouvrage de M. Boersch a paru avant les brillantes discussions qui ont eu lieu sur ce sujet à l'Académie de médecine. Le jeune médecin de Strasbourg repousse les prétentions de la statistique, quand elle veut envahir les mobiles domaines de la médecine pratique; il la renvoie du lit des malades; il nie l'autorité de ses résultats thérapeutiques. Avec M. Double, dont il cite les paroles (*Rapport sur un mémoire de M. Civiale*, séance de l'Académie des sciences, 5 octobre 1835), il ne rencontre dans la pratique que des problèmes individuels et reconnait que toutes les applications qu'on voudrait faire des lois générales, même dans de certaines limites, à un cas isolé, seraient passibles d'erreur. Mais s'il soustrait la médecine proprement dite à l'empire de la statistique, il lui abandonne tout le terrain de l'hygiène publique; il rappelle tout ce qu'une application bien comprise des lois de la statistique aux matières de l'hygiène sociale a produit de beaux résultats entre les mains de Villermé, Benoiston de Châteauneuf, Parent-Duchatelet, Morgan, Hawkins, Casper, etc.; il mentionne les solutions obtenues sur les questions de longévité entre riches et pauvres, sur la mortalité des enfans légitimes et illégitimes, trouvés et abandonnés, sur la durée moyenne de la vie des prisonniers, etc.

L'hygiène publique est belle, en effet, quand elle prend en main ces problèmes solennels auxquels pend la vie de toute une classe d'hommes; elle nous apparaît alors, dictant des lois à l'économie sociale, aux gouvernemens leurs devoirs envers l'humanité; c'est elle qui a donné la première impulsion à la réforme pénitentiaire; c'est elle qui, signalant par la bouche de Marx (*Topog. von Gœttingues*, 1824), de Sussmilch et Baumann (*Gœttliche ordnung, und deren Anhang*) l'effroyable mortalité des enfans naturels montre les exigences de la morale d'accord avec les saints intérêts de l'humanité; quand elle met en lumière les différences de la mortalité dans les classes riches et dans les classes pauvres, loin de venir en aide aux tristes doctrines du fatalisme, elle enseigne que l'homme peut, par son travail, par l'usage de son intelligence, par le libre déploiement de ses forces natives, assurer l'amélioration de son sort, conquérir des années en s'élevant à l'aisance. Envisagée à cette hauteur, l'hygiène publique se présente à nous, comme la science des lois qui président au développement progressif des sociétés; tout ce qui agit sur la vie matérielle et morale du corps social doit rentrer dans la sphère de ses études; plus son but est difficile, plus noble est la fonction sociale du médecin; et, n'en doutez point, si la situation actuelle du médecin est si subalterne et si négligée, c'est que l'hygiène publique, entrevue par la masse des gens de l'art, comprise seulement et remuée à sa superficie par quelques esprits d'élite, exploitée en sous ordre par les administrations de tous les temps, attend encore les développemens qui doivent la constituer comme science et sanctionner son autorité dans la société.

Quoique M. Boersch n'ait entrepris la question de la mortalité que sur une échelle restreinte, il n'a eu garde de s'enfermer avec une stérile précision dans les limites de son sujet, c'est-à-dire d'une localité. Il a fait plus d'une excursion dans l'hygiène publique; il ne se contente pas de fouiller dans les annales de l'Alsace et d'en extraire, par le double usage de la critique et du calcul, des données positives; il interroge les travaux que la statistique a exécutés sur d'autres cités; il oppose, il compare, il discute les résultats publiés. Le lecteur nous saura gré de lui mettre sous les yeux quelques documens qui se rapportent

reille et du cerveau; mais encore d'autres parties qui, peu à peu, sont atteintes par la suppuration. Lorsque la maladie s'étend du cerveau à l'oreille, les phénomènes cérébraux existent longtemps avant que l'oreille soit atteinte; ordinairement ils ne sont ni violens, ni nombreux, mais très opiniâtres; c'est ainsi que nous voyons dans la première observation une violente douleur le long de la suture sagittale, à laquelle se joignent de la fièvre, des frissons, de l'anxiété et de l'insomnie; dans la seconde, une violente migraine occupant l'occiput et le front, et suivie plus tard de délire et de frénésie. En examinant de plus près ces phénomènes, nous voyons qu'ils accompagnent ordinairement l'inflammation de la dure-mère; au commencement, les symptômes sont isolés; peu à peu ils deviennent plus nombreux et plus violens; à la fin, ceux d'une otite interne se déclarent; violente douleur de l'oreille, ouïe plus dure, surdité, etc.; et ce n'est que dans la dernière période de la maladie que survient l'écoulement purulent. L'observation exacte de la différence dans le début et le cours de ces deux maladies peut seule conduire, pendant la vie, au diagnostic de l'otite interne.

L'otorrhée, qui attaque peu à peu le cerveau et ses membranes, n'a pas une marche déterminée. Dans un cas, la maladie de l'oreille a duré longtemps; dans un antre, très peu de temps : tantôt elle se déclare avec sifflement et bruissement, tantôt avec une violente douleur. Le début est très varié : une fois la maladie apparaît comme un rhumatisme, qui se change en inflammation et en suppuration; une autre fois elle s'annonce comme une vraie inflammation, qui se termine par suppuration; chez d'autres encore l'otorrhée date dès la première jeunesse. La suppuration ne paraît pas être favorisée par la longueur de la maladie, car il peut arriver que celle-ci ait été courte ou de longue durée; mais dans ce cas la carie paraît être constante; les symptômes qui annoncent son existence sont : des mouvemens désordonnés des paupières et des muscles de la face, de la rougeur de la conjonctive palpébrale et des douleurs des os de la face, dans beaucoup de cas du boursoufflement de l'apophyse mastoïde ou d'un autre os près de l'oreille. Les symptômes du côté de la tête sont de nature différente : au commencement, douleur de tête circonscrite plus ou moins intense; plus tard, fièvre, agitations, puis coma et souvent mort subite. Si la suppuration cérébrale se fraie un chemin au-dehors, il se déclare peu de temps avant la mort un écoulement abondant. La carie de l'oreille interne, de l'apophyse mastoïde et du rocher est ordinairement très considérable. Les cas où l'inflammation et la suppuration se déclarent subitement ou isolément sont les plus aigus et s'annoncent par de violens symptômes d'une otite interne, d'une méningite ou d'une encéphalite.

7° Le pus peut se propager d'une manière particulière et se faire jour loin de son origine; il s'écoule par la trompe d'Eustache dans le gosier et dans la tranchée-artère, d'où il est rejeté par l'expectoration, et peut faire croire à une ulcération de la trachée et des poumons (obs. 10); lorsqu'il est avalé, il provoque des nausées et des vomissemens, et peut simuler une suppuration de l'estomac. Abercrombie cite un cas où le pus d'une carie du rocher et de l'apophyse mastoïde se fit jour au cou, une autre fois il a passé dans la poitrine, où on en a trouvé une livre dans la plèvre costale. C'est ainsi que le pus peut se déposer à chaque région de la partie supérieure du corps.

8° Il a déjà été démontré que la suppuration du cerveau peut avoir lieu d'un côté et la suppuration de l'oreille au côté opposé; mais il y a aussi des cas où, lorsqu'une oreille est primitivement malade, l'autre peut le devenir également (obs. 4 et 8).

9° Dans le cas d'otorrhée, où un abcès du cerveau s'ouvre et où le pus s'épanche à la base du crâne et dans le canal vertébral, la mort peut survenir subitement par la compression du cerveau et de la moëlle allongée (obs. 6).

MATIÈRE MÉDICALE.

NOTE SUR L'ASPERGE ET L'ACTION SPÉCIALE QU'ELLE EXERCE SUR LA VESSIE; par J.-J. DE LA HARPE, médecin en chef de l'hôpital de Lausanne.

L'asperge n'est plus comptée, depuis longtemps, au nombre des médicamens. La presque totalité des matières médicales modernes n'en font aucune mention (1). Elle est généralement envisagée comme un aliment. Je n'ignore pas que certains pharmaciens spéculateurs s'efforcent de persuader au public que le sirop préparé avec les pointes d'asperge jouit de propriétés sédatives remarquables. On est allé jusqu'à placer cette plante et son sirop à côté du pavot, et à prétendre qu'elle avait des avantages sur l'opium. De semblables exagérations n'ont, ce me semble, pas besoin de réfutation. Quelques médecins de ma connaissance ont employé ce sirop, mais sans aucun succès. On leur a observé que les asperges dont on avait fait usage n'étaient pas de bonne qualité. S'ils eussent fait venir leur sirop de Paris, il eût sans doute produit de tout autres effets.

Chacun connaît l'odeur désagréable que ce légume communique à l'urine, odeur qui n'a pas plus de rapport avec celle de l'asperge fraîche, qu'avec celle de la térébenthine, l'odeur de violette exhalée par l'urine des personnes qui ont respiré cette résine. Faut-il l'attribuer à une modification *sui generis* de la vitalité des reins produite par les asperges, en vertu de laquelle ces organes sécrètent un fluide doué de propriétés spéciales? Ou bien cette odeur est-elle due uniquement à un principe odorant renfermé dans les asperges, modifié?

L'asperge influe-t-elle à d'autres égards sur la sécrétion des reins? Cullen affirme que ni la quantité ni la qualité des urines n'en est modifiée. Cette assertion est évidemment trop générale. La qualité est certainement changée, puisque l'odeur l'est. Mais il y a plus : je crois avoir remarqué dans l'urine des personnes qui ont mangé des asperges une teinte opale et plombée. Ce serait à l'analyse chimique à décider la question. Les faits que je citerai plus bas ne sont, en outre, point en faveur de l'opinion d'une absence d'altération qualitative.

Quant à la quantité, elle n'est, selon moi, point modifiée sensiblement par les asperges. Ce fait exclurait donc cette racine de la classe des diurétiques, et confirme l'opinion de Van Swieten et de Cullen. Ces auteurs pensent qu'on n'avait conclu cette propriété que par induction et sur la seule odeur communiquée à l'urine.

(1) En France elle est encore prescrite dans le sirop des cinq racines et dans celui de guimauve composé, l'un et l'autre dignes reliques du moyen-âge.

---

soit à des problèmes d'hygiène publique, soit à l'histoire médicale d'une de nos grandes villes.

Les chiffres ont depuis longtemps démontré l'influence de la légitimité et de l'illégitimité des naissances sur la vitalité des enfans. Et d'abord, signalons l'énorme proportion des enfans naturels mort-nés; elle ressort d'une manière frappante des travaux publiés en Allemagne. D'après la topographie de Gœttingue (*Top. von Gœt.*, von Marx, 1824) que l'on doit à Marx, elle est dans cette ville de 15 sur 100, tandis qu'il ne compte que 3 mort-nés sur 100 enfans légitimes. D'après Baumann, Leipsik et Dresde sont les villes d'Allemagne qui comptaient il y a quarante ans le plus de mort-nés, et le nombre des mort-nés illégitimes y dépassait du double celui des mort-nés légitimes pendant la dernière moitié du siècle dernier. Le professeur Casper nous apprend que dans l'espace de quatre ans, de 1819 à 1822, il naquit à Berlin, 22,643 enfans légitimes vivans et 937 mort-nés, et 4,002 enfans naturels vivans et 317 mort-nés; d'où la proportion de 1 à 23 parmi les premiers, et de 1 à 12 parmi les derniers, c'est-à-dire deux fois plus d'enfans naturels que d'enfans légitimes mort-nés. Ce n'est pas seulement dans le sein de la mère que la mortalité s'appesantit sur les enfans naturels, mais

1° Dans le premier mois après la naissance, il meurt 10 enfans sur 100 légitimes, et 24 sur 100 naturels;

2° Dans le deuxième et le troisième mois, il périt proportionnellement deux fois plus d'enfans naturels que de légitimes;

3° Dans le deuxième trimestre, la mortalité des enfans naturels dépasse des deux tiers celle des enfans légitimes, elle est double du sixième au douzième mois;

4° Dans la seconde année, il meurt 2/5 plus d'enfans naturels, et dans la troisième et la quatrième année, un tiers de plus que d'enfans légitimes;

5° De la cinquième à la septième année, la différence proportionnelle est encore du quart. Elle s'efface et disparaît plus tard.

Ces calculs ont été établis par Baumann et Sussmilch (op. cit.), après des recherches nombreuses et bien faites; ils ont été récemment confirmés par le professeur Casper. Voici les résultats obtenus par ce dernier : sur 28,705 enfans âgés de moins de 15 ans, morts à Berlin de 1813 à 1822, c'est-à-dire dans l'espace de dix ans, il y avait 5,398 enfans naturels. En combinant ce chiffre avec celui des mort-nés, on trouve que sur 100 enfans morts à Berlin, il y avait 23 enfans naturels. Or, à Berlin, les naissances illégitimes sont aux naissance légitimes comme 1 à 7; la proportion de la mortalité est de 1 à moins de 5; la différence moyenne est donc de 2/5.

La voie de rigoureuse déduction, dont la statistique imprime l'habitude à l'esprit, a conduit parfois Parent-Duchâtel et à des conclusions qui avaient un air de paradoxe. Telles sont notamment celles qui terminent son mémoire sur les chantiers d'écarrissage de la ville de Paris, et qui proclament, comme on sait, l'innocuité des viandes provenant d'animaux malades. Cette opinion était celle de feu Coze, ancien doyen de la faculté de Strasbourg qui a publié sur ce sujet un mémoire important (*Mem. de la societe d'agriculture de Paris*, 1817), et qui, placé à la tête des commissions sanitaires du Bas-Rhin, réunissait entre ses mains tous les élémens d'une observation complete. Il nous apprend que pendant le blocus de 1815, l'armée campée sous les murs de Strasbourg, et la garde nationale soldée qui recevait ses rations des magasins militaires, n'ont pas mangé de viande provenant « *d'une seule bête dans l'etat de santé*, » Et

Si l'action des asperges sur les reins peut être mise en doute, il n'en est point de même de leur effet sur la vessie et en particulier sur le col de cet organe. En ce sens, Cullen est grandement dans l'erreur, lorsqu'il affirme qu'elles ne font communément ni bien ni mal. Voici les faits sur lesquels je me fonde.

D'abord mon expérience personnelle. Lorsque j'ai mangé des asperges pendant plusieurs jours de suite, je ressens au col de la vessie un resserrement pénible, qui gêne légèrement l'émission des urines. Ce symptôme ne se manifeste guère que le matin, au sortir du lit. Je l'ai ressenti chaque année dans la saison des asperges. Mon frère éprouva les mêmes accidens, mais beaucoup plus intenses, pour en avoir copieusement mangé pendant deux jours de suite. Un médecin (1) de mes amis avait fait sur sa personne la même observation; il avait fait quelques expériences pour s'assurer de la réalité du fait. J'ai ouï vingt fois des amateurs d'asperges affirmer avoir ressenti les mêmes sensations. Je fus occasionnellement consulté, il y a quelques années, pour M. de R., atteint de douleurs vives à la région de la vessie et aux lombes, avec rétention d'urine. Il faisait dater sa maladie d'une longue et forte cure d'asperges, qu'on lui avait conseillée. L'inflammation des voies urinaires avait été chez lui des plus rebelles et très violente. Les suites en furent funestes.

Au moment où j'écris ces lignes, je donne mes soins à un jeune homme qui a éprouvé quelque chose de semblable.

Obs. — Le sujet était convalescent d'une inflammation cérébrale assez intense, qui avait succédé à un travail de cabinet forcé et prolongé. L'irritation cérébrale, quoique calmée, reparaissait à la plus légère occasion. Toutes les fonctions se faisaient bien; l'appétit était bon. A l'exception de quelques palpitations et d'un peu de constipation, dont il souffrait depuis longtemps, il n'accusait aucun mal. Doué d'un tempérament nervoso-sanguin-hémorroïdaire, amaigri par sa maladie antérieure, il était resté fort irritable au moral et au physique. Sa convalescence tombant dans la saison des asperges, il se prit à en manger tous les jours en assez grande quantité, nonobstant mes appels à la prudence. Après trois semaines environ d'usage habituel de ce légume, il est saisi subitement un matin par des douleurs atroces dans le bas-ventre, au moment où, se levant, il voulait évacuer ses urines. Les douleurs allaient en augmentant de moment en moment. Du fond du bassin où elles avaient éclaté, elles s'élevaient vers l'épigastre en provoquant des nausées, puis s'irradiaient péniblement le long du canal déférent et des uretères dans les bourses, jusqu'aux reins. La douleur se faisait, en outre, ressentir très vivement au bas des reins. L'angoisse, l'inquiétude et les cris du malade étaient excessifs. Je le trouvai couvert d'un épais lit de plume et inondé de sueur. L'abdomen était contracté, insensible à la pression, même dans la région de la vessie. Le malade indiquait le périnée et les aines comme foyer de la douleur. Le rectum était complètement étranger à ce développement effrayant de symptômes inflammatoires. Le pouls était raide, excessivement dur et accéléré; la face étirée. Il n'y avait ni ténesmes ni épreintes, ni douleurs en allant à la garderobe. Le malade avait de fréquens besoins d'uriner: ce besoin était des plus impérieux. Il donnait issue alors à un peu d'urine blanchâtre, opale, qui devenait floconneuse par le refroidissement. Après son évacuation, les douleurs redoublaient d'intensité. Les symptômes cérébraux avaient totalement disparu. Le malade n'avait commis aucune faute et ne s'était exposé à aucune influence nuisible qui eût pu expliquer le développement aussi subit et aussi violent d'une pareille cystite. Depuis plus de deux mois il suivait un régime des plus stricts; il ne buvait ni vin ni bière, ni thé, ni café, ni bouillon gras; il ne mangeait que du poulet, des pommes de terre, des asperges, des potages légers et des oranges. Il venait de subir un traitement antiphlogistique. Il avait renoncé aux promenades en voiture et à âne, parce qu'elles ébranlaient son cerveau délicat. Il n'avait point eu de vésicatoire depuis plus de quatre semaines. Il ne s'était exposé à aucune transpiration arrêtée. Il se promenait tous les jours à la campagne par un temps serein, au milieu d'amis empressés à le distraire. Il avait pris, pendant les quatre jours qui précédaient les accidens énumérés, quelques grains de calomel, prescrits dans le but de modérer l'irritation cérébrale. Ce médicament l'avait soulagé. Il disait que, depuis quelques jours, il avait des érections fréquentes et douloureuses, sans pollutions, quoiqu'il fût exposé à cette dernière infirmité. Je m'étais aussi aperçu, depuis quelques jours, d'une susceptibilité morale et physique plus grande.

L'accès dura près de vingt heures; il fut coupé assez brusquement. Dix sangsues au périnée, des cataplasmes émolliens, que le malade demandait bouillans, des lavemens émolliens, une friction faite aux aînes, avec de l'onguent mercuriel chargé d'extrait de belladone, des boissons émollientes, du lait d'amandes mêlé d'extrait de jusquiame, successivement employés, amenèrent la convalescence. Celle-ci fut courte et complète.

Quelle est la partie spécialement active dans l'asperge? Est-ce l'asparagine? Je ne le crois pas. Une substance qui se trouve en plus grande quantité dans la racine d'althea et dans celle du symphytum que dans celle de l'asperge, aurait dû manifester il y a longtemps des effets nuisibles. Comment croire d'ailleurs qu'une substance végétale douce et presque sans saveur eût une action si vive sur les voies urinaires? Je pense plutôt qu'il faut l'attribuer au principe résineux, verdâtre, d'une saveur âcre, que l'alcool extrait du suc d'asperges (1). Ce principe est sans doute analogue à la résine de la salsepareille ou à la scillitine, sans être cependant identique avec ces substances. Je pense que c'est lui qui donne à l'asperge cette saveur amère, particulière, qui rend certaines pousses vertes absolument immangeables. Cette saveur se communique en partie à l'eau dans laquelle on fait bouillir l'asperge.

Quelle est la partie de la vessie sur laquelle l'asperge porte son action irritante? Les faits cités plus haut feraient croire que c'est surtout l'ensemble de cet organe, mais spécialement sur les tissus fibreux et musculaires. Rien n'indique une affection des muqueuses. Le parenchyme des reins paraît lui-même n'en être que modérément affecté, comme nous l'avons dit, puisque l'urine ne change pas de quantité et à peine de qualité, sauf l'odeur. En revanche la constriction produite au col de la vessie, les tiraillemens et les douleurs violentes à l'hypogastre, la dureté et la raideur du pouls indiquaient une vive irritation des tissus contractiles.

Il résulte de ces faits que l'on peut employer l'asperge en médecine. Les cas où elle sera utile seront toutefois fort restreints. Je les limiterais aux faiblesses vraies de l'appareil musculaire, c'est-à-dire à la paralysie de la vessie, sans complication d'affection inflammatoire ou organique. Ces cas sont, comme on le sait, assez opiniâtres.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS.

1. THE MEDICO-CHIRURGICAL REVIEW,

Le cahier du premier trimestre renferme les articles suivans: 1° Ex-

(1) Feu le docteur Péret, de Lausanne.

(1) Berzelius, *Traité de chimie*, trad. franç., t. VI, p. 250.

quinze milliers de bœufs de la grande taille, attaqués du typhus et exposés au moment d'expirer dans le plus haut degré de l'épidémie, a été consommé pendant et après le blocus, sans que les organes digestifs fussent seulement troublés par l'usage d'un pareil aliment. M. Boersch a indiqué les auteurs allemands qui se sont principalement occupés de cette question, Richter, Zuckert, J. P. Frank; ce dernier (*System einer vollstaendigen medizinischen Polizey*, t. III, p. 44) avait déjà émis au siècle dernier l'opinion développée par Parent-Duchâtelet.

On n'a pas assez étudié l'influence que le mariage et le célibat peuvent avoir sur la durée moyenne de la vie. Hufeland et Déparcieux ont les premiers fixé l'attention sur ce problème de statistique. Odier (*Bibl. britannique*, t. LIX, Genève 1814) a déterminé, de 1761 à 1813, la durée moyenne de la vie des femmes mariées et des femmes non mariées. Casper a dressé (*Beitraegs zur medizinischen Statistick*, etc.) un tableau qui n'est pas connu en France et que nous empruntons à une note de la thèse de M. Boersch:

MORTS SUR 100.

Age.	Hommes non mariés.	H. mariés.	Femmes non mariées.	F. mariées.
de 20 à 30 ans	31,3	2,8	28,0	7,7
30 45	27,4	18,9	19,3	20,3
45 60	18,7	30,2	13,3	22,6
60 70	11,3	20,9	13,5	20,2
70 80	7,5	18,2	14,9	18,5
80 90	3,0	7,8	7,8	8,6
90 100	0,3	0,9	0,3	1,6

DIFFÉRENCES EN FAVEUR DES PERSONNES MARIÉES.

Age.	Hommes.	Femmes.
de 20 à 30 ans	28,5	20,3
30 45	37,0	19,3
45 60	23,5	12,2
60 70	16,1	5,5
70 80	5,4	1,9
80 90	0,6	1,1
90 100	0,2	0,4

Ainsi sur 100 hommes non mariés, il en est mort 31 de l'âge de 20 à 30 ans, tandis que sur 100 hommes mariés il n'en est mort que 3 dans la même période de vie. Cette proportion se maintient favorable au mariage, à quelque âge qu'on la prenne. Elle l'est cependant moins, comme le prouve le tableau, aux femmes mariées qu'aux hommes mariés, tout en conservant à celles-là l'avantage sur les femmes non mariées. Le tableau de la mortalité à Amsterdam de 1814 à 1826, inséré dans le journal de Henke (*Zeitschrist für die staatarzneykunde*, t. XXI), conduit à des résultats analogues. Ces documens démontrent que le célibat abrège la durée moyenne de la vie, que le mariage la prolonge d'une manière notable. Que l'on applique cette donnée à la population de deux états, l'un catholique, contenant beaucoup de prêtres et de couvens; l'autre protestant, où il n'y a que des prêtres mariés et point de couvens, il est évident que la durée moyenne de la vie apparaîtra plus large dans ce dernier état; « et c'est ainsi, ajoute judicieusement M. Boersch, que l'on constatera sur une grande échelle l'influence du célibat ecclésiastique; et la nécessité de tenir

trait d'un rapport fait à la société médicale de Westminster; par M. le docteur Granville, au nom d'une commission composée de neuf membres, sur les bougies de stéarine contenant de l'arsenic; 2° *Plusieurs cas remarquables de fièvres observés à l'hôpital de Canterbury;* 3° *Relation de M. Churchill, relative aux femmes traitées à l'hôpital obstétrical de Dublin*, pendant les années 1835, 36, 37; 4° *Plusieurs cas de lésions traumatiques du genou, observés à l'hôpital de Limerick*; rien de bien neuf; 5° *Du traitement de l'ophthalmie strumeuse;* par M. Lawrence; la seule idée importante contenue dans cet article est celle-ci : le meilleur moyen pour combattre la pathol. scroph. est la pommade de tartre stibié frottée autour de l'orbite; 6° *De l'électricité dans le traitement de certaines maladies convulsives et spasmodiques;* par M. Addison; 7° *Quelques remarques sur les pulsations abdominales*; par M. James Johnson; 8° *Sur une maladie singulière*; par le même; 9° *Cas remarquable de tympanite abdominale*; par le même; 10° *Cas de fièvre hydropique*; par M. W. Lewer; 11° *Leçons cliniques de M. Guthrie sur les plaies par armes à feu.*

RELATION STATISTIQUE DES FEMMES TRAITÉES A L'HÔPITAL OBSTÉTRICAL DE DUBLIN (*Western Lying-in hospital*), depuis le mois d'octobre 1835 au mois de décembre 1836, et depuis cette dernière époque au 31 décembre 1837; par M. CHURCHILL, médecin de cet hôpital.

Dans la double série de faits que l'auteur passe en revue, on trouve le chiffre de 247 accouchemens pour la première, et de 391 pour la seconde. Le premier chiffre offre quatre cas d'accouchemens doubles; le second en présente sept. Tous ces accouchemens ont été à terme, à l'exception d'un seul. Sur les sept derniers accouchemens doubles, il y a eu dix enfans du sexe mâle. Chez cinq de ces dernières femmes, il y eut hémorragie avant l'expulsion du placenta; mais cet accident n'a pas eu de suites fâcheuses.

Nous ne reproduirons pas les tableaux très détaillés que M. Churchill a faits pour indiquer les différentes présentations, le sexe des enfans, la durée du travail, etc. Nous nous contenterons seulement de prélever quelques remarques générales de l'auteur qui nous paraissent offrir de l'intérêt.

1° *Longueur du travail.* En notant exactement le temps écoulé depuis les vraies douleurs jusqu'au moment de la rupture de la poche amniotique, et depuis ce dernier moment jusqu'à la naissance de l'enfant, M. Churchill est arrivé à cette double conclusion, savoir que 1° la longueur même considérable de la première période du travail n'influe en aucune manière sur la durée de la seconde si les choses sont normalement disposées; 2° que la longueur de tout le travail ni de chaque période en particulier n'a aucune influence sur le degré de réaction que l'organisme éprouve par suite de la parturition.

Une polémique assez animée avait eu lieu, dans ces derniers temps, entre deux accoucheurs célèbres de l'Angleterre : M. Hamilton, d'Edimbourg, et M. Collins, de Dublin. Le premier soutenait que la longueur de la seconde période du travail était toujours en raison de la longueur de la première; ou, en d'autres termes, que plus le temps écoulé depuis les vraies douleurs jusqu'à la rupture des eaux est long, plus sera long le temps qui s'écoulera depuis ce moment jusqu'à l'issue de l'enfant, par la raison, disait M. Hamilton, que la matrice s'énerve si la première période est trop longue. M. Collins, au contraire, soutenait que cette loi n'était pas réelle. Pour décider la question, M. Churchill a pris au hasard 21 cas d'accouchemens laborieux, mais naturels, dont la première période a duré de 25 à 95 heures; il a prouvé, par les tableaux statistiques qu'il publie, que la loi de M. Hamilton n'est point exacte, puisque le temps de la seconde période a été extrêmement variable, et nullement en rapport avec la première. On voit effectivement, par ces tableaux, que tantôt la seconde période n'a duré qu'une ou deux heures, la première ayant duré 50, 90, 95 h.; tandis que dans d'autres cas elle a duré 11, 21 heures; la première n'ayant duré que 25, 39 h., etc. Ce qu'il y a en outre de remarquable dans ces 21 cas, c'est qu'aucune femme n'a souffert plus particulièrement des suites de la longueur du travail, ni même les enfans. Deux de ces enfans sont morts par causes indépendantes de la longueur du travail; l'un ayant succombé à la chute du cordon; l'autre par sa naissance avant terme. Les mères n'ont éprouvé ni rétention du placenta, ni hémorragie, ni affections inflammatoires ou nerveuses après les couches.

Sur les 391 femmes de la seconde série 3 sont mortes. L'une d'elles avait été atteinte de pneumonie avant et durant le travail. La première période a duré vingt-six heures; la tête a avancé ensuite; douze heures après, l'accouchement n'était pas encore accompli; comme la femme avait de la force, on a laissé les choses à la nature; enfin elle a accouché naturellement d'un garçon vivant; le placenta a été expulsé une demi-heure après. Le pouls s'est alors élevé à 120; la malade a paru épuisée par la toux et par les efforts de l'accouchement. Elle s'est affaissée de plus en plus, et a fini par succomber le troisième jour. L'autopsie n'a pu être faite.

Trois fois la version podalique a été nécessaire sur ce nombre d'accouchemens. Dans un cas l'enfant présentait le bras et une anse du cordon; dans les deux autres la version a été nécessitée par la présence de deux enfans dans la matrice. Le forceps a été appliqué une fois, et une seule fois aussi on a dû avoir recours au crochet pour tirer l'enfant qui était mort. Deux cas de rétention placentaire se sont présentés; dans l'un il s'agit d'un accouchement prématuré, et il a été impossible de tirer le placenta au moment de l'accouchement à cause de la perte considérable de sang; on a tamponné et l'on a attendu; le sang a été arrêté; ensuite le placenta a été expulsé spontanément. La réaction a été violente, mais le traitement antiphlogistique en a triomphé. Dans l'autre cas, il s'agissait d'un accouchement double qui a eu lieu au septième mois avec beaucoup de peine et de longueur; une hémorragie effrayante s'est déclarée; la femme était presque sans pouls lorsqu'elle a été transportée à l'hôpital. On lui administre une potion cordiale, on introduit la main dans la matrice, on vide les caillots et l'on extrait le placenta. Deux jours après, métro-péritonite; on la combat à l'aide du calomel et de l'opium, et la femme se rétablit. Elle sort de l'hôpital, se querelle avec des portières, fait des excès en boissons et meurt le lendemain de sa sortie. L'autopsie n'a décélé absolument aucune lésion qui pût expliquer la mort presque subite de cette femme.

Une troisième femme est morte presque subitement de chagrin; elle venait d'accoucher d'un enfant acéphale; quelqu'un lui a montré son enfant peu de temps après, elle en a éprouvé une telle peine qu'elle a succombé. L'autopsie n'a pu être faite.

M. Churchill termine sa relation par les détails les plus essentiels d'un cas de grossesse hydatique. Le voici :

---

compte de la religion et des institutions qu'elle crée dans l'étude de l'hygiène publique. »

S'il fallait une nouvelle preuve de l'influence des inondations sur la production des fièvres, on la trouverait dans les calculs de M. le professeur Sourdes, reproduits par M. Boersch, et qui sont restés ensevelis jusqu'à présent dans un recueil académique de province. Voici le tableau des fièvres intermittentes observées par ce savant professeur à l'hôpital militaire de Strasbourg, de 1821 à 1828 :

En 1821,	sur 2,181 maladies,	887 fièvres intermittentes	(41 sur 100)
1822,	2,260	948	(42 —)
1823,	2,300	990	(43 —)
1824,	3,249	1,517	(47 —)
1825,	2,592	1,938	(75 —)
1826,	2,681	2,030	(75 —)
1827,	3,486	2,574	(74 —)
1828,	3,635	2,459	(68 —)
Totaux :	22,408	13,350	Moyenne générale : (50 sur 100)

N'est-on pas frappé de la différence qui a existé entre les fièvres de 1821 à 1824, et celles de 1825 à 1828? Dans les quatre premières années, leur nombre a été de 4,342; dans les 4 dernières, de 9,008; pour les unes, la moyenne est de 43 sur 100, et pour les autres de 63. Veut-on avoir la raison de cette remarquable différence? Qu'on se rappelle l'inondation extraordinaire qui a eu lieu en 1824, et que l'on a cru pouvoir attribuer à l'éruption d'eaux souterraines, aussi bien qu'à la fonte des neiges et à de grandes pluies. L'influence de l'inondation, ou plutôt des foyers d'exhalation miasmatique qu'elle a engendrés, s'est fait moins sentir dans l'année même de l'inondation que dans les années subséquentes; il fallait en effet que les eaux se fussent retirées pour que le dégagement des effluves marécageux acquît une certaine activité. Un autre fait qui découle du tableau de M. Sourdes, c'est la diminution du nombre des maladies continues, en raison de l'augmentation des maladies périodiques.

M. Boersch a étudié avec un soin particulier le mouvement de la population à Strasbourg; il a discuté successivement tous les termes qui entrent dans ce problème. Les limites de cet article nous empêchent de le suivre dans les calculs qu'il établit; nous nous bornerons à en rapporter les résultats les plus intéressans.

En comparant la proportion des naissances à celle de la population à Strasbourg, à celle qui existe ailleurs, on est conduit à des rapprochemens qui ne manquent pas d'importance. Cette proportion moyenne est à Strasbourg, dans la période comprise entre 1806 et 1833, comme 1,26,3. — En Prusse, d'après les calculs de Casper, dressés sur des documens officiels, ce rapport était de 1810 à 1820, comme 1,23,9, résultat bien voisin de celui que présente Strasbourg. Calculé d'après les tableaux de Sadlep, ce rapport est en Angleterre de 1810 à 1820, comme 1,32,9. La fécondité serait donc moindre en Angleterre de 1/5 environ.

Pour les Pays-Bas, y compris la Belgique, M. Quételet a trouvé la proportion :: 1 : 27, 1. Enfin, d'après les documens fournis par l'*Annuaire du bureau des longitudes*, le rapport des naissances à la population serait, en France, comme 1 : 31, 4. Ainsi, la fécondité réelle des mariages est moindre en France

OBS. — Anne Corwen, âgée de 27 ans, mère de deux enfans, habituellement bien portante, avait été exactement et bien réglée jusqu'au mois d'août 1836. Alors ses règles ont cessé de couler, et elle s'est crue enceinte. Un mois après elle a eu un léger écoulement d'eau sanguinolente par le vagin qui s'est continué pendant trois mois environ, jusqu'au 18 décembre de la même année. A cette époque elle est saisie de douleurs comme pour accoucher, et présente tous les signes d'un avortement prochain; elle avorte en effet, mais au lieu d'un œuf elle a rendu une grande cuvettée d'hydatides. Une hémorragie considérable a suivi l'expulsion de ces corps; mais la femme a guéri.

II. THE DUBLIN JOURNAL OF MEDICAL SCIENCE.

Le premier cahier de cette année de ce journal contient les articles originaux suivans: 1° *Considérations sur les opinions métaphysiques et phrénologiques du docteur Elliotson;* par un anonyme, signé *anti-quack* (anti-charlatan); 2° *Réplique aux objections du docteur Collins sur quelques préceptes d'obstétrique;* par M. Hamilton; 3° *Relation obstétricale de M. Churchill;* 4° *Compte-rendu des malades traités à l'hôpital des fiévreux pendant l'année* 1837; par M. Morrison; 5° *Sur la cirrhose du poumon;* par M. Corrigan; 6° *Observations sur la sciatique et les affections névralgiques liées à certaines maladies de l'estomac;* par M. Richard Carmichaël.

COMPTE-RENDU DES MALADES TRAITÉS A L'HÔPITAL DES FIÉVREUX (*fever hospital*) PENDANT L'ANNÉE 1837; par M. MORRISON.

Parmi les faits contenus dans ce compte-rendu, les suivans nous ont paru les plus intéressans.

ÉLÉPHANTIASIS DE LA JAMBE TRAITÉ A L'AIDE DE L'EAU BOUILLANTE ET DE L'ACIDE NITRIQUE.

OBS. — Un jeune homme, âgé de 25 ans, était depuis sept ans affecté d'éléphantiasis à la jambe. Le mal avait marché lentement sans chaleur ni inflammation, ni fièvre, ni aucun autre dérangement. Le malade avait l'habitude de dormir fréquemment en plein air; il était mendiant errant de profession, et ne portait jamais de bas ni de souliers. La jambe offrait une grosseur triple comparativement à l'autre; le pied également. Les tégumens avaient une couleur obscure, étaient très épais et indurés, et paraissaient ici formés d'écailles, là de poireaux, plus loin d'incrustations fragiles, et étaient entièrement libres d'inflammation. Les ganglions inguinaux n'étaient point hypertrophiés et la santé générale paraissait assez bonne.

La localisation bien circonscrite de la maladie, l'absence de tout symptôme inflammatoire, l'intégrité du système lymphatique et de la santé générale, ont fait penser à M. Morrison que le mal pourrait être avantageusement attaqué par des remèdes locaux; il a pensé qu'il fallait avant tout enlever ces énormes incrustations qui cuirassaient le membre: il a donc fait plonger le pied et la jambe dans un baquet d'eau bouillante, se proposant de l'y laisser autant de temps que le malade aurait pu le supporter; cette immersion n'a produit aucune sensation au malade, mais il n'a pas voulu y rester par poltronnerie. Il n'a pas été possible de le faire consentir à permettre cette espèce de préparation désquammatoire. M. Morrison a alors versé de l'acide nitrique concentré sur toute la jambe, puis deux ou trois pots d'eau bouillante. Cette opération a produit quelque douleur. Peu de jours après, la plus grande partie des croûtes ont commencé à tomber, mais il en restait encore quelques-unes assez volumineuses. M. Morrison allait revenir à la même opération, mais le malade s'est refusé obstinément et s'est enfui de l'hôpital.

M. Morrison ne doute point que si le malade eût été docile à plonger plusieurs fois la jambe dans de l'eau bouillante jusqu'à la chute complète des croûtes et la cautérisation de la peau sous-jacente, il n'eût complètement guéri à l'aide du repos, de la compression, des pansemens mercuriels et des remèdes évacuans. Bien qu'incomplet, ce fait offre une idée neuve que d'autres praticiens pourraient peut-être expérimenter avec avantage.

HYDROPISIE ASCITE GUÉRIE A L'AIDE DE LA PONCTION ET DES BOISSONS ALCOOLIQUES.

OBS. — Un homme, âgé de 38 ans, adonné depuis plusieurs années avec excès aux boissons alcooliques, a quitté tout à coup cette habitude, par suite du besoin où il se trouvait avec une nombreuse famille sans fortune. Un mois après cette abstinence, sa santé, qui était habituellement très bonne, commence à décliner, et des symptômes d'ascite bientôt se manifestent. Malgré tous les remèdes qu'on a pu opposer à cette maladie, l'abdomen a continué à faire des progrès; et, en peu de temps, il est devenu si énorme que la ponction a été jugée indispensable; elle a été pratiquée; le malade a été soulagé, mais le mal s'est promptement reproduit. La paracentèse a dû être pratiquée sept fois dans l'espace d'une année. M. Morrison a alors pensé qu'il pourrait être utile de faire reprendre petit à petit l'usage modéré des alcooliques auxquelles le malade avait totalement renoncé depuis un an. Il lui a donc prescrit deux verres par jour de wiskey, puis trois.

La collection aqueuse qui avait déjà commencé à reparaître depuis la dernière ponction a complètement disparu sous l'influence de la boisson alcoolique, et le malade a guéri parfaitement sans d'autre moyen. Aujourd'hui, il est tout à fait bien portant, et il a repris les occupations de son état.

Il est à regretter que l'auteur n'ait pas exposé ce fait avec tous les détails qu'il méritait, et qu'il ait omis surtout de faire connaître l'état matériel et fonctionnel appréciable des organes. Telle qu'elle est, cependant, cette observation offre un grand intérêt pratique et confirme la réalité de l'existence des hydropisies hyposthéniques ou passives, admises par les anciens, niées à tort par plusieurs modernes.

Parmi les autres faits que l'auteur rapporte, nous notons principalement comme dignes d'intérêt: 1° quatre cas de déchirure du périnée chez la femme, guéris, ou grandement améliorés par la simple position de rapprochement des membres et le repos; 2° un cas de blessure de l'artère brachiale, guérie à l'aide de la compression; 3° un cas de fracture de l'olécrâne, accompagnée de paralysie incurable du nerf cubital.

III. THE LONDON MEDICAL GAZETTE.

OBSERVATION D'UN CAS D'ANGINE DE POITRINE, COMPLIQUÉ D'UNE MALADIE PARTICULIÈRE DE LA MAIN GAUCHE, par M. GREENHOW.

Il est à regretter que l'auteur de cette observation n'ait pu obtenir la permission de faire l'autopsie du sujet. Cependant, bien qu'incomplète sous ce rapport, elle nous semble offrir encore assez d'intérêt pour devoir être rapportée.

OBS. — A. Crake, âgée de 65 ans, demeurant à la campagne, où elle s'est toujours livrée aux travaux des champs, après avoir été très délicate dans son enfance, a fini par jouir d'une très bonne santé. Elle a souffert quelquefois d'un rhumatisme subaigu et a toujours été sujette à de légères attaques de palpitations.

A la fin d'août, après avoir travaillé pendant plusieurs jours à la moisson,

---

qu'en Prusse et que dans les Pays-Bas; elle est un peu plus forte qu'en Angleterre. Sur les 85 départemens, il n'y en a que cinq où la proportion des naissances à la population soit plus considérable que dans celui du Bas-Rhin, où elle est comme 1, 23, 7.

Le nombre des mariages a plutôt diminué qu'augmenté à Strasbourg; on trouve, en effet, de 1728 à 1787, la moyenne d'un mariage sur 107 personnes; elle n'est que de 1 sur 113 pour la période de 1806 à 1833. A Berlin, le rapport des mariages à la population est le même qu'à Strasbourg, de 1 : 113. Pour la Prusse entière, il est de 1 : 120; pour l'Angleterre, de 1 : 132; pour les Pays-Bas, de 1 : 133; pour la France, enfin, de 1 : 140.

Une autre série de calculs fournit à M. Boersch des conclusions qui, généralisées sur une grande échelle, nous montrent la population du globe oscillant à travers les siècles dans une limite providentielle, et nous font apparaître tous les événemens, toutes les catastrophes qui peuvent agir sur elle, comme des moyens d'équilibre et de compensation. Voici ces conclusions: moins il y a de mariages relativement à la population, plus il y a de naissances relativement à ces mariages. A mesure que diminue la mortalité, le nombre des mariages est moins considérable; il existe même un rapport inverse presque constant entre la proportion des décès et celle des mariages, relativement à la population. Il découle de ce fait, constaté pour le passé par l'aperçu des mariages et des décès pendant plusieurs séries d'années, et pour le présent, par la comparaison des mariages dans différens pays, une loi d'économie sociale d'une haute importance. C'est que l'école économiste de Malthus, qui recommande la *prudence* dans les mariages, a eu tort d'appeler l'attention du législateur sur ce sujet; c'est qu'il n'y a lieu, comme le voulait M. Duchâtel, de limiter la liberté des mariages, et de n'accorder l'autorisation de contracter une union qu'à ceux qui pourraient justifier des moyens d'existence: ce sont là soucis vains; la sollicitude de nos grands économistes doit abdiquer devant l'éternelle sagesse qui préside aux gouvernemens des sociétés humaines; la statistique ne fait le plus souvent que vérifier cette sagesse et proclamer ses œuvres conservatrices. N'éclate-t-elle pas encore dans cet autre résultat amené par le calcul, et qui fait ressortir l'impuissance des épidémies contre le mouvement de la population? On a dit depuis longtemps que les épidémies sont suivies d'une période de salubrité; cette proposition a obtenu l'assentiment de M. Villermé qui, toutefois, ne l'a point contrôlée par les chiffres. M. Boersch en trouve la pleine confirmation dans le tableau des décès de Strasbourg. Toutes les fois que le chiffre des décès d'une année est épidémique; toutes les fois qu'il déborde la moyenne et se grossit de plusieurs centaines, le chiffre d'une ou de plusieurs années suivantes descend au-dessous de la moyenne, et se dépouille de plusieurs centaines. Les opérations statistiques de M. Boersch sanctionnent encore cette autre proposition de M. Villermé, que la mortalité règle la fécondité (*Annales d'hyg. publiq.*, t. XV). Elles démontrent, d'après des données authentiques, que les épidémies ont pour résultat, en augmentant la mortalité dans une année, de provoquer dans une année un accroissement du chiffre des mariages; l'explication qu'en donne M. Boersch nous paraît fort naturelle: la mortalité a multiplié les héritages; elle a procuré à beaucoup de jeunes gens, par le décès de leurs parens, des moyens de subsistance qu'ils ne trouvaient pas encore dans leur travail, et la facilité d'entretenir une famille.

Nous avons déjà signalé la partie de l'ouvrage de M. Boersch, qui retrace l'histoire des épidémies dont l'Alsace a souffert depuis les temps les plus recu-

elle éprouva tout à coup un sentiment de serrement à la poitrine, avec menace de suffocation, qui l'obligea de suspendre, pendant quelques instans, son travail. Dans les premiers jours d'octobre, elle éprouva la même sensation, qui ne dura encore que quelques minutes; mais le lendemain, pendant qu'elle était occupée d'une manière active, elle eut une nouvelle attaque, et cette fois la douleur s'étendit au dos et aux épaules. Ces attaques ne duraient pas d'abord plus de cinq minutes, mais les suivantes augmentèrent graduellement de fréquence et de durée; elles revenaient trois à quatre fois par jour et duraient pendant une heure entière. La douleur s'étendit aussi à la gorge et successivement à l'attache des muscles deltoïdes, ensuite aux coudes et enfin aux poignets, mais des deux côtés en même temps. La douleur se faisait sentir d'abord au centre de la poitrine et était accompagnée invariablement de palpitations; de là elle s'étendait à l'épine et aux épaules et enfin aux bras.

Le 16 octobre 1837, je la vis, à la suite d'une attaque, pendant laquelle elle m'avait envoyé chercher, et qui lui avait laissé, dans les parties souffrantes, un engourdissement douloureux. La face était couverte d'une sueur froide, la physionomie animée, le pouls à 70, l'impulsion et le bruit du cœur faibles, mais avec un bruit de soufflet léger. Il n'y avait ni toux ni œdème des extrémités inférieures, et, pendant l'accès, la suffocation ne paraissait pas dépendre de la respiration. L'estomac est fortement distendu pendant l'attaque, qui ordinairement se termine, ou au moins est fortement diminuée par de nombreuses éructations gazeuses.

Le 16 octobre, la malade a eu, la veille, un violent accès, avec palpitations; la douleur des épaules est devenue si intense qu'il semble qu'on arrache les bras de leur articulation. Sa santé commence à se déranger; elle n'a plus d'appétit; elle s'affaiblit, et le pouls donne 78.

Le 22, les accès sont devenus moins fréquens et moins aigus, mais ils se compliquent de vomissemens; la malade dit ne plus sentir de palpitations, mais en appliquant la main sur la région du cœur, on le sent battre avec force et rapidité.

Le 26, elle se plaint d'avoir ressenti, à la suite d'une violente attaque qu'elle a eue le matin, une vive douleur dans l'indicateur de la main gauche. Il est froid et livide dans la moitié de sa longueur. Sous l'influence d'une lotion camphrée et opiacée, la vive douleur du doigt disparait; mais il reste tout à fait froid, bleuâtre et à peu près insensible.

Cette douleur revint cependant les jours suivans, mais semblait presque alterner avec les accès de suffocation.

Le 28, cette douleur du doigt semble gagner la main, et cède, comme d'habitude, aux frictions avec le laudanum et le camphre; mais, le lendemain, la main et l'avant-bras du côté droit étaient froids et on ne sentait plus le pouls au-dessous du coude, bien qu'il fût facile de suivre jusqu'au poignet l'artère radiale elle-même, qui semblait, par la résistance qu'elle offrait à la pression, être ossifiée ou cartilagineuse. Le bras droit offrait la température et la couleur normales et le pouls était parfaitement distinct jusqu'au poignet, bien que l'artère offrît de la dureté, comme à gauche, mais moins. Le pouls était à 86 et plein.

Le 29, la malade a eu deux attaques d'angine de poitrine depuis hier et la main et le bras sont plus chauds, bien que cependant encore au-dessous de la température normale, le pouls est à peine perceptible au poignet gauche, mais conserve d'autant plus de force qu'on l'observe plus près du coude.

Le 30, la température et la circulation de la main gauche semblent n'être entretenues que par les cataplasmes stimulans dont on la couvre.

Le 31, la malade dit souffrir beaucoup de la main, et ne permet qu'on la touche qu'avec de grandes précautions. C'est à la paume de la main et à l'index surtout que la douleur est la plus vive. Toute la main est flétrie, livide, à l'exception de deux points, qui conservent, près de l'articulation, la couleur normale. Les battemens de l'artère radiale cessent subitement un peu au-dessous du coude, et augmentent de force à mesure qu'on se rapproche du tronc. La circulation veineuse de la main gauche ne se fait qu'avec lenteur; le bras et la main gauche sont couverts d'une sueur froide et gluante.

La malade meurt subitement le 1er novembre, pendant une attaque.

Les parens s'opposent à ce que l'ouverture cadavérique soit pratiquée.

Cette observation, qui gagnerait tant à être complète, ne laisse pas cependant que d'offrir de l'intérêt, en raison des phénomènes morbides qui ont été offerts par le bras et la main gauche. Bien que l'autopsie n'ait pu être faite, ces symptômes ne permettent cependant pas de douter qu'il n'y eût chez cette femme une ossification avancée des artères radiales des deux côtés, et, à plus forte raison, de la brachiale et de l'aorte. Or, ce fait ne serait pas le premier où l'on eût observé l'angine de poitrine chez des sujets atteints de désorganisation profonde de l'aorte. MM. les docteurs Gintrac de Bordeaux et Corrigan de Dublin regardent même cette altération grave comme la cause de l'angine de poitrine, et quelques faits que nous avons nous-mêmes ou observés ou trouvés dans divers ouvrages nous portent à attacher quelqu'importance à cette opinion.

OBSERVATIONS CLINIQUES SUR LA TENDANCE OBSERVÉE ACTUELLEMENT A LA PHLÉBITE, SURTOUT CHEZ LES JEUNES FEMMES; par le docteur WILSON, médecin de l'hôpital de Middlesex.

Les documens que renferme cet article gagneraient à offrir plus de précision; cependant nous allons chercher à les reproduire aussi exactement que possible.

Le 9 janvier, l'auteur reçut trois jeunes femmes dont la maladie avait commencé par une douleur dans la région frontale, qui de là était descendue dans le dos, les extrémités inférieures, et surtout les genoux et les chevilles. Au moment de leur admission, on crut qu'elles étaient atteintes de rhumatisme, bien que l'identité d'invasion chez ces trois malades à la fois parût extraordinaire. Le lendemain, pendant la visite, il y avait une vive douleur dans le genou et la cheville, qui étaient très sensibles au toucher, mais sans rougeur ni gonflement. Les douleurs remontaient dans les cuisses et dans les jambes. Trois autres cas semblables furent encore admis avant la fin du mois, et deux autres furent observés chez des malades qui étaient dans les salles auparavant. Sur ces huit sujets, cinq offraient une légère rougeur autour des jambes, depuis la cheville jusqu'au mollet. Cette rougeur, avec douleur, existait depuis un temps plus ou moins long de cinq jours à un mois, et la sensibilité était plus prononcée à la partie interne de la jambe et de la cuisse. Chez quelques-uns de ceux chez lesquels la douleur était plus vive, le gonflement était aussi plus considérable. Chez plusieurs, la plus légère pression du bout du doigt sur le point où la saphène se jette dans la veine fémorale; la douleur la plus vive se faisait sentir chez tous à la partie interne de la cuisse et de la jambe, sur le trajet de la saphène et des vaisseaux fémoraux. La rougeur n'était pas comme celle de l'*erythma nodosum*, disposée par plaques; mais elle était moins vive et plus uniforme, s'étendant le long de la partie inférieure de la jambe, et était suivie de desquamation; la sensibilité persistait longtemps après que la rougeur avait disparu; quelquefois même elle reparaissait sans suite, à une époque plus ou moins éloignée. Chez un des malades, le gras de jambe n'était pas rouge, mais d'un blanc brillant, avec gonflement et tension, et de vives douleurs à la partie interne de la cuisse; on eût dit un cas de phlegmasia albadolens. Dans trois cas, on sentait parfaitement la veine qui se présentait au doigt de l'examinateur, sous forme de corde tendue. Dans les autres, la sensibilité trop vive ne permit pas de faire cet examen.

Ces huit malades étaient toutes jeunes; deux seulement avaient plus de 22 ans; aucune n'était mariée, et elles n'avaient éprouvé aucun dérange-

lés. Nous renvoyons le lecteur à l'ouvrage même; il y trouvera de curieux détails, des recherches multipliées, une saine critique, dont le fil conducteur était bien nécessaire à travers ce dédale de faits et de récits puisés à toutes les sources. Nous terminerons cette analyse déjà longue par quelques détails sur la première épidémie de miliaire qui s'était montrée à Strasbourg, où cette maladie, objet de tant de controverses, s'est depuis domiciliée, et sur une épidémie de chorée, que Schadaeus, chroniqueur alsacien, rapporte à l'année 1518. Ceux qui étaient atteints de cette singulière maladie, disent les chroniqueurs Goldmeyer et Kleinlauel, dansaient jour et nuit, jusqu'à ce qu'ils tombassent, épuisés, en syncope, et beaucoup d'entre eux ne purent se relever et moururent. Les opinions religieuses du temps mettaient au compte du démon tous les phénomènes dont l'ignorance contemporaine ne pouvait se rendre compte; on les exorcisait; on chantait autour d'eux des cantiques sacrés, et quand ces moyens restaient inefficaces, on les déclarait démoniaques, et, pour en délivrer l'humanité, on les brûlait dévotement sur des bûchers. Voici un étrange document dont M. Boersch rapporte le texte original, écrit en vieil idiôme alsacien, et qui caractérise parfaitement l'esprit de cette époque; c'est un arrêté du magistrat de Strasbourg « concernant les pauvres personnes dansantes envoyées à Saint-Guy. »

C'est en 1734 que s'est montrée pour la première fois à Strasbourg une maladie alors nouvelle; mais qui a joué, depuis, un grand rôle dans la pratique médicale du pays, qui, devenue endémique à Strasbourg et dans ses environs, a repris plus d'une fois le caractère d'une épidémie, et fournit un contingent annuel à la mortalité de cette ville. Il s'agit de l'éruption connue sous le nom de miliaire. Indiquée par Hippocrate (*Epid.*, lib. 1, ægrot. 2), considérée comme un simple épiphénomène des maladies fébriles, par Celse, AEtius; comme un effet de l'abus des sudorifiques, par Kurt Sprengel; comme un acte critique de la nature, et parfois comme le résultat d'un mauvais régime, par de Haën; la miliaire a été élevée par d'autres auteurs au rang d'une maladie essentielle, et c'est à ce titre que Hoffmann en parle comme d'une maladie inconnue des anciens. Au point de vue de l'essentialité, la miliaire devient une affection spécifique, produit d'un principe contagieux, *sui generis*, comme celui de la variole, et qui ne se caractérise pas nécessairement par l'exenthème cutané. C'est d'après ces idées que Welche l'a décrite le premier en 1655 (*Historia med. novum puerperarum morbum continens*); que Fr. Hoffmann a jugé l'épidémie qui a débuté en 1652 à Leipsik, et s'est répandue de là par toute l'Allemagne. Cette opinion, professée par Hessert, Schahl, Lobstein, etc., est populaire en Alsace, et domine la thérapeutique suivie par les praticiens de la localité. C'est un héritage que la nouvelle école de Strasbourg avait transmis à la nouvelle faculté; car elle a été amplement développée dans un travail publié en 1736, par Jean-Geoffroy Saltzmann, à l'occasion de l'épidémie miliaire qui a sévi à Strasbourg vers la fin de 1734, et au commencement de 1735. (*Hist. purpuræ miliaris albæ cumprimis Argentoratum nostrum et viciniam antebiennium fere infestantis*) Nous ne reproduirons pas la description détaillée que donne cet auteur des symptômes et de la marche de la maladie; mais nous ne pouvons nous empêcher de noter la similitude que ce tableau symptômatologique présente avec celui que l'on a tracé depuis la fièvre typhoïde; comme celle-ci, la miliaire épidémique dont parle Saltzmann épargnait l'enfance et la vieillesse, attaquait les hommes de préférence aux femmes; les seules différences qui frappent, c'est l'absence des hémorragies et la généralité de l'éruption dans la miliaire. Il

ment dans leurs règles, qui étaient peu abondantes chez quatre. Deux d'entre elles avaient une leucorrhée. Quelques-unes avaient l'extérieur d'une bonne santé: d'autres étaient pâles et dans un état de faiblesse très prononcée. Presque toutes avaient les yeux noirs.

L'auteur rapporte qu'au commencement de 1835 il observa plusieurs cas semblables, dont la cause était inconnue, chez de jeunes femmes, qui toutes aussi avaient les yeux noirs. Une des malades ayant succombé, on trouva les veines iliaques externes, internes, et communes, complètement remplies d'une matière fibrineuse qui les rendait imperméables au sang. En pressant sur ces masses fibrineuses, on en faisait sortir du pus mêlé de sang.

L'auteur fait encore observer que les cas qu'il a reçus cette année coïncidaient avec la fièvre grave qui a régné cette année à Londres, et sur laquelle nous n'avons obtenu que des renseignemens incomplets. En même temps, dit-il, on voyait dans les salles de chirurgie cinq malades succomber à la phlébite, dans l'espace de trois semaines. Plus tard, d'autres cas encore de phlébite idiopathique se sont offerts à l'observation du docteur Wilson; le suivant est le seul dont le sujet ait succombé.

Obs. — M. Edwards, âgée de 9 ans, fut admise le 31 janvier; elle était malade depuis une semaine, et avait commencé à éprouver d'abord des nausées, des vomissemens, de la douleur à la tête et dans tous les membres. Elle rapporta qu'elle s'était heurtée le genou droit, sur lequel on avait appliqué des sangsues, L'abdomen était douloureux à la pression.

Le 1er février, le genou droit offre un léger gonflement et est très douloureux sur toute son étendue. Il ne présente aucune trace de lésion appréciable. La face interne de la cuisse est tuméfiée. Sensibilité dans toute la région pelvienne; toux légère; le pouls est petit et faible; la malade ne peut se coucher sur le dos, et reste sur le côté droit, la tête très basse et les genoux élevés. Au bout de quelques jours, elle éprouve du délire; ses selles deviennent involontaires, et contiennent un peu de sang; des taches de purpura hémorragica apparaissent sur la peau, qui prend une teinte jaune, et elle meurt le cinquième jour après son admission. On annonce qu'on trouvera une phlébite ou des dépôts purulens.

Autopsie. L'abdomen contient une grande quantité de sérosité jaunâtre; la rate est volumineuse et congestionnée; les reins sont très gros, et offrent à leur surface de petites et nombreuses taches hémorragiques, qui pénètrent profondément dans le tissu de l'organe; le foie offre, près de sa surface convexe, plusieurs petits abcès. Les plèvres costales sont aussi couvertes de taches hémorragiques, aussi bien que le péricarde et la surface thoracique du diaphragme. Les poumons contiennent sur différens points plusieurs petits dépôts purulens, et quelques petites masses comme apoplectiques.

Les membranes du cerveau offrent sur plusieurs points de petites taches hémorragiques. L'un des reins présente trois petits dépôts purulens près de son centre. On ne trouve pas de veine enflammée; mais les circonstances empêchèrent qu'on n'examinât ces vaisseaux avec toute l'attention désirable.

Si on rapproche ces faits de quelques-uns observés dans des circonstances analogues, par exemple des cas de phlébite recueillis en grand nombre dans certaines salles, ou dans des espaces de temps très limités, et sans qu'aucune cause pût en donner l'explication, on reconnaîtra que l'étude de la phlébite idiopathique, comme le reste de toutes les maladies spontanées, offre encore bien des points à éclaircir.

L'auteur termine son mémoire par quelques considérations que nous allons reproduire en partie : il paraît que cette phlébite peut, ou occasionner de la douleur avec gonflement des extrémités, avec ou sans rougeur, ou bien déterminer des symptômes semblables à ceux du rhumatisme avec douleurs dans les articulations; mais le plus souvent sans gonflement et sans rougeur, soit du membre, soit des articulations. A une époque plus ou moins éloignée, la douleur s'étendait au côté interne des jambes et des cuisses, à l'aine où elle était le plus vive, et accompagnée de lignes rouges.

Les deux jeunes femmes qui furent prises en même temps de phlébite, il y a deux mois, pendant qu'elles étaient à l'hôpital pour des causes légères, gardent encore le lit. Elles étaient toutes deux dans la même salle, ont été prises en même temps, et ont présenté presque complètement les mêmes symptômes et les mêmes variations. Elles ont eu toutes les deux de la diarrhée à plusieurs reprises, et ont souffert en même temps des douleurs d'une égale intensité dans les extrémités inférieures; et quand ces douleurs ont disparu, toutes les deux en même temps éprouvèrent une douleur et une pesanteur dans la région précordiale, avec une vive douleur au-dessus des clavicules, et qui s'étendit aux deux bras, et surtout à leur partie interne, où il y avait de longues lignes rouges. La douleur s'étendait à tous les doigts; mais chez les deux malades, et dans les petits doigts, elle était excessivement aiguë, avec une légère rougeur; le moindre contact était intolérable. Elles présentèrent alors toutes les deux une ligne uniforme, d'un sixième de pouce environ de largeur, tantôt plus rouge, tantôt plus pâle que la peau, se dirigeant en spirale, depuis le petit doigt sur la partie interne du bras jusqu'à l'aisselle. L'une d'elles a au-dessous de l'aisselle une petite tumeur qui a été bien douloureuse jusqu'à ce qu'elle se soit ouverte. L'autre ressent de vives douleurs depuis la clavicule jusqu'au sein, et compare celle qu'elle éprouve dans les doigts à la sensation qu'on éprouve en se coupant les ongles avec un canif. Depuis cette époque, elle a eu une otorrhée purulente du côté droit, et, de ce moment, elle est entrée en une franche convalescence.

L'auteur dit avoir vu deux cas de rechute, dont l'un en était à la quatrième. Il termine en rapportant deux autres cas qui ont été observés en même temps dans les autres salles du même hôpital.

DE LA DILATATION DES BRONCHES, PRODUITE PAR LA PNEUMONIE, par le docteur WARD, médecin du dispensaire de Birmingham.

Nous ne savons pas à qui appartient la priorité du fait d'observation signalé dans cet article, et qui n'avait encore été indiqué, à notre connaissance, que par le professeur Williams. Toutefois, les trois observations suivantes, que nous allons analyser rapidement, semblent mettre hors de doute que, dans un certain nombre de cas au moins, la pneumonie est une forte disposition à la dilatation des bronches; à moins toutefois que l'on ne considère la dilatation des bronches comme disposant à la pneumonie, ce qui, au reste, nous paraît moins probable.

Obs. I. — A. B., âgée de 15 mois, fut brûlée, au commencement de 1836, au bras et au col et depuis lors n'a jamais joui d'une bonne santé. Dans les premiers jours d'avril, elle présente les symptômes d'une pneumonie et meurt le 1er avril.

A l'autopsie, on trouve les lobes inférieurs des poumons à l'état d'hépatisation et friables. La trachée et les bronches sont très rouges et ces dernières offrent, dans les lobes inférieurs, sur les points où le tissu a été le plus enflammé, une dilatation manifeste, avec destruction de la membrane muqueuse, qui les tapissait. Elles sont remplies de matière tuberculeuse ramollie, qui est fortement adhérente à leurs parois, et elles sont *si* dilatées, que la sonde pénètre dans toute leur étendue, jusqu'au dessous de la plèvre. Dans les autres parties du poumon où l'inflammation avait été moins vive, les bronches étaient encore un

---

existé à la bibliothèque de la faculté de Strasbourg un autre document qui jette quelque lumière sur l'histoire de l'affection miliaire; c'est une consultation officielle des doyen et professeurs de l'école de Strasbourg, rédigée le 23 février 1733, par ordre du magistrat, et dont le but principal était de rassurer les habitans de la ville. L'intention même qui a donné lieu à la rédaction de cette pièce curieuse ne peut laisser aucun doute sur la gravité de la maladie, et les ravages qu'elle a dû exercer. Quelques assertions qu'elle contient portent atteinte à l'opinion qui proclame la nature éminemment contagieuse de la miliaire : « Nous avons remarqué, disent les consultans, que non-seulement des maisons entières, des rues et des quartiers étaient restés exempts de la maladie; mais encore que dans les maisons où il y avait quelques malades, le mal ne s'est aucunement communiqué à ceux qui y habitaient. » Sous le point de vue pathogégique, les médecins de Strasbourg, tout en faisant la part des causes externes parmi lesquelles ils rangent en première ligne les mutations atmosphériques, invoquent un autre ordre de causes, provenant d'une altération des fluides. La consultation que nous citons entre à cet égard dans des développemens qui attestent un mélange de mécanisme et d'humorisme grossier; c'est une obstruction des capillaires par l'épaississement du sang et des autres fluides, notamment de la lymphe; de là, les efforts exagérés du cœur et des grandes artères pour les pousser dans la circulation, leur imprimer une liquidité plus grande, etc. L'élimination des impuretés donne lieu aux actes critiques qui s'opèrent par des voies différentes; la mort est le résultat d'une corruption trop profonde des humeurs, ou de la disproportion des forces organiques du sujet avec la réaction que la nature institue pour l'expulsion du principe morbide. J'analyse cette doctrine, parce qu'elle est à peu de chose près la même que Lobstein professait, non-seulement sur la miliaire, mais encore sur la fièvre typhoïde ou nerveuse; en remplaçant le terme corruption des fluides par celui de miasme élaboré au sein de l'économie, on possède la théorie du célèbre auteur du *Traité d'anatomie pathologique*, telle qu'il nous l'a dictée en 1829, dans ses leçons de clinique à l'hospice civil de Strasbourg. Quoi qu'il en soit de ces spéculations étiologiques, la miliaire est une maladie fréquente en Alsace, et d'autant plus grave qu'elle se propage à un grand nombre d'individus, par infection ou contagion, je ne sais; mais, à coup sûr, avec grand péril pour ceux qu'elle atteint. Il nous paraît difficile de refuser une place à part dans nos cadres nosologiques à une affection qui se présente avec un ensemble particulier de symptômes, et que le plus grand nombre des médecins alsaciens n'a pas cessé de considérer comme une maladie essentielle. L'observation prolongée des grandes localités ne saurait être traitée avec légèreté; il est regrettable seulement que, paresseuse à se produire au grand jour et à formuler ses résultats, elle se contente d'une étroite sphère de publicité orale; sans doute, elle n'est pas entièrement perdue; elle s'ajoute aux traditions de la pratique locale; revêtue d'une autorité qui est à la fois celle du temps et du mérite, elle tempère chez les jeunes générations médicales, l'influence des nouveautés systématiques; mais cette action ne s'étend pas au-delà d'une ville, d'une province; la science est frustrée de ses plus légitimes matériaux, et s'érige, incomplète et façonnée par l'industrie, sur un piédestal de routine bibliographique et des faits partiels : que peut toute la sagesse des médecins réunis d'une grande ville de province contre un article d'un dictionnaire qui s'imprime à Paris?

M. L.

peu dilatées, mais beaucoup moins, et la sonde pénétrait beaucoup moins profondément. Le cœur était gorgé de sang coagulé. Le lobe inférieur du poumon droit présentait, vis-à-vis le point où l'on avait appliqué le vésicatoire deux jours avant la mort, une plaque de lymphe plastique récente.

Obs. II.—Une rougeole d'un mauvais caractère survient chez un enfant âgé de 8 ans, qui toussait depuis quelque temps; la pneumonie fut bientôt caractérisée, et l'enfant mourut le onzième jour.

Autopsie. Le corps et les membres sont couleur pourpre; le pharynx, le larynx, la trachée et les bronches sont d'un rouge foncé; mais la muqueuse n'est pas ramollie. Le poumon droit est hépatisé à sa base, et très friable, et le poumon gauche l'est encore plus, et présente en outre, dans son lobe supérieur, de nombreuses tubercules miliaires. Sur les points où le tissu est le plus altéré, les bronches sont généralement dilatées. Les nerfs de la huitième paire, le phrénique et le grand sympathique n'offrent aucune altération; le sang veineux est fluide.

Obs. III. — C. Roper, âgée de 4 ans, offre un engorgement considérable de ganglions de chaque côté du col, les amygdales gonflées et couvertes d'aphtes, et les autres signes ordinaires d'une constitution scrofuleuse. Elle avait de l'embonpoint, et, néanmoins, la chair molle et l'abdomen volumineux. On traita la maladie locale par les sangsues et les astringens; mais l'état général parut faire peu de progres.

Le 24 mars 1837, les ganglions avaient beaucoup perdu de leur volume, la gorge paraissait en bien meilleur état; mais il y avait de la fièvre, une toux constante et fréquente. L'examen du thorax fit penser qu'il y avait hépatisation du poumon gauche et congestion du droit. Au bout de deux jours, l'air expiré prit une odeur excessivement fétide, et l'enfant mourut le 28 mars.

Autopsie. La muqueuse du palais, de la gorge, et de la partie supérieure du larynx et de l'épiglotte est épaissie ou détruite sur d'autres points, qui sont recouverts d'une matière comme gangréneuse et d'un gris sale. Dans toute la partie du poumon droit, qui est enflammée, les bronches sont dilatées et remplies de mucosités purulentes. Les deux poumons sont remplis de tubercules de divers âges. Le sommet du poumon droit offre des points gangreneux, et une infiltration purulente à sa partie inférieure et postérieure; le foie était sain; la glande mésentérique engorgée.

L'auteur attribue la dilatation des bronches observée dans ces cas, ainsi que nous l'avons déjà dit, non à aucune altération primitive du tissu de ces canaux eux-mêmes, mais au ramollissement morbide des tissus qu'ils parcouraient. Il ne croit pas non plus qu'elles fussent dilatées avant la pneumonie qui amena la mort des sujets, car elles n'offraient cette dilatation que sur les points où le tissu des poumons était enflammé.

IV. THE LANCET.

DE L'IPÉCACUANHA DANS L'HÉMOPTYSIE; par le docteur Turnbull.

M. C., d'une forte constitution, âgé de 30 ans, avait joui jusque-là d'une belle santé, quand en juillet 1830 il éprouva une légère difficulté à respirer, avec un peu de toux, lorsqu'il marchait avec vitesse. Il y fit peu d'attention, l'attribuant à son embonpoint, qui commençait à prendre un certain développement. Un matin, presqu'en sortant du lit, il fut pris d'un accès de toux, accompagné de la sortie par la bouche d'un flot de sang vermeil. Il continua ainsi à tousser et à expectorer du sang une partie de la journée, et, quand j'arrivai près de lui, il en avait déjà rendu environ quatre pintes. Le premier jour, je lui tirai du bras vingt-quatre onces de sang à deux reprises différentes, lui ordonnai la digitale, un laxatif, le repos et la position horizontale. Le lendemain il se plaignit d'une forte chaleur à la poitrine, avec sentiment de constriction, et rendit encore quelques crachats sanguinolens. Un large vésicatoire lui fut appliqué sur le thorax. Dans la nuit suivante l'hémoptysie revint avec une nouvelle intensité, et il perdit environ deux pintes de sang. Je le saignai de nouveau et lui ordonnai deux grains de digitale et un grain d'acétate de plomb, à prendre toutes les deux heures. Le lendemain matin, retour de l'hémorragie; on élève les doses de la digitale et du sel de plomb, et on fait prendre une grande quantité de limonade sulfurique. Le moindre mouvement, même celui pour lever la tête quand on le faisait boire, amenait un paroxisme de toux et le crachement de sang. Les forces disparaissant rapidement, on ordonne le tartrate d'antimoine à dose nauséante. L'hémorragie et les autres symptômes les plus alarmans disparaissent immédiatement; mais, au bout de quatre jours, bien qu'on eût donné ce médicament à forte dose, il avait cessé de déterminer des nausées, et l'hémorragie avait reparu. On persista encore pendant trois jours dans le même traitement, mais sans plus de succès. Enfin, les bons effets qu'avait produits le tartre stibié me déterminèrent à employer l'ipécacuanha, et la première dose arrêta l'hémorragie, la toux et la dispnée. Je lui prescrivis de le continuer et surtout d'entretenir les nausées et de les provoquer quand il sentirait l'hémorragie approcher, ce dont il était averti par un sentiment de chaleur dans la poitrine. Le malade persista pendant trois semaines dans ce traitement, et, au bout de ce temps, il pouvait déterminer les nausées par une dose d'ipéca aussi faible que celle qu'il employait dès le commencement, avec cet avantage cependant que ce médicament déterminait une moins grande prostration que l'antimoine, et que la transpiration abondante qu'avait excitée ce dernier n'avait pas tardé à disparaître. La guérison fut complète et a persisté depuis.

L'auteur de cette note dit avoir observé plusieurs cas semblables et avec les mêmes succès de l'emploi de l'ipécacuanha, qu'il regarde comme ayant sur le tartre stibié l'avantage de perdre moins vite la propriété de déterminer des nausées et d'habituer moins promptement l'organisme à son action, même lorsqu'il est donné à dose fractionnée. Il agit aussi sur la circulation en diminuant la force de l'impulsion du sang, et peut être employé sans crainte, même dans des cas où on ne pourrait, sans danger, avoir recours aux évacuans.

OBSERVATION D'UN CAS D'IRRITATION DE LA COLONNE ANTÉRIEURE DE LA MOELLE ÉPINIÈRE, par le docteur Marshall-Hall.

Le fait suivant vient à l'appui des idées émises par C. Bell qui sont aujourd'hui généralement admises; il nous semble trop intéressant, quelqu'incomplet et quelqu'abrégé qu'il soit, pour que nous ne le reproduisions pas tel qu'il a été rapporté par le docteur Marshall-Hall dans une de ses leçons sur la médecine pratique.

Obs.—Le sujet, âgé de 45 ans, et chaudronnier, avait une courbure angulaire de l'épine, qui occupait plusieurs des vertebres dorsales. Les symptômes particuliers que déterminait l'irritation de la moëlle étaient, outre le phénomène ordinaire de paralysie plus ou moins avancée des nerfs de la sensibilité, des spasmes forts, et des contractions continuelles des muscles, surtout des fléchisseurs des extrémités inférieures, et aussi de ceux qui s'opposent au passage des matières fécales et de l'urine. Quelquefois l'urine était lancée avec force; d'autres fois on était obligé, pour la faire sortir, d'avoir recours à l'introduction du catheter. L'irritation de la colonne postérieure était si grave dans ses effets sur les muscles des cuisses, que les talons étaient pressés sur les fesses avec tant de force, qu'ils y avaient déterminé une ulcération.

A l'autopsie, on trouva dans l'intérieur du canal vertébral une saillie osseuse et rugueuse au corps de l'une des vertebres, vers le milieu de la courbure, et qui s'avançait de près d'un demi-pouce dans ce canal d'avant en arrière. Sur le point correspondant à cette saillie, la moëlle offrait des traces de désorganisation, et les membranes des caractères d'inflammation qui rendaient parfaitement compte des symptômes observés pendant la vie.

OBSERVATION D'UN CAS D'ASTHME LARYNGÉ OU DE SPASME DE LA GLOTTE; par le docteur Burgess.

Obs. — Julie M., âgée de six à sept mois, d'une forte constitution et née de parens bien portans, fut prise, au mois de janvier dernier, des symptômes de l'asthme spasmodique à un degré si prononcé que la suffocation parut imminente.

Le 3 janvier, jour si remarquable par l'épais brouillard qui précéda le froid rigoureux, l'enfant parut anxieuse et un peu mal portante, mais trois grains de pilule bleue, suivis d'une cuiller à thé d'huile de ricin, semblèrent l'avoir rétablie.

Le 10 janvier, l'enfant parut pour la première fois retenir son haleine, comme si elle eût été en colère, et à plusieurs reprises dans la journée. Les jours suivans on observa le même symptôme, et la tête de l'enfant offrit une chaleur inaccoutumée.

Le 13, la petite fille en s'éveillant eut un accès de suffocation avec son rauque de la voix, et pendant une demi-minute sa respiration fut suspendue; sa figure se congestionna fortement; deux ou trois autres accès survinrent le même jour.

Le 17, ces accès se répétèrent si fréquemment qu'ils semblaient presque continuels. Des sangsues sont appliquées au-dessous des oreilles, et malgré que l'enfant poussât de très forts cris, cependant il n'y eut point d'attaque pendant que les sangsues étaient appliquées. Les sangsues fournirent une quantité de sang beaucoup plus considérable que celle que l'on désirait, et néanmoins la chaleur de la tête ne diminua pas du tout, mais elle s'abaissa aussitôt après une abondante évacution obtenue par une forte dose de pilule bleue. Le lendemain, les accès revinrent encore; et alors le docteur Burgess appelé attribua les accidens, non à une maladie cérébrale, mais à une affection du nerf laryngé au spasme de la glotte. Il incise immédiatement les gencives, de crainte que la dentition ne fût pour quelque chose dans ces accidens, qui ne se reproduisirent pas les deux jours suivans; mais le troisième jour l'enfant ayant éprouvé un fort accès, dont le docteur Burgess fut témoin, il appela le docteur Marshall-Hall en consultation. On convint de donner des bains tièdes, quelques laxatifs, une bonne et vigoureuse nourrice et de pratiquer des incisions sur les gencives.

Les accidens s'aggravèrent, l'enfant éprouvait à l'approche de chaque attaque une frayeur très forte et se penchait le corps, non pas en arrière comme dans les cas qu'a observés le docteur Clark, mais en avant comme dans l'*emprosthotonos*. Elle semblait sur le point de suffoquer et jetait sa tête de côté et d'autre, comme pour chercher de l'air. Puis il y avait un moment pendant lequel la respiration semblait entièrement suspendue; ensuite on entendait dans le larynx un bruit sourd, semblable au râle de la mort, ou un gargouillement produit avec de l'eau; on eût dit qu'un liquide pénétrait dans les voies aériennes. La face offrait une teinte pourpre; les yeux étaient élevés en haut, les pupilles fortement dilatées, les lèvres et les paupières d'un bleu très foncé, et le corps penché en avant et maintenu avec force dans cette position. Le pouce était fléchi dans la main; le bras et la jambe étaient fortement contractés; en un mot, tout le corps dans un état de spasme rigide. Le bruit de gargouillement était suivi de deux tentatives d'inspiration qui à la fin déterminaient une longue inspiration avec un bruit aigu, ressemblant à ce qui arrive après les quintes de coqueluche, et alors la petite malade, au lieu de crier, comme elle le faisait, retombait comme épuisée dans un sommeil profond. La respiration d'abord difficile se calmait graduellement, et l'enfant reposait ainsi pendant une heure.

Vers le 10 février, les accidens augmentent encore de gravité et l'asphyxie parut plusieurs fois imminente. Le docteur Tweedie, appelé en consultation, attribue les accidens à l'état des voies digestives et on convient de donner un grain de calomel avec trois de scammonée et trois de rhubarbe, et une demi-heure

après, une cuiller à thé de mixture noire. Ces poudres furent continuées pendant deux jours, toutes les six heures, et procurèrent d'abondantes selles, et aussitôt les attaques disparurent presque complétement; mais quand on cessait l'administration des purgatifs l'enfant semblait menacé du retour des attaques; aussi continua-t-on le même traitement, en éloignant les doses, et le succès répondit à l'attente.

Le premier mai, l'enfant est envoyé à la campagne, malgré la rigueur de la saison, et sa guérison ne s'y est pas démentie.

L'auteur ne balance pas à attribuer avec MM. Marshall-Hall et Tweedie les accidens à la constipation absolue qu'éprouvait l'enfant et termine les réflexions que lui suggère cette longue observation en indiquant les différentes médications que lui opposent quelques-uns des médecins de Londres qui paraissent avoir observé cette maladie avec le plus de soin.

Le docteur Marshall-Hall recommande le changement d'air et surtout une bonne et forte nourrice, lorsque le petit malade a été sevré.

Le docteur Tweedie dit avoir combattu avec succès cette maladie par les affusions froides sur la tête après l'usage des purgatifs.

Le docteur Joy recommande, après l'emploi des purgatifs, celui des toniques, comme le sulfate de quinine, et il pense que les antispasmodiques trompent souvent le praticien, qui attache une grande confiance à leur action; il ne les regarde que comme d'une importance très secondaire dans le traitement de cette maladie.

Le docteur Merriman soutient que, prise à temps, cette maladie cède facilement à l'emploi des laxatifs administrés de manière à déterminer deux évacuations par jour.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 22 MAI. — PRÉSIDENCE DE M. MOREAU.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Etats des vaccinations du Jura.
2° *Idem* du Pas-de-Calais.
3° *Idem* du Tarn.
4° *Idem* du Haut-Rhin.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

1° Mémoire sur l'iris; par Lusardi.
2° Mémoire sur l'ascite; par M. Debourge.
3° Lettres de MM. J. Guérin, Royer-Collard et Jolly, qui se portent comme candidats à la place vacante dans la section d'hygiène et de médecine légale.
4° Autre lettre de M. Jolly, qui se désiste de sa candidature.

RACHITISME ARTIFICIEL CHEZ LES CHIENS.

Après cette dernière lettre, M. le secrétaire perpétuel donne lecture d'une seconde lettre de M. Jules Guérin, sur le rachitisme artificiel chez les chiens.

Après avoir étudié pendant plusieurs années le développement du rachitisme sur un grand nombre d'enfans de la classe ouvrière, classe dans laquelle il paraît circonscrire presque exclusivement ses ravages, et après avoir cherché à préciser, par des caractères positifs, ce que l'on doit entendre par rachitisme, M. J. Guérin a cru pouvoir assigner les conditions hygiéniques et pathologiques qui président au développement de cette maladie. Il a exposé le résultat de ses premières recherches dans son travail couronné par l'Académie des sciences, et plus récemment dans un mémoire sur les caractères généraux du rachitisme, adressé à l'Académie de médecine au mois de juillet dernier.

Depuis cette époque, il s'est attaché à reproduire expérimentalement sur les animaux la maladie dont il croyait avoir trouvé la cause dans ses manifestations chez l'homme. Les résultats les plus heureux paraissent avoir couronné ses premiers efforts. Il est parvenu à donner le rachitisme à deux jeunes chiens de la même portée, en les faisant passer par tous les degrés et par tous les symptômes de la même maladie chez l'homme. Ainsi, ils ont offert d'abord la période d'incubation, caractérisée par la diarrhée continue, le gonflement du ventre, l'endolorissement des membres; puis sont survenus le gonflement général des épiphyses, les courbures des membres avec déplacemens articulaires spontanés plus un moins considérables, et difficulté extrême de marcher, et avec la marche toute caractéristique des enfans rachitiques. C'est dans cette seconde période de la maladie que sont actuellement les deux jeunes chiens dont il s'agit. M. J. Guérin se fera un devoir de les montrer à ceux de MM. les membres qui voudront bien l'honorer de leur visite. Déjà M. Andral, rapporteur de la commission chargée de rendre compte à l'Académie de son mémoire sur les caractères généraux du ratichisme, et M. Double, ont vu les jeunes chiens dont il s'agit, et il les ont vus dans toute l'acuité et dans toute la manifestation extérieure de la maladie.

M. J. Guérin a cru devoir communiquer ces premiers résultats à l'Académie, en attendant que de nouvelles expériences lui permettent de présenter avec détails et précision la formule de la pathogénie du rachitisme (1).

(1) M. Magendie nous a dit avoir observé des altérations du tissu osseux sur les chiens nourris exclusivement avec la gélatine. M. Magendie ne nous a pas mis à même d'apprécier le rapport qu'il peut y avoir entre les lésions constatées par lui et celles que nous avons fait naître; nous ne savons pas non plus s'il a fait des observations suivies sur ce sujet; mais nous déclarons qu'il n'y a aucune analogie entre les moyens que nous avons employés et l'alimentation par la gélatine. (*Note du Réd. en chef.*)

5° Lettre de MM. Arago, Duval, etc., qui, au nom de la Comédie-Française, invitent l'Académie à contribuer au monument que la littérature se propose d'élever à la mémoire de Molière.

Après la lecture de cette lettre, M. le président annonce que l'Académie n'ayant pas de fonds pour cet objet, il ne peut qu'inviter les membres à souscrire isolément.

Un membre voudrait que l'Académie souscrivît en corps.

Un autre croit, au contraire, qu'il est mieux de laisser toute liberté à ses membres.

Finalement, l'Académie consent, pour une séance, à l'abandon des jetons, dont la valeur sera versée entre les mains de la Commission-Molière. Cette valeur équivaut à 400 fr. environ, d'après l'estimation de M. le trésorier.

M. Chevallier fait un rapport sur les eaux minérales de Roanne. Ces eaux ont été analysées par M. Barruel. Quoiqu'elles soient peu riches en principes, du moins en principes fixes, puisqu'il ne reste presque rien après l'évaporation, les eaux de Roanne ne laissent pas que d'avoir des propriétés médicinales assez marquées, et c'est ce qui prouve combien la chimie a encore à faire pour diriger la médecine; ces propriétés sont constatées de la manière la plus authentique par les malades mêmes qu'elles attirent. En conséquence, la commission est d'avis qu'il y a lieu d'accorder au propriétaire des nouvelles sources l'autorisation de les exploiter.

L'Académie adopte.

BRULURE SUIVIE DE TÉTANOS; PAR M. MOLINARD. — RAPPORT DE M. LARREY.

Un Français soutirait de l'alcool dans une cave; un Bédouin qui l'aidait dans cette opération alluma sa pipe, et laissa tomber quelques étincelles dans un vaisseau qui contenait de 25 à 30 litres d'alcool; à l'instant, l'esprit de vin prit feu. Pour éviter que le feu se communiquât, N. s'empara de ce vase et le porta tout enflammé dans la rue; c'est dans ce trajet qu'il reçut sur ses mains, sur ses bras, sur ses jambes, des flots du liquide en combustion; lequel produisit tous les degrés de la brûlure. On ouvrit les phlyctènes; on couvrit les parties brûlées d'une pommade opiacée; ces parties furent soumises à une injection continue d'eau froide; enfin, on fit une saignée au bras.

Au douzième jour, tout faisait espérer une heureuse issue, lorsque N. commença à éprouver un mouvement spasmodique de la mâchoire inférieure; puis saillie des massèters et des temporaux, contraction, rigidité des muscles du dos, renversement en arrière de la tête et du tronc, etc.

Les moyens employés furent les émissions sanguines, les lavemens purgatifs et l'opium. Cependant, la constipation étant survenue, ils suspendit l'opium, de même que quelques apparences d'intermittence firent recourir au sulfate de quinine. Ce malade était en pleine convalescence vingt-deux jours après l'accident; mais la convalescence elle-même fut traversée par une gastro-entérite et la pourriture d'hôpital, double complication qui mit de nouveau ses jours en danger.

FRACTURE COMMINUTIVE DU TIERS SUPÉRIEUR DE L'HUMÉRUS; PAR LE MÊME. — RAPPORT DU MÊME.

Deux Arabes reçurent le même jour, dans la même affaire, une blessure si parfaitement semblable, que M. Molinard a cru devoir les confondre dans une description commune. La balle pénétra dans le bras gauche par le côté externe du membre, brisa l'humérus à la hauteur du tiers supérieur, et resta dans les chairs, d'où elle fut extraite avec quelques esquilles flottantes.

Le chirurgien de service eut un moment la pensée de désarticuler le bras; mais les Arabes ont une telle répugnance pour ces sortes de mutilations, qu'il ajourna l'opération. Une forte réaction étant survenue, elle fut vaincue par les saignées et le régime anti-phlogistique.

Lorsque M. Molinard vit ces deux blessés, il pencha pour le premier avis avancé par son confrère; cependant, il réfléchit que la période inflammatoire était passée, et il résolut d'extraire les esquilles détachées, de faciliter la sortie des autres, de réduire et de maintenir le membre dans l'immobilité. Tout cela fut fait si heureusement, que ces deux malheureux conservent leur bras sans aucune difformité. Toutefois, quoique la blessure fût la même, la guérison ne marcha pas de même sur l'un et sur l'autre.

Ainsi, dit M. Molinard « le cylindre entier de l'humérus a été extrait en esquilles nombreuses, dans un espace de trois pouces. Cette énorme perte de substance a été réparée par une nouvelle substance osseuse. Le travail de la nature, secondé par des pansemens méthodiques, a été complet, et la consolidation parfaite dans un cas au bout de sept mois.

» Quel a été le moyen de reproduction dont la nature s'est servie? Est-ce le périoste? Est-ce la membrane médullaire, ou ces deux membranes? Serait-ce le développement de la portion de ces membranes qui restait adhérente aux extrémités des principaux fragmens? Seraient-ce les bourgeons charnus qui se sont élevés de toutes parts, soit de l'extrémité ramollie des fragmens, soit des parois de la cavité qu'a dû laisser l'extraction des esquilles? Se seraient-ils incrustés de phosphate de chaux en servant de matrice aux nouvelles? » Autant de questions que s'adresse M. Molinard sans émettre son opinion.

NOTE SUR LES FRACTURES DES MEMBRES INFÉRIEURS; PAR M. GELÈS.

M. Larrey fait un troisième rapport sur cette note.

Frappé depuis longtemps de l'insuffisance des moyens employés pour réunir et consolider les os fracturés des membres inférieurs, M. Gelès n'a pas trouvé de plus efficace que le double plan incliné auquel, à la vérité, il a fait subir quelques modifications.

On sait que dans sa simplicité première, le double plan est composé d'une double gouttière brisée en deux vers la partie moyenne, et maintenue par une charnière.

Enfin, le même fait deux autres rapports de peu d'importance: l'un sur des observations de M. Taillefer, de Honfleur; l'autre sur deux observations de nécrose, de M. le docteur Bonnet.

RAPPORT DE M. FERRUS SUR UN MÉMOIRE DE M. LE DOCTEUR D'HUC, RELATIF A L'EMPLOI DE LA VALÉRIANE DANS LE TRAITEMENT DE L'ÉPILEPSIE.

Le mémoire de M. D'huc contient sept observations d'épilepsie. Tous les malades sont guéris, hors un, par l'emploi de la valériane. D'abord, les accès ont commencé à diminuer en nombre et en intensité, et, finalement, ils ont cessé. Le traitement a varié de deux à trois mois.

Un peu surpris d'un résultat si favorable, M. Ferrus, si bien placé pour observer l'épilepsie, a répété les expériences de M. D'huc; mais il s'en faut bien qu'il ait obtenu les mêmes succès. Il en a fait part à M. D'huc, qui est convenu que, depuis deux ans environ, il était beaucoup moins heureux que précédemment; mais il n'en persiste pas moins à regarder la valériane comme un des médicamens les plus précieux qu'on puisse employer dans le traitement de l'épilepsie.

Le traitement de l'épilepsie par la valériane a fait naître en M. Ferrus l'idée d'essayer la belladone, l'un des médicamens les plus puissans contre les affections nerveuses. La belladone agit puissamment sur la marche et sur l'intensité de l'épilepsie; mais elle ne la guérit pas. Cependant, pendant qu'il faisait ses expériences à Bicêtre, un autre médecin les répétait à Marseille; son nom est, je crois, M. Guiaud. Il réunit douze épileptiques, et leur prescrivit à tous trois grains de suc non épuré de belladone par jour. Parmi ces malades, les uns avaient des accès tous les jours, et même plusieurs fois par jour; d'autres en avaient deux et trois fois par semaine, ainsi de suite. Quoi qu'il en soit, tel fut l'effet de la belladone que tous se trouvèrent délivrés de leur maladie pendant un temps. Bien n'égalait la joie de ces malheureux, si ce n'est l'étonnement de leur médecin; mais, hélas! cela ne dura pas. Vingt jours après les attaques reparurent; on augmenta la dose de la belladone; mais tout fut inutile, les malades en avaient les inconvéniens, sans éprouver le soulagement qu'ils en attendaient. Il fallut y renoncer.

M. ROCHE demande sous quelle forme a été employée le belladone; est-ce en poudre? est-ce en extrait? Si c'est en extrait, il ne faut pas s'étonner de son inefficacité; car en général rien n'est plus infidèle que les extraits.

M. FERRUS répond qu'il a toujours employé l'extrait de belladone; mais il a la certitude qu'il était bien préparé, et ce qui le prouve, c'est qu'il produisait les accidens connus de la belladone, les vertiges, la dilatation de la pupille, la sécheresse de la gorge, etc.

M. ROCHE: Ce qui m'a fait adresser cette demande à M. Ferrus, c'est que je crois avoir entendu que le médecin de Marseille, cité par lui, avait porté la dose de la belladone jusqu'à 15 grains par jour; or je crois qu'on ne donnerait pas impunément une si forte quantité de ce médicament autrement qu'en extrait.

M. FERRUS: Je prie M. Roche de remarquer que ce n'est qu'insensiblement que M. Guiaud s'est élevé jusqu'à cette dose, que, du reste, j'ai dépassée.

— M. DELENS parle dans le même sens que M. Roche. J'irai même plus loin, dit-il, je conseille de ne jamais employer l'extrait de la belladone; la poudre de la racine vaut mieux à tous égards; mais il faut que cette poudre soit récente. Si elle est vieille, n'aurait-elle qu'un mois, elle est déjà beaucoup moins active; on peut s'en rapporter à moi, car c'est un des médicamens que j'ai le plus employés dans ma pratique; j'en ai principalement fait usage dans la coqueluche. Cela me rappelle un fait qui n'est pas sans intérêt.

Je soignais un enfant de la coqueluche; je lui avais prescrit la belladone en poudre, et il s'en était très bien trouvé d'abord; après quoi il n'y paraissait plus sensible; cependant je persistai. La dose étant épuisée, on retourna chez le pharmacien. Dans l'intervalle, celui-ci avait renouvelé sa provision; en sorte qu'il livra de la belladone tout fraîchement préparée. Qu'arriva-t-il? c'est qu'elle produisit des accidens très sérieux.

Quant à la réflexion de M. Ferrus, que la belladone, ayant produit les accidens ordinaires, on ne peut mettre en doute ses qualités, je répondrai que les effets de ce médicament sont peu connus. Et qui sait, par exemple, si, outre les principes qui sèchent la gorge, dilatent la pupille, etc., elle ne contient pas un principe volatil d'où dépendent ses propriétés médicinales les plus précieuses?

La discussion s'arrête; il est cinq heures; la séance est levée.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

LETTRE SUR LE CATHÉTÉRISME; par Matthias MAYOR.

Je viens de lire qu'à la séance de la société de médecine pratique, du 4 janvier dernier, M. Guillon m'a accusé d'avoir fait de fausses routes, en sondant un capitaine hollandais chez lui M. Guillon, et le nommé Portat à la clinique de M. Jules Cloquet.

Sur ce dernier fait, j'ai donné les explications nécessaires dans ma réponse à la lettre chirurgicale de M. Vidal, p. 22; et quant au premier cas, j'avoue que l'accusation me surprend d'autant plus, que je suis certain d'être resté court sur l'obstacle; que, malgré mes tentatives réitérées, je n'ai pu faire avancer d'un seul point les deux instrumens que j'ai successivement poussés sur le rétrécissement; et que je n'ai point perçu le bruissement et le choc saccadé qui accompagnent constamment la progression forcée d'un volumineux cathéter, à travers un point rétréci et induré de l'urètre.

Je n'en dirai pas davantage; et l'idée ne me serait même pas venue de relever le propos de M. Guillon, si il ne m'offrait l'occasion de dire quelques mots sur ce point de pratique chirurgicale.

Il est évident d'abord, et je ne saurais assez le répéter, qu'une fausse route est bien difficile à faire avec mes cathéters métalliques et leur grosse extrémité arrondie. Cet accident doit être d'autant plus rare que j'ai établi pour règle de graduer leur force de compression ou de dilatation, en raison directe de leur volume: c'est-à-dire que plus le diamètre du cathéter sera petit et plus aussi il faudra le faire agir avec légèreté et prudence. C'est au point que si j'étais réduit à me servir d'un cathéter à dard, je n'oserais presque pas appuyer dessus, crainte qu'il ne fût arrêté dans une légère anfractuosité, ou contre un petit pli de l'urètre, ou bien qu'il ne butât contre l'engorgement ou le petit collet qui constituent le rétrécissement et qu'il ne les enfilât dans une mauvaise direction. Rien de pareil ne peut avoir lieu avec mes moyens; aussi je ne force réellement qu'avec de gros tubes, et il arrive alors assez souvent qu'ils ne franchissent l'obstacle qu'après l'avoir distendu outre mesure et, à la lettre, *forcé*. C'est à cette circonstance qu'est dû, sans doute, le mouvement saccadé que perçoivent l'opérateur et parfois les assistans, et qui, très probablement, est précédé et produit par un amincissement des parois urétrales, lequel peut même aller jusqu'à l'éraillement.

Ce dernier effet, ce déchirement ou cette légère crevasse en travers de l'anneau qui constitue le rétrécissement, peut être assimilé au débridement de l'anneau dans l'opération du bubonocèle. Je suis donc bien loin de le redouter, et je pense, au contraire, qu'il doit contribuer à la guérison *radicale* bien mieux qu'une dilatation douce et très lente, que l'action réitérée et incertaine des caustiques divers, que celle non moins équivoque des instrumens tranchans, et même que le concours et l'accumulation de deux ou de trois de ces modes opératoires différens.

Quand on parle de la dilatation ordinaire, dite *progressive*, on a l'air de la mettre en opposition directe avec le cathétérisme forcé, tel que je l'ai envisagé et décrit; et on ne manque pas de présenter celui-ci, sinon comme toujours dangereux, du moins comme n'ayant aucun rapport avec les règles et les exigences de la pratique commune, et comme tout est fait en dehors de la manière d'agir des moyens ordinaires de la dilatation vulgaire. Mais on oublie évidemment que cette dilatation, si bénigne et lente qu'on veuille bien la supposer, est cependant toujours *forcée*, et que mon cathétérisme, si brutal qu'il apparaisse entre telles mains que je pourrais nommer, ne cesse néanmoins pas un instant d'être *gradué* et *progressif*. L'une, en effet, ne saurait récalibrer un conduit urétral, dur et étroit, sans agir avec quelque violence; et l'autre est tellement progressif, qu'il a lien avec six numéros différens, et qu'on ne doit jamais pousser ceux-ci que lentement, doucement et successivement *sur* et *dans* l'obstacle.

Il y a donc, des deux côtés, *violence* et *progression* manifestes contre les points rétrécis, et ces deux modes ne diffèrent que par le degré de force et par l'exécution plus ou moins rapide. La question consisterait donc à savoir si, pour dompter un rétrécissement, il vaut mieux n'avancer que doucement, lentement, et en portant longuement des corps étrangers dans tout le canal de l'urètre; ou bien, s'il n'est pas préférable d'attaquer le mal avec vigueur et promptitude, et surtout sans fatiguer le canal *tout entier*, par le séjour prolongé de bougies et de sondes.

Ce dernier point semble déjà résolu, à en juger du moins par la manière dont les auteurs les plus récens s'expriment à ce sujet; car ils recommandent expressément, M. Civiale, pour exemple, de ne plus soigner ces rétrécissemens de l'urètre, comme cela se pratique généralement encore, en y laissant à demeure les corps mécaniques dilatans. J'ai tout lieu de croire que cette règle nouvelle date de la publication de mes mémoires sur le cathétérisme; comme aussi je suis convaincu que, depuis cette même publication, on fait beaucoup moins usage des caustiques; que bientôt leur règne déjà trop long aura cessé; que l'emploi des bougies et des sondes élastiques ne sera plus si prodigieusement abusif; qu'on aura chaque jour moins recours aux cathéters d'argent, et que ceux d'étain finiront par mériter hautement la préférence (1). J'ai indiqué, dans plus d'un endroit de mes mémoires, les motifs divers de ces heureux changemens. J'aime à croire encore que M. Guillon, l'homonyme sans aucun doute de ce même M. Guillon dont il a été question au commencement de cette note, renoncera aussi, en faveur de mon moyen et de mon procédé, à pratiquer cette incroyable quantité d'incisions dont a été victime M. P., mon correspondant de Paris. (*Voyez sa lettre dans ma réponse à celle dite chirurgicale de M. Vidal*, p. 30.) Qui ne voit du reste que si l'on adopte enfin pour maxime de ne faire agir les corps compressifs qu'instantanément et rapidement, on devra aussi, de toute nécessité, finir par établir ces mêmes corps tout différemment qu'ils ne sont aujourd'hui, si du moins on ne veut pas s'exposer à une médication ridiculement longue et fort incertaine. Et puis, on le sait assez, chaque fois que les principes changent ou que le mode d'agir varie, il est rare que les moyens ne subissent aussi des modifications analogues. Au lieu donc d'agens plus ou

(1) J'apprends que M. Charrière continue à débiter un si grand nombre de ces tubes, qu'il est forcé d'occuper un ouvrier exclusivement à cette fabrication. Il n'est probablement pas le seul qui en fasse confectionner à Paris et ailleurs.

moins souples et mous, force sera bien de les prendre fermes et durs, pourvu qu'ils soient susceptibles d'un très beau poli; et en place de moyens filiformes ou d'un volume peu en rapport avec le calibre naturel du canal excréteur des urines, le bon sens nous dira qu'il convient au contraire de mettre en jeu des corps cylindriques qui aient un diamètre plus convenable.

Si l'observation constante et l'expérience de tous les jours n'étaient pas d'accord ici avec la raison; si les praticiens n'étaient pas en désaccord complet sur la valeur de leurs procédés respectifs; si, au milieu des divers systèmes qui se croisent et se disputent la prééminence sur ce point de thérapeutique, on ne voyait pas, chaque année, surgir quelque nouveau traité tendant à faire ressortir les imperfections et les vices de tout ce qui existe, et à fonder de nouvelles bases tout aussi fautives que celles qu'elles doivent supplanter; si l'anarchie, en un mot, ne planait pas sur tout ce qui concerne l'urètre, ses affections et le traitement de ces dernières; certes, j'aurais tort d'élever la voix en faveur de principes subversifs de toutes les doctrines et de tous les principes émis jusqu'à ce jour sur cette opération.

Un fait tout récent semble, du reste, confirmer, mieux que je ne viens de le dire, l'état d'incertitude et de malaise qu'on éprouve à cet égard; c'est la disposition testamentaire du marquis d'Argenteuil. Croit-on, peut-être, qu'il eût songé à fonder un prix annuel, en faveur du meilleur mémoire sur toute cette matière, si les résultats des procédés et des médications vulgaires eussent satisfait aux besoins généralement sentis, et répondu aux allégués et aux prétentions des auteurs et des praticiens; car le marquis vivait à Paris, et il y a pu et dû recevoir, sans contredit (lui ou les siens), les soins les plus éclairés des premiers maîtres et des hommes les plus habiles.

Le journal de médecine de MM. Dieffenbach, Fricke et Oppenheim, de 1837, confirme ces mêmes aperçus pour ce qui concerne l'Allemagne et le Nord; car voici comment il s'exprime, en tête de l'article où il rend compte de la seconde édition de mon cathétérisme.

« Tous ceux qui s'occupent des rétrécissemens de l'urètre et de leurs suites savent que, pour le médecin comme pour les malades, il n'est pas de plus forte épreuve de patience que ces mêmes affections pathologiques; et ils se rappellent, non sans quelque peine, des cas où, en suivant les procédés connus et propres à ouvrir à l'urine ses voies naturelles, ils ont dû renoncer à poursuivre leurs essais, après avoir été couverts de sueur et épuisés de fatigue, non moins que leurs malheureux patiens. Comment se fait-il, cependant, qu'en pareilles circonstances, l'ouvrage que nous annonçons, et qui indique des procédés plus heureux, n'ait pas été saisi avec avidité, et, qu'au contraire, du moins en Allemagne, il soit jusqu'ici resté inaperçu! »

« L'adjectif FORCÉ, cette affreuse épithète que le procédé de Mayor a de commun avec ceux de Desault et de Boyer, si justement redoutés, en est évidemment la cause. Sa franchise, et une certaine simplicité sans fard, qui règnent dans ce travail peuvent déjà lui servir de recommandation, la confiance entière avec laquelle l'auteur recommande sa meilleure méthode, qu'il dit basée sur une expérience de trente-six ans, doit être un motif d'en prendre du moins une connaissance *positive*. Chacun pourra juger ensuite, s'il se croit autorisé d'imiter ou non le procédé de Mayor, avec la prudence et l'intelligence que l'auteur exige presque à chaque page. Pour décider s'il s'agit de marquer avec de la craie, ou de stygmatiser avec du charbon, il convient de laisser parler l'expérience et les essais comparatifs, lorsqu'il est surtout question, comme ici, de quelque chose que l'usage appelle chaque jour à son aide et au lit des malades. »

A la suite de l'analyse de mon livre, l'auteur, le docteur Lauer, nous donne les deux observations suivantes :

Obs. I.—Un homme de 50 ans, très robuste, souffrait depuis trente ans, à la suite d'une chaudepisse, d'un rétrécissement urétral, non loin du col de la vessie. Il fut traité souvent et même plusieurs fois à l'hôpital de Hambourg, avec des bougies, et on parvint à le soulager pour un temps, tantôt plus, tantôt moins long. Mais, depuis plusieurs années, il n'a pas été possible de pénétrer dans la vessie même, avec les cathéters d'argent les plus minces, ni avec les bougies les plus fines. Le doigt, introduit par l'anus, sentait la prostate plutôt très dure que volumineuse. L'urine, souvent épaisse et glaireuse, n'était émise le plus ordinairement que par gouttes, et parfois aussi par un jet très fin et souvent interrompu.

On fit, le 29 août, le premier essai avec le n. 1 de l'échelle Mayor. Le méat urinaire se trouva si étroit, qu'il permit à peine l'entrée du cathéter. Arrivé à la stricture, il y rencontra un obstacle très fort, et l'on put clairement percevoir, au moyen du tact, que le rétrécissement était formé par un tissu très solide. Après quelques manœuvres assez peu violentes et peu douloureuses, l'instrument, qui n'avançait qu'imperceptiblement, fut retiré. Au bout de quelques heures, on parvint, en forçant un peu plus, à le pousser au travers de la stricture; mais il arriva à quelques lignes plus loin, sur un second obstacle plus considérable, et qui était évidemment causé par la forte induration de la prostate. On retira le cathéter, qui fut suivi de quelques gouttes de sang.

Le 30 août, et dans un nouvel essai, le tube franchit subitement un assez long trajet, après un mouvement saccadé et avec une sensation vive de douleur de la part du malade; mais il ne pénétra dans la vessie que quelques heures plus tard, après une quatrième application. Le soir, brûlement assez fort dans l'urètre et au périnée; cataplasme. Dans la nuit, un frisson d'une heure et demie, suivie de chaleur et de sueur.

Le 31, la douleur a peu diminué; 16 sangsues au périnée; bain.

Au 6 septembre, lorsque la douleur avait disparu depuis plusieurs jours, le cathéter n. 1 fut de nouveau introduit avec une grande facilité, et resta un quart d'heure en place. L'urine sort maintenant par un gros jet, et peut être retenue, pendant plusieurs heures, tandis qu'auparavant il y avait presque toutes les dix ou quinze minutes un besoin pénible d'uriner.

Le 15 septembre, les numéros 1, 2 et 3 furent introduits successivement, les derniers avec des douleurs assez fortes. Après onze jours, pendant lesquels on n'applique plus de cathéter, le jet urinaire redevient plus petit, et le besoin d'uriner plus fréquent.

Le 3 octobre, on réintroduit d'abord le n. 1. L'obstacle qu'offrit la première stricture, et qui s'était reformée jusqu'à un certain point, fut facilement vaincu; mais on ne put pénétrer qu'en partie dans la région prostatique de l'urètre. Dès-lors, les tentatives eurent lieu régulièrement tous les deux jours, ou plus rarement, et elles ont plus d'une fois causé de vives douleurs. Une fois, le cathéter pénétra sensiblement, avec accompagnement d'une saccade et d'un certain bruit, lesquels furent suivis, quelques heures plus tard, d'un nouveau frisson, puis de chaleur et de sueur.

24 octobre. Quoique jusqu'ici le cathéter n'ait pas pu parvenir dans la vessie, parce que nos efforts pour y arriver n'ont eu lieu, et à dessein, qu'avec le moindre degré possible de force, cependant le malade lâche l'urine depuis plusieurs jours avec un jet passablement fort, il peut la retenir plus longtemps, et il ne se plaint plus comme ci-devant d'un poids derrière le pubis; d'où l'on peut conclure qu'un engorgement irrégulier de la prostate rétrécit le canal de l'urètre bien moins qu'il ne le presse dans une fausse direction. Le traitement a été soutenu avec des bains généraux et des frictions d'onguent d'iode au périnée.

Obs. II.—Un homme de 76 ans, peu intelligent, a été admis à l'hôpital, pour une affection des voies urinaires. Quoique le malade vînt d'uriner, nous trouvâmes cependant la vessie distendue jusqu'au nombril. L'exploration par l'anus indique que cette dernière était tellement tendue, qu'on ne peut, en aucune manière, distinguer exactement les limites de la prostate. Un cathéter ordinaire d'argent parvint aisément jusque dans la région prostatique; mais il y prit une direction à gauche, et s'arrêta tout court. Des tentatives réitérées pour pénétrer dans la vessie, avec des cathéters élastiques de calibres variés, furent également sans succès et suivies d'une assez forte hémorragie. Le malade, cependant, est parvenu, au milieu de ces essais divers, à plusieurs reprises et à petits jets, à remplir un demi pot de chambre d'urine, pendant douze à quatorze heures, sans que la tuméfaction de la vessie eût sensiblement diminué. Nous fîmes alors usage des cathéters de Mayor; et comme l'obstacle opposait une résistance opiniâtre, nous eûmes recours successivement à des calibres de plus en plus forts, et nous pûmes, à cause de la largeur de l'urètre en avant de la prostate, arriver à celle-ci avec le n. 6. Après que ce dernier eut exercé, pendant un moment, une compression modérée sur l'obstacle, on reprit de nouveau le n. 4, et on le fit parvenir assez facilement dans la vessie. On en évacua plein un gros vase de nuit d'urine, et on put alors reconnaître par l'anus l'engorgement considérable de la prostate. Le deuxième jour, on fit pénétrer avec facilité le n. 5; et le treizième jour, le n. 6.

A cette notice, M. Fricke a bien voulu ajouter la note suivante :

« M. Mayor a eu la bonté, à notre passage à Lausanne, de nous développer lui-même les bases de son cathétérisme, et de nous faire voir l'application de ses cathéters aux malades alors à l'hospice. Nous devons l'avouer, M. Mayor a passé ses numéros 5 et 6 (ceux, par conséquent, de 3 1/2 et de 4 lignes de diamètre) avec une facilité, une sûreté, et d'une manière si peu douloureuse, qui ne laissent rien à désirer; de sorte que nous nous sommes bien promis d'en faire incessamment usage. Nous avons eu, dès-lors, maintes occasions de faire l'essai des cathéters Mayor, et nous en avons été très satisfaits. Que, dans beaucoup de cas, l'application de cathéters volumineux soit plus facile que celle des plus minces, c'est chose connue depuis longtemps; mais personne ne s'était encore hasardé d'en employer d'aussi gros que ceux de Mayor; et nous avouerons même que leur aspect a d'abord quelque chose d'effrayant. Toutefois, on ne tarde pas à faire avec eux une agréable connaissance. Cependant, nous doutons fort qu'ils puissent remplacer tous ceux qui sont en usage; et il se présentera encore assez de cas où il sera nécessaire de recourir à des tubes plus minces.

» Le célèbre chirurgien de Hambourg, comme tant d'autres, n'aperçoit donc bien décidément qu'*un seul* point dans mon mémoire sur le cathétérisme! S'il se contente d'attacher quelque valeur au volume monstrueux de mes instrumens, j'en trouve davantage à leur composition, à leur mode d'introduction et d'action, à leur forme tubuleuse qui les met en état d'agir en qualité de bougies et de sondes, et à cet ensemble systématique qui fait de mon petit travail un corps de doctrine presque complet, *à l'usage du praticien*.

» Lausanne, ce 31 mars 1838. »

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

ÉTUDES SUR LE SYSTÈME NERVEUX; par A. J. JOBERT (de Lamballe), D. M., chirurgien de l'hôpital St-Louis. — Paris 1838. 2 vol. in-8. Chez Devénois, éditeur, boulevart St-Martin, 18.

L'étude du système nerveux est sans contredit la partie de l'anatomie qui est aujourd'hui l'objet des recherches les plus étendues et les plus minutieuses et les progrès de la science dans cette direction sont incontestables; mais la vérité n'apparaît qu'après de longs tâtonnemens, et l'histoire des théories qui ont été proposées pour l'explication des phénomènes nerveux ne serait qu'une longue série d'erreurs, car le cerveau n'a point encore trouvé son Harvey. Les faits eux-mêmes sont loin d'avoir dans cette partie de la science toute la valeur qu'on leur suppose, tant il est difficile de constater leur authenticité et leur exacte observation; aussi il y a bien peu de points sur lesquels les physiologistes soient d'accord : ce que l'un admet comme démontré est nié par les autres. Si nous voulions citer un exemple frappant du peu d'uniformité qui existe entre les physiologistes sur l'étude du système nerveux, nous le trouverions dans l'histoire des fonctions attribuées à la portion dure de la septième paire. S'il y a un fait qui paraissait démontré par l'anatomie, les vivisections et les observations pathologiques, c'est que ce nerf était uniquement moteur et qu'il ne jouissait que d'une sensibilité obscure, si même il n'en était pas privé complètement; et pourtant ce fait est en partie révoqué en doute par l'auteur des *Etudes du système nerveux*. Mais nous n'allons pas examiner ici cette question qui se rattache à une question plus large et plus importante, savoir celle de propriétés différentes résidant dans différentes parties du cerveau; nous allons d'abord jeter un coup-d'œil sur l'ensemble du travail de M. Jobert qui contient plus de recherches et de faits importans qu'on ne s'y attendrait d'après le titre modeste sous lequel il le présente au public.

Les travaux de Ch. Bell, qui occupent la première place parmi tous ceux dont le système nerveux a été le sujet, et qui chaque jour encore sont confirmés par les nouveaux expérimentateurs, sont d'abord l'objet d'une critique qui nous a paru souvent sévère, quelquefois même injuste, car l'auteur ne se contente pas de critiquer les idées scientifiques émises par le célèbre physiologiste écossais, il va jusqu'à rappeler quelques préjugés contre les savans français dont ses travaux présentent bien quelques traces, mais qu'il a abandonnés depuis longtemps, et qui d'ailleurs nous paraissent presque excusables dans les premières années qui ont suivi la guerre entre les deux nations, au moment où il venait de se voir disputer la priorité des découvertes importantes sur lesquelles reposent tous ses travaux, et lorsque la presse périodique française commençait à prendre une influence qui depuis a encore beaucoup augmenté.

M. Jobert admet l'existence d'un fluide nerveux, qu'il regarde comme analogue, peut-être même comme identique avec le fluide électrique, et dont la source est, pour les animaux, dans le système nerveux. Il paraît regarder comme démontrée l'opinion de Rolando qui considérait le système nerveux comme représentant une pile électrique et rapporte les faits les plus nouveaux et les plus intéressans qui ont été produits à l'appui de cette hypothèse et qui ont été observés chez l'homme et dans les poissons électriques.

Des nombreuses expériences qu'il a faites sur les animaux pour connaître le siége de la sensibilité et du mouvement, il conclut que l'origine de ces deux facultés réside dans la substance blanche, que toutes deux siègent dans la partie postérieure de la moëlle, et que le cordon antérieur de cet organe sert seul à conduire la volonté et à apporter l'impression au cerveau.

Passant à l'étude des nerfs eux-mêmes et examinant les divers degrés de sensibilité dont ils sont doués, M. Jobert repousse les distinctions établies par les physiologistes modernes en nerfs cutanés ou sensitifs et nerfs moteurs ou musculaires, et avance que le mode de terminaison des nerfs fait toute la différence de leurs usages; c'est à cette occasion qu'il soutient que le nerf facial n'est pas seulement moteur, comme on l'a prétendu, mais qu'il est aussi sensible. Il explique l'erreur dans laquelle il croit que les physiologistes sont tombés par le mode d'expérimentation qu'ils ont choisi.

La section du nerf facial cause une douleur légère par la section; mais, si le nerf est pincé, la souffrance se traduit toujours par des cris que pousse l'animal. C'est sur cette expérience, que M. Jobert paraît avoir répétée chez plusieurs animaux, qu'il s'appuie pour combattre l'opinion de Ch. Bell qui le premier avança et démontra que ce nerf non seulement est un nerf moteur, mais encore qu'il ne sert pas à transmettre la sensibilité aux parties auxquelles il se distribue. Peut-être, cependant, l'auteur s'est-il trop hâté de conclure de cette expérience que le nerf facial servait aussi bien à transmettre la sensibilité que le mouvement aux parties auxquelles il distribue ses rameaux; car Ch. Bell et tous les physiologistes qui ont adopté son opinion ne s'appuient pas seulement sur le peu de sensibilité de ce nerf pendant la section, mais spécialement sur ce que les parties auxquelles il se distribue conservent, après la section, la sensibilité, tandis qu'elles ont perdu la motilité.

Après avoir étudié l'influence du système nerveux sur les diverses fonctions de l'organisme, la circulation, les sécrétions, etc., après s'être livré à l'examen anatomique et physiologique de chacun des nerfs, l'auteur passe à celui des renflemens nerveux, c'est-à-dire du cerveau, du cervelet et de la moëlle épinière, et discute avec les développemens nécessaires toutes les hypothèses avancées sur les fonctions de ces grands centres nerveux, et spécialement celle qu'a proposée la phrénologie dont il examine avec impartialité les bases et les opinions contradictoires.

Le pneumogastrique et le grand sympathique qui ont tant occupé les physiologistes ont aussi appelé l'attention de M. Jobert; il paraît croire que ces deux nerfs diffèrent beaucoup moins des autres organes de même genre qu'on ne le pense; le premier agirait comme excitant de fibres musculaires de l'estomac, des vésicules pulmonaires et des autres parties auxquelles il se distribue; et le second ne différerait des autres nerfs que parce qu'il n'est pas soumis à l'influence de la volonté.

M. Jobert ne s'est pas contenté de simples recherches sur la partie physiologique de son sujet; il a aussi porté son attention sur la pathologie du système nerveux et des nerfs spécialement qui, sous ce rapport, ont trop peu occupé les pathologistes. L'un des chapitres les plus importans de cette partie du travail que nous avons en ce moment sous les yeux est celui où l'auteur s'occupe de la cicatrisation des nerfs et des renflemens nerveux. La cicatrisation des renflemens nerveux, celle surtout du cerveau, est bien connue depuis les travaux des pathologistes modernes, mais la cicatrisation des nerfs a à peine été étudiée, et cependant plusieurs questions importantes de physiologie se rattachent à ce sujet, et quelques unes d'entre elles sont examinées par M. Jobert avec toute l'attention qu'elles méritent.

Les expériences de quelques physiologistes, et celles surtout de Béclard, ont démontré que, quand les deux extrémités d'un nerf divisé ne sont pas trop éloignées l'une de l'autre, elles se réunissent par la formation d'un tissu, qu'on peut regarder comme une véritable cicatrice; mais ce tissu prend-il à la longue, comme le pensait Béclard, la structure et la propriété du tissu nerveux, ce qui expliquerait facilement pourquoi on voit quelquefois, longtemps après la section d'un nerf, les parties auxquelles il se distribue recouvrer la sensibilité et le mouvement qu'elles avaient perdu? M. Jobert combat cette opinion en s'appuyant sur des considérations anatomiques et physiologiques qui, si elles n'entraînent pas la conviction, sont au moins d'une grande force. Mais il ne nous paraît pas avoir expliqué comment, dans quelques cas, les parties recouvrent la sensibilité et le mouvement, car il n'admet pas d'anastomose dans le système nerveux; et il ne suffit pas, en face des faits nombreux de ce genre que possède la science, et surtout des expériences récentes de M. Flourens, de dire que, quand les fonctions d'un nerf se rétablissent, c'est parce qu'il a été incomplètement divisé; car les fibres d'un nerf, conservées, ne peuvent porter l'influence nerveuse sur les points où se distribuent celles qui ont été divisées.

L'auteur rapporte un certain nombre d'expériences qui prouvent que les nerfs ne sont pas conducteurs des poisons, et que ce rôle appartient plus spécialement au sang, comme il a été démontré déjà par les expériences de M. Magendie.

Dans la quatrième partie, destinée à l'étude des maladies chirurgicales du système nerveux, nous trouvons de bonnes recherches sur diverses questions que l'auteur éclaire par le récit de nombreux cas pathologiques. Nous indiquerons spécialement le chapitre où il traite de la commotion du cerveau, et dans lequel il combat cet usage si banal et si funeste où l'on est encore aujourd'hui de pratiquer immédiatement des évacuations sanguines dans les cas de commotion cérébrale, et celui consacré à la commotion de la moëlle épinière; mais, le plus important peut-être, à notre avis, est celui où il traite des névralgies, et où, surtout, il s'occupe des moyens propres à calmer ces maladies, qui trop souvent résistent à tous les traitemens qu'on leur a opposés. Nous y retrouvons, il est vrai, la reproduction de l'opinion que nous avons déjà signalée, et d'après laquelle la distinction établie par Ch. Bell entre les affections des nerfs purement moteurs et de ceux qui sont chargés de transmettre la sensibilité aux parties serait erronée; mais nous y trouvons, en même temps, des documens précieux sur la cautérisation transcurrente, sur la manière de l'employer, son mode d'action, et les succès que l'auteur en a retirés dans un nombre considérable de cas de névralgies, qui avaient résisté à tous les autres moyens. M. Jobert pense que, dans ces cas, le fer agit comme perturbateur, et que,

s'il a souvent échoué, c'est parce qu'on l'a employé avec timidité et trop contre un moyen qui est plus effrayant que douloureux.

L'analyse incomplète que nous venons de faire du travail du chirurgien de l'hôpital Saint-Louis suffira cependant, nous pensons, pour donner quelque idée des nombreuses et intéressantes questions qu'il a traitées et où il a donné de nouvelles preuves non seulement de vastes connaissances dans les trois branches principales des études médicales, auxquelles il a emprunté ses questions, l'anatomie, la physiologie et la pathologie, mais où encore on reconnaît qu'il ne croit pas sur parole ceux qui l'ont précédé dans ces recherches difficiles; qu'il sait appeler le doute, sinon toujours, au moins quelquefois à propos sur des questions qui semblaient définitivement résolues. Cet ouvrage, qui sort de la ligne des travaux spéciaux par lesquels l'auteur s'était fait particulièrement connaître jusqu'ici, ne peut qu'ajouter à la haute opinion que nous avions déjà de sa capacité et de son savoir, en même temps qu'il nous semble devoir accroître nos connaissances sur le système nerveux et les rectifier sur quelques points.

COMPTE-RENDU DES MALADES TRAITÉS AU DISPENSAIRE PHILANTROPIQUE DES AFFECTIONS DES VOIES URINAIRES ET DES ORGANES DE LA GÉNÉRATION, DEPUIS LE 1er SEPTEMBRE 1837 JUSQU'AU 1er MARS 1838; par M. le docteur DEVERGIE aîné. — Brochure in-8 de M. le docteur Gœury-Duvivier.

A peine six mois se sont-ils écoulés depuis que M. le docteur Devergie a eu l'heureuse idée de fonder, près du Palais-Royal (cour des Fontaines, 7), un dispensaire, à l'instar de ceux qui existent à Vienne et à Londres, pour le traitement des maladies des voies urinaires, que déjà son œuvre philantropique porte les fruits les plus heureux pour l'humanité et la science. 119 malades des deux sexes ont été traités pendant ce premier semestre : dans ce nombre figurent 18 cas de rétrécissement urétral, 16 de catarrhes de la vessie, 4 de rétention urinaire, 3 d'incontinence nocturne, 1 de fistule urinaire périnéale, 8 de pertes seminales, 7 d'impuissance, 2 d'hydrocèle, 1 de tumeur du cordon, 3 d'uretrite, 3 d'orchite, 4 de chancres; et chez la femme, 3 cas d'ulcération du col, 3 de cancer utérin, 3 de leucorrhée chronique, 1 de polype urétral, 1 d'hystérie, 2 de condylomes à l'anus, 1 d'ulcération du pharynx, 1 de périostose, 1 de pustules vénériennes. Arrêtons-nous sur quelques-uns des points les plus importans de la relation de M. Devergie. D'abord les rétrécissemens du canal de l'urètre : tous ces malades avaient déjà été traités et guéris soit dans les hôpitaux soit en ville à l'aide de la cautérisation, de la dilatation, des scarifications, etc., et ils ne se sont présentés à M. Devergie qu'après la récidive du mal. Ce fait prouve, ainsi que le dit avec raison M. Devergie, que quelle que soit la méthode qu'on emploie les rétrécissemens de l'urètre se reproduisent le plus souvent si l'on néglige d'introduire de temps en temps des sondes dans le canal. La méthode adoptée par l'auteur contre cette lésion est mixte; il emploie peu la cautérisation, et il s'est convaincu que la dilatation successive et instantanée pendant quelques minutes seulement et pratiquée tous les deux ou trois jours, est le moyen qui réussit le mieux. C'est aussi, comme on sait, la méthode adoptée par nos spécialistes aujourd'hui, avec cette différence pourtant que M. Devergie se sert souvent des sondes de M. Mayor, et il se loue beaucoup de l'efficacité de ce moyen. Du reste, ainsi que l'auteur le fait remarquer, le même procédé n'étant pas applicable dans tous les cas, on ne peut suivre en général qu'une méthode mixte, si l'on veut être réellement rationnel dans le traitement de cette maladie comme de plusieurs autres.

Le traitement du catarrhe vésical a mérité une attention toute particulière de la part de M. Devergie. On connaît déjà les recherches et les expériences thérapeutiques auxquelles il s'est livré depuis longtemps sur cette maladie : les nouveaux faits qu'il publie aujourd'hui ne font que confirmer ses premiers résultats, savoir que le catarrhe chronique de la vessie peut le plus souvent être guéri à l'aide de remèdes appliqués sur la muqueuse même de la poche urinaire, c'est-à-dire d'injections d'abord émollientes, puis narcotiques et enfin détersives ou balsamiques suivant les circonstances. Les guérisons ont eu lieu dans l'espace de six semaines et trois mois.

Parmi les cas d'impuissance que M. Devergie a eu à traiter, il y en a quelques-uns dont les détails sont vraiment curieux. Les pertes séminales nocturnes ont été combattues par les bains locaux froids, les affusions de même nature, les semences froides et l'usage du baume de copahu à l'intérieur et en injection dans l'urètre. Dans un seul cas, M. Devergie a peu de persévérance en raison de la répugnance qu'éprouvent les malades employé la cautérisation recommandée par M. Lallemand. Les faits publiés par le chirurgien de Montpellier conduisent à cette conclusion que les pertes séminales involontaires dépendent d'une phlogose chronique de la totalité ou d'une partie de l'appareil spermatique. On voit par là la sagesse de la médication suivie par M. Devergie. Dans un cas de cette espèce, que nous avons eu dernièrement à combattre, nous avons donné, avec le plus grand succès, le camphre en pilules, à la dose de six à huit grains par jour; nous avons fait dissoudre le camphre dans de l'huile d'amandes douces, afin de le réduire convenablement en pilules.

Nous terminons cette courte notice par les détails du fait le plus curieux contenu dans la brochure de M. Devergie, c'est celui d'un polype sortant de l'urètre chez une femme :

Obs. Madame B..., portière, âgée de 66 ans, éprouvait, depuis six ans, de vives douleurs en urinant, qui se propagèrent dans le ventre, la partie supérieure des cuisses, et gênaient singulièrement la progression. Elle fut inutilement visitée par plusieurs médecins, qui ne purent trouver la cause réelle de ses vives douleurs : un seul, M. Cullerier, reconnut l'existence d'une tumeur polypeuse faisant saillie à travers l'urètre et en conseilla l'excision.

Elle se présenta en septembre au Dispensaire. M. Devergie, à l'aide d'une pince et de petits ciseaux courbes à cataracte, excisa tout ce qui a pu être saisi. Trois jours après, la tumeur reparut aussi volumineuse et fut également excisée; ce qui engagea à explorer la vessie avec un stylet et fit reconnaître qu'il existait encore une portion de la tumeur, qui s'engageait de nouveau dans l'urètre, après l'extirpation de la portion apparente. Cette tumeur, du volume d'une noix environ, fut excisée sans douleur en quatre séances. Son pédicule fut cautérisé avec le nitrate d'argent fondu, et, pour pénétrer facilement dans la vessie, M. Devergie se servit d'un spéculum de l'oreille pour dilater l'urètre. Rien, depuis la fin d'octobre, n'a reparu.

Cette indication sommaire de la première moisson, donnée par l'établissement philantropique de M. Devergie, fait déjà pressentir tous les avantages que l'humanité peut attendre de l'œuvre éclairée et du zèle de ce chirurgien.

VARIÉTÉS.

A M. LE RÉDACTEUR DE LA GAZETTE MÉDICALE.

Monsieur,

Comme vous avez inséré une lettre de M. Virey, qui m'est adressée, quoiqu'elle fût destinée pour le journal *la Phrenologie*, j'espere de votre impartialité que vous voudrez bien insérer aussi la réponse ci-jointe, que j'envoie également à M. le rédacteur de *la Phrenologie*. Cette double insertion est indispensable, dans l'intérêt de la personne attaquée, attendu que les lecteurs des deux journaux ne sont pas les mêmes.

Agréez, etc. BROUSSAIS.

Paris, ce 18 mai 1838.

A M. LE RÉDACTEUR DU JOURNAL LA PHRÉNOLOGIE.

Monsieur,

Je reçois à l'instant votre billet en date d'hier, qui m'invite à répondre à une lettre de M. Virey à mon adresse, lettre que vous avez jointe à la vôtre, et qui a été publiée dans la GAZETTE MÉDICALE du 12 mai courant.

Ce qu'il y a de spécieux dans cette lettre; ce qui peut exiger une discussion comme ayant trait aux vieilles questions des causes finales et des harmonies préétablies, étant traité avec assez de détails dans la seconde édition de mon ouvrage sur l'irritation et la folie, qui est sous presse, je n'aurai garde d'en faire le sujet d'un mémoire adressé à M. Virey.

Je sais depuis longtemps que ce savant ne serait pas fâché de voir son nom figurer dans une polémique philosophique; mais je vous avoue, Monsieur, que je ne saurais me résoudre à entrer en discussion avec un logicien qui ne prend pas la peine de distinguer un fait de l'explication de ce fait; avec un physiologiste qui déclare *ne pas comprendre comment la vénération ou toute autre idée aussi abstraite et éminemment morale peut être emboîtée dans une protubérance de la pulpe cérébrale*, sans nous dire s'il comprend comment l'ensemble de nos facultés morales est encaissé dans le crâne et confondu dans la totalité du cerveau; avec un naturaliste qui n'explique pas *comment* son instinct, qu'il place dans les nerfs ganglionaires dans toute la série animale, peut y résider; avec un docteur en médecine qui ne songe pas à nous apprendre s'il comprend comment un cerveau malade est moins propre au développement des facultés morales de l'homme qu'un cerveau sain.

Il ne s'agit, en effet, d'expliquer ni *comment* chacune de nos facultés (morales) correspondrait à une portion déterminée du cerveau; ni comment leur ensemble serait entassé pêle-mêle dans la masse de cet appareil; ni comment les maladies du cerveau influent sur notre moral; mais seulement de constater les rapports de ces facultés dans leur manifestation avec les formes et l'état sanitaire du cerveau. Telle est la question phrénologique. Il me semble pourtant que M. Virey devrait l'avoir comprise, puisqu'il est physiologiste, naturaliste, médecin, et surtout logicien. M. Virey aurait-il par devers lui des faits capables de démontrer que les maladies et l'absence du cerveau n'empêchent pas la manifestation pleine et entière de nos facultés morales? S'il en possède, qu'il les produise, et, pour le coup, je lui répondrai.

Mon parti est bien pris; j'attendrai, pour riposter à ses lazzis, qu'il m'ait écrit une lettre dans une attaque bien complète d'apoplexie, ou après sa mort, si elle arrive avant la mienne. Si je succombe sans avoir reçu de lui une pareille missive, M. Virey se passera probablement de toute correspondance scientifique avec moi.

Agréez, etc. BROUSSAIS.

Paris, ce 18 mai 1838.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE DE FÉLIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 22. (TOME VI. — 1838.) SAMEDI 2 JUIN 1838.

Gazette Médicale
DE PARIS.

LA GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunis) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Poissonnière*, n° 3, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

ÉPIDÉMIES.

DES PRINCIPALES PESTES QUI ONT RÉGNÉ DANS LE NORD DE L'AFRIQUE OCCIDENTALE; par M. GUYON, chirurgien de l'armée d'Afrique.

La peste fut presque générale dans cette partie de l'Afrique, 151 ans avant l'ère chrétienne. Selon Orose, elle enleva cette année 200,000 âmes à la seule province de Carthage, et 800,000 à la Numidie (1). D'après Fracastor, elle parcourait encore les mêmes contrées l'an 118 après J.-C. (2).

La peste qui, en 269, apparut en Europe, sous l'empire de Dèce, était venue d'Afrique. Elle causa la plus grande mortalité à Rome. L'empereur Hostilien, collègue de Gallus et Volusien, en mourut. Les armées romaines envoyées en Orient pour s'opposer aux incursions des Barbares en furent presque entièrement détruites; et les Goths, qui désolaient alors l'Italie, eurent le même sort. L'empereur Claude y succomba l'année suivante, 270, à Sirmich (3). Cette même année 270, elle était encore en Afrique, et saint Cyprien, qui l'observait à Carthage, en a donné une description où il signale le dévouement des premiers chrétiens envers les pestiférés, dont la plupart étaient abandonnés de leurs parens et de leurs amis (4).

La peste qui affligeait Constantinople en 557 s'étendait sans doute aussi sur l'Afrique; car, au rapport des historiens, elle parcourut, à cette époque, tous les pays du monde (5).

(1) Papon, *De la peste, ou époques mémorables de ce fléau.*
(2) Papon, *Op. cit.*
(3) Ozanam, *Maladies épidémiques et contagieuses.*
(4) *De mortalitate.*
(5) Cette même année, 557, l'an XXIV de Carthage, mourut en Afrique, près de l'ancienne Hippone, *Hippo Regius*, une femme qui fut peut-être une de ses victimes. Nous reproduisons ici son épitaphe, qui se lit sur une pierre tumu-

Feuilleton.

GALERIE MÉDICALE.

N° VI.

PORTAL (ANTOINE).

« La gloire se doit toujours mesurer aux moyens dont on s'est servi pour l'acquérir. »

LAROCHEFOUCAULD.

Comment *le fils d'un petit apothicaire de Gaillac*, ainsi que Portal le disait de lui-même, a-t-il pu parvenir si loin et si haut? Comment né, perdu, dans une petite ville de province, a-t-il franchi les difficiles degrés qui séparent l'obscurité d'un succès éclatant? Comment a-t-il fait pour devenir premier médecin de deux rois de France, membre de l'Institut, professeur au collége de France et au jardin des plantes, président d'honneur perpétuel de l'Académie de médecine, écrire de nombreux ouvrages, acquérir une grande réputation, un nom européen, et laisser quatre-vingt mille livres de rente?... Voulez-vous trouver la solution d'un pareil problème? Eh bien! cherchez-la dans les qualités mêmes de Portal, dans sa volonté ferme, arrêtée, inflexible de s'élever, dans son obstination laborieuse, dans son savoir, sa prudence, son habileté, enfin dans l'art de connaître les hommes et de les faire servir à son avancement. La fortune lui fut favorable, mais il faut convenir qu'il provoqua ses faveurs avec esprit, adresse et activité. Car tout homme fait son destin plutôt qu'il ne le reçoit, et le médecin dont il est question dans ce portrait en est un insigne exemple; sa vie, ses travaux, ses succès le démontrent invinciblement.

Quoiqu'on ait beaucoup exagéré la liaison de Portal avec l'abbé Maury et les circonstances du fameux voyage qu'ils firent à pied, mettant en commun leur avoir très petit et leurs espérances sans bornes, il est certain qu'ils se connurent de bonne heure, que tous deux arrivèrent à Paris pour commencer leur duel avec la fortune, dans un assez triste état de dénuement; néanmoins on vit pour eux la complète réalisation des plus magnifiques châteaux en Espagne. Ce fut en 1766 que Portal vint à Paris; il était par conséquent très jeune encore, étant né en 1742; mais à peine installé dans la capitale, il se livra à de grands travaux, en même temps qu'il cherchait à se faire de puissans protecteurs. Une chose importante pour réussir est de bien saisir le côté faible d'une science, et de remplir cette lacune avec tout le soin possible, c'est précisément ce que fit Portal. Bien que docteur de Montpellier, il vit d'abord que l'anatomie était fort peu cultivée parmi les médecins de Paris, notamment dans ses rapports avec la pathologie. Une preuve de leur ignorance, c'est que dans la plupart des cas d'engorgement au foie, presque tous les médecins ne man-

Nous retrouvons la peste en Afrique vers 1550. Salha Raïs, arabe de naissance, en mourut à cette époque, comme il dirigeait contre Oran une puissante armée.

En 1560, la peste, qui était en côté de Maroc, força le pacha Tékéli à se retirer sur le bord de la mer, à cinq milles d'Alger. Son successeur, le rénégat Iusuff, devenu gouverneur de Tlemsen, en mourut, vers le 20 août de l'année suivante, en six jours de maladie.

Une affreuse famine affligeait Alger en 1580, à l'arrivée de Jaffer Aga, rénégat hongrois, l'un des successeurs de Iusuff. La peste sévissait dans la même ville, vers l'an 1636. C'est du moins ce qu'on peut inférer d'un passage de Kircher (1), qui, parlant d'une peste qui régnait à Valence, en Espagne, cette année-là, dit qu'on l'attribuait à des cuirs apportés par un navire algérien. Il nous apprend encore que cette opinion sur l'origine de la maladie était fondée sur ce que les premiers atteints avaient été fournis, d'abord par les cordonniers, puis par les personnes qui portaient des souliers (2).

La peste reparut en Afrique vers l'an 1678. Elle fit alors les plus grands ravages dans le Maroc, sous le règne de Muley Ismaël. Les calculs du temps portaient à quatre millions d'individus le nombre de ses victimes. Son importation dans cet empire était attribuée aux communications qui existaient entre Alger et Tétuan, où elle s'était d'abord montrée.

En 1705, une maladie décrite sous le nom de fièvres malignes, *fiebres malignas* (1), régna à Ceuta, forteresse espagnole, sur le détroit de Gibraltar. Bon nombre de nécropsies furent faites, et ce sont peut-être les premières qui aient été pratiquées dans cette partie de l'Afrique. Elles eurent pour témoins les docteurs don Antonio de la Locho, médecin de l'armée, et don Antonio Perez, médecin de la place. L'état peu avancé de l'anatomie pathologique à cette époque fait assez pressentir le peu d'intérêt qu'elles ont aujourd'hui pour la science. Le sang, dit-on, était tantôt coagulé et tantôt fluide: coagulé chez ceux qui avaient succombé le septième jour ou avant; fluide chez ceux dont la vie s'était prolongée au-delà du septième jour, jusqu'au vingt-unième et plus.

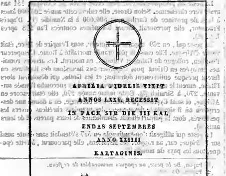
La même maladie, qui n'était qu'un typhus, s'est souvent renouvelée depuis, parmi les prisonniers de la forteresse, qui s'y trouvent parfois réunis en grand nombre, par suite des fréquens mouvemens politiques de l'Espagne. Elle y était dans les mois de février, mars, avril et mai 1827, et s'y retrouvait encore durant les mêmes mois de l'année suivante. Cette dernière année, 1828, elle se prolongea jusque dans le mois de juin, et j'en trouvai même encore quelques cas, avec beaucoup de convalescens, le 16 juillet, jour de ma visite à la forteresse. A cette même époque, 16 juillet, les prisonniers étaient au nombre de 4,000; et les militaires de la garnison, de 3,000 environ. L'hôpital militaire comptait 300 malades, y compris les prisonniers et les pauvres; et l'hospice civil, qui ne recevait que des femmes, 12 seulement, la plupart fort âgées.

La maladie dont nous parlons avait débuté chez les prisonniers récemment arrivés de Malaga (2), et qui, dans leur traversée, avaient beaucoup souffert de leur encombrement. Elle s'étendit ensuite aux autres prisonniers et aux militaires de la garnison; puis, enfin, aux habitans chez lesquels elle fut assez peu intense pour que personne n'en mourût. Sa durée était de 7 à 21 jours: personne n'y succomba avant le septième. Pendant tout le temps qu'elle dura, la perte des hôpitaux s'élevait de 35 à 40 malades par mois, tandis qu'elle n'était que de 15 à 20 en temps ordinaire. On la vit s'éteindre dès qu'on eut disséminé les prisonniers sur différens points de l'*Aschô*, nom de la montagne sur laquelle se trouve la forteresse, l'*Abila* d'autrefois (3). Cette montagne, qui s'avance dans la mer, est des plus ventilée, et c'est sans doute autant à cette circonstance qu'à l'époque de la saison où on était parvenu qu'il faut attribuer l'extinction de la maladie.

La peste était à Tunis dans les premiers mois de la même année, 1705, et peu après en Sardaigne, ainsi que le constatent les registres du conseil supérieur de Barcelonne, sous les dates des 23 avril et 19 août, même année.

En 1724, les sauterelles, autre fléau, à cause de la famine qui en est la suite (4), affligèrent la régence d'Alger. Ces insectes apparurent sur la fin

laire trouvée à Bône, l'ancienne *Aphrodisium*, et qui se voit aujourd'hui à la Bibliothèque royale à Paris.


APRILIA FIDELIS VIXIT
ANNOS LXXV. RECESSIT
IN PACE SVB DIE III KAL
ENDAS SEPTEMBRES
ANNO XXIIII
KARTAGINIS.

(1) *Scrutinium pestis.*

(2) Il résulterait de-là que l'usage de porter des souliers n'était pas général à Valence, en 1636.

(1) De Villalba, *epidemiologia Espagnola*, etc.; Gonzalo Antonio Serrano, *Apolog. med. pract. sobre la epidemia de Bujalence*.

(2) Ils avaient été précédés par d'autres, qui, sous le nom de carlistes, étaient arrivés de Barcelonne dans le courant de janvier.

(3) On sait qu'*Abila* était une des colonnes d'Hercule, et que *Calpe*, le Gibraltar d'aujourd'hui, était l'autre. Ces deux montagnes sont remarquables par leur position avancée dans la mer, en regard l'une de l'autre, à l'entrée du détroit qu'elles semblent pour ainsi dire défendre. On sait aussi que pour les anciens elles ne devaient leur existence qu'à la massue d'Hercule, ne formant primitivement qu'une seule et même montagne.

(4) Il est à remarquer que ce sont les jeunes sauterelles (c'est-à-dire l'insecte non encore à l'état parfait), qui font tous les dégâts.

---

quaient pas de dire, en palpant la région hépatique, que le petit lobe de spigel était sain ou malade; or on sait que cette portion du foie est inaccessible à la main placée sur la surface de l'abdomen. Portal s'appliqua donc à l'anatomie, et il professa avec éclat cette partie de la science. C'était dans la petite et triste rue du Cimetière-Saint-André-des-Arts qu'il faisait des cours, et ces cours lui rapportaient bon an mal an, environ 27 fr. par mois. Son logement était même si modeste que la leçon avait lieu dans sa propre chambre, et quand on venait le voir, il se hâtait de cacher le cadavre dans son alcove. Certes il y avait loin de ce jeune professeur au baron Portal vu à cinquante ans de distance; mais on ne doit pas s'en étonner, il y a des succès qui, ayant commencé par l'estime de dix personnes, ont avec le temps rempli le pays tout entier; à son premier cours, Cuvier n'eut qu'un seul auditeur. Bien souvent encore les cadavres manquaient à l'actité de Portal; une nuit, il enleva avec ses élèves, dans le cimetière voisin de sa demeure, le corps d'un épicier nommé Lecoq. Cet enlèvement fit grand bruit dans le monde, on cria au scandale, à la profanation, et ce fut à grand'peine que Portal s'en tira, en prouvant au lieutenant de police Lenoir, la nécessité d'étudier l'anatomie pour l'étude des maladies.

Bientôt la réputation de Portal, comme anatomiste distingué, passa des amphithéâtres dans le public; il fut appelé, même par ses confrères, pour examiner anatomiquement les malades, c'est ce qu'on appelait alors les médecins *tâteurs*; singulières mœurs médicales, et dont un demi-siècle nous sépare à peine! Mais non seulement Portal étudiait et professait l'anatomie avec distinction, il publia une *histoire* de cette partie de la médecine, et longues années après son *Cours d'anatomie médicale*. On a fait honneur à beaucoup d'autres médecins d'avoir introduit en France le goût de l'anatomie pathologique, mais on n'a pas rendu justice à Portal sous ce rapport. Il fut certainement après Lieutaud, un des premiers à proclamer en France l'indispensable nécessité de lier les affections pathologiques aux lésions organiques. Dans ses cours, dans sa pratique, dans ses écrits, c'est une idée qui ne le quitte pas, il y revient sans cesse, et il a fini par fonder un prix à l'Académie de médecine, afin de hâter les progrès de cette branche de l'art. Les contemporains de sa jeunesse, même étrangers à la médecine, furent frappés de ses travaux à cet égard. Lorsque Voltaire vint en 1778 à l'Académie des sciences, il remarqua un homme d'une physionomie grave, d'une tenue sévère et qui le regardait attentivement. Il en demanda le nom à d'Alembert qui lui apprit que c'était Portal. Ah! dit le philosophe, je le connais déjà; c'est donc là ce médecin qui sait si bien découvrir les secrets de la vie en fouillant le sein de la mort.

Cependant Portal ne borna point ses travaux à l'étude des organes sains ou malades; il n'avait pas une entière confiance dans les principes de la fameuse these de Winslow, *an ex anatomia subtiliori ars medica certior? affir.* Dès qu'il eut augmenté sa clientelle, il s'appliqua à recueillir une foule de faits pratiques qu'il publia ensuite successivement. Quoiqu'arrivé aux sources de la fortune, on ne le vit point perdre de vue la médecine comme science, ni s'endormir sous l'édredon de sa réputation; jamais il ne dit, je suis riche, c'est assez, il aspirait à s'élever plus haut. Infatigable au travail, il ne perdait pas un jour, pas une heure, pas un instant; conçoit-on que harassé par la foule des malades et par des consultations multipliées; que malgré les travaux de l'Académie des sciences et de diverses sociétés savantes, les obligations de deux chaires à remplir, une correspondance fort étendue, il ait trouvé le temps d'écrire plus de quarante ouvrages ou mémoires sur divers sujets de la science, sans tomber

de mars, après quelques jours de vent du désert. « Vers le milieu d'avril, dit Shaw, elles s'étaient si prodigieusement augmentées, qu'au plus fort du jour elles formaient des espèces de nuées qui obscurcissaient le soleil (1). » Elles reparurent l'année suivante.

Nous retrouvons la peste en Afrique en 1752. Le Maroc, où régnait alors un Muley Abdallah, n'eut pas moins à en souffrir qu'en 1678. Son apparition, dans cette partie de l'Afrique, était attribuée à des communications qui avaient eu lieu avec Alger et Tunis, deux localités où on la croyait importée de Turquie.

L'année d'avant, 1751, elle avait été générale dans ce dernier pays, dont la capitale perdit les deux tiers de ses habitans. Chénier, alors consul de France dans le Maroc, fait remarquer que son apparition en Turquie avait été annoncée par les vieillards du pays, qui fondaient leur opinion sur la grande quantité de neige qui était tombée dans l'hiver de 1750 à 1751 (2). Selon eux, cette grande quantité de neige était toujours suivie de l'apparition du fléau.

La famine affligeait le Tripoli en 1760. Bruce, qui en fut témoin à Bengazi, l'ancienne Bérénice, dit : « Chaque matin, on trouvait dix à douze personnes mortes dans les rues, et les autres ne soutenant, dit-on, leur malheureuse vie que par une nourriture dont l'idée seule fait frémir la nature (3).... » A cette famine succéda la peste, ainsi que nous l'apprend le même voyageur, à l'occasion de son séjour dans l'ancienne Ptolomaïs, aujourd'hui Ptolomète. « Et enfin on me dit, ajoute Bruce, que la famine avait été à Darna, ville voisine, où j'avais dessein d'aller; que la peste y avait succédé à la famine.... »

A la même époque, le fléau régnait aussi en Egypte. Bruce, qui arriva à Alexandrie le 20 juin, apprit qu'il avait ravagé cette ville et les environs depuis le commencement de mars.

Les sauterelles qui déjà si souvent avaient ravagé le Maroc y reparurent dans les années 1778, 1779 et 1780. Cette même année, 1780, une horrible famine en fut la suite. « On les voyait, dit Chénier, parlant des habitans, on les voyait errer dans la campagne pour dévorer des racines; et cherchant, dans les entrailles de la terre, des moyens de conserver leurs jours, ils les abrégeaient peut-être.... Il mourut un monde infini de misère et de mauvaise nourriture. J'ai vu, sur les chemins et dans les rues, des campagnards morts d'inanition, qu'on mettait en travers sur des ânes pour aller les enterrer. Des pères vendaient leurs enfans... Un mari d'accord avec sa femme alla la marier dans une autre province, comme si c'était sa sœur, et la réclama ensuite lorsqu'il se trouva plus à son aise. J'ai vu des femmes et des enfans courir après des chameaux pour chercher dans leurs excrémens quelques grains d'orge qui ne fût point digéré, et le dévorer avec avidité (4).... »

La peste était dans la province de Constantine de 1784 à 1785. Poiret écrivait de la Calle, sous la date du 12 mai 1785 : « Depuis plus de deux ans la peste ravage ces contrées, et la négligence des habitans la propage d'une nation dans une autre. » Le même auteur écrivait, quelques mois plus tard, à M. Forestier, médecin à Saint-Quentin : « Je devais, mon cher docteur, partir au commencement de mars prochain pour un voyage bien intéressant. Le bey de Constantine va, tous les deux ou trois ans, à la tête d'un camp de trois ou quatre mille hommes, lever les tributs que lui doivent plusieurs hordes arabes, habitans du désert de Sahara. Il était décidé que je l'accompagnerais dans cette expédition. Mais, comme je me disposais à partir, j'appris que la peste avait gagné Constantine, et qu'elle était dans le camp du bey. »

Plus loin, dans la même lettre, parlant des ravages de la maladie, M. Poiret dit : « Vous n'avez pas d'idée, mon cher docteur, des ravages affreux que la peste a faits et continue de faire dans ce pays. Tunis est diminué d'un tiers. L'île de Tabarque, deux fois repeuplée, a servi deux fois de cimetière à ses nouveaux habitans; plusieurs villes sont absolument désertes; les moissons périssent sur pied, faute de bras pour les recueillir; d'immenses troupeaux errent en liberté au milieu des champs et ne reconnaissent plus de maître. J'ai rencontré plusieurs douars où il n'y avait d'autres habitans que quelques cadavres qui pourrissaient sans sépulture sous leurs tentes. J'ai vu la nation des *Ouledamours* réduite à une quinzaine d'hommes échappés à la contagion. » Parmi les derniers, était un vieillard, interprète de la compagnie de Tabarque, et dont Poiret fait le portrait le plus douloureux. Le malheureux perd successivement deux femmes et quatre enfans sur six; puis, frappé à son tour, il s'éveille, après un long sommeil, pour voir, pourrissant à ses côtés, ses deux derniers enfans (1).

La peste, qui, dès 1798, affligeait les troupes françaises en Egypte (2), était générale en Barbarie en 1799. Elle fit d'affreux ravages à Alger, où les habitans ne la désignent que sous le nom de grande peste. Un Européen, qui en fut témoin dans cette ville où il est encore aujourd'hui (3), me racontait que l'hôpital des esclaves chrétiens (4) était alors desservi par quatre religieux de la Trinité, qui moururent tous quatre de l'épidémie; que de quatre autres envoyés pour les remplacer, il en mourut encore deux, et que des deux restans un seul fut respecté : le quatrième, qui fut atteint aussi, était parvenu à se rétablir. Celui-ci était le directeur de l'établissement. Obligé de se mettre en rapport avec les malades, par

(1) *Voyages de Shaw, D. M. dans plusieurs provinces de la Barbarie et du Levant*, La Haye, 1743.

(2) *Recherches historiques sur les Maures*, etc., par Chénier. Paris 1787.

(3) *Voyages aux sources du Nil*. Paris 1785.

(4) *Op. cit.*

(1) *Voyages en Barbarie*, Paris 1789.

(2) On sait qu'elle débuta à Alexandrie, dans l'hôpital de la marine; qu'elle était dans les deux autres hôpitaux de la ville sur la fin de novembre, et qu'elle passa ensuite à Damiette, Rosette, etc.

Il paraît certain que la peste, en Barbarie, a toujours été précédée de son apparition en Egypte. On a dit que, dans ce dernier pays, elle revenait à des époques à peu près fixes; mais cette opinion se trouve infirmée par les observations d'un pharmacien vénitien, Gabrieli, sur l'époque de l'année où le Nil parvint à son plus grand accroissement, pendant plus de trente années consécutives, de 1692 à 1721 inclus, et qui, dans cette période, nota les différentes invasions de peste qui se manifestèrent en Egypte. Or la première eut lieu en 1694; la deuxième, en 1700; la troisième, en 1705; la quatrième, en 1715; la cinquième, en 1717, et la sixième, en 1718.

Gabrieli habitait le Caire, où l'a connu le docteur Shaw, dans son voyage en Egypte.

(3) Le père Jeromio Manôs, aumonier du consulat d'Espagne.

(4) Il fut supprimé en 1816, avec l'abolition de l'esclavage, dont la chrétienté est redevable à l'expédition de lord Exmouth. Il était situé rue Babazoun, caserne des lions, où se lit encore aujourd'hui un bref du pape, qui accorde indulgence plénière aux chrétiens en captivité. Il appartenait à l'Espagne, et avait pour administrateur, en 1725, le père François Navarro, dont parlent honorablement les missionnaires envoyés dans le Maroc et en Alger, de 1723 à 1725, pour le rachat des captifs.

dans le docte fatras de l'*in-folio*? Le premier de ces ouvrages remonte à 1764, le dernier à 1827, c'est-à-dire peu d'années avant sa mort. Certes une période de soixante-trois ans ainsi remplie, mérite bien d'être remarquée. Dans ces divers écrits, Portal est toujours le même, un praticien judicieux, instruit, et le bon sens médical, cet instinct de la vérité, se manifeste dans toutes ses observations. Rarement l'hypothèse, quelque ingénieuse qu'elle soit, trouve grace à ses yeux; on voit pourtant que l'ancien humorisme était encore sa théorie de prédilection. A dire vrai, il ne faut chercher dans les productions de ce médecin, ni conceptions de premier élan, ni de ces vues originales et profondes qui éclairent tout un sujet, mais en revanche, aucune erreur grave et fondamentale, aucune décision outrecuidante ne vient blesser l'esprit du lecteur. Descendre du vague des abstractions sur le terrain des applications, tel fut l'objet des constans efforts de Portal, ce qui est fort opposé à la prétention ambitieuse de l'explication forcée des faits. Aussi disait-il en parlant d'un médecin fameux de notre époque, il y a dans les entrailles de son système un vice organique radical, c'est que sa thérapeutique n'a qu'une règle et qu'une mesure. Le génie de Portal ne le portait point à se faire l'évangéliste d'une théorie nouvelle pas plus que de la heurter de front. Son opinion était que le temps vannant sans cesse les idées et les méthodes, le *vrai* finit toujours par se séparer et rester en évidence. Mais un reproche peut-être plus fondé que méritent les écrits de ce médecin célèbre, c'est qu'ils ne sont pas assez élaborés, c'est qu'ils ne paraissent pas avoir été soumis à cette lenteur fécondante du temps qui leur donne une saine et durable vigueur. Il est certain qu'on y désirerait un travail plus fini, plus complet, que les faits y manquent de précision, que l'idée et l'expression ne se serrent pas d'assez près. Cependant on puisera toujours dans les ouvrages de Portal une instruction abondante et variée, parce que les observations y sont nombreuses, parce qu'on y sent partout la consciencieuse recherche du bon et de l'utile. Le style d'ailleurs, quoique un peu diffus, est toujours net, facile, sans affectation; l'auteur ne tombe ni dans l'abondance théorique et fatigante de la dissertation, ni dans la sécheresse numérotée des faits; à tout prendre, il faut préférer l'or pur qui s'y trouve, mélangé à ces oripeaux de similor passé au laminoir [illegible] faconde adroite et subtile. Remarquons encore que ce qui nous sem[illegible] inutile et commun aujourd'hui, était autrefois des vérités nouvelles [illegible] il fallait hardiment proclamer. Ainsi le *Traité de la phthisie pulmonaire* [illegible] eut plusieurs éditions, parce que c'était et que c'est encore un bon livre. [illegible] Sprengel, ce critique sévère, caustique, *parcus laudator*, surtout pour les médecins français, en fait l'éloge le plus formel. « Antoine Portal, dit-il, publia sur la phthisie pulmonaire un excellent ouvrage, qui est même unique, sous le rapport de l'excellence des caractères assignés pour reconnaître les espèces. » (*Hist. de la méd.*, t. VI, p. 253.) Cet ouvrage acquit bientôt à son auteur une belle réputation pour la guérison de cette maladie aussi terrible que fréquente dans les grandes villes.

Quoique livré à la pratique, Portal n'oubliait cependant ni la science ni l'enseignement, et ses cours ne manquaient pas d'auditeurs, surtout avant qu'il fût frappé d'*aphonie*, maladie cruelle, dont il ne guérit jamais entièrement. Sa méthode de professer était claire, méthodique, sans apprêt et sans faste. Ses locutions paraissaient avoir quelque chose de vulgaire, mais d'un vulgaire qu'un homme de beaucoup d'esprit pouvait seul trouver et faire passer, d'autant qu'elles étaient assaisonnées de plaisanteries d'un atticisme fort mitigé, mais toujours racontées avec cette hilarité gasconne, piquante et spirituelle qui lui était propre. S'il fut dépourvu d'une certaine éloquence d'apparat, il eut au moins

suite de la mort de ses frères, il avait été frappé la première fois qu'il s'en était approché.

D'après un autre témoin de la même épidémie, le beau-frère du consul Sgitcowich, aujourd'hui à Oran, elle avait été importée par des pèlerins qui revenaient de la Mecque. Elle apparut peu après à Oran, où son importation avait eu lieu par terre, d'après la même autorité. On ne la vit à Arzew qu'après que l'agent consulaire de France et quelques négocians s'y furent retirés de la première ville.

La peste de 1799 se manifesta dans le Maroc au mois de mai. L'empereur, qui régnait alors, Muley-Soliman, s'adressa au roi d'Espagne, Charles IV, pour avoir des médecins et des remèdes. Le roi lui envoya le docteur Coll, Rose Antonio, médecin de la cour et du collége Saint-Jacques, qui ne put se mettre en route que vers les derniers jours de janvier de l'année suivante. Sa mission terminée, l'empereur lui remit, pour le premier médecin de Charles IV, une lettre qui témoignait des bons services qu'il avait rendus : elle portait la date du 24 septembre.

La peste de 1799 s'était continuée l'année suivante. Ses ravages dans le Maroc ont été décrits par Jackson, consul anglais à Mogodor (1), qui ne porte pas à moins de 124,500 habitans les pertes qu'elle aurait fait essuyer à l'empire, savoir :

A Maroc	50,000;
A Fez	65,000;
A Saff	5,000;
A Mogodor	4,500.

Les médecins, au rapport de Jackson, n'avaient pas le temps d'interroger les malades, et les cadavres étaient en si grand nombre qu'on les jetait dans de grandes fosses, qu'on remplissait de terre quand elles étaient à peu près pleines. Selon le même auteur, les individus jeunes, sains, forts et musculeux, furent les premier atteints : vinrent ensuite les femmes et les enfans; puis, en dernier lieu, les gens maigres et épuisés, les valétudinaires et les vieillards.

A la cessation du fléau, une grande révolution s'était opérée dans les fortunes, dans l'état des individus. Jackson nous apprend que de vastes terrains, restés sans maîtres, étaient exploités par des Arabes du désert; que des troupeaux errans dans les pâturages étaient devenus la propriété de leurs gardiens; que de simples ouvriers possédaient de gros capitaux (2); que les vivres, faute de consommateurs, affluaient de toutes parts à bas prix... Par suite de ce nouvel état de choses, de ce nivellement des fortunes, les grands propriétaires, faute d'ouvriers, étaient obligés de se livrer eux-mêmes aux travaux de l'agriculture, ce qui fait dire à Jackson qu'il semblait « voir renaître toute la simplicité de l'âge d'or. »

La peste reparut dans le nord de l'Afrique occidentale en 1817, et ne s'y éteignit complètement qu'en 1822. Elle affligea, durant ce laps de temps, toutes les villes du littoral et toutes les populations de l'intérieur, en deçà et au delà de l'Atlas, depuis les états de Tunis jusqu'à l'empire du Maroc : il n'y eut d'exception que pour Tripoli (3), qui s'en préserva à l'aide des mesures sanitaires les mieux entendues, prises sur la proposition du consul anglais, étayée de l'avis du docteur Dixson. Un cordon, qui embrassait toute la frontière de Tunis, n'admettait aucune espèce de provenance de ce pays, et telle était sa sévérité sous ce rapport, qu'un courrier du bey de Tunis à celui de Tripoli n'avait pu parvenir à sa destination. Je tiens ce fait du doyen de nos compatriotes en Afrique, M. Bimbert, qui était alors à Tunis.

La peste, dont aucun cas ne s'était montré en Afrique depuis 1822, apparut à Tripoli en 1837, dans le mois de janvier. Son importation était attribuée à un bâtiment turc. Après avoir exercé d'assez grands ravages, eu égard au chiffre peu élevé de la population, elle commençait à faiblir dans les premiers jours de mai, lorsque des troupes, qui étaient campées à quelques lieues de la ville, y entrèrent avec Tahir-pacha, nouveau dey, envoyé par la Porte : les cas de peste devinrent alors plus nombreux. Cependant, à la date du 10, le chiffre des décès journaliers ne s'était pas encore élevé au delà de quinze à vingt.

Une fois dans la ville, la maladie n'avait pas tardé de s'étendre dans les campagnes. A la date du 13 mai, elle était parvenue dans l'ouest jusqu'à Zoara, population sur le bord de la mer à peu de distance des états de Tunis. A la même date, les Israélites en avaient beaucoup souffert, ainsi que les Européens, qui déjà, en grand nombre avaient émigré ; ils émigraient encore. Parmi les émigrés étaient les consuls de Naples et de Toscane, qui étaient partis dès que la maladie eut pénétré chez eux. Elle pénétra aussi chez le consul britannique, mais seulement après qu'il eut suivi l'exemple de ses collègues de Naples et de Toscane. Tous ces agens étaient partis avec leurs familles.

La maladie décroissait d'une manière sensible dans les premiers jours de juin, malgré la présence d'un grand nombre de soldats, rentrés du camp dont nous avons parlé. Les nouveaux cas de peste étaient pourtant encore assez fréquens à la date du 15.

La maladie avait entièrement cessé le 28 juillet, époque du dernier décès : la dernière invasion avait eu lieu le 25. A la date du 31, la population de Bengazi, province de Derna, dans l'Est, n'avait pas encore été touchée.

On eut à se louer, pendant l'épidémie, de la conduite de M. Bourboulon, consul général de France, qui, de tous nos représentans européens, était à peu près le seul qui fût resté à son poste. Il avait fait adopter, par le bey, des mesures d'assainissement et de purification, qui durent avoir de bons résultats. Depuis, il a proposé, pour l'avenir, un système de quarantaine propre à mettre le pays à l'abri de nouvelles invasions, et à donner, à l'extérieur, des garanties qui seraient d'un haut intérêt, surtout pour nos possessions françaises au nord de l'Afrique.

La maladie ne pénétra pas dans les états du bey de Tunis, qui, pour s'en défendre, et sur les conseils de la commission des consuls, avait formé, à la frontière de l'Est, un cordon qui n'était pas moins de 4,000 hommes. Notre consul général, M. le chevalier Schwebel, paraîtrait avoir exercé, dans cette circonstance, la plus heureuse influence.

(1) *Jackson account of the empire of Marocco*. London 1809.

(2) L'auteur remarque qu'on envoyait acheter des chevaux qu'ils ne savaient pas monter.

(3) Une maladie grave régnait à Tripoli en mai 1820 (nouvelle donnée à Alger, le 16, par un bâtiment ottoman venant de Smyrne, ayant touché à Tripoli); mais cette maladie, qui enleva beaucoup de monde, n'était autre qu'un typhus, au rapport de quelques personnes, entr'autres de M. Castersen, alors à Tripoli, attaché au consulat de Danemarck, et que j'ai eu occasion de voir à Alger.

---

du savoir et une grande application; c'est ce qui fit que Buffon le préféra à Vicq-d'Azyr pour la survivance de la chaire d'anatomie au jardin des Plantes, occupée par Antoine Petit. Un pareil choix surprit peu, parce que, d'une part, Vicq-d'Azyr n'avait pas encore fait voir tout ce qu'il valait; en second lieu, parce que la réputation de grand anatomiste était acquise à Portal depuis longtemps. Toutefois, on ne manqua pas de dire que le nouveau professeur avait [illegible] trop favorisé : c'est là du bonheur, disait-on, et il n'a eu que les dés pour [illegible] doute ; mais, comme on l'a remarqué, il y a des bonheurs qui n'arrilui. Sans [illegible] des sots ou à des ignorans, et Portal en fut un exemple. Il marvent jamais a [illegible] cependant par combien de soins, de labeurs, d'activité ne sutcha vite et bien; [illegible] obstacles, aplanir la voie, tantôt écarter les pieril pas tantôt surmonter [illegible] par le hasard ou les malins vouloirs! res ou la boue jetées sur sa rou[illegible]

Il faut dire aussi que la nature avait doté ce célèbre médecin des qualités propres à le faire réussir dans le monde, [illegible] exigeant sous certains rapports. Doux, souple, poli, insinuant, sachant se faire tout à tous, ne heurtant ni les choses, ni les hommes, ni les usages, ni les opinions régnantes. Doué de cette finesse de tact qui ne s'écarte jamais des convenances, saisit avec bonheur l'à-propos et la circonstance, Portal eut, au plus haut degré, le savoir et le savoir-faire; il s'en servit avec prudence et habileté : c'était une science qu'il semblait même avoir étudiée dans ses profondeurs et ses difficultés. Qu'on ne s'imagine pas cependant que, selon les vues ordinaires de l'intrigue, il s'agisse ici de plier, ramper, se contourner, briser sa pensée, écraser sa volonté, ensevelir son esprit, en un mot, se répudier, de tels moyens peuvent conduire à la fortune, jamais à la considération. Portal suivit un autre chemin : il fut toujours digne, sans cesser d'être fin et adroit, véritable point de perfection dans l'exercice de l'art. Il est pourtant une classe d'individus qu'il n'a pu vaincre; cette classe se compose de ceux qui ne peuvent pardonner à quiconque a le talent de les dépasser. Les envieux constatent le succès, ils en sont le dynamomètre, Portal eut donc des envieux. Il avait réussi, il avait de la célébrité, des titres, une belle clientelle; il hantait les grands, il était riche, il allait en voiture, en fallait-il davantage pour exciter la sottise arrogante, la jalouse et hypocrite médiocrité? Toutefois Portal, quoique naturellement impatient, eut le bon esprit de ne pas s'inquiéter de quelques propos ridicules et de cacher avec art le trop plein de ces petites irritations dont pas un cœur n'est exempt. Il avait adopté cette philosophie à la fois si douce et si commode qui résume si bien et en peu de mots les moyens d'être heureux, avoir l'esprit tranquille et marcher toujours droit devant soi. Prenant les hommes tels qu'ils sont, il ne s'inquiéta nullement du combat éternel entre le parfait et l'imparfait social, entre l'idéal et le positif, le présent et le contingent ; aucune audace de paradoxe, nulle prétention d'amener les autres forcément à son opinion, telle était sa manière de voir et de faire. On conçoit que son caractère facile prêtait merveilleusement à cet esprit de tolérance et de laisser-aller; il s'accommodait aux circonstances, aux événemens; s'il sut mettre à propos un peu d'huile à sa girouette, et dire comme Bassompierre, je serai toujours le paroissien de celui qui sera *curé*, il le fit en homme qui se résigne, qui se conforme à l'ordre établi, plutôt par une conviction raisonnée que par insouciance et égoïsme. D'ailleurs, Portal avait vécu dans les temps les plus orageux de la politique, c'est ce qu'il faut bien comprendre pour justifier la prudence observatrice et méticuleuse des hommes du siècle dernier. Avant la révolution, il était le médecin de plusieurs grandes familles nobles, puis il donna des soins à Camille Des-

MÉDECINE PRATIQUE.

MÉMOIRE SUR LA CHLOROSE ET SES COMPLICATIONS; par M. ASHWELL, professeur de clinique obstétricale à Londres, médecin de l'hôpital Guy.

Les maladies causées par les dérangemens de la menstruation, surtout la chlorose et l'aménorrhée, sont très fréquentes. Elles sont souvent compliquées d'hémorragies supplémentaires, d'altérations fonctionnelles du cerveau, de trouble général de la circulation, et en particulier de la circulation capillaire et de la respiration; et si le mal n'est pas convenablement combattu, il finit souvent par endommager sérieusement le poumon. Ces lésions sont malheureusement trop négligées dans leur début, alors qu'elles seraient facilement curables. Ces considérations et la dissidence qui existe entre les opinions des meilleurs praticiens sur la véritable nature des affections chlorotiques, justifient, je pense, les recherches auxquelles j'ai cru devoir me livrer.

Les maladies qui résultent du dérangement de la menstruation peuvent être divisées en deux classes; les unes consistent dans la *rareté*, la *difficulté* de l'écoulement cataménial, telles que la chlorose, l'aménorrhée et la dysménorrhée : les autres dans la *profusion excessive* du même écoulement. La menstruation trop abondante, la ménorragie et peut-être aussi la leucorrhée, appartiennent à cette dernière catégorie. Une légère réflexion suffit pour faire comprendre qu'un danger plus grand accompagne la première classe de lésions. La menstruation excessive ou la ménorragie produit souvent, il est vrai, de l'alarme et des conséquences fâcheuses; mais qui ne voit que cet état est moins formidable, et qu'il est plus facile d'y remédier lorsque l'excès menstruel ne dépend que d'une lésion fonctionnelle, qu'au vice contraire qui complique la chlorose?

Je traiterai, dans une suite de mémoires, de toutes ces maladies. Pour le moment, je me bornerai à la chlorose. Ce que je me propose de démontrer précisément dans ce travail, c'est 1° que la chlorose compliquée d'aménorrhée est la maladie la plus commune qui suit le dérangement de la fonction menstruelle; et qu'il y a entre ces affections plusieurs caractères distinctifs, bien qu'elles aient de nombreux points de ressemblance entre elles; 2° que si la chlorose compliquée d'aménorrhée prend un caractère grave, ainsi que cela a toujours lieu à la longue, elle produit au moins un trouble fonctionnel des systèmes nerveux, vasculaire, respiratoire et digestif, et que si elle se termine fatalement, c'est par la phthisie que la mort a lieu le plus souvent; 3° enfin, que le traitement de la chlorose n'est réellement efficace que lorsqu'il est employé de bonne heure et suivi avec persévérance.

§ I. REMARQUES GÉNÉRALES.

Il n'est pas facile de définir avec précision le mot chlorose; il l'est encore moins de dire comment cette maladie empêche l'exercice de la fonction cataméniale et l'établissement des autres caractères de la puberté. D'après les idées que je me suis formées, je suis porté à regarder la chlorose comme une affection particulière de l'organisme, qui se manifeste ordinairement à l'époque où la puberté est établie ou doit s'établir. Bien qu'elle puisse se déclarer à d'autres époques, elle est toujours et invariablement jointe à l'absence complète de la menstruation, ou à l'imperfection et l'irrégularité de cette fonction. La chlorose est essentiellement caractérisée par une sorte d'anémie de l'organisme, de pâleur de la surface du corps, et d'un certain dérangement qui empêche dans beaucoup de cas les ovaires et l'utérus de jouir convenablement de leurs propriétés physiologiques. S'il est vrai que les attributs spéciaux de la femme consistent, ainsi que beaucoup de personnes le pensent, dans l'intégrité des fonctions de l'utérus, on peut dire que ces attributs manquent durant l'affection chlorotique.

Un fait curieux à noter dans l'histoire de la chlorose, c'est que si la maladie se continue longtemps, et que la femme ne succombe point, elle acquiert un certain caché qui la rapproche du sexe masculin.

Si ces réflexions sont exactes, l'aménorrhée ne peut être regardée comme synonyme de chlorose. La première peut exister, et souvent elle existe en effet indépendamment de l'affection chlorotique; et bien que l'existence de la chlorose a souvent lieu sans plus ou moins d'aménorrhée, on voit fréquemment l'aménorrhée exister sans aucune trace de chlorose. Il est juste de dire néanmoins que lorsque l'aménorrhée n'a point été guérie ni soulagée, et qu'elle dure pendant très longtemps, elle finit par produire un dérangement dans tout l'organisme, de sorte que des symptômes chlorotiques se manifestent à la longue, et, enfin, la chlorose se déclare avec tout le train des symptômes qui lui est propre. Il ne faut pas oublier, en attendant, que la chlorose est elle-même une cause fréquente d'aménorrhée; car elle empêche ou retarde la déclaration de la puberté, et par conséquent la menstruation. Et, d'ailleurs, lorsque la fonction cataméniale est déjà établie, la chlorose la suspend ou la supprime entièrement.

Il est excessivement important, sous le point de vue thérapeutique, de distinguer nettement les premiers symptômes de la chlorose. L'aménorrhée présuppose toujours l'existence de la puberté, et par conséquent de la menstruation; tandis que la chlorose peut se rencontrer à différentes époques, et surtout avant la puberté. Dans ce dernier cas, qui est assez fréquent, la chlorose prend quelquefois des formes fort graves et mérite la plus grande attention.

La chlorose qui a lieu avant l'apparition des règles est accompagnée d'un certain état de délicatesse, de faiblesse, d'arrêt de développement de l'organisme, dont le germe existe probablement dès la première enfance: il devient plus apparent à l'époque de la puberté, parce qu'il acquiert des formes particulières.

Avant l'âge de 12, 13, 14 ans, cette condition de la vitalité est regardée comme l'indice d'une faiblesse constitutionnelle, prédisposant à des maladies. La constitution subit une certaine modification à l'époque du passage de l'enfance à la puberté, ou à l'état de femme; cette modification est fâcheuse lorsque l'organisme était déjà faible. La puberté est donc considérée comme l'instrument de cette transition; la menstruation en est un des résultats salutaires immédiats.

A cette époque, la constitution a par conséquent besoin d'un effort extraordinaire de la force vitale ou de l'organisme. Si cet effort a lieu la menstruation s'établit et ses effets salutaires se manifestent. Si, au contraire, la fonction se développe faiblement on n'observe qu'une légère amélioration dans l'état préalable de la constitution. En conséquence, lorsque la puberté est imparfaite il ne peut y avoir qu'une légère augmentation de force; la délicatesse primitive persiste. Les exemples de cette

---

moulins, à Legendre, à Couthon, ce redoutable cul-de-jatte, dont il a décrit la singulière maladie, puis à plusieurs grands de l'empire; enfin, il devint le premier médecin de Louis XVIII et de Charles X, excellent archiâtre, toujours disposé à médicamenter royalistes et révolutionnaires, à tâter le pouls des rois par la grâce de Dieu et des rois par la grâce du peuple. De pareilles péripéties médicales ne doivent pas surprendre; Portal croyait avec raison qu'un malade, quel qu'il soit, est un être qui souffre, et pas autre chose aux yeux du médecin; aussi répondait-il avec esprit aux railleries du duc de Duras, en disant: passez-moi Carnot et Cambacérès en faveur de Pie VII. Dans tous les rangs, à la ville comme à la cour, il ne fut qu'un bon et honorable médecin, et certes, Gui-Patin, l'impitoyable railleur, n'aurait pas dit de lui: *Quidquid delirant MEDICI, plectuntur PRINCIPES.*

A cet éloge mérité, car on ne flatte pas les morts, j'ajouterai que dans ses rapports avec ses malades, ou avec ses confrères, Portal se montra toujours d'une grande obligeance, et s'il ne put rendre tous les services qu'on lui demandait, c'est que les exigences surpassaient de beaucoup ce qu'il pouvait faire. Nullement fier et hautain, sans morgue d'apparat et de position, quoiqu'il aimât les honneurs et les distinctions, on ne le vit point s'en pavaner outre mesure, s'enivrer de bruit et de vanité. Quand le soleil du succès se leva sur lui et ses entreprises, qui l'a jamais vu hausser à proportion son orgueil et ses prétentions? Il n'en devint ni plus fastueux ni plus enclin à briller par son extérieur, mais il conserva toujours l'exquise politesse de manières et de procédés qui lui était particulière. Son amitié n'était pas de celles qui s'en vont avec les années ou les intérêts, la sienne fut constante, surtout pour ceux qu'il avait connus autrefois, il ne concevait pas qu'on pût s'en détacher; quitter ses vieux amis, disait-il, quelle folie! comme si on savait l'endroit où l'on en fabrique. Ce qui le recommande surtout à la reconnaissance publique, c'est qu'il ne profita surtout de sa haute position que pour faire le bien. D'une part, il ne chercha pas à ressaisir, à une époque favorable, les anciens privileges du premier médecin, privilèges si onéreux pour la profession et si lucratifs pour celui qui en jouissait; il voulait toujours choisir l'argent qu'il gagnait; de l'autre, il fit tous ses efforts pour hâter la nouvelle organisation médicale, organisation promise depuis longtemps, si cruellement ajournée au détriment de la santé des citoyens et de notre profession.

S'il ne put en venir à bout, au moins parvint-il à fonder l'Académie royale de médecine, et je ne crains pas d'affirmer que c'est là un des plus beaux titres de la gloire de cet illustre médecin. Son projet a surpassé de beaucoup le plan si admiré de Chirac, que l'ancienne société royale de médecine n'avait qu'imparfaitement réalisé. Ici, du moins, les trois branches principales de l'art de guérir sont fondues dans une unité qui en fait la base et le symbole. Quoique l'Académie de médecine ait peut-être manqué à son origine d'une habile organisation, il n'en est pas moins vrai que cette société est aujourd'hui la plus populaire, la plus active et la moins pédante de toutes les académies. Très difficile à conduire, impossible à maîtriser, le grand nombre de ses membres qu'on a tant blâmé, est précisément le principe de son indépendance, parce qu'il la met à l'abri de tout despotisme individuel, de toute influence de coterie prépondérante. Qu'on fasse la part des inconvéniens, soit; mais qu'on n'oublie pas non plus la somme des avantages. L'Académie de médecine n'est-elle pas un centre commun où tout afflue, et un point de départ pour répandre le progrès après l'avoir constaté? N'est-ce pas une autorité d'autant plus grave et impor-

nature sont journaliers. Ne voyons-nous pas tous les jours dans nos grandes cités cette pâleur et cette débilité comme des attributs propres aux jeunes personnes? Questionnez-les et vous trouverez :

1° Que la menstruation s'est établie difficilement;

2° Que cette difficulté s'est reproduite plusieurs fois;

3° Qu'ensuite ses intervalles sont devenus longs et irréguliers;

4° Enfin, que la quantité et la nature de la sécrétion offrent quelque chose de morbide.

Suivez ces sujets pendant plusieurs mois, surtout lorsque tout traitement approprié est négligé, vous verrez que la fonction cataméniale cesse tout-à-fait, et que l'état de simple délicatesse se change bientôt en maladie patente; les forces et la santé déclinent visiblement. C'est là un cas de chlorose compliqué d'aménorrhée.

La chlorose ou l'affection générale de l'organisme a été la première maladie, elle n'a pas empêché complètement la puberté et la menstruation de se déclarer. Le nouvel état cependant n'ayant été que faiblement secouru par la force vitale, le développement a été incomplet et la fonction ne s'est point soutenue. L'aménorrhée ou la suspension de la fonction utérine arrive promptement dans ces circonstances. Toute la faute est sans le moindre doute dans la constitution, dans l'organisme; elle n'est donc pas locale, dans les organes sexuels, l'utérus ou les ovaires. Ces parties auraient continué à remplir leurs fonctions si l'énergie vitale de la constitution eût été développée davantage.

On prévoit déjà d'après ces simples remarques combien les remèdes dits emménagogues, qu'on a l'habitude d'administrer en pareille occurrence, doivent être nuisibles.

§ II. — Chlorose simple.

Il est facile maintenant, après ces notions sur la complication la plus commune de la chlorose, de comprendre l'état idiopathique de la maladie. Dans cet état, la puberté ne s'est point établie du tout ou ne s'est établie qu'imparfaitement; les règles n'ont jamais existé. Un sujet qui se trouve dans ces conditions offre une altération très marquée, qui empirera promptement vers l'époque où la puberté et la menstruation devraient paraître. En examinant le commémoratif vous verrez qu'une telle personne a été préalablement faible et délicate, distinguée probablement dans son enfance par sa faiblesse et sa susceptibilité aux maladies, et que ses parens ont toujours eu de l'inquiétude pour elle. Arrivée à l'âge de 12, 13 ou 14 ans, sans aucune cause appréciable, si ce n'est une cause négative (le non établissement de la puberté) une série de symptômes alarmans se sont déclarés. Vous trouverez que l'appétit manque ou est dépravé; la respiration courte et difficile au moindre effort; douleur particulière et constante au côté, dépendant probablement de l'état saburral du gros intestin; les forces déclinent rapidement vers le soir; la surface du corps est chaude; les pommettes sont chaudes et rouges; pâleur universelle et œdème des extrémités; pouls fréquent et petit; émaciation progressive.

Plus tard, vous trouverez de la toux, douleur au côté et des sueurs. Et plus tard encore de l'expectoration. A cette époque, j'ai à peine besoin de dire que la guérison est douteuse. Telle est la chlorose.

Que ces dérangemens de la fonction cataméniale arrivent plus constamment que d'autres, personne ne le niera probablement. Les registres de l'hôpital et de la pratique particulière confirment d'ailleurs pleinement cette assertion, surtout si nous comprenons les jeunes personnes de la haute société chez lesquelles la délicatesse et la chlorose sont très fréquentes, et les jeunes femmes de nos grandes cités qui exercent des états insalubres, ou qui habitent des endroits malsains et mènent une vie irrégulière.

Il est bien connu d'autre part que les femmes en général, et en particulier les jeunes personnes, sont plus susceptibles que les hommes; elles sont naturellement moins robustes, moins pléthoriques; leur système vasculaire est plus excentrique, c'est-à-dire plus porté à la surface du corps; elles sont plus impressionnables au froid : et les congestions viscérales s'établissent plus facilement chez elles.

On dit souvent avec raison qu'il est plus facile d'élever les garçons que les filles. Les garçons pourtant sont plus prédisposés aux maladies inflammatoires; ils meurent plus fréquemment d'hydrocéphale, d'entéro-péritonite, et de convulsions subites que les filles. Cela même prouve le plus haut degré de vitalité et la vigueur plus grande dont jouit leur organisme relativement à l'autre sexe.

Généralisons notre observation. Il est impossible de ne pas voir une différence immense dans les deux sexes relativement aux dangers qu'on a à craindre à l'époque de l'établissement de la puberté.

Les garçons délicats et faibles ne sont pas, il est vrai, entièrement à l'abri d'une sorte de chlorose, c'est-à-dire de cette affection constitutionnelle qui est accompagnée de pâleur et d'un état exangue et d'impuissance de l'organisme. Cet état cependant est si rare dans le sexe mâle que, quand il se rencontre, on s'alarme, et l'on craint avec fondement une phthisie. Un garçon ainsi constitué est regardé comme en position dangereuse; et, si la douleur au côté, la toux, la transpiration se déclarent, quelque faibles que soient ces symptômes, on les regarde comme fort graves et l'on en prend les plus grands soins. On l'habille chaudement, on ne l'expose pas à l'air humide de la nuit, on fait attention à son régime; on lui fait faire un exercice approprié à sa position. Souvent, à l'aide de ces précautions, on conjure l'orage, et l'on passe heureusement l'époque critique de la puberté. Il serait à désirer que les mêmes précautions fussent prises à l'égard des jeunes filles au moment où leur organisme va subir les plus grands changemens, et cela d'autant plus qu'elles sont généralement en plus grand danger que les garçons. Un garçon passe, il est vrai, plus difficilement les maladies et les périls des deux ou trois premières années de la vie, mais il traverse plus sûrement l'époque de la puberté que la jeune fille. La délicatesse de l'organisme féminin, sa plus grande susceptibilité nerveuse, son caractère de circulation superficielle ou lymphatique, tout expose la jeune personne à des chances de puberté et de menstruations difficiles. Ce n'est donc pas trop dire que d'affirmer que la chlorose et ses complications sont les plus communes des conséquences des dérangemens de la fonction menstruelle.

§ III. Complications. Symptomatologie.

J'arrive maintenant aux complications de la chlorose. J'aurais ici trois sujets à traiter : 1° de la chlorose compliquée d'aménorrhée, la plus fréquente et la plus curable de toutes; 2° de la chlorose compliquée d'affections de l'estomac et des intestins, d'hémorragies supplémentaires, de lésions fonctionnelles du cerveau, des poumons et du système vasculaire;

---

tante, qu'on est parfaitement libre d'accepter ou de récuser ses jugemens? N'est-ce pas une assemblée où le principe d'égalité, de confraternité, d'association intellectuelle est le plus constamment appliqué à la profession? Enfin, ne doit-on pas la considérer comme un gymnase médical ouvert à tous les talens, à toutes les réputations faites ou à venir, d'autant plus qu'avec ses portes ouvertes à deux battans, avec ses libres et vives discussions, avec les journaux, l'Académie est dans une maison de verre et s'en applaudit (1). Aussi Portal chérissait-il cet enfant de sa création; on l'y recevait avec respect; on l'avait nommé président d'honneur perpétuel; son buste est ou doit être placé dans la salle des séances, et il légua à l'Académie le portrait de Vésale, attribué au Titien, celui de Lassonne, enfin un prix en faveur de l'anatomie pathologique. Il était d'ailleurs très assidu aux réunions de cette compagnie, ainsi qu'à celles de l'Académie des sciences; rarement il manquait là où il devait être, même étant octogénaire. C'est une chose remarquable que l'activité de ce médecin, à toutes les époques de sa vie; arrivé à cet âge où, comme dit Bordeu, l'on vit de *repos et de sa gloire*, Portal continuait à vivre avec l'ardeur d'un homme qui a son chemin à faire; c'était, au reste, un de ces heureux mortels sur qui le temps ne paraît pas avoir son effet ordinaire; grave dans l'adolescence, vert et bien conservé dans l'âge mûr, encore ferme et vigoureux dans sa vieillesse, on le voyait partout où il s'agissait de la science, et le *solve senescentem*, etc., lui fut moins applicable qu'à tout autre. Il avait en outre le singulier privilége de s'assoupir dans toutes les assemblées où il se trouvait, sans cesser néanmoins d'être toujours au courant de la question.

Quoique dans les dernières années de sa vie, la clientelle de Portal eût considérablement diminué, il n'en continua pas moins à s'occuper de tout ce qui concernait la médecine; c'était pour lui, par habitude ou par reconnaissance, comme une sorte de divinité à laquelle il devait rendre hommage jusqu'au dernier moment. Aussi, combien se sont trompés ceux qui, voulant absolument trouver la cause d'une telle activité dans une insatiable ambition, se scandalisaient, selon leur expression, de voir Portal courir, à quatre-vingt huit ans, dans les antichambres et sur le parquet de nos puissans du jour, avec un visage décrépit, un corps chancelant, des jambes débiles et osseuses, et une sonde dans la vessie? N'élevons pas trop haut le piédestal des hommes célèbres, mais aussi ne le diminuons pas sans de justes motifs. Non, cette activité était chez Portal comme un besoin, une nécessité de vivre pour la science et par la science, de ne pas être compté parmi les morts, quand sa tête et son esprit jouissaient encore d'une incontestable vigueur. Songez donc que ce médecin publiait son ouvrage sur l'épilepsie en 1827, c'est-à-dire à l'âge de quatre-vingt-cinq ans. De pareils exemples sont-ils communs dans les fastes de l'art? J'ajoute que Portal n'avait pas la vanité de la plupart des vieillards qui s'imaginent que tout décline avec eux, qu'il y a moins d'amour, mais plus de goutte et de rhumatismes qu'autrefois. Sans renier le passé, son intelligence ne fut nullement la vassale des opinions surannées, et l'on ne remarqua que difficilement, dans ses idées comme dans ses sentimens, l'ossification morale du cœur, ce triste et

(1) Ce qui manque à l'Académie de médecine sous le rapport matériel, c'est un local convenable, c'est un vaste laboratoire de chimie, c'est une bibliothèque, c'est un musée anatomique; c'est..... mais la liste serait bien longue, et le budget académique est bien court.

ces complications sont extrêmement fréquentes, mais guérissables jusqu'à un certain point ; 5° enfin, de la chlorose compliquée de lésion organique du poumon, la plus fâcheuse de toutes.

A. *Aménorrhée.* — J'ai déjà avancé quelques remarques sur la combinaison de la chlorose avec l'aménorrhée : quelques autres considérations mettront la chose en plein jour. Peu d'affections sont plus souvent confondues entre elles dans la pratique que la chlorose et l'aménorrhée. Cette erreur est de la plus grande importance. Il est, en effet, permis, dans beaucoup de cas d'aménorrhée, d'employer des emmenagogues, tandis qu'il y a peu de cas où ces médicamens peuvent être employés avec avantage, du moins dans la première période. On ne voit malheureusement que trop souvent dans la pratique, administrer, par suite d'une pareille erreur de diagnostic, des remèdes mercuriaux avec profusion, des purgatifs drastiques, le fer et des remèdes stimulans, tant locaux que constitutionnels, lorsque la puberté n'existe qu'à peine, et que la nature ne possède pour la secrétion menstruelle que des matériaux morbides. Je m'explique avec un exemple. Une jeune personne, originairement délicate, appartenant peut-être à une famille faible et susceptible, est élevée avec peine jusqu'à l'âge de 12 à 14 ans. A cette époque, la faiblesse constitutionnelle est à son comble ; elle devient pâle, sa force musculaire est presque nulle ; elle endure à peine une fatigue quelconque ; sa respiration s'accélère au moindre exercice, elle étouffe ; si l'exercice se répète longtemps, son cœur palpite fréquemment ; le pouls est fréquent et faible, et son moral ainsi que son physique deviennent fort susceptibles. Son appétit est capricieux et irrégulier ; elle ne dort pas mal ; mais en se levant le matin, elle n'est pas restaurée par le repos de la nuit. La continuation de ces phénomènes fait penser, au bout de quelques semaines, qu'il y a quelque chose de mauvais dans son état. Il est évident que le mal est dans l'ensemble de l'organisme. Est-ce là un cas d'aménorrhée ? Non, certes, c'est un cas de chlorose. L'opinion de la famille est toujours erronée dans cette circonstance ; on attribue tout le mal à l'absence des règles. Si la fonction cataméniale fût établie, tout irait bien, dit-on. Continuez cependant à observer ce qui arrive plus tard. La nature, aidée par l'art, ou même sans ce secours, établit en partie la fonction tant désirée : la menstruation se déclare après beaucoup d'indispositions ; l'appréhension des parens se dissipe pour quelque temps ; mais qu'arrive-t-il par la suite ? Quelques semaines ou quelques mois après, les règles se dérangent pour les époques et pour la quantité, qui devient rare, ce qui prouve que l'organisme est sous l'influence d'un nouvel état morbide ; les symptômes ci-devant indiqués reparaissent, et si l'on vous demande alors quelle est la nature de la maladie, vous devez répondre : c'est une chlorose compliquée d'aménorrhée ; la puberté s'est mal soutenue ; les ovaires et l'utérus ne font pas bien leurs fonctions, et quoiqu'il y ait aménorrhée, il y a aussi chlorose.

Je rapporterai plus loin plusieurs exemples remarquables de ce cas. Disons, en attendant, que c'est cette forme de complication qui a produit la confusion des noms. Les symptômes de la suspension menstruelle sont si intimement mêlés avec l'affection générale de la constitution qu'ils ont fait naître l'opinion que la chlorose et l'aménorrhée ne font qu'une même maladie. Il est à peine nécessaire d'ajouter que ce sont là des cas dont la terminaison est fréqnemment heureuse, s'ils sont attaqués de bonne heure et convenablement. Sous l'influence d'un traitement tonique surtout, la vitalité se relève, le sang s'améliore, sa quantité augmente, la pâleur disparait, l'organisme acquiert une vigueur dont il manquait, les fonctions de chaque organe s'exécutent plus convenablement ; la puberté se développe plus pleinement, et la fonction cataméniale reparaît régulièrement et avec l'abondance convenable. Quelques mois suffisent pour assurer le passage de la maladie à la santé, malgré l'ancienneté et l'opiniâtreté apparente de la chlorose. Il ne faut pas oublier, du reste, que, dans quelques cas, la durée des symptômes chlorotiques et aménorrhéiques se prolonge considérablement et donne lieu à des phénomènes morbides alarmans. Dans ces circonstances, il importe de redoubler, non d'activité dans le traitement, mais bien dans les précautions hygiéniques et dans la surveillance des différentes complications, et ne pas oublier surtout que le mal peut se terminer par la phthisie, du moins c'est ce qui a lieu dans nos climats.

Ces simples remarques éclairent suffisamment, je le présume, la plus commune des complications de la chlorose, et conduisent naturellement à une autre variété, que j'ai déjà mentionnée, je veux dire à celle dont les symptômes persistent malgré l'emploi d'un traitement convenable et longtemps continué. Jusque-là le pronostic du médecin n'avait pas été défavorable et l'anxiété des parens n'avait pas été extrême ; mais à présent, la chose est différente : la maladie existe depuis très longtemps ; il faut avoir recours à des moyens plus énergiques et prévenir le danger qui menace ; il est même possible que ce moment critique soit arrivé sans qu'aucun traitement ait été employé. Cette variété est assez commune et ne présente rien de difficile dans le diagnostic : elle consiste dans une délicatesse de la constitution, avec menstruation imparfaite.

On ne voit que trop souvent des terminaisons fatales par suite de cette maladie négligée. J'ai été très souvent consulté pour de pareilles malades, et d'après ce qu'on m'a rapporté, je me suis convaincu que le mal n'a été incurable qu'à la longue et par suite de la négligence ; il était le plus souvent curable dans le principe. Comme beaucoup d'autres maladies, la chlorose combinée à l'aménorrhée n'acquiert pas, dès l'abord, la forme grave ; les symptômes ci-devant indiqués existent fréqnemment à un degré modéré pendant longtemps ; mais ce serait une erreur de croire que, dans certains cas, le mal ne puisse se dissiper indépendamment de toute médication. Le changement d'air, le séjour à la campagne, des occupations convenables peuvent conduire au rétablissement de la puberté et de la santé par leur influence combinée.

Ce n'est pas là cependant la marche la plus ordinaire des choses. Le plus fréquemment, après des traitemens sans succès, surtout s'il y a aménorrhée, un organe intérieur est attaqué ou le poumon éprouve des dérangemens : les fonctions des organes qui en dépendent s'altèrent et font croire que la maladie n'existe principalement que sur eux. Ce n'est pas qu'il n'y ait pas de mal ailleurs ; ce n'est pas que l'ensemble de l'organisme ne soit reconnu malade ; mais cette partie de la constitution étant la plus faible ou la plus sympathisante avec le mal, attire de préférence l'attention, et offre en effet de bonne heure des marques sérieuses et évidentes de maladie.

Il ne faut pas croire néanmoins que parce que ces complications sont considérées à part, elles existent toujours. Elles sont souvent mêlées ensemble d'une manière si intime, qu'un observateur superficiel, un routinier voit difficilement une prédominance marquée d'une classe de symp-

---

fatal symptôme de la vieillesse. De là, cette facilité à accueillir les jeunes médecins, à les favoriser. Comme il se rappelait les obstacles qu'il avait eu à surmonter, il comprenait les labeurs des nouveaux arrivés dans la carrière, surtout aujourd'hui que la ruche sociale est si pleine, combien aussi les vérités nouvelles ont peine à s'élever, à se répandre. Il se glorifiait d'avoir lui-même contribué au progrès scientifique, car Portal se vantait ; il n'avait pas cette modestie affectée, le mensonge des esprits communs, manége ordinaire à la médiocrité, qui appelle des fausses vertus au secours de petits talens.

Ce trait de son caractère tenait à l'ensemble même de ses qualités morales. En général, ce caractère était bon et faible, jamais critique ni frondeur. D'un esprit perspicace, délié à ce point qu'on l'aurait cru subtil et rusé, si ses actions n'étaient pas là pour démontrer le contraire, Portal voyait bien et juste, car la passion n'offusquait point son jugement ; il avait cette assurance, cet aplomb du de bien-jugé que donne l'expérience. Sans vouloir jeter de fard sur ses rides et cesser d'être grave, on le vit toujours gai, railleur, aimant à raconter les anecdotes gaillardes du temps passé. Qui ne sait que le célèbre Boufflers étant dans le cabinet de ce médecin, écrivit le quatrain suivant, sur le premier livre qu'il trouva sous sa main :

La malice qui rit sous cape,
En fait le plus gai des docteurs :
On trouve en lui le serpent sous les fleurs,
Mais c'est le serpent d'Esculape.

On dit pourtant que dans les derniers temps de sa vie, Portal devint triste et mélancolique ; rien ne prouverait davantage qu'il y a dans le cœur de l'homme une incapacité radicale de bonheur, ou bien songeait-il, sous le poids des années, combien de gloire, d'honneurs, de richesse et de luxe, il faut à la fin échanger contre un linceul et quelques pieds de terre ?

Quant à son extérieur, quel est le médecin de la capitale qui ne se rappelle Portal, ce parfait type du vieux médecin, l'homme-médaille représentant un autre âge de sa profession ? Personne de la génération actuelle ne se souvenait de l'avoir connu autrement qu'on l'avait vu, c'est-à-dire toujours vieux. Sa mise fut d'ailleurs complètement en rapport avec sa manière d'être. C'était le costume des médecins d'autrefois dans toute sa rigueur classique : l'habit noir carré, à manches rondes, à collet étroit et à larges basques ; la petite perruque à marrons, poudrée à frimas, le jabot, la culotte courte, les bas de soie et les boucles d'or. Toutefois, ce costume mi-mondain, mi-clérical, que Portal n'a jamais quitté, lui allait d'autant mieux que son physique y correspondait parfaitement. Grand, maigre, pâle et sec, tout os et tout nerf, la démarche grave et lente, tout annonçait en lui le savant qui a vécu, qui a vieilli dans une profession austère. Mais sa physionomie expressive, son sourire agréable, son œil d'un bleu chatoyant, son regard fin, pénétrant, scrutateur, décelaient l'homme exercé à la science du monde, habile, discret, ayant cette bienveillance prudente qui y regarde à deux fois avant de se changer en amitié. Du reste, sa maigreur, sa pâleur, et de plus sa voix éteinte, étaient si marquées, qu'elles avaient fait dire que l'illusion eût été entière s'il avait eu la fantaisie de jouer le mort. On rapportait même que s'approchant un jour à pas lents d'un de ses malades presque en délire, celui-ci s'écria : « Fantôme, que me veux-tu ? » Sa maigreur surtout était devenue, pour ainsi dire, proverbiale.

tômes. Il juge le mal pour un cas ordinaire de pâles couleurs (*a common case of green-sickness*), et le traite en conséquence.

On pourrait peut-être demander quel avantage il y a d'envisager la maladie sous ce point de vue. La réponse n'est pas difficile. La probabilité de la cure définitive dépend de deux circonstances : 1° de l'importance vitale de l'organe qui est spécialement attaqué; 2° de l'espèce de lésion, fonctionnelle ou organique, qu'il a éprouvée. Bien que la maladie soit de l'espèce de celles qui attaquent l'économie entière, néanmoins la condition d'un seul viscère peut devenir tellement proéminente et indépendante à exiger une cure presque exclusive. C'est ce qu'on observe, par exemple, dans les cas où le poumon commence à éprouver une altération organique; on voit alors une émaciation lente mais constante s'emparer de l'individu, et la céphalalgie intense survenir, et une constipation presque insurmontable. Il est impossible, avant la dissipation de cet état, que l'organisme prenne de la vigueur, et que la puberté et la menstruation se rétablissent. Les limites de ce travail ne me permettent pas d'entrer dans tous les détails circonstanciés qui se rattachent à ces complications; il me suffit, par conséquent, d'avoir appelé l'attention sur les points les plus culminans.

B. Hématémèse. Il n'est pas rare de voir l'hématémèse ou des évacuations sanguines par l'estomac accompagner la chlorose et l'aménorrhée prolongées. Le traitement, dans cette circonstance peut être heureux le plus souvent. Le régime, les remèdes toniques, surtout les préparations de fer, améliorent assez sûrement l'état du sang et de la circulation. Si la suspension des règles continue, des congestions, ou, pour me servir de l'expression française, des *engorgemens* ne manqueront pas d'arriver sur quelque partie des organes de la digestion et de la nutrition; de là, l'irrégularité des fonctions gastriques et intestinales. La constipation, la douleur, le spasme et les nausées harassent la malade, et dans des efforts pour tousser ou vomir, elle rejette des quantités de sang noir ou veineux. Il arrive souvent que ces évacuations sanguines reviennent aux époques cataméniales, toutes les trois ou quatre semaines : on observe dans les intervalles des écoulemens leucorrhéiques plus ou moins abondans. J'ai vu une malade s'anémier d'une manière alarmante à la suite de ces hémorragies, surtout lorsque l'aménorrhée avait duré pendant longtemps et qu'elle avait été négligée. Il est quelquefois difficile de déterminer si le sang vient de l'estomac, du poumon, de la trachée ou de l'arrière-bouche. Il faut pour cela avoir égard à sa quantité et à sa couleur. Il y a des cas, cependant, où l'hémorragie pulmonaire est abondante; une partie du sang est avalée et ensuite vomie; ce dernier sang devient noir et se caille, ce qui rend le diagnostic équivoque. Le doute, néanmoins, finit par s'éclaircir : si l'hémorragie est pulmonaire, il y a toujours une toux vive et d'autres symptômes qui dénotent une maladie à la poitrine. Il est à peine nécessaire de dire que dans ce cas les emménagogues locaux sont d'une grande utilité : la quantité du sang se trouve alors suffisamment augmentée pour provoquer artificiellement la sécrétion cataméniale; aussi doit-on faire toute espèce d'effort pour arriver au rétablissement de cette fonction. Il est bon de faire remarquer en attendant que la persévérance du traitement tonique finit par triompher, à moins que l'hémorragie ne soit pulmonaire; et même dans ce dernier cas, j'ai vu deux malades chez lesquelles le traitement fortifiant a produit la guérison, malgré qu'il ait été continué en dépit de l'hémorragie pulmonaire.

C. Dyspepsie. Dans beaucoup de cas de chlorose prolongée, ce sont les fonctions de la digestion et de la nutrition qui sont plus spécialement dérangées. Dans les formes même les plus légères de la maladie, ces organes ne manquent jamais d'être plus ou moins affectés. Si le dérangement est sérieux, il mérite une attention particulière.

On ne doit pas s'étonner, d'après cela, de l'émaciation qui accompagne constamment la maladie, et de la lésion plus ou moins prononcée des organes vitaux qui s'ensuit. Les malades dans ces conditions mangent fort peu, et ce qu'elles prennent étant de mauvaise nature, ne leur procure qu'une mauvaise nutrition. Je sais bien que les gardes et les médecins sont souvent trompés sur ce point; mais je suis sûr de ne pas avoir été abusé dans plusieurs cas que j'ai suivis particulièrement, puisque les malades étaient surveillées et n'avaient pu recevoir d'alimens du dehors. Du reste, je crois qu'il est peu convenable d'exprimer du soupçon à cet égard, à moins d'avoir des preuves que les malades prennent de mauvais alimens en cachette. Il est important cependant de surveiller la complication dont il s'agit. Vous vous apercevrez, en effet, que les forces ne reviennent pas, que tout le système s'émacie, que la malade mange fort peu, et que peu s'en faut pour que la phthisie se déclare : votre attention doit surtout redoubler si cette maladie est héréditaire dans la famille. Je ne connais pas de combinaison chlorotique qui exige un traitement plus prévoyant et persévérant pour arracher la malade aux suites les plus fâcheuses. Il est rare d'observer des lésions organique dans l'estomac, dans le foie et dans les intestins, dans les cas les plus avancés de la maladie; mais il est très commun d'avoir à combattre les lésions fonctionnelles les plus prononcées.

Ce n'est pas seulement au physique que les symptômes se manifestent; l'esprit, le caractère en éprouvent des atteintes fort remarquables. De la tristesse, du découragement, de l'ennui, de l'irritabilité, des sentimens de contrariété, etc., affectent souvent les malades; et lorsqu'elles comparent leur état présent à celui des douze ou quinze mois précédens, elles en éprouvent le plus vif chagrin. Elles deviennent moroses et solitaires, mais elles exigent une grande surveillance et de la famille et du médecin. On ne manque même pas d'exemples dans lesquels les fonctions mentales se sont dérangées pour quelque temps. De pareils sujets éprouvent rarement une grande excitation, et leur folie est rarement violente. Le plus ordinairement elles ne divaguent que sur quelques points; elles se croient perdues et se désespèrent. Il n'est pas nécessaire, je pense, de décrire ici minutieusement les différentes indications que réclament les lésions des voies digestives; tout le monde les comprend facilement. Il n'est pas du reste indispensable que le dérangement de la santé générale qui occasionne le retard de la puberté et de la menstruation soit très intimement lié avec la lésion des voies digestives; et lorsqu'il l'est, souvent il arrive qu'en guérissant la première maladie la seconde se dissipe d'elle-même.

D. Lésions encéphaliques. Il n'y a pas de complication de la chlorose plus difficile à guérir que les affections cérébrales. Les variétés que cette complication présente sont dignes de méditation. Chez les uns il n'y a qu'une simple céphalalgie, pas très intense, mais se répandant uniformément sur tous les points de la tête. Chez les autres la douleur est fixée sur un côté de la tête et est intolérable. Tantôt cette douleur est périodique et ressemble à une névralgie intense; tantôt elle est si constante qu'elle empêche tout exercice de l'esprit ou du corps, et fait croire à une affection organique. Dans d'autres circonstances enfin, et ceci n'est pas très

---

Lorsqu'il fut nommé commandeur de la Légion-d'Honneur, au mois de novembre 1829, il en reçut brusquement l'avis, ce qui lui occasionna une telle émotion, qu'un médecin présent dit : « Certainement, il y aurait eu une apoplexie, si le sang n'eût manqué. » Mais, malgré cette constitution, ou peut-être à cause de cette constitution, jointe à un régime sévère, à cet esprit de modération que Portal eut en tout, sa santé se soutint très longtemps, et il mourut âgé de plus de quatre-vingt-dix ans, le 23 juillet, en cet an de malheur et de choléra de 1832. Sa carrière médicale a été certainement une des plus belles, une des plus brillantes de notre époque; il fut heureux pendant sa vie, son nom fut célèbre, et ce n'est point là une de ces réputations à courte échéance que le temps efface profondément et en peu d'années. Le nom de Portal, illustré par ses travaux, par ses bienfaits, par l'institution de l'Académie de médecine, ne tombera point dans l'oubli, ce gouffre immense et sans écho.

B. P.

— La commission médicale, nommée en 1838 par l'assemblée des médecins, chirurgiens et pharmaciens des hôpitaux et hospices civils de Paris, et qui se compose de MM. Duméril, président, Ferrus, Roux, Gueneau de Mussy, Mralhe, Moreau et Prus, secrétaire, s'est déjà réunie plusieurs fois pour préparer le rapport qui doit signaler au conseil-général les abus à réprimer et les améliorations à introduire dans les différens services.

Déjà aussi une assemblée générale a eu lieu pour entendre la lecture des réponses faites par le conseil-général aux demandes contenues dans le rapport de 1837.

La commission médicale de 1838 a l'honneur d'inviter tous les médecins, chirurgiens et pharmaciens des hôpitaux et hospices civils à se rendre à une nouvelle réunion qui se tiendra à l'Académie royale de médecine, le 8 juin prochain, à trois heures et demie précises.

La commission y recevra les notes qui lui seront remises par les chefs de service.

On y discutera aussi verbalement quelques-unes des questions les plus importantes traitées dans le rapport.

— Le cours d'analyse microscopique appliquée à la physiologie et à la pathologie de M. Donné aura lieu les mercredis et vendredis à trois heures, dans l'amphithéâtre de M. le professeur Dubois à l'hôpital des cliniques de l'École.

rare, les malades présentent des symptômes d'hystérie, de chorée et d'épilepsie, symptômes que les malades attribuent, et peut-être avec raison, à des céphalalgies intenses qu'elles ont éprouvées pendant long-temps.

Ces différentes souffrances s'associent à la longue à d'autres phénomènes cérébraux; chez les unes ce sont des vertiges; chez les autres, c'est un sentiment de poids. Dans quelques cas, c'est une paralysie à la face et aux membres supérieurs; dans d'autres, une sensation douloureuse instantanée. A ces phénomènes se joignent des sympathies morbides, surtout de l'estomac et des autres parties du canal digestif. Il est bon de rappeler que ces phénomènes sont souvent confondus avec d'autres et qu'ils retentissent sur tout l'organisme: de là l'ennui et l'alarme que les malades éprouvent. Il est cependant consolant de songer que toutes ces lésions cérébrales ne sont que fonctionnelles dans la majorité des cas. Ce qui prouve cette dernière assertion ce sont les guérisons radicales et nombreuses que nous pourrions citer, même dans des cas où les symptômes semblaient indiquer une affection organique.

Il est presque impossible d'exposer dans un court mémoire comme celui-ci tous les détails relatifs à cette complication. Il y a pourtant à cet égard des différences non seulement de degrés, mais encore essentielles à faire. Je ne connais rien de pis que la céphalalgie grave qui est propre à cette maladie: ce serait en donner une fausse idée que de l'appeler purement nerveuse: j'ai entendu des malades se plaindre tellement de cette complication qu'elles préféraient cent fois la mort que de continuer à vivre avec cette horrible souffrance.

Les conséquences les plus communes de cette complication sont, d'après mes observations, la perte temporaire de la mémoire et de l'acuité de la perception, une sorte d'irritabilité physique, de la torpeur et une altération des fonctions digestives. Il y a pourtant des limites à ces phénomènes que la maladie ne franchit pas ordinairement. Toutefois certaines fonctions ne sont pas sérieusement influencées par cet état: ces sortes de malades en effet dorment assez bien; leur appétit est capricieux, mais pas entièrement aboli; et bien que la nutrition soit imparfaite, l'émaciation ne s'en suit pas très rapidement, circonstance qui contraste singulièrement avec ce que nous avons vu dans la chlorose compliquée d'affection organique du poumon.

Il ne faut pas croire pourtant que l'altération cérébrale ne devient jamais organique, et que la céphalalgie se termine toujours par la guérison; un grand nombre d'observations m'autorisent à conclure 1° que malgré la longue persistance de la maladie cérébrale, la structure de cet organe reste intacte dans le plus grand nombre des cas; 2° que la céphalalgie de plusieurs mois ou d'une année se dissipe rarement complètement avant que la puberté et la menstruation soient pleinement rétablies. Il faut néanmoins excepter de cette catégorie la céphalalgie accompagnée d'épilepsie, et peut-être aussi d'une espèce de tremblement paralytique éminemment nerveux qu'on observe quelquefois après la chlorose très prolongée. Il ne faut pas oublier néanmoins que l'épilepsie peut survenir sans lésion matérielle et que la paralysie est susceptible de guérison: j'en rapporterai plus loin un ou deux exemples remarquables.

E. Lésions du système vasculaire. Le système vasculaire, spécialement le capillaire et le cœur, est fréquemment impliqué dans les longues affections chlorotiques. Les malades et leurs parens regardent comme très grave cette espèce de complication. La constipation et la céphalalgie sont des phénomènes assez communs, mais la perte totale de la couleur naturelle de la surface du corps, l'œdème de la face et des extrémités, les palpitations du cœur et la syncope sont moins fréquens; et lorsqu'ils existent ils produisent un très grand alarme. J'ai rarement vu l'ascite compliquer l'œdème des chlorotiques dans le jeune âge; mais à une époque plus avancée le dérangement du foie et des reins qui suit la chlorose occasionne facilement des épanchemens dans la cavité péritonéale. Cette forme particulière de la maladie est toujours accompagnée d'une respiration courte et fréquente; les malades deviennent haletantes au moindre effort corporel; cela n'indique pas l'approche de la phthisie; car ces phénomènes sont très communs même à un degré léger de la maladie et dans sa première période, alors que rien n'existe encore dans le poumon: on peut l'attribuer à une sorte d'excitabilité ou d'irritabilité dépendant de l'anémie. Je n'ignore point qu'il y a une grande différence à ce sujet selon que la chlorose existe chez un enfant ou chez une personne adulte; il ne faut pas oublier cependant que l'embarras et la gêne de la respiration sont deux symptômes presque constans de la chlorose quel que soit l'âge du sujet.

La pâleur de la surface du corps mérite beaucoup d'attention, plutôt comme indice de la protraction de la maladie et de l'inefficacité des remèdes que de son intensité, ou de l'improbabilité de sa guérison. Il n'y a pas de symptôme plus facile à dissiper que la pâleur; cette remarque s'applique également aux lèvres, à la membrane de la bouche et aux gencives. L'état saburral et de gonflement de la langue exigent plus de temps à être dissipé: cela s'explique par les rapports de cet organe avec l'estomac et les intestins. Il ne faut pas s'attendre que l'affaire aussitôt gagnée par une vigoureuse attaque sur la maladie celle-ci quitte le terrain sans quelques récidives. J'ai souvent pensé qu'aussitôt la première amélioration produite la cure serait rapidement obtenue. Il n'en a rien été cependant; et l'on serait facilement désappointé si l'on s'attendait à cela. Il importe pour triompher complètement du mal de persévérer dans le traitement, car il ne faut pas oublier que pour en obtenir la guérison il faut d'abord modifier le sang dans sa qualité et dans sa quantité; ce n'est que de la sorte qu'on modifie la vitalité de l'organisme et qu'on remet les fonctions à leur type normal. La guérison n'est parfaite qu'autant que la nutrition devient naturelle, et que toute irritabilité, tout dérangement fonctionnel est dissipé. Il importe en attendant de faire remarquer au jeune médecin et aux parens de la malade qu'une teinte plus ou moins ictérique qui peut se montrer à la surface du corps n'indique pas que le foie est sérieusement attaqué, et que cette circonstance ne réclame pas les remèdes mercuriaux.

F. Altérations pulmonaires. — J'arrive maintenant à la forme la plus grave de la maladie, à la chlorose compliquée de lésion organique du poumon.

C'est une question de la plus haute importance que de savoir si la phthisie est une conséquence de la chlorose et de l'aménorrhée, ou bien si ces dernières ne sont qu'un symptôme de la première affection, ou du moins de la disposition préalable de l'organisme à la phthisie. Cette prédisposition peut rester cachée, pour ainsi dire, jusqu'à l'époque de la puberté, se montrer alors et envahir tout l'organisme. Un de ses effets peut être le manque d'énergie vitale, le développement imparfait du caractère sexuel, et ce défaut de la puberté conduira à la chlorose et à l'aménorrhée. Attendu la période de la vie à laquelle l'individu est arrivé, ces dernières affections semblent les plus culminantes, mais elles ne sont pas la maladie principale. Pourtant on ne doit pas s'étonner que la chlorose attire principalement l'attention du médecin; c'est là la maladie la plus saillante, particulière à cet âge; les signes de la phthisie ne sont encore qu'à peine sensibles, et l'on espère, d'ailleurs, que ces symptômes se dissipent comme les autres par l'apparition des règles.

Je ne nie pas que quelquefois l'altération phthisique des poumons ne puisse être la conséquence de la chlorose et de l'aménorrhée; mais dans la majorité des cas, la chlorose ne fait autre chose, selon moi, qu'exciter, mettre en activité la prédisposition latente à la fatale maladie. Ce qui prouve cette assertion, c'est qu'on voit rarement les autres complications se convertir en celle-ci. Il peut y avoir des hémorragies abondantes, des écoulemens leucorrhéiques de longue durée, de la céphalalgie intense, de l'hystérie, et même des attaques épileptiques, des dérangemens profonds des voies digestives, et de l'émaciation plus ou moins avancée; mais jamais le mal ne se termine par la phthisie. La malade guérit de tous ces accidens sans jamais faire craindre la consomption. Il y a plus; le mal dure quelquefois très longtemps, sans que la patiente présente jamais de toux, ni douleur de côté, ni expectoration; si distincte est la ligne de séparation entre cette complication et les autres.

D'après ces considérations, je pense que la lésion organique du poumon est le plus souvent liée, soit avec la chlorose, soit avec la chlorose et l'aménorrhée. Une jeune fille, par exemple, appartenant à une famille de race phthisique, arrive à l'âge de la puberté, et devient légèrement chlorotique; ensuite, au lieu de se dissiper, ce symptôme persiste, il se déclare de plus en plus; les règles ne viennent pas, ou bien elles paraissent une ou deux fois très imparfaitement. Il est clair qu'il y a dans ce cas de quoi s'inquiéter, non par ces symptômes uniquement, mais parce que l'anémie et le défaut de vitalité dans lesquels se trouve l'organisme ne peuvent que favoriser la prédisposition fâcheuse de l'affection pulmonaire. Les sujets ainsi conditionnés ne sont pas tout à fait sans appétit; le dérangement des organes digestifs n'est pas chez elle le symptôme le plus culminant; leur cerveau ne sympathise pas fâcheusement; souvent même elles offrent une absence complète d'hystérie, mais leur pouls est fréquent, l'action du cœur irrégulière, la respiration accélérée et difficile; elles éprouvent de la douleur thoracique plus ou moins prononcée, surtout des points de côté; toux courte et saccadée et de l'émaciation. Ces malades expectorent le matin et éprouvent de la transpiration la nuit. Ces symptômes sont progressifs et bientôt la médecine devient tout à fait impuissante sur la marche fatale de la maladie.

Ces exemples ne sont malheureusement que trop fréquens et ce n'est pas sans raison que je désire appeler l'attention des praticiens sur cette forme de la chlorose. Les vicissitudes du climat de l'Angleterre prédisposent singulièrement à cette maladie, et la physiologie rend très bien compte pourquoi, à l'époque de la puberté, la chlorose et l'aménorrhée se terminent si souvent par la mort chez ces sujets. Si l'on demandait

maintenant qu'est-ce que les symptômes ci-dessus indiquent, je répondrais : une chlorose compliquée de tendance à la phthisie. Et si l'on demandait, en outre, quelles sont les chances de guérison en pareille occurrence, il ne faudrait répondre qu'avec beaucoup de circonspection.

Il serait inexact de dire que des sujets conditionnés de la sorte ne guérissent jamais; mais il est toujours convenable de n'avancer qu'une opinion douteuse à cet égard. Si la force constitutionnelle augmente, le sang peut éprouver les modifications convenables, les symptômes se dissiper, et la santé se rétablit petit à petit. Un symptôme d'amélioration d'une grande valeur est la diminution de la vitesse du pouls. Tant que le pouls est à 130, 120, 110 par minute, il ne faut pas compter encore sur une amélioration réelle. De toutes les complications, celle-ci est la plus invariablement liée à l'état de fréquence du pouls. Il ne faut pas cependant se faire illusion à ce sujet, ce symptôme peut être trompeur comme dans toute autre période de la phthisie.

La malade ne voit pas la gravité de sa position, et l'affection marche quelquefois si insidieusement, que les parens ne voient aucun danger de mort. Le médecin, cependant, ne doit point oublier que tant que le pouls est fréquent, la toux courte et saccadée, et la nutrition légère, le danger est réel. Si, au contraire, le pouls se ralentit, devient plein et mou, la toux moins fréquente, la fièvre nulle, la nutrition bonne et l'esprit gai, on peut avoir quelque espoir de guérison.

Traitez soigneusement une pareille malade; évitez le mercure, les purgatifs drastiques et les emménagogues; placez-la à la campagne pour respirer l'air pur; prescrivez-lui une alimentation simple et bien nourrissante (lait, substances animales), quelques médicamens toniques, etc., et vous pouvez espérer que le temps lui sera favorable; la menstruation et les autres caractères sexuels peuvent se rétablir parfaitement.

Il ne faut pas déduire de ce qui précède que ce soit là la seule complication fatale de la chlorose; mais comparativement parlant, les autres ne se terminent que rarement par la mort. Néanmoins, après un dérangement prolongé des voies digestives, la faiblesse, la fièvre et l'émaciation peuvent se lier intimement avec l'altération organique du poumon. La toux, l'expectoration et les sueurs matutines peuvent prendre le dessus et amener une terminaison fâcheuse.

J'ai essayé de distinguer les circonstances morbides appartenant aux différentes formes de la maladie principale; mais je désire faire comprendre que ma tâche est encore loin d'être accomplie : d'autres considérations deviennent indispensables.

En traçant les caractères distinctifs de la maladie, il ne sera pas difficile de reconnaître ses différentes complications. Néanmoins, lorsque chacune de ses formes a existé longtemps, et que l'état du malade est devenu grave, le diagnostic peut offrir du doute. Il est bon de faire remarquer, en attendant, que la leucorrhée, à quelque degré qu'elle existe, est toujours un symptôme de la chlorose et de l'aménorrhée; et que quand elle est excessive, elle affaiblit singulièrement la force réparatrice; aussi est-il absolument nécessaire de la traiter à part.

Il n'est pas sans importance de déterminer les âges différens auxquels ces différentes complications ont fréquemment lieu.

La chlorose seule, indépendante de l'aménorrhée, est une maladie des premières années de la vie.

La chlorose, jointe à la suspension des menstrues, peut se rencontrer à toutes les époques, entre l'âge de la puberté et la cessation de la fonction cataméniale.

La chlorose compliquée de phthisie ne se voit qu'entre la puberté et la trentième année, quelquefois peut-être plus tard, mais ces exemples sont très rares, comparativement à l'époque antérieure de vingt ans.

La chlorose compliquée d'aménorrhée ou bien de phthisie dans le jeune âge est ordinairement accompagnée de délicatesse et de débilité générale, tandis que les autres complications peuvent exister à toute autre période de la vie et sont souvent combinées à des phénomènes de congestion ou de phlétore.

(La suite au prochain numéro.)

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

LETTRE SUR LES PROPRIÉTÉS DE L'ATRACTYLIS GUMMIFERA. — INFLUENCE DU CHOLÉRA SUR LES AMPUTÉS APRÈS LE SIÉGE DE CONSTANTINE. — STATISTIQUE DES AMPUTÉS PENDANT CETTE CAMPAGNE; par M. le docteur GUYON, chirurgien de l'armée d'Afrique.

Vous avez consigné, dans votre numéro du 17 mars dernier, un cas d'empoisonnement dans lequel quatre enfans sur six auraient succombé. Cet empoisonnement, dont les détails vous ont été transmis par le docteur Bouros, médecin à Athènes, aurait eu lieu avec la racine de l'*atractylis gummifera*, dont les enfans auraient seulement sucé le suc. Sur quoi je remarque que les Arabes du nord de l'Afrique occidentale sont assez friands de cette plante, dont ils ne sucent non plus que la racine, et qu'il est encore sans exemple qu'elle leur ait occasionné le moindre accident. Cet usage de l'*atractylis gummifera* est connu de tous les voyageurs, et je l'ai signalé de nouveau dans des notes sur l'*Histoire naturelle et l'archéologie de la route de Bone à Constantine*, par suite de notre expédition de 1836. Dans la retraite qui termina cette désastreuse expédition, l'*atractylis* était une des plantes avec lesquelles les Arabes nos alliés cherchaient à apaiser leur faim.

L'*atractylis* jouirait-elle, en Grèce, de propriétés dont elle serait dépourvue dans nos possessions au nord de l'Afrique? C'est ce qui résulterait du fait rapporté par le docteur Bouros, si ce fait était bien avéré. Mais, considérant, d'une part, que la Grèce se trouve à peu près par la même latitude que le nord de l'Afrique occidentale, et que la famille à laquelle appartient l'*atractylis* ne compte aucune plante vénéneuse, on sera naturellement conduit à rejeter le fait du médecin d'Athènes, ou, du moins, à lui donner une autre interprétation.

Un autre numéro de votre journal, celui du 31 du même mois, contient un passage d'où résulterait que le 12e de ligne, à qui on attribue, à tort ou à raison, l'importation du choléra à Bone en 1837, aurait été séquestré, à son arrivée, au fort Génois, situé à deux lieues de Bone, à l'ouest. Voici, à cet égard, la vérité tout entière.

Lorsqu'on s'avisa, non pas de séquestrer le 12e, mais seulement de lui donner l'ordre de ne pas s'écarter du fort où il était débarqué, il avait déjà communiqué avec la ville, où les officiers et bon nombre de soldats venaient journellement; lorsque, dis-je, on s'avisa de lui donner cet ordre, un ordre antérieur, qui ne fut pas révoqué, en avait jeté de 250 à 300 hommes dans l'armée expéditionnaire, pour le service du train des équipages, auquel ils restèrent attachés pendant toute la campagne. J'ajoute qu'un de ces hommes était employé à mon service particulier. Il était donc inexact de dire que le choléra a éclaté dans l'armée expéditionnaire, malgré la séquestration du 12e au fort Génois.

C'est au sein de l'Académie qu'on a parlé de cette prétendue séquestration, à l'occasion d'une question posée par un de ses membres, qui demandait quelle influence le choléra avait exercée à Constantine sur les grandes opérations. Je ne sais ce qui fut répondu à cette intéressante question, pour la solution de laquelle on nous saura peut-être gré de fournir quelques élémens.

Le choléra, qui avait éclaté parmi les fiévreux (1) le 23 octobre, apparut dans l'hôpital des blessés (2) le 27; il y était dans toute sa force le 29, jour du départ du quartier-général pour Bone. Le nombre des amputés était alors de dix (3), nombre qui fut porté à treize quelques jours après, par trois amputations pratiquées par le chirurgien que nous avions laissé chargé du service de nos malades. De ces treize amputés, onze périrent peu après (cinq dans la nuit du 9 au 10 novembre) en présentant des symptômes cholériques plus ou moins prononcés, qui existaient déjà chez plusieurs le jour de notre départ. Il est pourtant vrai de dire que deux ou trois d'entre eux auraient vraisemblablement succombé aux suites ou de l'opération, ou des lésions pour lesquelles elle avait été pratiquée, entre autres un amputé dans l'articulation fémoro-tibiale, ce qui réduirait à sept ou huit le nombre des amputés dont on peut attribuer la perte au choléra seul.

Le nombre total des amputations pratiquées durant toute la campagne de Constantine, avant, pendant et après, s'élève à 29, savoir :

Amputations de cuisse		8
—	de jambe	5
—	du bras	3
—	de l'avant-bras	1
—	du poignet	1
—	dans l'articulation fémoro-tibiale	3
—	— scapulo-humérale	2
—	partielles du pied	3
Résections de la tête de l'humérus		3
	Total	29

(1) Dans les deux établissemens affectés au traitement de ces malalades, la mosquée et l'ancienne maison du bey.

(2) L'hôpital du caïpha, qui était spécialement affecté au service des blessés.

(3) Trois avaient déjà succombé, dont un avant notre entrée dans la ville : il avait été amputé dans l'articulation fémoro-tibiale. Les deux autres, chez lesquels la ligature des artères avait été remplacée par la torsion, étaient morts d'hémorrhagie dans la nuit du 19 au 20 octobre. L'un des deux avait été amputé dans l'articulation scapulo-humérale : l'autre avait eu la tête de l'humérus réséquée.

Sur ces vingt-neuf opérations, six seulement ont été suivies de guérison, savoir :

Amputations de cuisse	....	1
— de jambe	....	2
— de bras	....	2
— du poignet	....	1
Total	....	6

Ces résultats des opérations pratiquées dans la dernière expédition de Constantine diffèrent sans doute de ceux qui ont été donnés dans les journaux et les académies ; mais les journaux et les académies ne sont pas en Afrique ; et les faits, vous le savez, s'altèrent toujours quelque par avec l'éloignement...

Recevez, etc.

Alger, le 3 mai 1838.

DÉFIBRINATION, DÉCOLORATION ET GRANDE FLUIDITÉ DU SANG ; SYMPTÔMES DE SCORBUT ; HÉMORRAGIES INTARISSABLES DE TOUTES LES MUQUEUSES ; par M. le docteur SYLVA.

A la Réole (Gironde), 24 novembre 1837.

OBS. — Je fus mandé, le 11 novembre courant, pour soigner Mme Bastien, âgée de 44 ans, tempérament lymphatique, mal réglée et maladive depuis vingt ans, époque de sa première couche. Elle avait une très forte colique depuis la veille ; elle n'avait rien mangé ce jour-là. Pouls petit, concentré, figure pâle, ventre météorisé, point de selle ; froid et soif. Potion calmante, opiacée, tilleul, diète et lavement. Le soir peu d'amendement.

Le 12, mauvaise nuit ; pouls 112, soif, point de selle, langue pâle. Lavement, continuation de la potion, diète. Le soir amélioration.

Le 13, nuit agitée, fièvre, 120, ventre douloureux, une selle. La malade désire être saignée ; je le fais volontiers. L'aspect du sang me frappe en sortant de la veine ; il est rose, pâle, sans consistance, et laisse surnager une sérosité foncée, qui se transforme plus tard en une couenne paille. Le sang est très altéré dans sa composition : il est peu consistant ; pour peu qu'on l'agite, le cruor et le caillot se mêlent et se confondent ; sa couleur est rose pâle. Je n'ai pas assez de connaissances chimiques pour l'analyser, mais il ne m'est pas difficile de reconnaître un sang appauvri. Il est comme celui des scorbutiques que j'ai vu dans les hôpitaux ; j'examine les gencives ; elles sont pâles, sans ulcérations, mais ne tiennent pas aux dents. J'examine toute la surface du corps, et ne vois pas de taches aux jambes ni ailleurs. — Le sous-carbonate de fer, conjointement avec les opiacés, limonade végétale. Il y eut un peu de mieux. Le soir, je voulus rouvrir la veine, mais les parens s'y opposèrent. La malade se plaint de douleur au cœur.

Le 14, nuit assez bonne ; fièvre ; pouls 110 ; ventre douloureux ; les gencives ont saigné ; de petits boutons apparaissent aux lèvres. Soif, anorexie. Je voulus r'ouvrir la veine, je n'eus pas une goutte de sang. Je fis une autre saignée à une autre veine. — Diète, limonade, repos. Le sang offre les mêmes qualités que celui d'hier.

Le 15, nuit agitée sans sommeil ; ventre douloureux, cependant moins de fièvre ; pouls 94 ; soif ; la langue est noire ; je crus que la malade avait mangé du résiné ou du chocolat ; elle m'affirma que non, que cette coloration de la langue tenait au saignement des gencives ; en effet, je vis le sang sortir partout. La malade le crachait en grande abondance. Gargarisme alumineux ; continuation de la limonade et du fer. Bouillon très léger. Le soir, la saignée s'est ouverte, je refais le bandage ; point de douleur nulle part.

Le 16, nuit plus calme ; point de sommeil ; les piqûres des saignées sont béantes ; le sang sort par gouttelettes (seulement par les capillaires, les veines ne saignent pas) ; les petits boutons des lèvres se sont mis à saigner la nuit et continuent encore (huit heures). Je refais le bandage, je comprime aussi les lèvres ; je suspens le sous-carbonate de fer et le bouillon. La fièvre est plus forte ; pouls 116 ; soif. Le soir, les gencives ont beaucoup saigné. Gargarisme astringent, limonade et repos.

Le 17, nuit agitée, anxiété, fièvre 120, ventre météorisé, sans douleur ; la douleur au cœur a cessé ; les piqûres des saignées ont rendu beaucoup de sang ; j'en arrête l'écoulement avec des bandelettes agglutinatives et des compresses graduées. Sommeil le soir.

Le 18, la malade va assez bien ; elle se lève un peu, mais se recouche bientôt. Pouls 101. Les gencives ont beaucoup saigné. Limonade, gargarisme astringent.

Le 19, nuit mauvaise ; la malade a rendu par la vessie un plein vase de nuit de sang mêlé avec l'urine. Limonade, potion avec l'extrait de rathania, diète ; le soir plus de fièvre 120, *coma*. Les urines contiennent encore du sang.

Le 20, nouvelle hématurie abondante ; nuit tranquille (la malade est dans le coma et ne rend compte de rien) ; pouls 120 ; langue noire par le sang, mais sèche ; selle copieuse, très noire.... Quel état ! Quand on parvient à arrêter le sang d'un côté il s'en va par une autre.... Je suis bien inquiet sur le sort de ma malade ; l'aphorisme d'Hippocrate me revient à l'esprit : Celui qui rend des matières noires meurt dans les vingt-quatre heures. Alors je comprends la colique du 10 au 11 ainsi que les frissons. Ce n'est pas une fièvre pernicieuse hémorragique, c'est une hémorragie abdominale ; les selles d'aujourd'hui me le font voir. Je prie les parens de m'adjoindre un confrère ; ils me font venir mon ami le docteur Beynard, qui partage entièrement mes vues, et le traitement est continué. Il propose des sinapismes qui sont mis de suite. Comme le bras faisait mal, il voulut essayer la compression ; aussitôt des gouttes de sang s'échappent par l'ouverture de la veine céphalique ; il a été étonné de l'altération du sang, de sa pauvreté et de sa liquidité. Nouvelle hémorragie le soir ; il fallut revenir aux bandelettes.

Le 21, coma, réponses brèves, aucune douleur, pouls 122, sécheresse de la langue, selles noires, sans odeur ; urine avec moins de sang, soubresauts des tendons ; même médication.

Le 22, même état, le terme fatal approche ; le bras fait bien mal : nous regardons et voyons une phlictène noire !!!

Le 23, odeur de sphacèle, pouls misérable, coma, mort.

Mon ami et moi croyons qu'une piqûre aurait saigné jusqu'à extinction.

NOTE DU RÉD. — Quoique cette observation n'ait pu être complétée par l'autopsie, elle n'en offre pas moins beaucoup d'intérêt. Rapprochée des observations d'hémoraphilie rapportées par M. Dubois de Neuf-Châlet (GAZ. MÉD., 1838, pag.), et du mémoire publié par M. James, au commencement de cette année sur la nature du scorbut, elle acquerra une signification plus précise. Comme dans les observations de M. Dubois, il est impossible de méconnaître un rapport très intime de cause à effet entre la liquéfaction anormale du sang et les hémorragies nombreuses et continues auxquelles le sujet de M. le docteur Sylva a succombé.

OBSERVATIONS D'HYDROCÈLES TRAITÉES PAR UNE SIMPLE PIQURE, communiquées par M. DELEAU, chirurgien-major au 7e cuirassiers.

La GAZETTE MÉDICALE a indiqué d'une manière très succincte un procédé par lequel un chirurgien anglais, Lewis, prétend guérir les hydrocèles en peu de jours. Il consiste à faire à la tumeur une seule ponction avec une aiguille ordinaire très fine. Une gouttelette de liquide apparaît au dehors, et, sans autre épanchement pour ainsi dire, quelque volumineuse que soit la collection, la disparition s'en opère comme par enchantement.

Ce procédé si simple et si peu douloureux, cette résorption rapide, cette cure sans accidens consécutifs et proclamée radicale par son auteur, c'en était trop pour que des praticiens pussent croire à de telles merveilles. Aussi personne, que je sache, n'est venu confirmer ou repousser par l'expérience une opération si simple qu'elle en paraît puérile.

Cependant en lisant cet article une réflexion devait naître. Bien qu'on ne puisse espérer qu'une ponction ainsi faite développe dans un kyste une phlogose qui amène, outre une absorption aussi rapide qu'incompréhensible, l'adhérence de ses parois, restait cependant à constater si ce mode d'opérer n'était pas une méthode exploratrice précieuse. C'est d'après cette dernière idée que je l'ai employé il y peu de temps ; voici à quelle occasion.

OBS. I. — Le 6 septembre dernier, le sieur G., âgé de 40 ans, d'un tempérament sanguin, meunier, vient me consulter pour une tumeur qui, dit-il, a paru depuis peu de temps sans cependant qu'il puisse en préciser l'époque.

Je reconnais une hydrocèle énorme et j'indique au malade quelle est l'opération qu'il doit subir pour se délivrer de son incommodité. Il s'y refuse. J'emploie alors la teinture d'iode, puis le vésicatoire sans aucun résultat. J'en vins à lui proposer l'acupuncture, en l'avertissant toutefois qu'il y a peu de chances pour qu'un tel moyen amène une cure, même palliative. « Eh bien ! me dit-il, dès que vous serez sûr que c'est un liquide que contient ma tumeur, je me soumettrai à l'opération que vous m'avez d'abord proposée. »

Le 24, je prends une aiguille longue de deux pouces, très acérée ; avec ma main gauche j'embrasse le testicule et le cordon spermatique et fais saillir la tumeur ; j'y enfonce mon aiguille par un mouvement de rotation, et lorsqu'elle a pénétré de six à huit lignes, je la retire. A la suite apparaît une gouttelette d'un liquide limpide comme de l'eau de source. Je fais envelopper le scrotum avec un morceau de flanelle trempé dans la teinture d'iode, et recommande le repos.

Le 25 au matin, disparition presque complète de l'hydrocèle.

Le 26, le scrotum est dans son état normal.

OBS. II. — M. S., âgé de 74 ans, me consulte le 26 septembre pour une hernie, qu'il me dit ne pouvoir maintenir avec aucun bandage. C'est une entéro-épiplocèle compliquée d'une hydrocèle volumineuse.

Je lui annonce que les difficultés qu'il éprouve gisent dans la simultanéité de ces deux affections et lui propose de vider la tumeur du liquide qu'elle contient.

Il accepte, et, le 27, je pratique la ponction comme chez le sujet de l'observation précédente. Une gouttelette d'une sérosité jaunâtre s'épanche par la piqûre, et trois jours après je puis appliquer un bandage et maintenir la hernie.

Mon malade est tellement surpris de la rapide disparition de son énorme tumeur qu'il est persuadé qu'elle était formée par des gazes.

J'ai quitté le 16 octobre dernier ces deux malades, et jusque-là rien n'annonçait que la cure ne fût pas radicale.

Tels sont les deux faits pratiques que je porte à la connaissance de mes confrères, laissant au temps à constater si ce moyen que, malgré l'apparence du succès, je regarde seulement comme explorateur, pourra remplacer ceux plus compliqués et plus douloureux qu'on connaît déjà.

Lunéville, le 15 novembre 1837.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

NOTA. Les deux dernières séances n'ont offert que des sujets étrangers aux sciences médicales.

ERRATUM DU COMPTE-RENDU DE LA SÉANCE DU 14 MAI.

Dans notre dernier compte-rendu de l'Académie des sciences, au lieu des mots *qu'est-il résulté*, on a imprimé *qu'est-il resté*. Cette omission de deux lettres a changé le sens de la phrase; elle nous détermine à insérer textuellement ici le passage y relatif de la note de M. Biot sur les recherches de M. Payen.

« Que l'on me permette, dit ce savant, de citer l'amidon comme exemple : M. Berzélius reconnait que les analyses faites par M. Payen, sur cette substance et sur la dextrine, sont exactes. Les commissaires de l'Académie en ont porté le même jugement. Or qu'ont prouvé ces analyses ? C'est que, lorsque la fécule qui est primitivement un globule organisé de dimension sensible, a été suffisamment désagrégée pour que ses groupes moléculaires puissent entrer en combinaison chimique avec d'autres substances, quel que soit le degré de cette atténuation, les groupes moléculaires ainsi obtenus offrent toujours la même composition élémentaire et la même capacité de combinaison, de sorte que leur formule atomique ou rationnelle est aussi la même.

» Mais, voilà précisément ce qu'annonçait l'identité de sens et d'énergie de leur action sur la lumière polarisée dans les divers états dont il s'agit; et M. Payen s'est plu à reconnaître que c'est la constante identité de ces indices moléculaires qui a guidé et soutenu sa persévérance dans les recherches délicates qui l'ont conduit à ses conclusions. »

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 29 MAI. — PRÉSIDENCE DE M. MOREAU.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Etat des vaccinations de la Meuse;
2° *Idem*, de la Charente;
3° *Idem*, des Landes.
4° *Idem*, de la Corrèze.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

1° Anévrisme variqueux de la carotide, par un médecin allemand;
2° Sur l'efficacité d'un remède contre les affections vénériennes chroniques, par M. Lamel;
3° Lettre de M. Bonnefont sur l'état de la vaccine en Afrique;
4° Lettres de MM. Petit et Mesnière, se portant candidats à la place vacante dans la section d'hygiène.

M. ESPIAUD fait un rapport sur une ventouse proposée par M. Dujardin.

C'est une ventouse ordinaire, au côté de laquelle est adapté un tube courbé, d'un mètre environ; de l'autre côté est un autre tube avec un robinet. Mais il est inutile de produire cette description : on comprend de suite que, quels que soient les avantages d'un semblable instrument, il est d'un usage extrêmement difficile dans l'application. Ajoutez que la propriété de faire un vide plus parfait est souvent un inconvénient; car alors les parties se gonflent outre mesure, et l'irritation se communique au point de produire la fièvre.

M. DUBOIS d'Amiens croit que la ventouse de M. Junod, produisant des effets plus puissans que les ventouses ordinaires, doit avoir son utilité.

Un membre convient qu'elle embrasse des parties beaucoup plus étendues, puisqu'elle comprend des membres entiers; mais c'est cela même qui en fait le danger.

TABLEAU TOPOGRAPHIQUE ET MÉDICAL DE L'ILE DE CORSE, PAR M. VANUCCI, PRÉSIDENT DE LA SOCIÉTÉ SCIENTIFIQUE DE L'ILE DE CORSE. RAPPORT DE M. ESPIAUD.

M. Vanucci divise son mémoire en trois parties : 1° topographie de la Corse; 2° végétaux de la Corse; 3° de l'état de la médecine en Corse.

De ces trois parties, celle qui nous touche de plus près est évidemment la dernière. Il parait que la pratique des médecins corses est essentiellement symptomatique; rarement remontent-ils aux causes des maladies; ils s'attachent aux effets les plus apparens.

Les Corses sont sujets à peu près aux mêmes maladies que les Français du continent. La seule maladie que l'on y puisse regarder comme le produit d'une cause locale est la fièvre intermittente; aussi y est elle endémique; du reste, on la traite généralement par le sulfate de quinine, dont on élève la dose jusqu'à 40 grains.

On saigne dans les maladies aiguës, mais avec plus de modération qu'on ne le fait en France en général. La pneumonie et la pleurésie y font beaucoup de victimes, ce que M. Vanucci attribue à l'inhabileté des médecins à se servir du stéthoscope. Faute d'en savoir faire usage, ils méconnaissent l'inflammation au début, et ne font rien pour s'y opposer, ou la combattent quand il n'est plus temps. Lorsqu'ils la reconnaissent, ils saignent; mais, pour peu que les malades supportent mal les saignées, ils administrent le tartre stibié à haute dose, lequel produit d'excellens effets. C'est M. le docteur Antommori, de Lalana, qui a introduit la méthode de Rasori en Corse, et cela lui a fait une grande réputation.

Il existe dans l'île une eau minérale presqu'également efficace contre les maladies de la peau et les maladies des voies urinaires, sans en excepter les calculs, c'est la source de Puzzichello; elle produit des effets surprenans.

Parmi les maladies chroniques, les plus fréquentes sont le cancer de la joue et du rectum, les vieux ulcères et les varices des jambes, l'hydrocèle et le varicocèle. On rencontre aussi quelques cas d'éléphantiasis. Ces maladies sont généralement abandonnées à elles-mêmes.

De toutes les maladies, les moins connues sont, à ce qu'il paraît, les maladies des os. En France, il existe des familles qui sont en possession de traiter ces maladies; en Corse, ce sont ordinairement des vieillards.

Touché des maux qui affligent son pays, M. Vanucci a formé une société de médecins, dont il a l'honneur d'être le président; elle a pris sa résidance à Corté, l'une des principales villes de l'île, et qui a l'avantage d'être la plus centrale.

M. ROCHOUX : Il est dit, ce me semble, dans le rapport ou dans le mémoire de M. Vanucci, que les Corses ont l'angle facial moins saillant que les autres peuples de l'Europe. Est-ce vrai, ou aurais-je mal entendu ?

Non, répond M. Espiaud, vous avez bien entendu, et cette observation m'a frappé comme vous; je suis donc sûr d'être fidèle.

M. ROCHE : J'ai lu quelque part que la Corse était exempte de scrofules; d'un autre côté, M. Vanucci déclare que cette maladie est très rare dans cette île. Ainsi l'observation se confirme; cependant, je désirerais savoir positivement à quoi m'en tenir sur ce point. Je désirerais savoir surtout si la phthisie pulmonaire y est aussi rare que cela semblerait le faire supposer; et je propose qu'il soit écrit à M. Vanucci pour lui demander des renseignemens précis à cet égard.

La proposition de M. Roche est mise aux voix et adoptée.

M. VILLERMÉ dit qu'il existe un livre de l'ancien gouverneur de la Corse, qui contient les détails les plus curieux et les plus intéressans sur cette île et sur ses productions.

M. DELENS répond que ce livre était certainement connu de M. Vanucci, quoiqu'il ne soit pas cité dans son manuscrit; mais il faut savoir que quand M. Vanucci est venu à Paris, il ne s'attendait pas à écrire sur son pays, en sorte qu'il n'a consulté que ses souvenirs; il a rédigé son mémoire uniquement pour s'en faire un titre auprès de l'Académie, et obtenir le titre de correspondant.

NOTE DE M. FOLCHI SUR DES EXPÉRIENCES TENDANT A PROUVER QUE LE FLUIDE NERVEUX N'EST AUTRE CHOSE QUE LE FLUIDE ÉLECTRIQUE. RAPPORT DE M. BOUILLAUD.

Cette note ne contient qu'un seul fait, d'où M. Folchi tire la conclusion qui lui sert de titre; et, en second lieu, que le cerveau, les ganglions et les nerfs sont les organes sécréteurs du fluide électrique.

M. PELLETIER : J'ai écouté attentivement M. le rapporteur, et si j'ai bien entendu, il me semble que M. Folchi a fait son expérience immédiatement après la mort de l'animal, peut-être même avant qu'il fût mort réellement.

M. BOUILLAUD : Il était mort assurément; car il avait été décapité.

Soit, reprend M. Pelletier; mais il n'était pas mort depuis assez longtemps, et il se pourrait que l'effet produit ne fût qu'un effet chimique; c'est-à-dire une décomposition, soit d'un acide, soit d'un alcali, soit d'un sel; car on sait que toutes les fois qu'il y a décomposition, il se produit des courans électriques.

M. THILLAYE parle dans le même sens que M. Pelletier. Il ajoute que sous l'influence de la chaleur, il se développe toujours des effets électriques; en sorte que dans l'espèce, il ne serait pas impossible que les effets attribués à la vie ne dépendissent que de la température.

M. DOUBLE regrette que les commissaires n'aient pas jugé à propos de répéter les expériences de M. Folchi.

M. GERDY rappelle que lorsque Galvani faisait ses expériences, il n'avait en vue que de développer l'excitabilité des organes musculaires; ce n'est que postérieurement à Galvani et à Volta qu'on a imaginé d'expliquer par l'électricité tous les phénomènes nerveux et cérébraux, tout jusqu'aux sensations, jusqu'à la volonté. Et dans cette théorie, pour bien apprécier la sensibilité, on commence par décapiter les animaux !

M. Gerdy termine en disant que tout le monde parle de fluide électrique, mais qu'effectivement personne n'en a jamais vu. C'est une hypothèse inventée pour faciliter l'intelligence des faits, mais il ne faut pas la prendre pour une réalité.

M. VIREY ne s'engage pas à démontrer l'existence du fluide électrique; mais il cite l'exemple de la torpille en preuve de la faculté qu'ont les animaux de s'électriser.

M. AMUSSAT : J'ignore si les phénomènes électriques se conservent longtemps après la mort; mais à coup sûr la source n'en est pas éteinte dans les quatre ou cinq premières minutes; il s'en est opéré sur les chevaux, les mulets et d'autres grands animaux.

M. ROCHOUX soutient que les physiciens admettent l'existence du fluide électrique.

M. THILLAYE : M. Rochoux tranche là une question fort délicate, et qui, quoi qu'il en dise, divise encore les physiciens. Loin d'admettre l'existence du fluide électrique, il en est beaucoup qui n'y croient pas et qui n'en reconnaissent pas l'utilité pour l'explication des phénomènes. C'est ainsi que l'attraction n'est peut-être qu'une hypothèse; mais elle existe pour nous en ce sens que les choses se passent comme si elle existait réellement.

SUR L'AMPUTATION PARTIELLE DU PIED SUIVANT LA MÉTHODE DE CHOPART.

M. Blandin présente une pièce d'anatomie pathologique de la plus haute importance, et lit quelques considérations à ce sujet, qui ont été écoutées avec un très grand intérêt. L'auteur s'est proposé de démontrer pourquoi, après l'ablation du demi-pied d'après le procédé de Chopart, le talon n'est pas ordinairement rétracté par l'action du tendon d'Achille, et à quoi tient cette rétraction lorsqu'elle a lieu. La pièce que M. Blandin a mise sous les yeux de l'Académie décide la question de la manière la plus convaincante. Les tendons des muscles fléchisseurs du pied se trouvent réfléchis d'avant en arrière sous la tête de l'astragale, et adhèrent à une toile ligamenteuse sous-calcanéenne qui se continue jusqu'au bout postérieur du talon, où s'insère le tendon d'Achille. Cette adhérence accidentelle, ou plutôt cette réflexion sous-calcanéenne des tendons fléchisseurs, réflexion opérée à l'aide d'un tissu fibreux nouveau, analogue à celui interposé entre les deux bouts du tendon d'Achille coupé dans l'opération du pied-bot, explique le mécanisme que la nature emploie pour contrebalancer l'action des muscles gastro-cnémiens à la suite de l'opération de Chopart. Cette observation explique également comment il se fait que l'action en question a lieu quelquefois; c'est lorsque le lambeau antérieur a été très court et que la rétraction trop considérable des fléchisseurs a empêché la réflexion sous-calcanéenne d'avoir lieu; d'où M. Blandin déduit le précepte important de couper toujours le lambeau antérieur assez long pour que cette réflexion tendineuse puisse avoir lieu.

La communication de M. Blandin jette, comme on le voit, une très vive lumière sur une question de haute chirurgie, qui n'avait été qu'à peine comprise jusqu'à ce jour.

M. Larrey conteste l'utilité de l'opération de Chopart; il cite des cas dans lesquels l'élévation du talon était devenue telle que la démarche était impossible sans béquilles ou sans appuyer le genou sur une jambe artificielle.

M. Blandin répond que cela n'aurait pas eu lieu si l'on eût pratiqué le lambeau antérieur assez long pour fournir la réflexion tendineuse dont il vient de parler. Il a pratiqué onze fois l'opération en question sans observer jamais l'accident dont parle M. Larrey. Un de ses opérés, entre autres, c'est un blanchisseur, se sert si bien de son moignon, qu'il marche sans canne, monte et descend avec facilité les escaliers, etc.

M. Velpeau reconnaît l'exactitude et l'importance de l'observation de M. Blandin, mais il déclare que l'accident de l'élévation du talon après l'opération de Chopart est réel, et qu'il l'a observé deux fois pour son compte. Il en existe d'autres exemples; et l'on sait, d'après les faits reproduits dernièrement dans la *Gazette des Hôpitaux*, que M. Syme a été, dans un cas, sur le point de pratiquer la section du tendon d'Achille.

D'après la proposition de M. Maingault, le travail de M. Blandin est renvoyé au comité de publication.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

DISSERTATION HISTORIQUE ET MÉDICALE SUR LA PESTE; par Mostapha el Soubky, D. M., chirurgiens-majors à l'école de médecine d'Abouzabel. Paris, 1837, 61 pages in-4.

ESSAI SUR L'ÉLÉPHANTIASIS DES ARABES; par Mohammed Chabassy, D. M. aide-major à l'école de médecine d'Abouzabel. Paris, 1835, 53 pages in-4.

ESSAI SUR LA DYSSENTERIE CONSIDÉRÉE COMME ENDÉMIQUE EN ÉGYPTE; par Mohammed Chafey, D. M., chirurgien de l'armée égyptienne. Paris, 1837, 47 pages in-4.

ESSAI SUR LES HERNIES EN GÉNÉRAL, ET SUR LES HERNIES INGUINALE ET CRURALE EN PARTICULIER; par Mohammed Suckari, D. M., chirurgien aide-major à l'hôpital d'instruction d'Abouzabel. Paris, 1837, 63 pages in-4.

DE L'OPHTHALMIE EXTERNE ET DE SES PRINCIPALES VARIÉTÉS; par Mohammed Aly-el-Bagly, D. M., chirurgien de l'armée égyptienne. Paris, 1837, 65 p. in-4.

Nous réunissons dans un même groupe les cinq dissertations qu'ont soutenues, devant la Faculté, à la fin de l'année, les élèves en médecine égyptiens, qui avaient été envoyés à Paris par le vice-roi Mohammed-Aly, pour y faire leurs études médicales, sous la direction éclairée de M. Jomard. Ces thèses nous sont la preuve, non-seulement qu'ils ont achevé leurs études avec toute la distinction la plus désirable; mais elles nous donnent la mesure de ce que leur patrie, ou plutôt leur puissant protecteur et la science ont le droit d'attendre d'eux. En choisissant pour sujet de leurs dissertations quelques-unes des maladies qui règnent le plus fréquemment dans leur pays, et sur lesquelles la science a encore si peu de données positives, ils ont pris l'engagement de ne pas s'en tenir à ces premiers essais, qui ne sont guère que le résultat de ce qu'ils ont lu ou entendu de la bouche de nos professeurs, et soumis au contrôle d'un jugement que nous avons trouvé généralement éclairé et dirigé dans une bonne voie. Mais qu'ils se hâtent de commencer leurs recherches sur ces maladies jusqu'ici peu connues; car, si la main puissante qui gouverne en ce moment l'Egypte conserve encore longtemps le pouvoir, et si les loisirs de la paix lui permettaient de donner tous ses soins aux améliorations intérieures, il est assez probable qu'on verra bientôt disparaître la plupart de ces maladies qui étaient inconnues aux anciens Egyptiens; et alors on pourrait être sur la peste, l'ophthalmie d'Egypte, dans l'incertitude où nous nous trouvons aujourd'hui, par exemple, sur les caractères anatomiques du typhus, bien qu'on ait eu tant d'occasions d'observer cette dernière maladie parmi nous, il y a à peine un quart de siècle.

Nous applaudissons de grand cœur aux sentimens de reconnaissance que témoignent en partant nos jeunes confrères d'Egypte à la Faculté qui vient de leur donner les honneurs académiques; nous y voyons un gage de nouveaux progrès pour la science, et que les rapports qui, depuis si longtemps, rattachent leur pays à la France, sont loin de s'affaiblir. Nous dirons quelques mots seulement sur celles de ces thèses qui semblent s'éloigner le plus du cercle dans lequel celles des médecins français sont trop souvent circonscrites.

M. Mostapha-el-Soubky n'a pu nous donner de nombreux faits sur la peste, tirés de ses observations; car ses études médicales étaient trop peu avancées avant son départ de l'Egypte pour qu'il ait pu observer cette maladie avec tout le fruit désirable; mais ayant été atteint lui-même de la peste, et ayant vu mourir de cette cruelle maladie la plus grande partie de sa famille, il entre encore dans quelques détails d'une observation que nous dirons locale, et qui ne manque pas d'intérêt.

L'ophthalmie est si fréquente en Egypte qu'on a le droit d'attendre des praticiens éclairés que cette contrée va posséder, des recherches importantes sur cette maladie, et qu'en s'occupant des causes de ce fléau, qui prive de la vue une portion considérable de leurs concitoyens, ils combattront cette apathie, qui fait dire à l'Egypte, au rapport de M. Mohammed Aly-el-Baly, quand une maladie endémique apparaît: *Dieu le veut; c'était écrit.*

M. Chabassy a retracé dans sa dissertation le caractère de l'éléphantiasis des Arabes, et rapporté un extrait des principales opérations pratiquées, tant en Egypte qu'en France, sur des sujets affectés de cette maladie. Nous y avons lu, avec le sentiment d'un juste orgueil national, le passage suivant, par lequel nous terminerons cette courte notice. « C'est un spectacle à la fois triste et intéressant, de voir aujourd'hui les malheureux Arabes se presser aux portes des hôpitaux d'Alexandrie, pour réclamer les bienfaisantes lumières de la chirurgie française contre un mal hideux qu'ils avaient cru jusques-là incurable. »

SUPPLÉMENT AU TRAITÉ SUR LES GASTRALGIES ET LES ENTÉRALGIES, OU MALADIES NERVEUSES DE L'ESTOMAC ET DES INTESTINS; par le docteur Barras. Paris, 1838. 346 pages in-8. Chez Béchet jeune, libraire de la Faculté de médecine, place de l'Ecole-de-Médecine, 4.

Le cercle des maladies nerveuses, qui avait été si restreint dans le cadre nosologique de la médecine physiologique, recouvre chaque jour une partie de son étendue primitive, et tend à se renfermer dans de justes limites, par les progrès de l'observation et par l'application attentive des autres moyens d'investigation. Il n'est pas douteux pour nous que le traité des gastralgies et des entéralgies, dont la première édition, publiée en 1827, reçut, ainsi que le dit avec raison le docteur Barras, un accueil favorable des médecins, n'ait contribué à ce retour vers des idées moins exclusives, et les trois éditions successives qu'il a reçues en sont une preuve évidente. Cependant, dit l'auteur, un succès aussi flatteur ne nous aveugle pas sur les perfections de notre travail, et c'est pour remplir, autant qu'il nous sera possible de le faire, les lacunes qu'il présente, que nous publions ce *supplément*. Il se composera de faits intéressans, inédits ou disséminés dans d'autres livres; de nouveaux développemens sur l'étiologie, le dia-

gnostic et le traitement des maladies qui nous occupent; de citations puisées aux meilleures sources : il a surtout profité des ouvrages déjà anciens de Comparetti, publié en 1780, à Venise; et de Johnson, dont la sixième édition a été publiée à Londres en 1829, et qu'il regrette de n'avoir pas connu plus tôt. Peut-être pourrait-on demander à l'auteur pourquoi, dans ce volume destiné à servir de supplément à son traité de gastralgie, il n'a pas tenu compte d'autres travaux faits sur le même sujet, ou qui au moins peuvent servir à l'éclairer. Ainsi, nous nous attendions à trouver au moins une mention des intéressantes recherches de M. Donné sur la salive, qui, d'après cet habile expérimentateur, joue un si grand rôle dans le pyrosis et autres affections, qu'il n'est pas facile de distinguer des affections nerveuses ou inflammatoires de l'estomac, même après avoir lu les deux ouvrages de M. Barras; nous aurions désiré aussi trouver quelques recherches sur cet état morbide désigné sous le nom d'irritation *spinale*, qui a tant occupé depuis quelques années les médecins anglais et américains, et qui, nous le savons par notre propre observation, complique souvent la gastralgie et l'entéralgie.

L'une des plus grandes difficultés que présente l'étude des névroses, c'est certainement la variété des symptômes sous lesquels elles se présentent, et qui est telle, que souvent on prend pour des maladies différentes des formes variées de la même affection; mais peut-être aussi a-t-on souvent confondu et confond-on encore sous le nom de névrose, et surtout de gastralgie, des affections d'une nature différente; ainsi, est-il bien démontré que tous les cas de pyrosis, de boulimie, de dyspepsie, soient, ainsi que le pense l'auteur, de simples variétés de la gastralgie? L'estomac n'est pas seulement formé de vaisseaux sanguins et de nerfs, et conséquemment ne peut pas être sujet seulement aux fluxions sanguines et nerveuses. Il contient aussi des organes de sécrétion dont le trouble ne doit pas être sans influence sur la santé. Les altérations des liquides de l'économie ne sont pas encore assez connues, pour que cette question puisse être tranchée d'une manière définitive; mais elle mérite certainement d'être examinée.

Le volume que nous avons en main contient vingt observations qui retracent des formes différentes de la gastralgie, et nous prouvent que cette maladie est souvent compliquée par d'autres névroses, et surtout par l'hypocondrie. « Il n'y a pas, dit M. Barras, de sensations, d'illusions, d'idées si bizarres et si extraordinaires qu'elles soient, qui ne puissent être l'effet d'une affection nerveuse des premières voies. Ces phénomènes varient tellement, qu'il est impossible de les décrire tous; ils sont presque aussi nombreux qu'il y a d'individus qui en sont atteints. Mais la preuve qu'ils dépendent d'une névrose gastro-intestinale, c'est qu'ils cessent au fur et à mesure que cette névrose disparaît. » L'auteur se trouve amené ainsi à s'occuper du siége de l'hypochondrie, et à examiner une opinion émise récemment sur cette question dans un ouvrage sur l'hypocondrie; il n'admet pas, avec M. Dubois d'Amiens, qu'il combat avec quelque vivacité, que l'hypocondrie consiste primitivement dans une déviation, ou plutôt dans une fâcheuse application des forces de l'intelligence humaine. Il combat également l'opinion de Johnson, qui, faisant jouer à la sensibilité morbide de l'estomac le même rôle que les mêmes physiologistes ont fait jouer à la gastrite, soutient que cette sensibilité est le point de départ de toutes les affections hypocondriaques, et qu'elle peut les occasionner sans se montrer elle-même par le moindre trouble des fonctions digestives. M. Barras a, sur l'origine de l'hypocondrie, une manière de voir plus large; il pense qu'on peut la trouver dans toutes les névroses et même dans les névralgies extérieures de longue durée.

Les articles étiologie, diagnostic et traitement ont fourni à l'auteur l'occasion de reproduire une partie des acquisitions que la science a faites depuis la dernière édition de son traité des gastralgies. Aussi, nous recommandons ce travail, non-seulement à tous ceux qui ont en main le traité dont il est vraiment le supplément; mais même à tous les médecins qui doivent acquérir des connaissances sur les recherches dont cette affection a été le sujet depuis quelques années.

PRINCIPES ÉLÉMENTAIRES DE PHARMACEUTIQUE OU EXPOSITION DU SYSTÈME DES CONNAISSANCES RELATIVES A L'ART DU PHARMACIEN; par P. A. CAP, pharmacien. Paris 1837. Un vol. in-8 de 432 pages. Chez J. B. Baillière, rue de l'École-de-Médecine, 19 bis.

Le premier besoin de l'étudiant en pharmacie, comme au reste de tous ceux qui veulent se livrer à l'étude des sciences et surtout des sciences pratiques, c'est un bon ouvrage élémentaire, c'est un livre qui les dirige dans leurs travaux, dans le choix des cours auxquels ils doivent attacher le plus d'importance, des livres qu'ils doivent préférer, des parties spéciales de la science qui réclament surtout leur attention. Mais il est peu de sciences pratiques qui possèdent de bons livres élémentaires, et sous ce rapport la pharmacie présentait une lacune véritable. Il ne suffit pas en effet d'écrire avec concision et clarté en style aphoristique, de posséder toute la partie théorique d'une science pour apprendre à ceux qui veulent la pratiquer la route qu'ils doivent suivre; il faut, outre le savoir qui est de première nécessité, avoir longtemps professé, connaître les points sur lesquels il est le plus important d'insister pour être parfaitement compris des élèves, et être surtout familiarisé avec toutes les difficultés de la pratique. Si à ces difficultés qui exigent pour être surmontées une intelligence élevée et de vastes connaissances pratiques, nous joignons le peu de bénéfices pécuniaires et honoraires que les auteurs retirent de ces sortes de travaux, nous comprendrons facilement pourquoi ils sont en si petit nombre.

Le travail de M. Cap nous semble devoir remplir la lacune que présentait sous ce rapport l'étude de la pharmacie : un coup d'œil sur les principales divisions le démontrera facilement. Quelques considérations sur l'ordre, la durée des études pharmaceutiques, et les travaux préparatoires servent d'introduction à l'ouvrage qui est divisé en trois livres. Les deux premiers sont consacrés à la période officinale qui elle-même reconnaît deux époques; la première, dans laquelle l'élève doit étudier les préparations et les produits de premier et de deuxième ordre, c'est-à-dire ceux qu'on obtient par la division et l'extraction; la deuxième, pendant laquelle il doit se familiariser avec les préparations et les produits de troisième et de quatrième ordre, qui sont le résultat du mélange et de la combinaison, et acquérir les notions élémentaires de la chimie. Avec le troisime livre commence la période scolaire comprenant nécessairement la minéralogie, la botanique, la zoologie et la toxicologie. Si nous suivons l'auteur dans le développement de ces différentes parties, nous verrons que son ouvrage est non seulement complet dans la disposition du plan général, mais encore dans les détails. Enfin il n'est pas jusqu'à la moralité des élèves dont ne s'occupe M. Cap, et nous l'en louons fortement; car aujourd'hui qu'il est bien démontré que le savoir ne suffit pas pour rendre les hommes honnêtes, qu'en réalité il n'a pour effet, par lui-même, que de maintenir le malhonnête homme dans certaines limites, hors desquelles il se compromettrait, nous croyons qu'il est bien de parler des qualités du cœur à l'âge où elles peuvent être développées; à la fin de chaque livre de l'ouvrage de M. Cap, il y a un chapitre sur les devoirs particuliers de l'élève de la classe. Nous voudrions que tous les pharmaciens fussent bien pénétrés des principes que l'auteur pose avec sagesse dans le dernier chapitre où il s'occupe de la moralité de la profession et de la moralité de celui qui l'exerce; la pharmacie aurait bientôt repris la place éminente qu'elle mérite parmi les professions scientifiques et libérales.

RECHERCHES MÉDICO-PHYSIOLOGIQUES SUR L'ÉLECTRITÉ ANIMALE; par le docteur COUDRET. — Paris, 1827. Un vol. in-8°; 500 pag. Chez Just Rouvier et L. Bouvier, rue de l'École-de-Médecine, 8.

Le titre de cet ouvrage ne nous paraît pas exprimer aussi complètement qu'on pourrait le désirer la nature même du travail de M. Coudret. Il s'agit moins, en effet, dans ce volume, des phénomènes électriques que présentent les animaux, ainsi qu'on pourrait le croire, que de recherches sur l'électricité des parties à l'état pathologique, et surtout de l'application des données qui en ressortent au traitement de ces maladies. C'est un ouvrage de médecine pratique plus encore que de physique médicale. Ce n'est pas cependant que l'auteur ne nous ait offert des considérations purement scientifiques dans un avant-propos d'une assez grande étendue. Mais ces considérations étaient une introduction nécessaire pour l'intelligence du reste de l'ouvrage. En effet, M. Coudret n'explique pas l'action pathologique de l'électricité sur nos organes, comme l'ont fait la plupart des physiciens, et les moyens qu'il emploie pour contrebalancer cette action diffèrent de ceux conseillés par ceux qui l'avaient précédé dans l'étude de cette partie importante de la physiologie médicale.

L'électricité, que personne n'a pu, jusqu'à ce moment, saisir, et dont l'existence n'est admise que d'après certains effets, qui semblent tous dépendre d'une seule et même cause, a donné lieu aux hypothèses les plus opposées et souvent très ingénieuses. Celle de ces hypothèses qui nous paraît la plus rapprochée de la vérité rattache l'électricité à la même série de phénomènes que la chaleur et la lumière; une de celles, au contraire, qui nous semble la plus éloignée, c'est celle qui attribue à la même cause les phénomènes électriques et les phénomènes vitaux. L'électricité est évidemment trop répandue dans les trois règnes pour que cette opinion, qui excita tant d'enthousiasme, soit admise de nos jours; mais

il reste encore beaucoup à faire, même après les travaux des physiologistes modernes, pour apprécier avec quelqu'exactitude le rôle que joue l'électricité dans les phénomènes organiques. Cependant M. Coudret admet comme démontré que les nerfs sont de véritables conducteurs organiques, et qu'ils offrent à l'électricité, qu'il regarde comme en étant l'agent ou le principe moteur, deux ordres de courant, l'un du cerveau aux organes, et l'autre des organes au cerveau. Le fluide électrique est, d'après lui, la même chose que le fluide nerveux. Ces deux fluides, dont on n'admet l'existence que par hypothèse, peuvent se remplacer mutuellement, au moins dans de certaines limites. Cette assertion, qui compte un grand nombre de partisans, mais ne nous paraît pas encore démontrée, et à l'appui de laquelle l'auteur rapporte une foule de faits, qui ne permettent pas de méconnaître au moins une certaine analogie, est suivie de deux assertions, dont le volume que nous avons en main n'est que le développement. La première, c'est que toute partie inflammatoire ou douloureuse dégage une quantité notable d'électricité (probablement plus considérable que dans l'état normal); la seconde, c'est que tout moyen propre à soustraire cet excès de fluide produit les effets antiphlogistiques et sédatifs les plus salutaires. Ainsi ce n'est pas à la surabondance ou à la trop petite quantité de l'un des deux fluides que les physiciens ont supposé exister dans l'électrité que M. Condret atribue l'influence fâcheuse qu'exerce cette dernière sur l'économie vivante, mais bien à l'excès de cette électricité elle-même. Il ne s'agira donc plus, pour porter remède aux maux qui en résultent, de rétablir, dans le siége souffrant, l'équilibre entre les deux fluides naturels, mais d'enlever l'excès d'électricité qui détermine la phlogose ou l'inflammation.

Si maintenant nous examinons avec M. Condret la manière dont jusqu'ici on a agi sur l'électricité, nous reconnaîtrons qu'on a fait tout le contraire de ce qu'il croit indiqué dans ces cas. « On pourra s'en convaincre aisément, dit-il, en parcourant les divers établissemens où ces moyens sont mis en usage; on n'y verra que des appareils propres à produire et à communiquer l'électricité, c'est-à-dire ayant tous la propriété de conserver, de céder plus ou moins d'électricité à l'économie, et parconséquent d'exciter plus ou moins d'effervescence et d'irritation dans nos organes; on s'est beaucoup occupé de communiquer de l'électricité à nos tissus malades; mais personne, jusqu'à M. Fozenbas, n'avait encore eu l'heureuse idée de leur en soustraire. » C'est précisément là le but de l'ouvrage de M. Coudret: c'est de faire connaître une méthode d'après laquelle il croit qu'il est facile d'enlever aux organes l'excès d'électricité qui les surexcite et détermine l'inflammation de leurs tissus. Voici en quoi consiste cette méthode. Dans les cas où l'auteur croit utile d'enlever de l'électricité, il applique sur les parties enflammées un appareil à pointes métalliques, armé d'un manche isolant, et offrant à son centre un cordon conducteur propre à mettre une aiguille en communication avec le sol; en même temps, pour mieux favoriser la perte de l'électricité par tous les points du corps à la fois, on attache un corps conducteur particulier à l'un des pieds et on le met en contact avec le sol. Les nombreuses aiguilles dont se compose l'électromoteur sont disposées de manière à ne pas s'appliquer sur la peau et à en être cependant assez rapprochées pour qu'elles agissent sur l'électricité de la partie par l'influence des pointes; cet instrument une fois appliqué est maintenu pendant un temps dont la durée varie, mais dont le terme moyen est une heure.

Nous devons maintenant indiquer les maladies où l'application de l'électromoteur a paru à l'auteur avoir été suivie d'heureux résultats; d'après ce que nous avons déjà dit du mode d'action de cet instrument, il est évident qu'on ne peut en attendre d'heureux effets que dans les cas d'excitation ou de fluxion active. Aussi les 96 observations qui sont rapportées avec tous les développemens désirables ont toutes rapport à des phlegmasies presque toujours superficielles, à des affections nerveuses, ou au trouble de quelques fonctions importantes; c'est surtout dans les cas d'ophthalmie, de migraine, de palpitations du cœur, d'érysipèle, etc., que l'application de l'électromoteur a paru le plus utile à l'auteur. Il est vrai que le plus souvent M. Coudret ou les praticiens qui lui ont fourni l'observation employaient en même temps les autres moyens recommandés par la science; mais si l'on examine avec soin les faits rapportés ici, il paraîtra difficile de ne pas reconnaître l'efficacité de l'électromoteur.

Quelqu'opinion, au reste, que l'on ait sur les diverses questions relatives à l'électricité et que M. Condret regarde comme résolues, on n'en parcourra pas moins avec intérêt l'ouvrage dans lequel il a consigné les faits nombreux qui viennent à l'appui de sa théorie. Beaucoup d'entre eux ont été recueillis par lui-même; un plus grand nombre lui ont été communiqués par des confrères qui ont voulu expérimenter avec l'électromoteur. Ce travail offre non seulement l'avantage de rappeler l'attention sur un sujet trop souvent repris et négligé, et qui ne mérite pas un abandon complet, mais encore il fournit une nouvelle manière d'expliquer des phénomènes toujours obscurs, et si les faits avancés par l'auteur sont confirmés par d'autres expérimentateurs, nous offre un nouveau moyen thérapeutique d'une application facile et peu dispendieuse.

VARIÉTÉS.

DERNIÈRES EXCUSES A MM. LES PHRÉNOLOGISTES; PAR J. J. VIREY.

Paris, 28 mai 1838.

Monsieur le rédacteur,

Permettez-moi de me distraire parfois de travaux plus sérieux pour disséquer certaines monstruosités médicales assez amusantes, à charge de revanche, car il est utile de s'éclairer mutuellement.

Je fais des excuses à MM. les phrénologistes si je m'en tiens encore aujourd'hui à la première opinion de M. Broussais, dans son bon temps, traitant de *charlatan* le docteur Gall, malgré son mérite remarquable comme anatomiste.

Si Gall et Spurzheim sont venus lire la bonne aventure sur nos crânes; si chacun d'eux localisa, en dépit de l'autre, les protubérances en leur imputant à son gré des attributions différentes, ces deux augures n'ont pu bientôt se regarder sans rire. Il fallut que l'un devînt l'apôtre des Gentils, tandis que Gall se chargea d'exploiter la crédulité dans les Gaules.

Que les phrénologistes daignent donc me pardonner si je leur renouvelle le défi solennel d'affronter, à la face du soleil, les circonscriptions anatomiques de ces protubérances et de démontrer enfin les facultés qu'ils leur assignent après trente ans de vaines tentatives.

Par exemple, on aimait jadis *de tout son cœur*; maintenant les phrénologistes disent à leur objet chéri *je vous adore de tout mon occiput*, ce qui est plus galant et surtout plus organique.

Si, selon eux, le cervelet est le moteur de la génération, le vrai siége de l'amour; sans cet organe, Vénus et Cupidon seront exilés de l'univers. Il faut dès lors que ces doctes phrénologues se mettent en quête du cervelet dans tout le règne végétal, afin d'expliquer les mouvemens des étamines et des pistils des fleurs phanérogames; il faut qu'ils nous dévoilent, ces hommes de progrès, comme quoi des milliards d'animaux *naturellement acéphales*, les zoophytes; sans système nerveux, sont cependant les plus reproductifs de notre globe, comme quoi tous les autres invertébrés, également privés de cervelet ou d'autre appareil nerveux qui lui corresponde (1), jouissent d'une fécondité si prodigieuse.

Car si l'on engendre bien plus sans cervelet qu'avec le cervelet, trouvé seulement dans la classe des vertébrés, il est clair qu'on donne au moins des preuves d'une stérile impuissance encéphalique.

On nous accordera sans doute, comme à tout autre individu, la *protubérance de la vénération* pour la vertu, le génie, la divinité. Nous signalerons néanmoins en elle ce dédain involontaire et prononcé contre le système phrénologique: problème digne d'exercer la sagacité de ses sectateurs. Qu'ils dévoilent la cause de cette disposition si fréquente dans l'encéphale de leurs adversaires. Ils en découvriront probablement la source dans certain enfoncement de mépris pour leur hypothèse.

Quant à la bosse de la *cruauté*, qu'on est forcé de reconnaître énorme chez les moutons, nous n'aurons pas la cruauté d'y insister par pitié pour ces barbares dévorateurs de l'herbe.

Nous pourrions ajouter sans doute de nouvelles bosses à celles déjà si proéminentes de ridicule, mais nous nous réservons d'en produire d'autres à la phrénologie en cas d'éruption ultérieure de cette science.

Ce n'est point en effet sa dernière métamorphose, puisque son chef actuel a déjà *pressenti* le magnétisme animal et l'homœopathie.

Agréez, etc. J. J. VIREY.

— SUR LA CURABILITÉ DU RAMOLLISSEMENT DU CERVEAU. M. Dechambre a publié dans la GAZETTE MÉDICALE du 19 mai un mémoire étendu dans lequel il me paraît avoir tranché la question de la curabilité du ramollissement du cerveau. A ce sujet, j'ai entendu dernièrement M. Piorry exprimer une idée que je crois utile de faire connaître. On sait que, dans son opinion, un grand nombre de ramollissemens sont dus à une espèce de gangrène du cerveau, occasionnée par un arrêt de la circulation; et tel est le mode d'action qu'il attribue aux ossifications des artères cérébrales chez le vieillard. Il a même, dans un cas remarquable publié dans le *bulletin clinique*, annoncé pendant la vie qu'un ramollissement de l'hémisphère droit avait pour cause une oblitération de l'artère vertébrale du même côté, et la nécroscopie confirme ce diagnostic hardi. M. Piorry semblait regretter que M. Dechambre n'eût point porté ses investigations de ce côté. Il pense, avec raison, que si des cas analogues à ceux que ce dernier vient de publier se présentaient encore à son observation ou à celle de tout autre médecin, il serait très important de s'assurer de l'état des artères qui se rendent au cerveau, car la liberté de leur calibre est, suivant lui, indispensable à la guérison.

M. Dechambre me pardonnera, tout en le félicitant sur son excellent mémoire, de lui rappeler cet oubli. Je ne suis ici que l'interprète de la pensée de

(1) Ni Poli, ni Cuvier, dans les mollusques nus et testacés, ni Willis et Brandt chez les crustacés, ni Delle Chiaje dans les annélides, ni Lyonet et Strauss chez les insectes et les arachnides, n'ont observé la moindre trace de cervelet, quoique tous ces invertébrés, presque innombrables, soient éminemment féconds et ardens en amour. Mais les phrénologistes se doutent-ils de ces faits d'anatomie comparée?

M. Piorry. Je serais néanmoins heureux si les hommes qui travaillent aux progrès de la pathologie cérébrale devaient en profiter. M. Dechambre, surtout, doit accepter avec plaisir la recommandation de chercher dans les *dispositions anatomiques* les conditions de curabilité ou d'incurabilité du ramollissement, de la part d'un homme qui disait de lui dernièrement, en pleine académie, que « jeune médecin de la plus grande espérance, et *habitué à voir dans l'anatomie le guide le plus sûr de la médecine pratique*, il avait porté sur la plupart des organes du vieillard une investigation féconde. »

Dewulf, élève des hôpitaux.

— École auxiliaire et progressive de médecine, impasse des Vignes, n° 2, par la rue des Postes, fondée par la société de perfectionnement des études d'application. — Cours de pathologie spéciale, ou description de toutes les maladies soit chirurgicales, soit du domaine de la pathologie interne. (3e, 4e, 5e examens. — Concours des hôpitaux et des écoles pratiques.)

M. Sanson Alphonse, directeur, a fait, mercredi 16 mai, à quatre heures de relevé, l'ouverture de ce cours, par l'exposition des phénomènes de l'inflammation.

M. Aug. Bérard, professeur agrégé et chirurgien des hôpitaux, a continué ce cours, pour la partie chirurgicale, par l'histoire des plaies. Il a commencé ce sujet le lundi 21 mai, à la même heure. Ce cours sera ensuite continué par M. Huguier, chirurgien des hôpitaux, qui traitera des fractures, par M. Michon, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux, qui traitera des anévrismes et des hernies, etc.

M. Dalmas, professeur agrégé, médecin des hôpitaux, qui continue ce cours, pour la partie médicale, par l'histoire des fièvres, a commencé ce sujet le lundi 21 mai, à cinq heures.

M. Louis, membre de l'Académie et médecin de l'Hôtel-Dieu, continuera cette même partie par l'histoire de la fièvre typhoïde.

M. Baron, membre de l'Académie de médecine et médecin de l'hôpital des Enfans, par celle des affections catarrhales et des fièvres éruptives, etc. Ce cours sera achevé avant le 31 août.

M. le docteur Ricord commencera l'histoire des maladies syphilitiques le samedi 2 juin, à dix heures et demie du matin, et continuera les lundi, mercredi, jeudi et samedi, à la même heure.

Il sera délivré des cartes gratuites à ceux de MM. les élèves qui s'adresseront à l'un des professeurs délégués, ou soit au directeur, soit au censeur de l'école.

Des conférences seront ouvertes, afin de préparer les élèves qui désirent concourir pour les hôpitaux ou pour l'école pratique.

— Anatomie du système nerveux de l'homme, avec planches lithographiées, grandeur naturelle; par J. Cruveilhier, professeur à la faculté de médecine de Paris.

Cet ouvrage a pour objet la représentation fidèle et la description d'un système d'organes sans la connaissance duquel la physiologie et la pathologie seraient à beaucoup d'égards lettres closes.

Relativement aux nerfs, déterminer leur distribution rigoureuse, de telle sorte qu'on puisse établir, d'une part, la sphère d'activité de chaque nerf, et, d'une autre part, les lois qui président à l'association des nerfs dans chaque organe; disséquer les nerfs non seulement dans leurs cordons, mais dans les filets qui entrent dans la composition de chaque cordon, et pour cela, dissoudre leur névrilemme à l'aide de l'acide nitrique; suivre les filets, je dirais presque les filamens nerveux à travers les plexus, les anastomoses et même à travers les ganglions, de manière à établir leur continuité depuis l'extrémité centrale jusqu'à l'extrémité périphérique; rechercher les nerfs dans les tissus où ils n'ont pas encore été découverts; étudier leurs variétés anatomiques; résoudre par le scalpel les questions d'homogénéité et d'hétérogénéité du système nerveux; déduire de tous les faits de détail des conséquences ou des lois à l'aide desquelles, redescendant l'échelle si laborieusement parcourue, nous puissions étudier philosophiquement les faits de détail.

Relativement au cerveau : topographie minutieusement étudiée; description exacte des circonvolutions et de leurs variétés anatomiques; texture de l'encéphale; rapports de volume et de développement entre les différentes parties de la masse encéphalo-rachidienne; rapports de continuité entre les différentes parties de cette masse; rapports de l'extrémité centrale des nerfs avec l'axe encéphalo-rachidien.

Telles sont les principales questions qui m'occuperont dans le cours de ce travail, qui se composera : 1° de planches anatomiques in-folio, avec explication en marge; 2° d'un volume de texte in-8°.

Les planches paraîtront par livraison à des époques déterminées. Le quatrième volume de l'*Anatomie descriptive*, où j'ai dû me resserrer dans le cadre obligé d'un livre élémentaire, pourra d'ailleurs provisoirement suppléer au texte, qui paraîtra à une époque peu éloignée.

Prix de la livraison : 11 fr.

— Essai sur l'application de la chimie à l'étude physiologique du sang de l'homme, et à l'étude physiologico-pathologique, hygiénique et thérapeutique de cette humeur; par Denis, docteur en médecine. — Un vol. in-8. Prix : 4 f. 50 c.

A Paris chez Bechet jeune, libraire de la faculté de médecine, place de l'Ecole-de-médecine, 4.

— Histoire statistique et morale des enfans trouvés, suivie de cent tableaux; par J.-F. Terme, président de l'administration des hôpitaux de Lyon; et J.-B. Monfalcon, médecin de l'Hôtel-Dieu et des prisons de Lyon; 1 vol. in-8, 500 p. Lyon, 1837. Prix 9 fr. A Paris, chez J.-B. Baillière, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, 13 *bis*.

Le travail important de MM. Terme et Monfalcon nous paraît devoir occuper une place remarquable dans la discussion dont les enfans trouvés sont en ce moment l'objet. Nous nous proposons de l'examiner prochainement avec toute l'attention qu'il mérite et qu'exige la gravité des questions qui y sont agitées.

— Traité des maladies des femmes et de l'hygiène spéciale de leur sexe, orné de planches représentant un grand nombre de dessins; par M. Colombat (de l'Isère), docteur en médecine, etc., etc.; 2 forts vol. in-8. Prix br. pour Paris, 14 fr.; et franc de port par la poste, 17 fr. A Paris, chez Labé, libraire, successeur de Deville-Cavellin, rue de l'Ecole-de-Médecine, 10, ancienne maison Gabon.

Nota. Nous consacrerons prochainement un article détaillé à cette nouvelle publication, qui vient remplir une lacune réelle dans la bibliographie médicale; car nous ne possédions pas d'ouvrage complet et qui fût réellement au courant de la science sur la pathologie des femmes, depuis l'âge de puberté jusqu'à la vieillesse.

— Recherches sur l'encéphale, sa structure, ses fonctions et ses maladies; par M. Parchappe, médecin en chef de l'asile des aliénés de la Seine-Inférieure, professeur à l'école secondaire de médecine de Rouen.

Deuxième mémoire : *Des altérations de l'encéphale dans l'aliénation mentale*. 1 vol. in-8. Prix : 5 fr. 50 c.

Le premier mémoire traite *du volume de la tête et de l'encéphale chez l'homme*. 1 vol. in-8. Prix : 3 fr. 50 c.

A Paris, à la librairie des sciences médicales de Just Rouvier et E. Le Bouvier, rue de l'Ecole-de-Médecine, 8.

— Relation de la peste qui a régné en Grèce en 1827 et 1828, contenant des vues nouvelles sur la marche et le traitement de cette maladie; par L. A. Gosse, docteur en médecine, chevalier de l'ordre du Sauveur. 1 vol. in-8. Prix : 4 fr.

A Paris, chez Ab. Cherbuliez et comp., libraires, rue de Tournon, 17. Genève, même maison.

— Compendium de médecine pratique ou exposé analytique et raisonné des travaux contenus dans les principaux traités de pathologie interne; par MM. Louis Delaberge, docteur en médecine, agrégé à la faculté de médecine de Paris, professeur particulier de pathologie interne, et Ed. Monneret, docteur en médecine, professeur particulier d'hygiène appliquée, t. 2, 7e liv.

Prix de chaque livraison : 3 fr. 50 c., et 4 fr. 50 c. franc de port par la poste.

On souscrit à Paris chez Bechet jeune, libraire de la faculté de médecine, place de l'Ecole-de-Médecine, 4, et chez tous les libraires des départemens.

— Traité des bandages, des pansemens et de leurs appareils; par P. N. Gerdy, professeur de chirurgie à la faculté de médecine de Paris, chirurgien et professeur de clinique à l'hôpital Saint-Louis, etc., etc.

Deuxième édition, revue, corrigée et considérablement augmentée. 2 vol. in-8 avec atlas in-4 de 20 pl. gravées.

L'ouvrage ne devant se vendre que complet, le prix en est fixé à 18 f.

En vente. — Le t. 1 : *Traité des bandages*. Paris 1837. 1 vol. in-8 br., et atlas in-4 de 17 pl. gravées. Prix : 14 fr.

Sous presse. — Pour le t. 2 : *Traité des pansemens et de leurs appareils*, Paris 1838. 1 vol. in-8 avec 3 pl., on n'aura à payer que 4 fr.

— Manuel de la physiologie de l'homme, ou Description succincte des phénomènes de son organisation; par Ph. Hutin; 2e édition, revue, corrigée et considérablement augmentée. Prix 6 f. Paris 1838, chez Méquignon-Marvis père et fils, libraires-éditeurs, rue du Jardinet, 13.

— Manuel des eaux minérales, par MM. Patissier et Boutron-Charlard. 1 vol. in-8°. Prix, 7 fr., et 8 fr. 50 par la poste.

A Paris, chez Louis Colas, rue Dauphine, 32.

— Prodromus systematis naturalis regni vegetabilis, sive enumeratio contracta ordinum, generum, specierumque plantarum huc usque cognitarum, juxta methodi naturalis normas digesta; auctore Aug. Pyramo de Candolle. Pars septima; sectio prior, sistens compositarum tribus ultimas et ordines mantissam. 1 vol. in-8°. 1838.

Paris, Treuttel et Wurtz, rue de Lille, 17. — Strasbourg, même maison. Prix : 9 fr.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

IMPRIMERIE DE FÉLIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

Gazette Médicale
DE PARIS.

LA GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunis) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°.—Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Poissonnière*, n° 5, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

MÉDECINE PRATIQUE.

MÉMOIRE SUR LA CHLOROSE ET SES COMPLICATIONS; par M. ASHWELL, professeur de clinique obstétricale à Londres, médecin de l'hôpital Guy.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

§ IV. TRAITEMENT.

J'arrive à présent à la dernière partie de ce mémoire, au traitement.

J'ai déjà dit que pour être employé avec succès, le traitement doit être fait de bonne heure et poursuivi pendant longtemps avec persévérance.

J'ai aussi fait observer que cette maladie se rattache à tout l'organisme et nullement à un organe en particulier, et qu'elle porte son action sur la vitalité générale de la constitution. Si le principe animalisant était sain, si le sang était assez abondant et vitalisé, il n'y aurait pas de chlorose; et pourtant cette maladie constitutionnelle produit souvent de tels dérangemens de fonctions, de telles affections dans certains viscères, qu'elle demande parfois un traitement local et général en même temps.

On conçoit par conséquent combien de sagacité et de tact il faut pour bien diriger un traitement antichlorotique. Il importe non seulement de ne pas employer des médications contradictoires qui se neutralisent entre-elles, mais encore de proportionner le tout à la nature des complications qu'on doit bien discerner, et aux différentes périodes de l'affection.

Il résulte de ces considérations que le traitement doit varier selon le caractère particulier de la maladie.

1° Dans la chlorose légère, simple ou compliquée d'aménorrhée, les remèdes constitutionnels seuls suffisent : ils doivent avoir pour but de fortifier la santé générale et de rétablir la puberté. Lorsque ces points auront été gagnés si la fonction utérine tarde à se remettre, ce retard peut

Feuilleton.

DE L'HYGIÈNE CHEZ LES PEUPLES BARBARES.

Dans tout état social les hommes possèdent un système habituel quelconque pour la conservation de leur santé et la culture de leurs propriétés physiques et morales. A mesure que la vie est mieux appréciée, que le même nombre d'individus consomme plus de matériaux, qu'il a plus de pensées et de sentimens, et agit avec plus d'ensemble, les moyens de protection et d'extension se multiplient et se consolident. Le progrès est imperceptible quand il marche pas à pas; mais vu dans ses résultats et dans son ensemble il peut être divisé en trois périodes très marquées, depuis l'état sauvage des nations jusqu'à celui de civilisation. Considérées sous le point de vue physiologique, ces périodes ont pour sujet la vie des peuples sauvages, celle des peuples barbares et enfin celle des peuples civilisés.

A l'état sauvage l'homme peut à peine se procurer l'aliment nécessaire aux besoins de ses organes indolens; sa seule sollicitude est la nourriture; une sorte d'hygiène instinctive le rend apte à continuer et son existence et sa race. Il est cependant en progrès du moment que le système locomoteur et que sa force musculaire prédominent; il éprouve de la satisfaction, de l'émulation, non seulement dans les amusemens des champs, mais encore dans les jeux publics, les contestations violentes et la guerre. Dans le plus haut degré de civilisation, les désirs et la force corporelle sont développés et subordonnés aux sentimens de bienveillance, de justice et de beauté, et gouvernés par l'intelligence. Les originaires de la Nouvelle-Hollande, les indiens de l'Amérique du Nord, la nation anglaise elle-même fournissent des exemples de ces trois périodes de la vie sociale; on voit dans ces périodes le système nutritif, le musculaire et l'encéphalique présenter des relations très différentes, et être subordonnés différemment à la nature. Les Grecs mangeurs de gland, les héros homériques, et les Athéniens du siècle de Périclès en offrent des exemples aussi distincts que la statue d'un esclave, d'un Hercule ou d'un Jupiter phidien.

A l'état de barbarie, les hommes ne pourvoient qu'irrégulièrement à leur alimentation; ils dépendent non seulement des saisons mais encore des accidens; ils manquent de machines; le travail manuel et l'adresse seuls doivent suppléer à leurs besoins; ils sont exposés aux plus grandes vicissitudes atmosphériques, à l'influence destructive de la terre couverte de végétaux indomptables ou gelés; leur esprit est incessamment agité d'incertitudes et de terreurs;

quelquefois dépendre de l'espèce de torpeur dans laquelle se trouvent les organes de la reproduction : les emménagogues peuvent alors être heureusement employés.

2° Lorsque la chlorose est compliquée différemment, il arrive souvent que les organes, ou la partie de l'organisme principalement impliquée, offrent des symptômes si imposans qu'ils masquent la chlorose primitive et sa compagne, l'aménorrhée. Il ne faut pas oublier cependant que ces dernières ont été la source des complications, le sol sur lequel les complications se sont développées. Le traitement dans ce cas réclame des modifications; il doit être nécessairement moins constitutionnel et prendre pour quelque temps le caractère symptomatique ou local.

3° Enfin, quand on craint ou on suspecte l'altération organique du poumon, c'est contre cette complication que les vues du praticien doivent se diriger principalement; le danger est ici fort grand, c'est lui qu'il faut conjurer avant tout. Il ne faut cependant pas oublier que si la puberté peut se développer assez pour établir au moins en partie la menstruation, cette formidable complication peut disparaître.

Il est donc évident qu'une action combinée est nécessaire pour bien réussir dans le traitement. La médecine seule ne peut pas tout faire; et pourtant, les autres mesures sans la médecine échonent le plus souvent. Si l'on veut se rappeler que la maladie est protéiforme et qu'elle offre des degrés variables, l'on comprendra que des efforts constans deviennent nécessaires, non seulement en variant les anciennes ressources, mais encore en employant les nouvelles.

Le traitement de la forme la plus commune de la chlorose, de celle qui accompagne l'époque de la puberté, peut être regardé comme le type de la médication de toutes les autres; en ayant égard, bien entendu, aux modifications particulières dont nous venons de parler. C'est ici, au premier début de la maladie, lorsque son caractère n'est pas compris, ou lorsqu'elle est traitée empiriquement, qu'on commet la plus grande erreur. On la regarde comme une lésion locale et l'on méconnaît l'affection constitutionnelle. Beaucoup de ces infortunées sont sacrifiées aux vains et ignorans efforts qu'on fait pour établir la menstruation.

Le mercure, les purgatifs drastiques et les emménagogues sont employés avec profusion : on détruit de la sorte le reste de la force constitutionnelle et l'on fait irrévocablement marcher le mal vers la phthisie.

Je n'ai pas l'intention d'amplifier davantage ce mémoire, déjà trop long, en commentant certaines erreurs qu'on commet tous les jours dans la direction du physique des jeunes personnes. Je ne puis cependant pas m'empêcher d'appeler l'attention sur le régime, l'air, l'exercice et les habillemens qu'on prescrit aux jeunes personnes. On conviendra que si, dans ces particularités, l'on s'écarte beaucoup des préceptes de la nature et du bon sens, on court grand risque de débiliter la constitution et de la prédisposer à la maladie.

Dans notre climat, cela exige de la part des institutrices une instruction particulière, de la prudence et de la vigilance, et je suis du nombre de ceux qui pensent qu'il est à peine possible de bien connaître ces choses quand on ne les a étudiées que superficiellement. Si les usages nationaux à cet égard pouvaient être changés, la chlorose, la puberté imparfaite et l'aménorrhée deviendraient rares, tandis qu'elles ne sont malheureusement qu'extrêmement fréquentes, surtout dans les familles des classes élevées et moyennes.

La chlorose est une affection rare dans les contrées rurales. Là les jeunes personnes vivent à l'air ouvert; pour elles, il n'est pas honteux de se promener à pied et de courir, ni contraire aux bienséances de jouer, de s'amuser avec activité et vigueur. Chez elles la constitution acquiert de l'énergie, chaque organe prend le développement naturel, le fluide vital est abondant et d'excellente qualité, la nutrition saine; et la puberté se développe complètement et sans difficulté.

Ces remarques peuvent servir de règle de conduite pour traiter la simple chlorose aménorrhéique. Bien qu'il soit à peine possible de présenter une histoire succincte et spécifique de la pathologie de cette complication ni des autres, il n'est pourtant pas difficile de décrire avec simplicité et exactitude l'ordre des phénomènes morbides et des moyens à l'aide desquels on peut les apaiser, sinon les guérir.

J'ai déjà établi que la maladie a pour base une sorte d'anémie générale. On peut regarder cette anémie comme un véritable peloton dont le déroulement donne naissance aux symptômes ci-devant indiqués. Cela explique toujours la nature de la maladie, qu'elle soit bornée aux systèmes généraux, aux organes en particulier, à des tissus spéciaux, ou bien dans les fluides de l'économie.

Afin de procéder avec méthode, je commence le traitement par porter mon attention sur les organes digestifs; car je regarde le désordre de ces organes comme une cause qui seconde singulièrement les progrès de la maladie. L'avantage de leur amélioration ne se limite pas à eux-mêmes; la qualité détériorée du sang et son défaut de quantité doivent leur origine à l'état d'imperfection des organes digestifs. La teinte jaunâtre de l'organe cutané fait souvent croire à une maladie du foie; cependant la palpation abdominale, l'inspection des urines et des matières fécales démontrent le peu de fondement de cette croyance.

Je commence donc par rétablir les sécrétions journalières, le tube digestif. Il est cependant de la plus haute importance de bien choisir les substances propres à remplir cette indication. Si vous donnez les mercuriaux et les drastiques souvent et à fortes doses, vous irriterez le tube intestinal, les évacuations sont muqueuses, malsaines, comme indigestes et quelquefois même sanguinolentes. D'un autre côté, si la purgation est excessive, si l'on ne fait que cela pour tout le traitement, il en résulte une débilité, une sorte d'épuisement, et au lieu de s'améliorer les symptômes s'aggravent et deviennent alarmans. Les meilleurs moyens pour remplir cette indication sont l'aloès, la rhubarbe, le sulfate de soude et la manne. Si l'administration d'un remède altérant est jugée nécessaire, c'est l'*hydrargyrum cum creta* qu'il faut choisir.

Il ne faut pas oublier en même temps que l'injection d'une pinte d'eau chaude dans le rectum, une, deux ou trois fois par semaine est le meilleur des remèdes pour aider le mouvement péristaltique et le déchargement du gros intestin. La décoction composée d'aloès avec la teinture de cardamome; le vin d'aloès avec la teinture de rhubarbe; telles sont les formes que je préfère pour l'administration de ces remèdes. Une chose fort importante est de bien combiner les médicamens évacuans aux doux cordiaux. La formule suivante est celle qui m'a donné les meilleurs résultats.

Prenez : poudre de rhubarbe, demi-gros.
sous-carbonate de magnésie, demi-gros.
conf. arom., un scrupule.
eau de cinnamome, neuf gros.
teinture card. c., un gros. m. f. potion à répéter deux à trois fois par semaine.

dans les maladies ils manquent des bienfaits de la médecine; néanmoins dans les climats tempérés les tribus barbares sont ordinairement très actives et les individus bien constitués. Qui donne à la constitution les moyens de triompher de tant de causes qui attaquent son existence? L'exercice, la transpiration à l'air libre et l'abondance d'oxygène; ce sont là des moyens puissans; mais le principe fondamental de leur conservation est l'absence d'une grande sensualité dans les climats froids, et la loi inexorable qui veut que les enfans faibles, dont le nombre monte aux deux tiers, périssent avant l'âge de la puberté; ce qui reste pour la conservation de la race n'est alors composé que de sujets forts et invincibles.

A Londres, en Angleterre et dans des états moins favorisés par le climat, il périt tous les ans, un, deux ou trois enfans sur quatre, avant l'âge de la puberté. A quoi tiennent ces hécatombes déplorables qui saignent le cœur de tant de mères? C'est là un de ces malheurs que dans l'état présent les hommes sont condamnés à essuyer, bien que ce ne soit pas sans espoir de le voir diminuer. Examinons en attendant de plus près la question. Sur 3000 naissances, 2000 enfans périssent avant l'âge de la puberté. Or, de deux choses l'une, ou les 2000 enfans meurent tous à l'âge de 13 ans, et dans ce cas chaque génération dure treize ans, et son nombre est double de celui des enfans incapables de pourvoir à leur existence; ou bien les 2000 enfans meurent en naissant; alors les produits du travail, l'aliment qu'ils devaient consommer seront exclusivement appropriés aux 1000 enfans vivans et aux adultes pour lesquels ils seraient à peine suffisans. Ni l'un ni l'autre de ces cas extrêmes n'a lieu en réalité : un grand nombre de ceux qui meurent avant la puberté périssent pendant les trois premiers mois. Près de la moitié de ces décès ont lieu dans le courant de la première année, par convulsions, diarrhée, etc.; le reste succombe graduellement à des époques un peu plus éloignées.

Une loi physiologique cruelle veut qu'un grand nombre d'enfans périsse tous les ans. Les barbares visent à n'élever que les enfans forts et capables de résister à la dureté des saisons et des hommes; ils emploient souvent des moyens pour s'assurer de leur viabilité après la naissance, en les immergeant dans de l'eau froide, en leur pratiquant une blessure par l'excision du prépuce le huitième jour, en les exposant à l'air froid, etc.; ce qui donne des résultats analogues à la seconde supposition que je viens d'indiquer.

Les sauvages et les barbares tuent quelquefois indistinctement leurs enfans; mais, honneur soit rendu à l'humanité, qui, dans la rudesse du climat, le besoin et la faim, attache souvent davantage à ces êtres malheureux et désespérés. C'est là la règle, mais il y a des exceptions. Nulle part les enfans ne sont en très grande majorité détruits; mais dans les îles de l'océan Pacifique, depuis l'Otahiti jusqu'à la Nouvelle-Zélande, l'infanticide est très commun; il l'est aussi en Amérique et dans le plus grand nombre des tribus qui restent dans le même état de société. Dans les climats plus froids où les passions sont moins violentes et la proportion de la mortalité naturelle plus grande par l'inclémence de l'atmosphère, l'infanticide est moins commun que dans les tropiques. Il y a des localités sous les tropiques où l'infanticide est poussé au plus haut degré d'atrocité. Dans les îles polynésiennes, sur trois enfans on en tue deux, soit dans l'utérus même, soit immédiatement après la naissance. En général, ces peuples tuent leurs trois premiers enfans; cet exemple est suivi généralement et par les chefs et par les pauvres. Les enfans femelles sont immolés, parce qu'ils ne peuvent pas être employés ni à la pêche, ni à la guerre, ni dans les temples,

Plus. Prenez : sulfate de soude, demi-once.
poudre de rhubarbe, deux gros.
sous-carb. de magn.
sous-carb. de soude, *ana* trois gros.
poudre aromatique, demi-gros. m. f. des paquets de poudres laxatives.

Il est à peine nécessaire de faire observer qu'à ce premier moyen on doit joindre des habillemens chauds, des exercices réguliers à pied, à cheval, etc. Aussitôt que la répugnance pour ces moyens a été vaincue, on retirera un grand avantage du régime de substances animales et de quelques boissons stimulantes.

L'amélioration des voies digestives est annoncée par le retour de l'appétit, le meilleur état des intestins, les évacuations journalières naturelles, et la diminution de la teinte chlorotique; dans quelque cas rare par l'apparition de la fonction cataméniale.

C'est à cette époque, et à cette époque seulement, que les préparations de fer sont indiquées. Le sulfate est probablement le plus efficace de tous dans cette maladie. Si l'on renversait cet ordre dans la médication; si le fer était employé avant la modification convenable du tube digestif et le nettoiement de la langue, on verrait les symptômes de la maladie empirer. Les préparations de fer ne sont utiles, d'après mon expérience, que lorsque le mal a été simplifié et qu'il ne reste à combattre que la débilité et la pâleur. J'en prescris un, deux grains (deux ou trois fois par jour), combiné avec l'extrait de houblon, la confection aromatique et un seul grain d'extrait de pavot ou de jusquiame. Les effets du fer sont vraiment magiques quelquefois, surtout lorsqu'il ne constipe ni occasionne de chaleur fébrile.

Voici la formule dont je me sers :

Prenez : Fer ammon., demi-gros.
Extrait de houblon.
de pavot blanc, de chacun, quinze grains.
Huile de casse, quinze gouttes; f. pilules, vingt-quatre.

La malade en prend une, deux, ou trois fois par jour.

Si l'organisme est dans un état de torpeur, que la malade ait des flatulences, de l'hystérisme, je fais joindre à chaque dose de pilules une cuillerée à thé de la mixture suivante, que la malade prend dans un peu d'eau.

Prenez : Teinture de houblon et de gentiane, une demi-once.
Teinture de.... (Lyttæ), un gros.
Esprit ammonn. arom., 3 gros m.

Il est impossible de décrire minutieusement chaque circonstance qu'exige la direction de ce traitement. Il suffit cependant de ne jamais perdre de vue les particularités et l'anémie de la chlorose; il ne sera pas alors difficile de varier et de modifier le traitement. Dans quelques cas, le fer ne peut être donné du tout, ou bien il ne peut être administré à dose convenable, ni sous la forme la plus avantageuse. Ces circonstances, et un grand nombre d'autres, demandent une attention toute particulière. Le quinine, la salsepareille, la gentiane et le zinc sont des remèdes dont la puissance est reconnue; dans des cas, cependant, où le sulfate et les autres préparations de fer ont été nuisibles, j'ai donné avec le plus grand succès la préparation suivante, une ou deux fois par jour.

Prenez . Sous-carbonate de fer, huit grains.
Ipécac. en poudre, 1 gr.
Hydrargyrum cum creta, 2 gr. m. f. paquet.

J'ai déja appelé l'attention sur la nécessité de continuer la cure dans la suite de la maladie. Je dirai ici maintenant que l'espoir de la guérison doit être basé, non sur la vigilance d'une semaine, mais sur la persévérance et le savoir invariables pendant plusieurs mois sur tous les points du plan que nous venons de tracer, tant pour la médecine que pour l'air, le régime et l'exercice. Je ne dirai rien des avantages qu'on peut retirer du voyage; tout le monde sait que rien ne contribue plus à l'amélioration de la santé que le changement de scène, d'air et de température. Les eaux ferrées sont quelquefois singulièrement efficaces. Le voyage par mer a, d'après ma propre observation, produit souvent des guérisons inespérées; il a fait développer parfaitement non-seulement la puberté, mais encore la menstruation.

Voici maintenant une question : à quelle époque du traitement les emménagogues peuvent-ils être employés? — Lorsque la santé générale a déjà éprouvé une grande amélioration, que la pâleur a diminué, que le canal digestif est revenu à ses fonctions régulières, et que le sang a été heureusement modifié, et dans sa quantité et dans sa qualité. Le fer même est souvent un emménagogue efficace. L'usage habituel, le soir, des bains de siége montardés, les douches ou irrigations d'eau salée autour du bassin et aux lombes excitent favorablement l'utérus, et provoquent la fonction cataméniale.

Les injections ammoniacales dans le vagin, composées d'un gros d'ammoniaque liquide pure dans une pinte de lait, nous réussissent très souvent à l'hôpital. On les répète une fois par jour.

Je sais bien que des modifications à ce plan de traitement peuvent devenir nécessaires lorsque la chlorose est compliquée d'aménorrhée. D'autres précautions peuvent être prises dans le choix du temps pour l'administration des emménagogues; mais ce sont là des choses faciles à saisir sans d'autres détails.

Nous avons essayé à l'hôpital et même en ville l'iodure de fer sur une grande échelle; les résultats ont été des plus heureux, surtout lorsque des engorgemens glanduleux et autres signes de scrofule existaient conjointement à la chlorose.

Voici la formule que nous avons employée.

Prenez : Iodure de fer, seize gr.
Teint. de gentiane C., 1 once.
Eau distillée, 7 onces m.

La malade en prend deux grandes cuillerées deux ou trois fois par jour.

La iodure de fer occasionne souvent des maux de tête, des vertiges, des nausées, de la chaleur et une sensation de poids à l'hypogastre. Ces symptômes se dissipent si l'on fait prendre une cuillerée à thé de carbonate de magnésie tous les soirs. Il est bon quelquefois d'interrompre l'usage du médicament ou d'en diminuer la dose.

On a, dans le but de faire venir les règles, appliqué tous les deux jours trois ou quatre sangsues aux mamelles; mais les essais n'ont été que fort douteux; j'en dirai autant des cataplasmes de moutarde aux mamelles.

Le mariage guérit souvent la chlorose et l'aménorrhée; ses bons effets,

---

Aussi y voit-on à peine une femme sur quatre hommes. De là la source des vices les plus infâmes. La licence la plus monstrueuse et l'indolence des terres tropicales ont seules pu donner naissance à l'épouvantable habitude de sacrifier indistinctement un tiers des enfans. L'abondance pourtant des alimens peut s'obtenir, dans ces climats, à l'aide d'un petit travail; un peu d'activité suffit pour pourvoir aisément aux besoins d'une nombreuse famille; néanmoins un père qui a trois ou quatre enfans est appelé dans leur langage : *un homme chargé du plus pesant fardeau*.

Les peuples de la Nouvelle-Zélande, la plus belle race des peuples barbares, tuent une partie de leurs enfans en pressant sur le *bregma*; d'autres les abandonnent. Les Lacédémoniens, avant de quitter le mont *OEta*; tous les Doriens, et les autres tribus Pélagiennes, exposaient leurs enfans; de là l'origine des histoires fabuleuses de quelques héros; tels que Romulus, Rémus, Cyrus, qui auraient été abandonnés et nourris par des chèvres; des louves ou d'autres bêtes moins féroces que leurs parens. Tout le monde sait que dans les premiers temps de la Grèce et de Rome la vie des enfans était à la disposition du père. Les lois de Lycurgue ont par conséquent fait faire chez les Lacédémoniens un progrès immense à l'humanité en établissant qu'on ne sacrifierait que les enfans reconnus faibles après un examen public. L'effet moral, cependant, qu'une pareille mesure produit sur le cœur, et la valeur exclusive qu'elle attache à la force sont tout-à-fait incompatibles avec notre manière de sentir civilisée. Les lois des Lacédémoniens n'étaient, comme on le voit, que l'expression scientifique raffinée de l'hygiène des barbares; car elles rendent l'intelligence un instrument servile de la force; tel était le but de l'existence.

L'abandon de quelques enfans n'était qu'un symptôme de misère, et nullement propre à rendre plus forte la tribu : il en est de même de la pratique de l'immersion des nouveaux-nés dans l'eau froide. Quelle vigueur, en effet, peut-on communiquer en tirant l'enfant de la température de l'amnios, qui est de 50° environ, et en le plongeant dans une eau de 15 ou 20° F., ce qui fait une différence bien plus grande pour la température de l'air? Il est facile de prouver qu'une pareille pratique est désastreuse, qu'elle tue en peu de temps un grand nombre d'enfans, et affaiblit la constitution de ceux qui résistent. Je n'ai pas de données précises pour le moment, pour dire jusqu'où s'étend de nos jours cette hygiène barbare; mais je sais par M. Richter, professeur de médecine à Moscou, que les Russes lavent leurs enfans dans les rivières froides, et les portent ensuite dans des étuves chaudes. Le docteur Johnson, cependant, prétend que cela n'est pas exact; se fondant sur ce que les Russes commencent par prendre un bain de vapeur avant de se mettre dans l'eau froide. Cette pratique est très commune, non-seulement chez les Russes, mais encore chez les Indiens d'Amérique, les insulaires de la mer du Sud, et autres peuples également barbares. Le passage suivant, cependant, de l'ouvrage de Richter (*Geshiscte der medizin*), justifie ce que je viens d'avancer : « Pendant le froid le plus intense des hivers les plus rigoureux, on voit, dit Richter, les enfans à peine âgés de quatre ans courir presque nus dans la neige, passer ensuite dans des étuves chaudes, et combattre de la sorte les effets du froid par la chaleur. Les insulaires de la mer du Sud baignent leurs enfans nouveaux-nés dans de l'eau chaude; puis ils les trempent dans de l'eau froide. »

Nous savons aujourd'hui que les Indiens de l'Amérique lavent leurs nouveaux-nés dans les rivières froides, quelle qu'en soit la saison. Il paraîtrait que les anciens Italiens avaient aussi, au dire de Virgile, la même habitude :

cependant, ne sont pas certains ni invariables; il n'est pas rare de voir la maladie s'aggraver sous l'influence du mariage. Une allusion passagère est tout ce qui constitue son influence médicamenteuse; mais, dans la chlorose du jeune âge, une pareille allusion est impossible et éloignée, et même dans un âge plus avancé, une pareille influence n'est pas sujette à la discussion ni au contrôle du médecin. Il importe seulement de rappeler que la chlorose présente un grand nombre de variétés, et que le praticien doit toujours distinguer les cas simples des cas compliqués.

L'électricité doit être aussi mentionnée au nombre des moyens emménagogues, et je pourrais citer un grand nombre de faits qui me sont propres sur l'action heureuse de cet agent.

Le traitement des complications de la chlorose exige des investigations étendues et éclairées. On n'a peut-être pas encore assez insisté sur ce qu'il faut savoir sur l'hystérie et la chorée qui compliquent la chlorose. La première accompagne presque toujours à des degrés variables la maladie chlorotique; tandis que la chorée, au contraire, s'observe rarement après l'âge de 16 à 18 ans, et plus rarement encore après l'âge de 20.

Les données relatives au traitement des diverses complications de la chlorose se trouvent consignées dans les faits pratiques que je vais rapporter. J'ai agi à dessein de la sorte afin de faire trouver le précepte à côté de l'exemple, et rendre plus intéressante la lecture des observations cliniques.

Je ne terminerai pas ces considérations sans faire remarquer que la marche de ces affections est souvent interrompue. Des tracas domestiques, des vexations ou des chagrins d'autre nature, occasionnent souvent des rechutes, et la malade, aussi bien que ses parens, perdent souvent courage. Des attaques répétées de froid, des écarts de régime, la négligence pour le libre entretien des garderobes provoquent également des recrudescences. En voilà assez pour les considérations dogmatiques; arrivons aux faits pratiques.

PREMIERE CATEGORIE DE FAITS.

CHLOROSE SIMPLE ET CHLOROSE COMPLIQUÉE D'AMÉNORRHÉE.

Obs. I (recueillie par M. Oldham). — Marie, âgée de 14 ans, est venue à la consultation de l'hôpital, le 6 janvier 1835. Sa mère raconte que sa fille a eu dès l'enfance une organisation délicate, et qu'elle a été maladive, sujette à la toux avec expectoration muqueuse et points de côté. Elle offre tous les symptômes de la chlorose : son visage est pâle, la surface du corps est froide surtout aux membres inférieurs; les mains et les bouts des doigts sont livides; émaciation générale. La puberté avait eu lieu d'une manière incomplète; les mamelles sont peu développées; pouls 120, faible; respiration fréquente et courte; toux continue et incommode toutes les nuits, avec légère expectoration muqueuse; constipation habituelle, dévoiement quelquefois; appétit capricieux, dégoût des substances animales; la malade ne désire que des pâtés, du thé, du pain et du beurre pour alimens. Elle a deux sœurs plus âgées qu'elle qui ont offert les mêmes symptômes à l'époque de la puberté.

La langue est chargée et tuméfiée; la muqueuse buccale pâle et mordue facilement par les dents.

La malade habitait une rue étroite, couchait dans une chambre petite dans laquelle il y avait trois lits.

De temps en temps elle éprouve un écoulement leucorrhéique. L'urine est rare et haute en couleur.

Prescription. Pillule de rhubarbe tous les soirs, cinq grains.
Julep ammon. et magnés., une once deux fois par jour (1).
Se nourrir de substances animales et d'arrow-root.
Habiter un endroit bien aéré si cela se peut.

16 *Janvier*. La jeune personne a attrapé du froid, mais ses voies digestives sont mieux. On prescrit la continuation des mêmes remèdes.

26 *Janvier*. Les voies digestives sont en bon état; leurs fonctions s'exécutent assez régulièrement. La pâleur est moins prononcée; le pouls n'excède pas 38 pulsations, il est plein et mou; la langue s'est éclaircie. On lui prescrit de continuer le sirop ammoniacal avec la magnésie deux à trois fois par semaine, et l'on ajoute la potion suivante :

P. Iodure de fer........ 18 grains.
Teinture de gentiane... 1 once.
Eau distilée.......... 7 onces.
A prendre une grande cuillerée trois fois par jour.
Boire une pinte d'ale par jour.
Se nourrir de substances animales.

10 février. Grande amélioration. La malade se plaint de céphalalgie et de battemens aux tempes. Pouls 80, plein; ventre plutôt constipé. On suspend la potion ferrée pour quelques jours, et l'on prescrit dix grains de coloquinte et une pilule de calomel tous les soirs.

17 février. Fonctions intestinales tout à fait régulières; les symptômes cérébraux ont diminué; la malade se plaint de langueur et de faiblesse. On revient aux prescriptions précédentes de l'iodure de fer avec le sirop ammoniacal et la magnésie. On conseille à la malade d'aller à la campagne et de rester à l'air ouvert autant que possible.

1 mars. Amélioration sous tous les rapports. On prescrit des bains de siége moutardés tous les soirs.

8 mars. La menstruation s'est déclarée et a duré trois jours avec très peu de malaise. L'amélioration de l'état de la jeune personne est tellement progressive qu'on suspend tous les médicamens. Guérison durable.

La médication suivie dans ce fait offre trois époques distinctes :

1° Rétablissement des fonctions digestives à l'aide de deux purgatifs tonifians. La combinaison de la magnésie, du sirop ammoniacal et de la rhubarbe à doses petites mais répétées est une idée fort heureuse; et l'attention que le praticien doit porter sur l'état du pouls ou sur la lenteur et la plénitude des pulsations n'est pas moins digne de méditation.

2° Tonification de la vitalité générale au moyen de préparations minérales. C'est une idée fort heureuse que celle d'administrer dans les maladies de langueur l'iode combiné au fer. L'expérience a déjà prouvé que les iodures sont en général plus efficaces que l'iode pur, et M. Baude-

(1) Le sirop ammoniacal dont parle M. Ashwell est un excellent stimulant, mais il a l'inconvénient d'être fort désagréable à prendre et difficile à conserver, à cause de la prompte évaporation de l'alkali volatil. Chez plusieurs jeunes personnes chlorotiques auxquelles nous avions prescrit ce sirop, nous avons été obligé d'en suspendre l'usage. Un pharmacien de Paris, M. Guillard, est parvenu cependant à nous concréter l'ammoniaque et nous rendre facile et commode l'administration du remède. En voici la formule :

Prenez : Sous-carbonate d'ammoniac............ 116 grains.
Sucre.................................. 2 onces.
Mucilage q. s. f. s. l'a. pastilles 58.

Les malades prennent quatre à quinze de ces pastilles par jour.

(*Note du Réd.*)

Durum a stirpe genus; natos ad flumina primum
Deferimus, sævoque gelu duramus et undis. (Æneid.)

Plusieurs fables, comme celle d'Achille, par exemple, indiquent d'ailleurs le même usage chez les Grecs. Le baptême lui-même en est une preuve; les payens le donnaient par immersion; nous, nous le donnons par arrosement. La circoncision a remplacé le baptême de mort chez les peuples d'Afrique et d'une partie de l'Asie, où l'eau est rare, et les habitans craignent plus les blessures que le froid. Les convulsions, le tétanos et la mort, en effet, s'observent plus souvent à la suite des blessures, dans les climats secs et chauds, que dans les pays humides et froids.

Un principe d'hygiène publique chez les peuples barbares était donc d'exposer leurs enfans nouveaux-nés aux épreuves les plus rudes dans lesquelles ils pourraient se trouver pendant le cours leur vie. Cette conduite enlevait un grand nombre d'enfans, et ne laissait à l'état que des sujets vigoureux. Les enfans étaient en outre soumis à toutes les privations des adultes depuis l'âge de cinq ou sept ans; les Spartiates et les anciens Persans se trouvaient dans ce cas, ainsi que Xénophon nous l'apprend dans sa *Cyropædia* où il décrit minutieusement l'éducation des enfans de ces peuples. Cette éducation tant vantée par quelques auteurs n'était autre chose que celle des barbares réduite en système; elle donnait des hommes fortement constitués, des soldats qui, au lieu de mourir par les fatigues et les privations d'une campagne comme nos soldats européens, résistaient avec vigueur à la discipline la plus rude et aux guerres les plus formidables. Les Russes ont adopté ce principe; ils ont formé des colonies purement militaires où les enfans sont élevés pour servir à la guerre; avec cette différence pourtant que l'autocrate ne leur donne des cuirasses que pour combattre pour lui, tandis que les Spartiates combattaient pour leur patrie.

William Farr, professeur d'hygiène à Londres.

— Cours de médecine clinique sur les maladies du système nerveux. M. Ferrus, médecin ordinaire, chargé en chef du service des aliénés à l'hospice de la Vieillesse (hommes), commencera ce cours le 11 juin 1838, à trois heures de l'après-midi, à l'école pratique, amphithéâtre n. 3, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Ce cours sera continué le lundi et le mercredi de chaque semaine, à la même heure, dans ce local, et le jeudi et le dimanche, à huit heures du matin, à l'hospice de la Vieillesse (hommes).

Ce cours, que l'auteur fait chaque année à pareille époque, et qui a toujours obtenu le plus grand succès, remplit une lacune dans l'enseignement médical. Nous le signalons surtout aux médecins qui désirent acquérir en peu de temps les notions les plus exactes, et s'initier aux questions les plus élevées de la médecine psychologique.

locque s'est assuré à l'hôpital des enfans que l'iode combiné au fer (iodure de fer) était le meilleur des remèdes pour remplir le but dont il s'agit.

3° Enfin provoquer artificiellement l'écoulement menstruel par des stimulations locales. Les bains de siége sinapisés valent beaucoup mieux que les ventouses; c'est une sorte de rubéfiant qui agit sur tout le bassin et appelle une certaine congestion dans tous les organes de cette partie, et en particulier dans tout le tissu cutané qui se continue avec la muqueuse vaginale et utérine.

Obs. II (recueillie par le même). — Jane Griffin, âgée de 19 ans, native de Londres, de stature ordinaire, cheveux blonds, beaux traits, yeux bruns, a été reçue le 2 mai. Elle a été réglée à 16 ans pour la première fois; ses menstrues sont revenues régulièrement toutes les trois semaines, jusqu'aux deux mois derniers. La seule circonstance remarquable des règles était la couleur claire du sang. Sa santé ne s'était positivement altérée que depuis deux mois; elle se plaint, depuis cette époque, de céphalalgie, douleur aux côtés, langueur et agitation générales. Les règles manquent depuis le temps indiqué. Ces symptômes ont pris de l'accroissement, et, à son entrée, la malade offre l'état suivant:

Surface du corps uniformément jaunâtre; sur quelques points, cette couleur est tout à fait ictérique. Auréole noire autour des yeux et bouffissure de la peau de ces parties. La muqueuse labiale, gencivale, buccale et gutturale est exangue. Langue flasque, molle et mordue sur les côtés par les dents molaires. Ongles cassans et épiderme environnant en exfoliation. Les jambes ne sont pas gonflées. Dyspnée considérable au moindre exercice corporel; la malade se fatigue très aisément. Appétit capricieux, mais le goût n'est pas vicié. Constipation. Pulsations du cœur très fortes; pouls plein. Pas de leucorrhée. Aucune douleur fixe dans l'abdomen.

Prescription. — Coloquinte et calomel ...... dix grains. *statim*.

6 mai. Ventre libre. Fort peu de changemens dans les symptômes précédens; la surface du corps est exangue. Léger écoulement leucorrhéique. Bruit de soufflet au cœur.

Prescript. — Prenez : Iodure de fer....... 16 grains.
Extrait de colomb... 1 once.
Eau.............. 8 onces, diss.
A prendre deux grandes cuillerées deux fois par jour.
Habeat cerevisiæ oct. ss. quotidie.

On continue cette médication jusqu'à la fin du mois et l'on donne, de temps en temps, quelque petit purgatif. A cette époque, l'amélioration est déjà très remarquable, l'appétit est bon; les sécrétions sont naturelles; mais le visage est encore pâle; la surface du corps pourtant n'est plus jaune, et l'auréole noire des yeux a complètement disparu. La malade demande à sortir et à continuer le traitement chez elle. Une semaine après, les règles reparaissent. L'amélioration continue et la surface du corps se colore petit à petit. Guérison.

Le caractère de la flacidité de la langue et de sa susceptibilité à être mordue est assez remarquable et n'avait encore, à ce que nous sachions, été noté par personne; il en est de même de l'état de fragilité des ongles et de l'exfoliation de l'épiderme. On voit, d'ailleurs, dans cette observation, l'immense influence salutaire de la préparation ferro-iodée.

Obs. III (recueillie par le même). — Harriet, âgée de 18 ans, d'une constitution strumeuse, de petite stature, mince, disposée plutôt à l'émaciation, a été reçue le 11 mai. Elle est native de Londres, n'a jamais quitté cette ville et a été en maison comme domestique. Dès son enfance, elle a été délicate, mais jamais elle n'a eu de maladie. A l'âge de 16 ans, ses règles ont paru, mais leurs retours n'ont pas été réguliers. Depuis cinq mois, elles ne sont plus reparues du tout, et, dès cette époque, la jeune personne est devenue malade. Elle se plaint de douleurs vagues dans la poitrine, à gauche et au dos, quelquefois de douleurs aux lombes, qui se prolongent aux cuisses. Céphalalgie intense, vertiges, mouches voltigeantes devant les yeux, bruits auriculaires et autres symptômes indiquant un trouble dans la circulation cérébrale. Ses bras sont quelquefois engourdis, et les doigts comme morts, de manière que la malade ne peut serrer aucun objet. Ses manières sont brusques et les mouvemens de ses membres offrent quelquefois quelque chose de choréique. Plusieurs de ses dents se sont cariées depuis quelque temps. Ses jambes gonflent. Appétit léger et capricieux, pupilles dilatées. Pâleur générale. Garderobes régulières par suite des purgatifs que la malade a pris en ville.

Prescription. — Potion ferro-iodée, comme dans le cas précédent.

16 mai. La malade est beaucoup mieux; ses fonctions, ses forces sont en meilleur état et sa pâleur est moindre. Elle se plaint de dyspnée à chaque exercice qu'elle fait. Garderobes régulières. Pouls petit, accéléré et vibrant. On conseille la continuation de la potion ferrée, habillement de laine, exercice corporel tous les jours.

Sous l'influence de ce traitement, les fonctions s'améliorent, les forces augmentent, la surface du corps se colore, l'embonpoint devient progressif. La malade se plaint de temps en temps de céphalalgie; les purgatifs la soulagent.

4 juillet. Guérison complète.

Ce fait diffère du précédent: 1° par l'état scrofuleux de la constitution; 2° par la préexistence des règles; 3° par le rétablissement normal de la fonction cataméniale sans remèdes emménagogues.

Obs. IV (rédigée par M. Foote). — Charlotte, âgée de 36 ans, non mariée, cheveux et yeux noirs, aspect chlorotique. Ses menstrues sont irrégulières depuis sept ans; elles ont tantôt manqué cinq à six mois, tantôt coulé en très petite quantité. Elle offre les symptômes suivans: palpitation, dyspnée, toux, douleurs à la poitrine, aux lombes et entre les épaules; jambes œdémateuses, inappétence, pouls 80, mais mou; langue propre, constipation.

Prescription. — Prenez : Julep ammon. et magn. et teint. de card.
1 dragme, trois fois par jour.
Régime de substances animales. (*Arrow root.*)

Le 20 juin. Appétit meilleur. Persistance des douleurs lombaires et au dos.

Prenez : Potion ferro-iodée *ut suprà*.
Pour boisson, une pinte de porter par jour; une once et demie de vin.

Prenez : Poudre de rhubarbe.
Teinture de castoreum.
Esprit de Lavand. co. ana......... 1 once.
Sous-carb. d'ammon............... 1 scrupule.
Eau de cinnamome................. 8 onces.
A prendre deux grandes cuillerées trois fois par jour.

26 juillet. Le visage est de moins en moins chlorotique. Amélioration sous tous les rapports.

Prenez : Infus. de gent. comp.
Infusion de séné, ana, 4 onces, à répéter deux fois par jour.

4 août. Retour des règles; elles durent trois jours. La malade se plaint de céphalalgie.

12 août. L'état chlorotique est entièrement disparu; la malade se sent beaucoup mieux.

6 septembre. La malade est bien portante. Second retour des règles en quantité convenable; elles durent quatre à cinq jours. La toux, la dyspnée et les palpitations sont disparues complètement depuis plus d'un mois. Guérison durable.

Ces faits, que j'ai choisis au milieu d'un grand nombre d'autres pareils, sont suffisans, je présume, pour confirmer ce que j'ai déjà établi dans le fond de ce mémoire, surtout l'importance d'attaquer le mal de bonne heure et d'une manière persévérante. La négligence dans ce cas aurait, sans le moindre doute, permis à la maladie de s'aggraver sérieusement, ou au lieu d'une cure solide et facile, elle aurait rendu le traitement difficile, sans succès, et le mal serait devenu dangereux. Il est digne de remarque que le fer ne réussit pas chez tous les individus; et bien que ses effets soient plus directement salutaires lorsqu'on n'a à combattre qu'une sorte de torpeur des fonctions utérines, néanmoins on est souvent dans la nécessité de lui substituer le quinine. Je ne puis m'empêcher de faire relever en même temps l'importance de la boisson d'ale douce ou de porter. Indépendamment de leur goût agréable comme boisson, ces substances contribuent beaucoup à la restauration des forces et de l'embonpoint. Si ces boissons ne sont pas supportées, on accordera des vins de port ou d'Espagne, avec de l'eau chaude et un peu d'aromes, pour exciter l'estomac et favoriser les digestions.

La chaleur sur le corps est souvent difficilement supportée par les personnes chlorotiques. Comme cependant le froid débilite et qu'il cause des congestions, des vêtemens chauds et de l'exercice corporel deviennent d'excellens auxiliaires du traitement.

La circulation des jeunes personnes délicates est faible et lympathique; leur estomac, leurs intestins se dérangent facilement. Ces circonstances contribuent puissamment à déranger leur fonction cataméniale.

DEUXIEME GROUPE DE FAITS.

CHLOROSE COMPLIQUÉE D'HÉMORRAGIES SUPPLÉMENTAIRES ET DE DÉRANGEMENT DES VOIES DIGESTIVES.

CHLOROSE AVEC HÉMATÉMÈSE. — GUÉRISON.

Obs. V (recueillie par M. J. Ridge). — Elisa est entrée le 9 août 1836. Elle est âgé de 16 ans. Constitution délicate, aspect chlorotique, joues et lèvres exangues. Elle a toujours habité Londres et s'était assez bien portée. Depuis quatre ans elle fait un état qui l'oblige à être sédentaire (passementière); elle reste des semaines entières sans sortir une seule fois de la maison. Ses règles sont parues depuis un an; elles ont duré trois jours, mais d'un sang fort clair. Pendant six mois elles sont revenues exactement, mais leur quantité a été toujours de moins en moins abondante, et leur couleur séreuse; elles étaient accompagnées de douleurs aux lombes et dans le pelvis et de grande lassitude. Depuis douze semaines l'écoulement s'est supprimé complètement; dès lors la malade a éprouvé de la dyspnée, de la constipation et des céphalalgies intenses. Il y a neuf semaines, elle a éprouvé une hématémèse sérieuse, qui a été suivie de douleurs considérables à l'estomac, et de malaise après dîner: cet accès a duré quatre jours et la malade a vomi plusieurs palettes de sang. Depuis lors elle a éprouvé des épistaxis de temps en temps. Puis le vomissement de sang est revenu une ou deux fois, mais pas d'une manière aussi grave.

A son entrée la malade se plaint de flatulences, point de côté à gauche, dyspnée, trouble du cœur au moindre mouvement, céphalalgie occipitale. La langue est pâle, humide et mollasse; pouls accéléré, petit et irritable.

Prescription. — Prendre :
1° Deux fois par semaine, en se couchant, coloquinte et calomel, 10 grains.
2° Mixture de sulfate de fer, trois fois par jour.
3° Injections vaginales tous les jours de liq. ammon. pure, une demi-once, dans une pinte de lait tiède.
4° Alimentation substantielle. Une pinte de porter par 24 heures.

20 août. Diminution de tous les symptômes. Légère épistaxis hier. Corps libre.

24 août. La malade se plaint de plénitude de l'estomac, céphalalgie, douleur sous le sein. Ces symptômes n'existent que le soir. L'apparence de la malade est moins anémique.

27 août. La malade se sent beaucoup mieux. L'appétit est bon, pouls plus fort. La céphalalgie persiste.—On prescrit de l'exercice au grand air.

30 août. Elle ne se plaint de rien. Ses joues sont un peu animées, et bien que les règles ne soient pas encore reparues la santé générale a éprouvé une grande amélioration. La malade demande à quitter l'hôpital.

8 septembre. Elle revient à la consultation pour dire qu'elle est tout à fait bien portante; les règles sont revenues sans aucun malaise; elle est jugée guérie.

CHLOROSE AVEC HÉMATÉMÈSE. GUÉRISON.

Obs. VI. — Elisa, âgée de 19 ans, cheveux blonds, aspect chlorotique, pâleur de cire, stature moyenne, a été reçue le 7 janvier 1836. Elle est née à Londres; domestique; elle s'était toujours bien portée jusqu'à l'année dernière. La menstruation s'est déclarée à 16 ans; elle était revenue régulièrement jusqu'au commencement de sa maladie; alors elle s'est supprimée et n'a plus reparu depuis un an. Sa santé générale était allée toujours en déclinant; émaciation progressive.

Depuis une semaine son état s'est compliqué; elle a vomi pendant trois jours une demi-pinte de sang caillé fort noir. A l'examen elle se plaint de céphalalgie, vertiges, tintement d'oreille, palpitations de cœur qui augmentent dans les mouvemens du corps; point de côté constant à droite, inappétence, tuméfaction abdominale parfois, constipation et sensibilité abdominale par intervalles. La langue est propre, mais pâle et flasque; pouls 90, compressible et encore assez fort.

Prescription comme dans le cas précédent.

12 janvier. La malade se plaint de douleur au sternum et au cœur, de douleurs pulsatiles dans la tête et d'insomnie. Peau froide. Même prescription. Ventouses sèches à la nuque.

18 janvier. Mieux. La céphalalgie persiste. On électrise la malade.

23 janvier. Douleur intense dans le côté gauche, probablement hystérique; tête très douloureuse. Garderobes régulières. Langue propre. On suspend la potion ferrée, on lui fait prendre tous les jours une décoction d'aloës.

4 février, Amélioration. On revient à la mixture ferrée. La douleur de côté persiste : emplâtre d'opium à l'endroit douloureux.

2 mars. Retour de l'oppression à la poitrine. Réapparition de l'hématémèse; la malade vomit une demi-pinte de sang noir. Continuation des injections vaginales de lait ammoniacé; on continue aussi la potion ferrée.

La malade sort en assez bon état, mais avant guérison complète. Elle va à la campagne, continue l'usage de la potion de l'iodure de fer. Six semaines après les règles reparaissent, la santé se fortifie de plus en plus, et lorsqu'elle est revenue à la consultation sa guérison était complète.

CHLOROSE AVEC HÉMATÉMÈSE AVANT L'ÉPOQUE DE LA PUBERTÉ. GUÉRISON.

Obs. VII. — Lucy Rebecca, âgée de 13 ans, est entrée le 14 octobre 1835. Cheveux et yeux noirs; jolis traits. Elle avait été bien portante jusqu'à ces derniers temps. Il y a deux mois, elle éprouve des vertiges, des douleurs à la tête et aux lombes, et envies de vomir; puis elle a vomi de temps en temps du sang noir caillé; ensuite elle en a rendu d'écumeux en toussant. A ces symptômes s'étaient joints des engourdissemens et des picotemens dans les membres, des palpitations, de la dyspnée au moindre exercice. Depuis quatre jours elle se plaint d'agitation, et de quelques fantômes qu'elle voit devant ses yeux. Elle n'a jamais été réglée. La langue est chargée à la base; pouls petit et accéléré; ventre tantôt constipé tantôt relâché.

Prescription. 1. Saignée de six onces aux lombes à l'aide de ventouses.
2. Injections vaginales tous les jours de lait ammoniacé tiède (un gros d'amm. liq. dans une livre de lait).
3. Coloquinte et calom., dix grains deux fois par semaine.

17 octobre. Les ventouses ont soulagé de la douleur des reins. Le reste continue dans le même état.

B. Mixt. magnésienne.

20 octobre. Les vomissemens et l'expectoration sanguine sont moins fréquens et moins forts. Céphalalgie. Globe hystérique. Douleur obtuse à la région lombaire.

Même prescription.

23 octobre. La malade est beaucoup mieux, mais elle se plaint toujours du mal de tête.

Empl. lyttæ à la nuque.

29 octobre. Retour de l'engourdissement aux bras et aux doigts. Inappétence. Pupilles un peu dilatées mais sensibles à la lumière. Ventre libre.

3 novembre. Physionomie maladive. Retour des maux de cœur après les repas, mais pas de vomissemens. Douleurs à la tête, aux lombes et au genou droit. Ventre libre.

Prescription. — Coloq. et cal., 15 grains.
Potion précédente.

10 novembre. La malade est prise subitement de vertiges et d'obscurcissement de la vue, elle tombe sans connaissance, et reste ainsi pendant plusieurs minutes avec les mains fermées; elle n'a pas d'écume à la bouche; puis elle revient petit à petit à la connaissance. Ensuite elle se plaint principalement de douleur à la poitrine.

Prescription.—1. Ventouses scarifiées aux lombes.
2. Poudre de jalap, huit grains.
Scammon., six grains.
Submur. d'hydrarg., trois grains.
A prendre tous les matins
3. Courans électriques aux lombes.

12 nov. L'accès ne s'est pas reproduit. Le mal de tête a disparu. Aujourd'hui, après l'électrisation, les règles paraissent pour la première fois; pas de maux de reins ni de trouble général.

21 nov. Amélioration remarquable sous tous les rapports. La figure n'est point bouffie; la malade ne se plaint plus de dyspnée ni de palpitations, ni de douleurs lombaires, ni de céphalalgie. Le ventre cependant est constipé.

On prescrit des électrisations et une mixture catartique.

Le 28, léger accès de céphalalgie; dans le reste, l'amélioration continue, l'appétit est bon; depuis plus de trois semaines, les vomissemens de sang ne sont reparus; langue normale; léger écoulement leucorrhéique.

Application de trois sangsues à chaque mamelle; emplâtre de.... (lyttæ), à la nuque.

Le 8 décembre, la malade est saisie de fièvre catarrhale, toux légère, expectoration muqueuse. Ventre libre.

Le 15, amélioration progressive; accès de céphalalgie de temps en temps. On suspend tous les médicamens. Application d'un séton au bras.

Le 23, le séton suppure beaucoup; la céphalalgie, les vertiges, et tous les autres symptômes ont complètement disparu. La malade se porte très bien.

Le 31, apparition normale des règles. Amélioration continue. Guérison complète.

CHLOROSE COMPLIQUÉE D'HÉMATÉMÈSE.

Obs. VIII (recueillie par le même). — Eliza H., âgée de 24 ans, de stature moyenne, cheveux noirs, jolis traits, pâle et mince, a été reçue le 4 juillet 1835. Elle est mariée depuis neuf mois, n'a jamais été enceinte, et était employée dans une fabrique. Ses règles sont parues pour la première fois à l'âge de quinze ans, et elles étaient toujours revenues exactement jusqu'à ces derniers temps : depuis ces dérangemens menstruels, la malade s'était souvent bien trouvée de quelques prises d'aloès et des œufs frais, qui faisaient revenir les règles. Sa santé est délicate, surtout depuis quatre ou cinq ans; la malade se plaignait d'une mauvaise toux accompagnée d'expectoration et de douleurs à l'épigastre. On lui avait souvent appliqué des sangsues et des vésicatoires. Depuis six mois, elle vomit constamment à chaque époque des règles une quantité de sang noir caillé, et ses règles sont allées toujours en diminuant. Deux ou trois fois seulement, ces attaques d'hématémèse ont été accompagnées de toux; dans le reste, elles avaient lieu en vomissant. Le coït lui est incommode et douloureux depuis quelque temps, et elle s'en abstient. Sa physionomie est pâle et maladive; céphalalgie intense; douleurs lombaires; lassitude générale; leucorrhée fort abondante depuis sept à huit mois; évacuation douloureuse des urines avec ténesme vésical : peau moite et presque inélastique; si on la pince, les deux enfoncemens digitaux mettent beaucoup de lenteur à disparaître; langue flasque mordue sur les côtés et un peu couverte. Constipation; mamelles très sensibles; nausées de temps en temps; l'utérus est de volume naturel; le museau de tanche est sain, bien que sensible au toucher; abdomen tuméfié.

On prescrit 1° coloq. et calom. 15 grains, à répéter tous les deux jours à l'heure du coucher; 2° infus. de roses et sulf. de magn., une once, à répéter tous les jours.

Le 8 juillet, amélioration, corps libre; mais la céphalalgie est intense, et augmente par le coucher; sommeil agité et peu réparateur, rêves effrayans; la malade se plaint d'une douleur fixe et aiguë, qui augmente par la pression de la main, au-dessous du bord de la dernière côte du côté droit. La leucorrhée est abondante, pouls 100; douleur intense à la mamelle gauche; la nymphe gauche est allongée et présente un ulcère superficiel à la face interne; les pulsations du cœur sont très fortes.

Prescription : Potion ferro-iodée.
Poud. de rhub., 10 grains.
Injections vaginales de lait ammoniacé.
Six sangsues aux mamelles.

Le 10, la malade se sent mieux; diminution des douleurs de tête et des mamelles; corps libre; pouls, 90.

Prescript. *ut supra*.

Le 13. céphalalgie intense, qui augmente par la position couchée. La douleur lombaire revient par paroxismes; elle est si vive qu'elle occasionne des secousses spasmodiques comme les courans électriques; pouls 86, mou et régulier. La leucorrhée est moindre, le museau de tanche sensible, l'ulcération de la vulve est cicatrisée; corps libre; physionomie mieux portante.

Le 15, on examine la matière de l'écoulement : c'est du mucus; la malade s'attend en ce moment au retour de l'accès d'hématémèse; elle expectore de la matière muqueuse; mais elle n'a pas rendu de sang. Ventre libre; pouls bon; diminution de la douleur lombaire.

Prescription précédente.

Le 20, le paroxisme de la douleur lombaire est dissipé; la malade se sent

beaucoup mieux. Les règles ne sont pas reparues; mais la malade n'a pas eu non plus d'hématémèse. Disparition complète de la céphalalgie; peau moite; ventre libre.

Prescription : Suspendez les injections et la mixt.
Prenez : Carbonate de fer, un gros trois fois par jour.
Courans électriques, étincelles lombaires.

Le 24, l'électricité a été répétée quatre fois; aujourd'hui, elle a produit des douleurs intenses aux reins et aux cuisses. Ventre libre; appétit bon.

La malade sent comme si ses règles allaient venir; au reste, elle est bien.

On répète l'électricité et la prescription précédente.

Le 30, les règles paraissent, mais avec beaucoup de douleurs aux reins et aux cuisses. Bain tiède à l'heure du coucher. L'écoulement menstruel continue bien jusqu'au 28; la malade se sent beaucoup mieux.

On continue l'électricité tous les deux jours, et le carbonate de fer tous les jours.

Le 11 août, la malade se plaint de douleur au cœur, mal de gorge, céphalalgie après s'être exposée au froid. Remèdes anti-phlogistiques; mieux. On revient au traitement tonique; retour des forces, de l'embonpoint et de la couleur.

Le 24 août, retour des règles avec douleurs lombaires et aux mamelles. Amélioration progressive.

Le 2 septembre, la malade quitte l'hôpital parfaitement guérie.

CHLOROSE, SÉCRETION SUPPLÉMENTAIRE DE SANG PUR PAR LES MAMELLES.

Obs. IX (recueillie par M. Vorler).—Sarah, âgée de 27 ans, petite stature, jolis traits, non mariée, s'est présentée à la consultation, le 19 août 1836. Sa santé, bien que délicate, avait été habituellement bonne; seulement elle avait eu, il y a quatre ans, une attaque de fièvre intermittente. Elle a été réglée pour la première fois il y a deux ans, au moment où elle s'occupait depuis plusieurs heures d'un ouvrage d'aiguille. Une année entière s'est passée avant que les règles parussent pour la seconde fois; ensuite, elles sont revenues, mais irrégulièrement et en petite quantité. Six mois après le retour des menstrues, elle éprouve une sécrétion supplémentaire de sang par les mamelles; le sang s'extravasait dans le tissu sous-cutané; le kyste s'ouvrant ensuite donnait issue au liquide, et l'ouverture se cicatrisait pour se rouvrir à une autre époque menstruelle et donner issue à un nouvel écoulement. La première fois, l'écoulement a eu lieu des deux mamelles, puis d'une seule, de la gauche. Les mamelles sont très développées et douloureuses, surtout quelques jours avant le retour de l'écoulement, et la malade se plaint alors de douleur dans l'abdomen, aux lombes et au dos. L'abdomen est tuméfié. Les règles paraissent quelquefois à la vulve, mais c'est en très petite quantité; les reins fonctionnent toujours abondamment et exactement. Dans les intervalles, la malade a de la leucorrhée, et cet écoulement devient plus abondant à l'époque des menstrues. L'appétit est léger; digestions laborieuses; maux d'estomac; flatulences; envies de vomir après le repas; constipation opiniâtre. Pouls faible, 108, et facilement compressible; langue blanche; sommeil agité; douleurs dans les membres inférieurs et dans le ventre.

Prescription : 1. Injections ammoniacales dans le vagin, tous les jours.
2. Pilules de coloquinte et calomel, trois fois par semaine.
3. Mixture ferrée, deux fois par jour.

Depuis que je me suis livré à des recherches sur ce genre de maladies je me suis assuré que l'hématémèse est plus fréquente qu'on ne croit; elle se présente conjointement à des douleurs, de la plénitude et de la congestion dans certains organes, et justifie le traitement actif que je recommande. J'ai vu les saignées, les purgatifs et le plomb être employés avec profusion et échouer complètement, empirer même évidemment l'état des malades. Dans les cas que je viens de rapporter dans ce groupe, il y avait anémie, pouls accéléré et irritable, et des symptômes si manifestes de chlorose qu'il était impossible de caractériser les phénomènes comme appartenant à un état inflammatoire. Le caractère névralgique, des douleurs chlorotiques, l'état aménorrhéique, le cachet physionomique de la figure et l'état particulier du pouls m'ont constamment suffi pour asseoir le diagnostic dès l'abord; les effets du traitement servent d'ailleurs de guide pour confirmer ou infirmer le jugement. La grande indication dans ces cas consiste à établir ou arranger la fonction cataméniale. Pour remplir ce but, les emménagogues et les autres remèdes que l'ancienne routine a coutume de prescrire sont à coup sûr moins nuisibles que les saignées abondantes et les autres remèdes antiphlogistiques qu'on prône si indistinctement de nos jours. La saignée est rarement nécessaire pour cela. J'ai une fois visité une personne chlorotique qui avait été saignée du bras pour être soulagée de la plénitude thoracique et de l'oppression de la respiration qu'elle accusait; elle a été soulagée un peu, mais temporairement; on a jugé à propos de répéter la saignée; alors le mal a empiré à vue d'œil, il est survenu une prostration extrême, la respiration plus laborieuse, et une anasarque générale s'est déclarée. La même remarque s'applique aux purgations excessives surtout par l'administration de préparations mercurielles et de substances drastiques. La première chose à laquelle il faut viser est sans doute d'obtenir des évacuations convenables, je veux dire; saines et régulières; mais si vous en abusez l'anémie de la constitution augmente; cela se voit malheureusement tous les jours; voilà pourquoi les praticiens se demandent souvent si les purgatifs sont utiles ou nuisibles dans ces circonstances. Les inconvéniens graves qui résultent d'un pareil système ne se bornent pas à l'estomac et aux intestins; l'irritation et les flatulences que les purgatifs mercuriaux répétés occasionnent augmentent évidemment la chlorose, énervent davantage la constitution et délabrent tellement l'organisme qu'il y a à peine souvent moyen d'y remédier.

Les emménagogues, l'électricité, les bains de siége moutardés, les injections ammoniacales, les sangsues à la vulve, les ventouses modérées aux lombes, et quelques rares purgatifs, tels sont les remèdes que j'emploie pour détourner les hémorragies supplémentaires dont il s'agit.

TROISIÈME GROUPE DE FAITS.

CHLOROSE COMPLIQUÉE D'AFFECTIONS CÉRÉBRALES.

Obs. X.—Marie, âgée de 19 ans, a été reçue le 10 novembre 1833. Elle a commencé à être réglée à l'âge de 13 ans. Dès cette époque, elle n'a jamais été très bien portante; elle s'est toujours plainte de douleurs lombaires, maux de tête, indigestion, etc. Pendant trois ou quatre ans, elle ne s'était pas fait traiter; son mal avait été négligé; mais étant enfin devenue fort malade, ses parens l'ont fait recevoir à l'hôpital. Elle est émaciée, se plaint d'un mal de tête intense, est souvent sans conscience de l'existence, et parfois sa raison est fort dérangée. Sa respiration est laborieuse; palpitations de cœur fréquentes; douleurs dans la région cardiaque. Digestion mauvaise, appétit capricieux et dépravé, elle n'aime manger que des graines de carvi (caraway-seeds), et de la menthe. Constipation opiniâtre; pouls, 130, irritable, faible. Douleur de côté très aiguë. Absence absolue des règles depuis trois mois; cette fonction était d'ailleurs irrégulière depuis un an. Langue portant la marque des dents; la muqueuse buccale est malade. Le teint de la malade est bleu et plombé; lèvres exsangues. Ongles des doigts fendillés; les bouts des doigts ont une couleur chlorotique. Urine rare et fort colorée.

Prescription.—1. Purgatifs cordiaux.
2. Sangsues derrière les oreilles.
3. Lotions éthérées à la tête.
4. Trois pilules par jour, composées chacune d'un grain de quinine, un grain de camphre et un grain de houblon.
5. Régime de substances animales. Bière douce.

Le 6 décembre, un peu de soulagement. Les règles ne sont pas reparues.
Même prescription.

Le 24, céphalalgie moindre; mais la douleur lombaire est intense. Spasme à la partie inférieure de l'abdomen.

Prescription.—Dix sangsues aux grandes lèvres.
Bains de siége moutardés.

Le 6 janvier 1834, retour des règles; elles durent quatre jours abondamment et sans douleur. La malade est mieux sous tous les rapports.

Le 20, la céphalalgie a presque disparu. La douleur de côté et la gêne de la respiration sont moins prononcées. L'émaciation persiste, et l'appétit est toujours faible. Constipation.

Prenez : Coloquinte et calom., dix grains tous les deux jours en se couchant.

Le 31, corps libre et régulier. Appétit meilleur. Amélioration progressive.

Le 28 février, la malade est congédiée guérie.

Obs. XI.—Le 23 janvier 1836, Miss X...., institutrice, a été reçue à la clinique obstétricale. Elle est âgée de 34 ans, délicate et d'apparence leucophlegmatique; ses menstrues sont irrégulières et rares, surtout depuis un an. Elle éprouve de temps en temps une grande oppression avec anxiété à la poitrine. Pouls fréquent et faible; constipation habituelle; appétit dépravé; ses occupations habituelles sont les belles-lettres. Jusqu'à l'âge de 25 à 30 ans, sa santé avait été assez bonne. A son entrée, elle se plaint de céphalalgie intense, qu'elle dit souffrir depuis six à sept ans. D'abord légère, cette céphalalgie avait augmenté par degrés, et s'était accompagnée de jaunisse générale et d'envies de vomir. Pendant les premières années, le mal avait été abandonné à lui-même; mais la santé de la malade avait toujours décliné depuis. Depuis deux ans, la douleur de tête avait repris une grande intensité et était devenue continue. Au mois d'octobre 1835, le mal a changé de forme; la malade éprouve une douleur orbitaire profonde; tension tympanique; douleurs auriculaires; battemens dans la tête; puis après surdité complète jusqu'au mois de décembre. A compter de cette dernière époque, la surdité devient intermittente; elle reparaît seulement dans les époques qui répondent aux intervalles des règles; la femme est toujours aménorrhéique; sa surdité alterne avec une sensation particulière de syncope, de tension et de bruit dans l'oreille.

Les remèdes que la malade avait pris sont des mercuriaux, des purgatifs et des anti-phlogistiques. Son pouls est à 110; il est irritable.

Prescription.—1. Régime fortifiant, principalement de substances animales et d'ale. Abstinence de vin et de liqueurs.
2. Iodure de fer et coloquinte.
3. Raser la tête et la frotter avec de l'eau éthérée.

Le 20 février, grande amélioration sous tous les rapports.
Même prescription. Bains de siége sinapisés.

Le 20 mars, retour des règles; elles durent trois jours et sans douleur. Les symptômes cérébraux sont moins prononcés; la malade se sent bien.

Le 30 avril, l'amélioration est de plus en plus prononcée. La céphalalgie intense reparaît de loin en loin. La malade prend de l'embonpoint; elle revient sans inconvénient à ses occupations littéraires. Les garderobes sont régulières; pouls, 90, faible, mais compressible.

Prescription *ut supra*,

On continue les bains de siége. On permet à la malade de sortir et de faire de l'exercice corporel.

Septembre. Tous les symptômes se sont dissipés; les menstrues ont repris leurs cours naturel; la malade est bien portante et a repris l'exercice de sa profession.

Obs. XII (recueillie par M. Blackburn).—Emilie, âgée de 17 ans, grande et mince, jolis traits, intelligence développée, a été reçue le 5 février 1836. Elle a toujours été faible, et depuis quatre ou cinq ans, elle a été sujette à des maux de poitrine. Il y a deux ans, elle a été affectée de phrénitis; dès cette époque, elle a toujours été mal portante; elle éprouve souvent des accès graves d'hystérie; elle tombe, reste insensible et immobile pendant des heures entières. Actuellement; elle est sourde d'un côté à la suite d'une otorrhée; elle attribue cela à une lésion traumatique dans le méat auditif; elle se plaint de céphalalgie intense, surtout à l'occiput; ce mal a été extrêmement violent en décembre 1835; son pied et sa main du côté droit ont souvent éprouvé une sorte d'agitation. Un mois après cette dernière époque, les mouvemens de ces membres sont devenus de plus en plus fréquens et involontaires. Il y a dix jours, la malade a eu le délire pendant plusieurs jours: ses menstrues n'ont été régulières qu'une fois. Indépendamment de ces antécédens, la malade présente à son entrée les symptômes suivans:

Indolence; altération de l'intelligence vers l'imbécilité; douleur occipitale constante et aiguë; agitation fréquente et très violente du côté droit; et, de temps en temps, spasmes du côté gauche; muscles de la face à peine ou presque pas affectés; prononciation nette; peau douce et moite.

Prescription.—1. Poudre de scamm. et cal., 15 gr., statim.
2. Sous-carbon. de fer, 1 dragme toutes les quatre heures.
3. Une demi-pinte de porter par jour. Frottemens du corps avec une brosse (*flesh-brush*).

Quinze jours après l'usage de ce traitement, la malade se sent mieux; son amélioration est progressive; l'agitation est moindre; la céphalalgie a diminué.

Prenez: Sulfate de zinc, 2 grains trois fois par jour. Bain pluvial tous les jours.

Le 22 février, l'agitation a beaucoup diminué; la malade a acquis beaucoup de force à la main gauche; mais pas autant à la jambe; ventre libre; langue nette.

Le 23, l'agitation a augmenté un peu; la malade se plaint de douleurs dans le bras et la jambe du côté affecté.

Prescription. — Elevez la dose du zinc à 4 gr. trois fois par jour.

Amélioration progressive jusqu'au 11 mars. A cette époque, la malade éprouve dans la nuit une sorte d'accès qui lui rend les membres impuissans et un peu contractés; elle porte les mains vers l'occiput, où elle paraît beaucoup souffrir; les pupilles sont dilatées, mais obéissantes à l'action de la lumière; pouls petit et mou; ventre libre.

Prescription. — Rasez la tête. Lotions froides.
Sulf. de zinc, 4 gr. trois fois par jour.

Le 16 mars, nouvel accès analogue, mais moins sévère; pouls fréquent; céphalalgie modérée.

Le 22, amélioration progressive; pas de nouvel accès. Les mouvemens involontaires sont beaucoup moins prononcés; la malade se sent bien et parle librement. Ventre libre; pouls fréquent; la surdité persiste; la force augmente; la malade commence à pouvoir marcher.

Prescrip.—Infus. de rose et sulf. de quin., 2 gr., trois fois p. jour.
Pond. de rhub., 10 gr.

L'amélioration continue; la malade marche vers la guérison.

Le 21 avril, la malade est tout à fait bien; elle a acquis beaucoup de force, et tous les symptômes choréiques se sont dissipés; l'appétit est bon; les règles sont reparues, bien qu'en petite quantité; la pâleur est dissipée, et le visage reprend son teint naturel; l'intelligence a beaucoup gagné; la céphalalgie a disparu complètement, et tous les organes paraissent fonctionner normalement.

Ces faits attestent suffisamment la gravité sérieuse que la chlorose peut acquérir par une lésion cérébrale qui la complique. On voit combien il importe d'établir dès l'abord le véritable diagnostic sur la nature de cette complication, et de ne pas s'égarer dans un traitement illusoire. Bien qu'il soit rare de voir la complication encéphalique acquérir les caractères de lésion organique, il ne faut pas pourtant se faire illusion; ce qui n'est d'abord qu'un dérangement fonctionnel peut très bien à la longue devenir organique. Des ventouses localement; jamais de saignées générales; des vésicatoires à la nuque; des apéritifs modérés et cordiaux, le changement d'air, des occupations gaies, l'exercice corporel, une vie active, tels sont les moyens que je joins aux potions anti-chlorotiques, pour rétablir l'ordre fonctionnel en pareille occurrence.

QUATRIEME GROUPE DE FAITS.

CHLOROSE COMPLIQUÉE DE LÉSIONS FONCTIONNELLES ET ORGANIQUES DE LA POITRINE.

Obs. XIII. — Marie, âgée de 21 ans, non mariée, délicate, pâle, émaciée, a été reçue le 3 décembre 1835. Elle avait toujours été délicate et sujette aux inflammations. Ses menstrues ont paru pour la première fois à 16 ans; cette fonction a toujours été régulière chez elle. Quelquefois les règles lui ont manqué pendant cinq mois de suite; d'autres fois, l'écoulement s'est arrêté subitement. Sa santé, en un mot, a rarement été bonne.

Le 8 novembre dernier, les règles ont reparu après cinq mois d'absence. Hier, elles sont reparues encore, mais elles n'ont duré que huit ou neuf heures; le sang était pâle et séreux; aujourd'hui, il vient de couler encore en petite quantité. La malade a souvent été sujette à des leucorrhées abondantes.

Il y a deux ans et demi elle a eu une inflammation violente à la poitrine, et le traitement qu'elle a dû subir l'a beaucoup affaiblie. Cette faiblesse s'est prolongée jusqu'aujourd'hui; le visage de la malade est boursouflé et pâle; le reste de la surface du corps est couleur de cire; elle se plaint de dyspnée et de douleur à l'épigastre; toux fatigante avec expectoration muqueuse abondante; la malade expectore de temps en temps du fluide purulent, une demi-pinte dans l'espace de vingt-quatre heures. Le cœur bat violemment et est excité à la moindre émotion. Appétit dérangé; la douleur épigastrique augmente après les repas et est soulagée par le vomissement d'une matière aqueuse d'un goût aigre; l'urine est limpide et en grande quantité; pouls, 72, plein. Constipation.

Prescrip. — Coloq. et cal., 10 gr., statim.
Infus. de roses et sulf. de magn. deux fois par jour.

8 décembre. Mieux. La toux est moins incommode, la douleur a diminué; l'appétit est meilleur. Céphalalgie; insomnie.

Prescrip.—Hydrarg. cum creta, 3 grains.
Poudre de dragacanth. comp., 5 gr. tous les soirs.
Mixt. huileuse avec manne.
Vin ipécac., 15 g. deux fois par jour.

11 décembre. Elle se sent beaucoup mieux, et son aspect indique réellement de l'amélioration. Pouls, 86, régulier. Hier la malade a bien dîné sans éprouver de douleur après. La leucorrhée continue.

Prescription *ut supra*.

17 décembre. La malade éprouve une attaque de pneumonie; toux, dyspnée. Bruit crépitant dans une petite portion inférieure du poumon gauche. L'expectoration n'est pas altérée; peau chaude.

Ventouses scarifiées (10 onces de sang) au-dessous de la mamelle gauche.
Emplâtre de *Lytta*.
Coloq. et calom., 15 gr., statim.
Vin antim. tart., 15 g.
Camph., 6 dragmes, f. potion.

27 décembre. L'inflammation pulmonaire est dissipée. La malade prend de la force, mais elle se plaint de nausées.

Mixt. de fer comp., 1 once deux fois par jour.

On varie la médication tonique, mais on persévère dans son usage. La malade gagne de jour en jour; le pouls bat régulièrement 80 par minute; le ventre est libre; la malade mange bien, et ses digestions s'exécutent parfaitement.

5 janvier. Les règles reparaissent; elles coulent sans causer de douleur; le sang est de couleur naturelle; l'écoulement dure cinq jours.

La toux et l'expectoration ont considérablement diminué, et l'état de la malade s'améliore de jour en jour; elle se promène, a de la force et se sent tout à fait bien.

13 janvier. La malade sort de l'hôpital dans un état très satisfaisant; il ne lui reste qu'une légère bronchite, mais la santé générale est parfaitement rétablie.

Obs. XIV. — Miss ... a été reçue le 28 février 1835. Elle est âgée de 26 ans, réglée depuis l'âge de 14 ans, et avait habituellement été bien portante. Depuis un an et demi cependant, sa santé a commencé à se déranger; ses règles sont allées toujours en diminuant. D'abord la durée de l'écoulement menstruel a diminué d'une demi journée, puis d'une journée relativement au temps passé. Actuellement cet écoulement dure à peine un jour et est accompagné de malaise. Pas de douleurs aiguës à la tête, mais la malade éprouve des vertiges. Appétit et digestion dérangés; soif ardente. Respiration courte, précipitée, laborieuse; accès violens et fréquens de toux de nature peut-être hystérique.

Ces affections de la poitrine sont précisément de la nature de celles qui se voient souvent dans la chlorose compliquée d'hystérisme. La toux est renouvelée par la moindre émotion morale, de même que la raucité et la dyspée. La palpitation reparaît très fréquemment. La malade n'a pas d'expectoration de phlegmes, mais d'eaux sapides. Ventre constipé. Pouls fréquent et irritable. L'aspect de la malade est ictérique; la langue et la muqueuse buccale sont malades; tache noire sous les yeux. La couleur de la conjonctive est presque naturelle; ongles noirs et fragiles; les doigts partagent la teinte jaune du reste du corps.

Prescription. — Potion ferro-iodée.
Rhub.................. 2 dragmes.
Huile de cass......... 12 grains; m., f. pil. 24.

A prendre deux ou trois tous les jours à l'heure du coucher.

4 avril. Les règles reparaissent et durent pendant deux jours et demi. La malade en est soulagée. La palpitation est moindre; la douleur au côté a diminué. Les forces augmentent; l'appétit n'est pas beaucoup mieux.

Déjeuner avec du lard et du chocolat (*bacon with chocolate*); dîner de viandes roties et de l'ale pour boisson; chocolat faible avec du thé. On continue le même traitement.

16 mai. Garderobes irrégulières. Toux moins forte; pouls 100, plein et mou. La pâleur continue; la faiblesse est toujours très prononcée. Retour des règles; elles durent un seul jour.

Presc. ut supra.

On ajoute des bains de siége moutardés pendant une semaine, tous les soirs.

Décoction d'aloës .... 2 onces.
Poudre de jalap............ 10 grains tous les deux jours.

20 juin. Menstruation abondante et sans douleur. L'hystérie a presque complètement cessé. Amélioration progressive; gaîté; guérison. Cette femme s'est mariée depuis et elle est aujourd'hui bien portante.

Obs. XVI. — Miss ..., âgée de 15 ans, brune, très intelligente, très délicate, a été attaquée à l'âge de 13 ans de coqueluche. Les paroxismes avaient été fréquens et violens, et malgré le traitement approprié et le changement d'air, le mal a duré plusieurs mois avec une grande intensité. D'abord il n'était pas accompagné d'expectoration, mais ensuite des phlegmes muqueux ont été rendus par la malade. Ses forces sont allées en diminuant, l'appétit est devenu capricieux, et l'on craignait déjà que le poumon ne fût attaqué de tubercules. On lui a fait faire un exercice modéré, prescrit un régime et des vêtemens appropriés à son état. La toux est allée en diminuant; mais lorsque la malade approchait de l'âge de 14 ans, la toux a pris le caractère de bronchite chronique. L'émaciation générale du corps, la pâleur et quelques autres symptômes décèlent suffisamment un état chlorotique.

On espérait que l'établissement de la puberté et de la menstruation affermirait sa santé. Pendant plusieurs jours on a administré, dans ce but, des médicamens divers, mais sans succés. L'aspect de la jeune personne est devenu de plus en plus chlorotique; les lèvres et la membrane muqueuse de la bouche sont pâles et dans un état morbide. La paroi antérieure du thorax paraît tous les jours se rapprocher de plus en plus de l'épine. Les mamelles n'offrent pas le moindre développement, et rien n'indique que la puberté et la menstruation soient prêtes à se montrer. L'expectoration a changé de caractère depuis quelque temps; au lieu d'être muqueuse, elle est purulente et noire; la respiration et la matière expectorée sont si fétides qu'elles infectent l'appartement. L'auscultation et la percusion indiquent manifestement que le poumon est farci de tubercules. Les symptômes ordinaires de la phthisie deviennent de plus en plus patens et la malade succombe promptement.

CONCLUSIONS.

1° La chlorose est une maladie constitutionnelle, le plus souvent congénitale, se rendant surtout très manifeste vers l'époque de la puberté, quelquefois avant, d'autres fois après cette époque.

2° On est dans l'erreur de croire que la source de cette maladie soit dans l'utérus. L'utérus et les ovaires ne font pas leurs fonctions, ou ne les font qu'imparfaitement, parce que tout l'organisme est malade. L'aménorrhée, la dysméoorrhée, la leucorrhée et les pertes rouges qui accompagnent si souvent la chlorose sont autant de symptômes on de complications de l'affection constitutionnelle.

3° La nature de la chlorose paraît consister en une sorte d'anémie, d'arrêt de développement de la constitution par défaut de l'hématose. Le sang des chlorotiques est défectueux et pour la qualité et pour la quantité. Il y a en outre dans cette maladie lésion fonctionnelle manifeste du système nerveux, en particulier des nerfs de la vie organique. La dyspnée, les palpitations, la fatigue, les appétits bizarres que les chlorotiques éprouvent en sont une preuve incontestable.

4° Des deux formes que la chlorose affecte, la simple est toujours facile à guérir; la compliquée offre plusieurs variétés dont la plupart sont aussi guérissables surtout dans le début de leur manifestation. Parmi ces variétés celle qui est compliquée de tubercules pulmonaires est sans contredit la plus rebelle.

5° La chlorose compliquée d'hématémèse ou de toute autre hémorragie supplémentaire est très fréquente, mais presque toujours guérissable dans le début.

6° Le traitement de la chlorose simple doit d'abord avoir pour but de modifier l'hématose, de la perfectionner. Il doit viser en d'autres termes à augmenter la quantité du sang et à en améliorer la composition. Le rétablissement de la menstruation ne vient qu'en dernier lieu, comme une conséquence de la fortification de la constitution et du retour naturel des organes à leurs fonctions. Aussi les remèdes emménagogues, et en particulier les mercuriaux doivent être entièrement bannis du traitement, du moins pendant les premiers temps. Le plus souvent les règles se rétablissent d'elles-mêmes aussitôt que l'organisme est assez fort pour fournir les matériaux de cette fonction. Lorsque cependant la chlorose est compliquée, le traitement exige des modifications selon la nature de la complication. Il peut y avoir des circonstances dans lesquelles il est utile de provoquer la fonction cataméniale; tel est, par exemple, le cas de chlorose compliqué d'hémorragie supplémentaire grave. Dans cette occurrence la menstruation n'est qu'un moyen révulsif, l'état de la constitution réclame toujours un traitement général en conséquence.

7° Les moyens propres à remplir les indications curatives de la chlorose doivent être dirigés dans le sang par toutes les voies d'absorption. La voie pulmonaire offre une des ressources principales pour la correction de l'hématose. L'air pur, le grand air, l'air très ventilé est la première condition indispensable pour perfectionner l'artérialisation du nouveau sang qui doit revivifier les organes; sans cette condition les autres moyens n'auront pas toute l'efficacité dont ils sont susceptibles.

8° L'iode combiné au fer (iodure de fer), le sirop d'ammoniac, les extraits purgatifs amers, tels que l'aloës et la coloquinte, de la bière pour boisson (ale) et une alimentation substantielle, principalement animale, tels sont les moyens qui ont presque toujours triomphé de la chlorose chez le très grand nombre de sujets traités depuis plusieurs années à *Guy'shospital*.

9° Un des signes les plus fidèles d'amélioration est la diminution de la fréquence du pouls. Le retour de l'appétit, la coloration de la peau, la diminution de la lassitude générale et des palpitations, la possibilité de se livrer à des exercices gymnastiques sans trop se fatiguer, sont autant de signes qui dénotent le succès favorable du traitement.

10° Enfin, quand l'indication d'employer les remèdes emménagogues se présente, on peut donner la préférence aux courans électriques, dirigés en différens sens dans le bassin, aux injections vaginales de lait ammoniacé et aux bains de siége sinapisés.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

I. ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

Les numéros des mois de mars et avril contiennent les articles originaux suivans: 1° *Mémoire de phrénologie*, par M. Lafargue; 2° *Sur un canal accidentel séreux, rencontré dans le centre de la moëlle épinière*, par M. Nonat; 3° *Recherches sur l'hypertrophie de la rate*, par M. Nivet, interne des hôpitaux; 4° *Emploi des mèches dans le traitement de la constipation*, par M. Fleury, interne des hôpitaux; 5° *Des lésions spontanées du poumon qui peuvent amener subitement la mort*, par M. Lambert; 6° *Recherches expérimentales relatives à l'influence des bains sur l'organisme*, par M. Gerdy jeune.

RECHERCHES SUR LE DÉVELOPPEMENT ACCIDENTEL D'UN CANAL REMPLI DE SÉROSITÉ DANS LE CENTRE DE LA MOELLE ÉPINIÈRE; par le docteur NONAT.

Les cas où l'on a trouvé un canal accidentel dans l'intérieur de la moëlle épinière sont déjà assez nombreux pour qu'on puisse espérer, en les comparant et en les analysant, d'arriver à quelque donnée positive sur la cause et le mode de leur production. C'est ce qu'a tenté ici M. Nonat, à l'occasion d'un cas qu'il a observé lui-même chez un sujet qui, après avoir présenté pendant la vie les symptômes d'une lésion grave de la moëlle épinière, mourut au bout d'une année de maladie, et offrit dans la moëlle cervicale un canal tapissé d'une membrane fine et luisante, et rempli de sérosité limpide. Ce canal se prolongeait au devant des *calamus scriptorius* et se terminait un peu plus haut par un col-de-sac; il était en outre subdivisé en plusieurs loges qui correspondaient à chaque paire de nerfs par des cloisons médullaires. — Nous ne suivrons pas M. Nonat dans l'exposé des motifs sur lesquels il s'appuie pour prouver que ce canal a dû être le résultat de plusieurs épanchemens sanguins dans la partie centrale de la moëlle cervicale qui s'était successivement résorbée ont laissé à leur suite une cavité multiloculaire remplie d'un liquide séreux transparent. Cette explication paraît trop rationnelle pour qu'on puisse y opposer la moindre objection à son auteur. Nous pensons même avec lui qu'il en a été ainsi dans la plupart des cas analogues observés jusqu'à ce moment; mais ne peut-il pas arriver que le canal central que présente la moëlle chez quelques animaux et qui même chez l'embryon humain persiste jusqu'au cinquième ou sixième mois se conserve jusqu'à un âge plus avancé? c'est ce qu'il nous semblerait difficile de nier complètement.

DE L'EMPLOI DES MÈCHES DANS LE TRAITEMENT DE LA CONSTIPATION; par M. FLEURY, interne des hôpitaux.

Le travail de M. Fleury offre un fait de quelque importance et une doctrine, ou plutôt des explications. Le fait, le voici:

La constipation idiopathique est une maladie, ou plutôt une infirmité qui peut être heureusement combattue à l'aide de mèches enduites de cérat belladonisé (un gros d'extrait de belladone par once de cérat) qu'on introduit tous les soirs dans le rectum. Trois personnes chez lesquelles la constipation avait résisté à une foule de remèdes ont été guéries par M. Fleury à l'aide de ce moyen. La mèche est appliquée la nuit seulement, et quinze ou vingt jours de son usage suffisent pour rétablir la fonction de la défécation.

Quant aux explications que l'auteur donne, elles sont relatives au mode de formation de la constipation, alors que les organes sont fort sains d'ailleurs, et à la manière d'agir du remède qu'il a mis en usage pour la combattre. M. Fleury ne tient aucun compte de l'influence incontestable de la belladone dont il enduit son suppositoire purgatif.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES RELATIVES A L'INFLUENCE DES BAINS SUR L'ORGANISME; par le docteur GERDY jeune.

Les expériences nombreuses que l'auteur a faites sur les bains ont eu pour but principal de déterminer les modifications imprimées à la respiration et à la circulation par des bains de différente nature et à différens degrés de chaleur. Déjà plusieurs auteurs se sont, il est vrai, occupés de ce sujet; mais, suivant M. Gerdy, ils n'ont étudié que les effets des bains d'eau douce, et n'ayant pas mis dans leurs investigations l'exactitude et la précision nécessaires, leurs résultats sont à peu près sans valeur. D'où il résulte que les bains qui sont une des plus puissantes ressources de la thérapeutique, sont négligés dans beaucoup de cas où ils devraient être employés, qu'ils sont presque constamment très mal administrés, et que, par suite, on n'en retire pas à beaucoup près tous les avantages qu'ils peuvent donner.

L'auteur examine d'abord les conditions nécessaires d'exactitude pour ces sortes d'observations. La première est la connaissance précise de l'état habituel et de la fréquence comparative de l'état du pouls et de la respiration dans le repos parfait chez le sujet soumis aux expériences, et les précautions minutieuses qu'il indique à cet égard nous semblent indispensables si l'on veut arriver à des résultats qui aient quelque valeur. L'auteur insiste surtout sur la nécessité de tenir compte de l'influence de la température habituelle. Durant l'été dernier, son pouls ne battait jamais moins de 70 fois dans le calme le plus parfait. Pendant les temps humides du commencement de l'hiver, il était descendu à 65 et même à 63; puis, dans les fortes gelées, il remonte de nouveau à 70, et y persiste assez longtemps. Après les grands froids, il croit qu'il en est de même chez beaucoup d'autres personnes; car ce résultat est très rationnel, et s'accorde parfaitement avec celui que donnent les bains à différentes températures. Seulement, il est beaucoup moins prononcé que ce dernier, à cause de la différence de densité de l'air et de l'eau. M. Gerdy ne nie pas cependant que les habitans du nord n'aient le pouls plus lent que ceux du midi; mais alors ce n'est pas la circulation seule qui est modifiée; c'est la vie elle-même qui est ralentie en quelque sorte, et devient moins active.

M. Gerdy veut aussi que l'on étudie avec un soin égal la respiration, dont le nombre répond ordinairement au quart des battemens du pouls; mais dans la maladie, on sait que cette proportion subit de grands dérangemens. Il ne pense pas qu'on doive expérimenter sur un grand nombre d'individus différens pour obtenir des résultats communs. Il attribue même à ce que l'on a employé cette méthode d'expérimentation les résultats contradictoires, erronés ou peu précis qu'on a obtenus. Le nombre et la minutie des précautions que l'on doit prendre ne permettent guères de faire ces expériences sur d'autres que sur soi-même. Enfin, il insiste spécialement sur la nécessité de tenir compte des changemens survenus dans la température des bains pendant sa durée. Nous reproduisons ici une des expériences, afin de faire connaître comment elles ont été faites.

EXP. I.—Le 17 juillet 1837, mon pouls étant dans le calme parfait et donnant 70 pulsations par minute, je pris un bain d'eau douce, à 35° centig. Au bout de trois quarts d'heure, la température du bain était descendue à 32° 5; j'éprouvais une sensation de froid, et mon pouls battait 75 fois; je réchauffai l'eau jusqu'à 35°; et un quart d'heure plus tard, j'avais 72 pulsations. Je restai dans l'eau encore un quart d'heure, sans que mon pouls subît de nouvelles variations.

Il résulte de l'expérience que l'auteur a faite, que dans de l'eau chauffée à la température du sang (36,25), et maintenue à ce degré, le pouls s'accélère de quelques pulsations par minute; qu'à 38°, il offre une augmentation d'au moins 15 ou 18 battemens, en même temps qu'il est devenu plus large, plus mou et plus plein; qu'à 40°, il s'élève jusqu'à 112 pulsations, et se fait sentir petit, vif et serré; que la respiration ne commence à présenter une accélération sensible qu'environ à 38°, et qu'elle s'accélère toujours dans une bien moindre proportion que le pouls.

Le bain pris, au contraire, au-dessous de la température du sang, détermine des effets inverses; à 35° cent., il maintient à peu près le pouls à l'état primitif; de 34 à 33, il diminue la circulation si elle est accélérée; mais n'agit pas encore sur elle si elle était calme, et ne la fait pas descendre au-dessous.

Au-dessous de 33°, le bain produit au contraire l'accélération du pouls par la réaction qu'il opère. Quelquefois, cependant, il agit encore comme calmant, et ralentit la circulation. De là ressort, pour le bain d'eau douce, une propriété antiphlogistique et antispasmodique, lorsqu'on les emploie à 3° environ au-dessous de la chaleur du sang, tandis qu'au-dessus et au-dessous ils deviennent excitans.

Les bains salins ou alkalins, à la même température, et plus ou moins chargés de principes minéralisateurs, agissent à peu près comme les bains d'eau douce. M. Gerdy n'a pas trouvé de différence appréciable.

Les bains sulfureux, à la même température, ont la propriété calmante plus prononcée que les bains simples, et ralentissent le pouls au-dessous de son état de calme parfait. Il suit de là, dit l'auteur, qu'ils peuvent être employés contre certaines affections où l'on n'en soupçonnait pas l'utilité; par exemple, contre les palpitations; que peut-être même ils seraient avantageux comme antiphlogistiques directs.

Les bains acides composés avec l'acide sulfurique, toujours à la même température, produisent des résultats semblables à ceux des bains sulfureux.

Enfin, les bains d'uriage, qui sont à la fois sulfureux et salins, lui ont paru produire des effets calmans plus prononcés encore que ceux de tous les autres bains, puisqu'ils lui ont donné dix pulsations de ralentissement au-dessous de l'état de calme parfait.

II. REVUE MÉDICALE.

Les numéros des mois de mars et avril contiennent les articles originaux suivans : 1° *Recherches expérimentales sur l'auscultation artificielle*, par M. Pétrequin ; 2° *Mémoire sur l'ulcère simple chronique de l'estomac*, par M. Cruveilhier; 3° *Considérations pratiques sur le seigle ergoté*, par M. Duparcque ; 4° *De la cure radicale des hernies*, par M. Belmas ; 5° *Sur un cas de superfétation*, par M. Pertus; 6° *Réflexions générales sur l'adynamie*, par M. Chauvin ; 7° *De la paralysie générale chez les aliénés*, par M. Hubert Rodrigues ; 8° *Mémoire sur l'iritis*, par M. Pamard ; 9° *Torticolis guéri à l'aide de l'extension, le massage et la percussion cadencée*, par M. Seguin.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR L'AUSCULTATION ARTIFICIELLE; par J. E. PÉTREQUIN.

L'auscultation a fourni de si heureux résultats; elle a fait faire de si rapides progrès à la médecine que nous concevons facilement pourquoi tant d'hommes se sont appliqués à en constater les effets, à en étendre les avantages. Nous ne dirons pas toutes les expériences que M. Pétrequin rapporte avoir faites sur l'auscultation des poumons soit détachés soit conservés intacts dans le cadavre, imitant à l'aide d'un soufflet adapté à la trachée artère les temps inégaux de l'inspiration et de l'expiration avec leur rhythme; alors l'oreille appliquée comme sur le vivant distingue les bruits que l'on entend sur l'homme vivant; et cela constamment. M. Pétrequin a pu produire ainsi artificiellement le bruit vésiculaire de l'état sain avec l'air seulement, les bruits tubaire et bronchique en injectant successivement dans les bronches des liquides de densité différente, et même le râle crépitant et le souffle bronchique en employant le cadavre d'un homme mort d'une pneumonie aiguë. Ces expériences sont quelquefois gênées par l'accumulation du fluide dans les petites bronches; mais on peut aspirer ces fluides à l'aide d'un coup de piston qui représente assez bien les mouvemens de la toux, et la perméabilité des conduits aëriens ramène la netteté des sons. La voix elle-même et la toux ont pu être non pas reproduites mais communiquées dans les organes qui les émettent.

M. Pétrequin donne une juste importance à l'auscultation artificielle, parce qu'il pense qu'elle peut être employée avec beaucoup d'avantage à l'instruction des élèves; avec le secours de cette méthode il n'y a plus à craindre de fatiguer le malade, d'aggraver son état, ce qui arrive beaucoup plus fréquemment qu'on ne le pense et ce qui arriverait constamment si tous les élèves apportaient à cette étude importante le zèle nécessaire pour leur instruction. On peut même simuler un certain nombre de lésions; il est facile de produire artificiellement un hydro-thorax, un pneumo-thorax, un pneumo-hydro-thorax, etc., et d'obtenir à volonté le tintement métallique, le son amphorique et presque tous les autres signes sthétoscopiques qu'on rencontre rarement sur le vivant, et avec lesquels il est par conséquent difficile à tous les élèves de se familiariser.

MÉMOIRE SUR L'ULCÈRE SIMPLE CHRONIQUE DE L'ESTOMAC; par le professeur CRUVEILHIER.

La pathologie de l'estomac est l'une des parties les moins avancées de la pathologie, et même, nous devons le dire, une de celles dont on s'occupe sinon le moins, avec le plus de légèreté. Chaque jour, dans les livres, dans les cours, on parle d'inflammation de l'estomac, de gastrite aiguë et chronique, mais on n'est pas encore arrivé à donner une bonne et satisfaisante description de ces états morbides. L'ulcère simple de l'estomac est une maladie encore peu connue. Dans la pratique, ainsi que le dit le professeur Cruveilhier, il est confondu tantôt avec la gastrite chronique, tantôt et plus souvent encore avec le cancer, et pour le théoricien la connaissance en est peut-être même encore plus obscure. Les causes qui le produisent, son mode de développement, les effets spéciaux qu'ils déterminent nous sont également inconnus. Ses symptômes sont jusqu'à ce moment ceux d'une souffrance vague de l'estomac, et ne peuvent être distingués de ceux de la gastrite chronique, de quelques cas de gastralgie et très souvent encore de ceux du cancer de l'estomac; il n'est même pas rare de rencontrer l'ulcère simple de l'estomac sur le cadavre d'individus qui pendant leur vie n'avaient accusé aucun symptôme du côté de ce viscère. Il y a cependant deux cas où l'on peut soupçonner l'existence d'un ulcère simple de l'estomac; c'est quand un individu meurt subitement ou presque subitement soit d'un hématémèse, soit d'une péritonite par perforation après avoir éprouvé pendant quelque temps seulement des souffrances du côté de l'estomac; mais alors à quoi peut servir le soupçon d'une semblable lésion pour le praticien?

Les bases du traitement sont, au rapport de M. Cruveilhier, à peu de chose près, les mêmes que celles du traitement de la gastrite chronique et du cancer; c'est le simple traitement palliatif; il n'admet pas la diète absolue comme nécessaire, pense même qu'elle est souvent nuisible, et regarde comme un point important de trouver un aliment que l'estomac puisse supporter; il rappelle qu'en cela l'instinct du malade dirige souvent beaucoup mieux que tous les préceptes; l'opium a rarement été utile, même dans les cas de vive douleur, et le sucre doit en général être proscrit. Plusieurs observations intéressantes et quelques mots sur l'hématémèse, accident qui est quelquefois causé par l'ulcère de l'estomac et sur la cicatrisation de ce dernier terminent le travail du professeur Cruveilhier.

CONSIDÉRATIONS PRATIQUES SUR LE SEIGLE ERGOTÉ; par M. DUPARCQUE.

Tout ce qu'on sait sur le seigle ergoté se réduit à un certain nombre de faits, dont les uns confirment, les autres infirment les propriétés médicales qu'on attribue généralement à cette substance. Rien n'a encore été fait pour rattacher ces observations à une loi générale, fixer d'une manière constante les véritables vertus thérapeutiques du remède et déterminer par conséquent les véritables indications et contre-indications de son usage.

M. Duparcque a parfaitement senti l'importance de cette lacune; il a cherché à la combler, sinon en totalité, du moins en partie, par l'intéressant travail que nous avons sous les yeux.

Une première propriété qu'on a cru reconnaître dans l'ergot, c'est d'être un excitant de la matrice, un remède capable de réveiller les douleurs de l'accouchement alors que l'utérus languit dans l'inertie qu'on appelle asthénique. On en a fait par conséquent un médicament propre à expulser les corps étrangers de l'utérus (placenta, caillots, polypes, moles). Plus tard on l'a regardé comme un hémostatique puissant, et aujourd'hui on lui attribue aussi la faculté antileucorrhéique. Ce qu'il y a de plus singulier dans les faits qui ont servi de base à ces idées, c'est qu'ici l'ergot a arrêté l'hémorrhagie à la suite d'un accouchement ou pendant le travail, en favorisant la contraction utérine; là il s'est opposé à une fausse couche en arrêtant le sang; dans d'autres cas, au contraire, il a favorisé l'avortement, et supprimé les pertes, ou bien arrêté simplement une métrorrhagie grave survenue hors l'état de gestation. L'hémoptysie, l'épistaxis, l'hématémèse et l'hématurie ont été aussi combattues par le même moyen. Comment se peut-il que l'ergot qu'on regarde généralement comme un excitant de la matrice puisse tantôt provoquer les contractions utérines et favoriser l'accouchement, tantôt au contraire les arrêter, supprimer l'hémorrhagie, et s'opposer à une fausse couche imminente?

Mais ce n'est pas tout. On a considéré l'ergot comme un puissant remède pour arrêter les convulsions puerpérales; on lui a attribué également la vertu d'arrêter les accès hystériques. Comment concilier cette faculté avec celle que beaucoup de praticiens lui accordent d'exciter vigoureusement la matrice? M. Duparcque a senti lui-même l'espèce de contre sens qui existait dans l'interprétation de ces diverses catégories de faits. Mais il a tranché la question en disant qu'il eût été plus simple d'attribuer la cessation des convulsions à l'effet du seigle sur la matrice qui provoque et accélère l'accouchement. Enfin, on est allé jusqu'à mettre ce moyen au rang des meilleurs remèdes sédatifs et antiparalytiques. « Ces propriétés sédatives de l'ergot, dit l'auteur, n'ont pas fait oublier qu'il jouissait, par dessus tout, d'une action excitante, énergique sur un organe musculaire. Or, comme cette action paraît se rapprocher de celle que possède la strychnine, on n'a pas manqué d'enrichir de cette substance la matière médicale des paralysies. Employé par M. Barbier d'Amiens dans un cas de paralysie, il a paru agir dans l'un et n'a rien produit dans l'autre. Au reste, quelques expériences tentées à Montpellier et en Italie paraîtraient prouver que l'ergot agit particulièrement dans les paraplégies, tandis qu'il échoue contre les hémiplégies. »

Il résulterait donc des faits rapportés par les auteurs: 1° que cette substance aurait la propriété tantôt de provoquer ou de hâter l'accouchement, tantôt de l'arrêter, s'il s'agit d'une hémorragie, avant-coureur de fausse couche; 2° que le seigle peut être regardé comme un puissant hémostatique; 3° qu'il est un excitant de la matrice; 4° qu'il guérit les convulsions puerpérales et l'hystérisme; 4° enfin, qu'il peut tuer l'enfant, soit par son action toxique, soit par les contractions violentes et continues qu'il provoque sur la matrice.

En admettant la réalité de tous ces faits, il reste encore à découvrir la loi à laquelle on puisse les rattacher sans contradiction. Cette loi, ce ne sont plus les faits qui peuvent la révéler, car ils existent par milliers dans la science, et l'on est pourtant loin de soupçonner à quelles conséquences générales ils peuvent mener.

Voici comment M. Duparcque s'exprime à ce sujet:

« De toutes les actions physiologiques attribuées au seigle ergoté, la plus évidente, dit-il, la plus incontestable, est celle qu'il exerce spécialement sur l'utérus, dont il réveille ou ranime les contractions, ce qui suppose, comme condition préalable, la distension du tissu de cet organe. L'effet de cette contraction est de resserrer, d'effacer la cavité qui circonscrit les parois utérines; il a pour résultat l'expulsion des corps qui remplissent cette cavité, comme le produit de la conception, le placenta, les caillots, le sang provenant d'une perte interne, et, hors l'état de grossesse, les polypes, les moles hydratiques et autres, etc. Mais il est un autre effet qui ne mérite pas moins d'attention, c'est la rétraction du tissu utérin, ayant pour résultat de refouler les liquides et principalement le sang qui, par suite d'un état fluxionnaire ou congestif, distend ce tissu, ainsi qu'on le voit dans les cas d'engorgement de l'utérus, que nous avons appelé sanguin ou congestif. »

Après cette considération générale, l'auteur entre dans des détails particuliers 1° sur la forme à choisir pour l'administration du remède. La poudre lui paraît toujours préférable (paquets de 15 à 20 grains); 2° sur l'époque de l'accouchement où il convient de l'ordonner. On avait posé en règle de ne donner le seigle qu'après la rupture de la poche amniotique; M. Duparcque pense, au contraire, qu'on peut et qu'on doit le prescrire avant cette rupture, et même dans certains cas, sans que le col ait encore commencé à se dilater, parce qu'alors les contractions violentes et continues de la matrice sont moins dangereuses pour l'enfant, la poche des eaux rendant égal et modérant en partie l'effet compressif sur la circulation du fœtus. L'auteur nie, du reste, que ce remède exerce jamais une action toxique sur l'enfant; si celui-ci meurt quelquefois après l'administration du seigle, cela est dû uniquement aux contractions énergiques et non interrompues de l'utérus (V. GAZ. MÉD., 1838, p. 150); 3° sur les conditions de l'estomac qui doivent recevoir le médicament et en permettre la résorption; 4° sur les conditions que le bassin de la mère et la position du corps de l'enfant doivent présenter pour permettre l'application de l'ergot; il est clair qu'il faut pour cela que l'accouchement puisse s'accomplir spontanément. M. Duparcque insiste surtout d'après M. Levrat sur les avantages qu'on peut retirer de ce remède dans l'accouchement podalique, dont la longueur occasionne souvent la mort du fœtus. On sait, en effet, que cet accouchement marche bien ordinairement jusqu'à l'issue du tronc; alors il s'arrête, les douleurs cessant tout à coup, et la tête restant comme accrochée dans la filière du bassin; c'est dans ce moment que le seigle rend de grands services et sauve la vie de l'enfant; 5° sur les suites heureuses de l'accouchement lorsque le seigle a été administré; 6° sur les bons effets de ce remède dans les métrorragies, etc.

Tous ces points sont discutés par M. Duparcque, avec le savoir profond et l'expérience qu'on lui connaît; mais son travail est encore loin de résoudre la grande et importante question relative à la loi thérapeutique à laquelle on doit rattacher tous les faits connus de l'action de l'ergot.

Etudions d'abord les effets de cette substance sur les animaux. Tous les animaux éprouvent d'abord une sorte d'apathie, de langueur générale; puis leurs extrémités deviennent froides, sont frappées d'une sorte de gangrène sèche, et ils meurent enfin, si la dose est poussée loin et pendant

un temps assez long. Ils peuvent guérir de l'ergotisme si on leur fait avaler de l'ammoniac ou de l'alcool; ils meurent très promptement, au contraire, si on leur administre des moyens anti-phlogistiques. (Vicq-d'Azyr, Osière.)

Chez l'homme sain, les effets de l'ergot sont absolument pareils à ceux qu'on observe chez les animaux. Le hasard a fait rencontrer plusieurs fois l'ergotisme, surtout à la campagne, où cet accident a été vu à l'état presque épidémique, par suite des conditions morbides de certains blés dont on a fait usage. Tout le monde sait, par exemple, qu'en 1825, le gouvernement prussien fut obligé de charger le docteur Langermann pour rechercher les causes de l'épidémie ergotique qui régnait dans plusieurs cantons de l'Allemagne. Une foule d'autres observations existent sur ce sujet (Hennig, Lang, Müller, Duhamel, etc.); toutes s'accordent avec l'énoncé précédent; savoir, que les malades éprouvent une lassitude générale, pâleur, petitesse du pouls, vertiges, stupidité, tremblement, convulsions, écoulement de sang noir par le nez, etc.; en un mot, tous les symptômes de l'empoisonnement hyposthénique; ces symptômes se dissipent ou s'apaisent sous l'influence des excitans diffusifs. Il en est de même de la paralysie et de la mortification momifique des doigts et des orteils. Les nourrices qui essuient cet accident perdent d'abord leur lait, puis elles éprouvent les symptômes ci-devant indiqués. Les femmes enceintes avortent d'abord; ensuite elles présentent les mêmes phénomènes de l'ergotisme.

Où est-elle jusqu'ici l'action stimulante du seigle ergoté?

Nous ne voyons au contraire qu'une sorte d'hyposthénie générale, semblable à celle que le tabac, la belladone, la digitale, l'aconit, le laurier-cerise, le colchique, l'acide carbonique et une foule d'autres substances vénéneuses produisent. Ce qui confirme cette manière de voir, c'est que l'ergotisme ne cède qu'à une médication stimulante. Les autopsies, d'ailleurs, ne montrent dans ces cas aucune trace de phlogose. De ce que l'utérus se contracte sous l'influence de l'ergot, on ne peut déduire rigoureusement que cette substance a stimulé l'organe gestateur; une saignée vous produit souvent le même effet, et ce qu'on appelle *inertie* de la matrice n'indique pas toujours que cet organe est réellement dans l'asthénie. La matrice peut être inerte par excès de stimulus, comme un homme ivre est dans la prostration par congestion excessive du cerveau. Mais allons plus loin.

Quels sont les effets de l'ergot dans les maladies? Evidemment contrestimulans ou analogues à ceux de la saignée. Cette proposition, que Rasori a su tirer d'un grand nombre d'expériences cliniques, rend raison de tous les faits en apparence contradictoires, et va nous donner les bases de la loi thérapeutique que nous cherchons.

1° Il est incontestable que les convulsions puerpérales dont la nature est certainement hypersthénique ont cédé à la seule influence du seigle, comme elles cèdent plus constamment encore sous celle du tartre stibié à haute dose. (Marshall-Hall, Brinkle.) Ce n'est pas en hâtant l'accouchement, ainsi qu'on pourrait le supposer, que cela a lieu; mais bien en abaissant la vitalité générale de l'organisme, et, en particulier, celle de l'utérus.

2° La métro-péritonite a été traitée à la clinique de Padoue avec le plus grand succès à l'aide du seigle ergoté et sans saignées. (Giacomini.)

3° Les métrorragies, l'épistaxis, l'hémoptysie, l'hématurie, etc., se dissipent souvent sous l'influence du seigle. Cela ne prouve pas que cette substance agit en stimulant; mais bien le contraire. Vous produisez de la sorte ce que la saignée et le repos vous procurent si souvent. Mêmes effets dans la leucorrhée et la blénorragie. (Negri, Spairani, Marshall-Hall.)

4° La paraplégie a quelquefois cédé à l'action du seigle. C'est lorsqu'elle aurait cédé également à la saignée et aux autres remèdes dits anti-phlogistiques. Cet effet est analogue à celui de la strychnine, sans doute; mais la véritable action de la strychnine n'est pas de stimuler, ainsi qu'on le suppose; nous aurons l'occasion de revenir sur cette substance. C'est à cela que tiennent les succès dans certains cas, les insuccès dans d'autres, selon la nature de la paralysie.

5° La suppression des menstrues a été heureusement combattue par le seigle, lorsqu'elle était de nature congestive. Elle l'aurait été également par les saignées et les autres remèdes anti-phlogistiques. (Beclard, Chinnock.) On comprend maintenant comment le seigle peut arrêter l'hémorragie utérine dans certains cas, la favoriser dans d'autres.

6° Enfin, la diarrhée chronique, l'œdématie des extrémités dépendant d'hypertrophie du cœur, certaines hydropisies de nature phlogistique ont été heureusement attaquées à l'aide du seigle.

Que peut-on déduire de tous ces faits et de plusieurs autres analogues? Le seigle ergoté agit sur l'économie, en produisant une hyposthénie très marquée comme plusieurs autres poisons que nous venons d'indiquer; cette hyposthénie est surtout fort prononcée sur le cœur et sur le système artériel, comme après l'administration de la digitale (de là la paralysie des extrémités capillaires des membres et la gangrène momifique); elle l'est aussi, en conséquence, sur le système vasculaire de l'utérus.

Mais comment se fait-il que l'ergot provoque les contractions de la matrice, les accélère lorsqu'elles sont languissantes, hâte l'accouchement, détermine la fausse couche, expulse le placenta, arrête les hémorragies puerpérales, etc.?

Tous ces phénomènes et leurs anomalies se rattachent d'une manière invariable à la loi thérapeutique qui précède.

L'ergot provoque les contractions de l'utérus? Oui, cela est incontestable, mais dans les cas seulement où il y a turgescence, excès de vitalité dans son tissu. Dans cette circonstance, l'ergot provoque les contractions, comme une forte saignée, un chagrin profond pourraient le faire. M. Duparcque a observé judicieusement que ce médicament n'avait pas une action aussi marquée pendant les premiers mois de la grossesse qu'aux époques avancées de la gestation; cela se conçoit en raison du degré de turgescence de l'organe. Nous connaissons une dame qui a pris inutilement, de son chef, d'énormes doses de seigle pour avorter pendant les premiers temps de la grossesse; arrivée au neuvième mois, l'accouchement s'est déclaré, mais les douleurs ne marchant pas, nous avons employé un des paquets de seigle qui lui restaient, et l'effet de la contraction utérine a été très marqué. On dirait que l'ergot abat l'espèce d'éréthisme excessif des nombreux vaisseaux et des nerfs de la matrice, et permet au parenchyme musculaire d'obéir à la loi d'expulsion. Cela explique pourquoi le médicament n'a pas d'action bien prononcée sur l'utérus, lorsque les conditions vitales de cet organe sont différentes, etc. Les nouvelles recherches ont appris que la contraction utérine ne doit pas être regardée exactement comme celle d'un muscle ordinaire: il y a dans la fonction de l'expulsion de l'enfant une foule de circonstances essentielles indépendantes de l'impulsion de l'utérus, et dont il faut tenir compte pour se rendre raison des idées que nous venons d'émettre. L'utérus plein se trouve dans un état extraordinaire; tout ce qui dérange cet état a pour effet de faire revenir ses parois sur elles-mêmes; on ne dira pas pour cela que tout ce qui produit cet effet exerce une action excitante sur son parenchyme.

Quant à la manière d'administrer le seigle, nous sommes de l'avis de M. Duparcque, qui donne la préférence à la poudre, avec cette différence pourtant que nous croyons plus utile de commencer par une forte dose (40, 50 grains), puis en administrer une petite de temps en temps (dix grains toutes les demi-heures), afin que les plus fortes contractions n'aient lieu que pendant l'accouchement ou aux momens où on en a le plus besoin, et qu'elles diminuent aussitôt après; les petites doses répétées seront suffisantes pour entretenir les fortes contractions déjà provoquées par la première dose.

III. L'EXPÉRIENCE.

Les numéros des mois de mars et avril contiennent les articles originaux suivans: 1° *Nouvelles observations sur l'étude microscopique de l'urine éclairée par l'analyse chimique;* par M. Vigla, interne des hôpitaux; 2° *Sur les maladies qui peuvent être l'œuvre des insectes et sur leur traitement;* par M. Raspail; 3° *Anévrisme de l'artère axillaire; ligature de la sous-clavière en dehors des scalènes sur un point dilaté; mort; autopsie;* par M. Jobert, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis; 4° *Sur un cas singulier de monomanie;* par M. Thierry; 5° *Mémoire sur la sueur habituelle des pieds et les dangers de sa suppression;* par M. Mondière; 6° *Note sur un caillot volumineux et adhérent trouvé dans l'aorte (portion descendante);* par M. Dalmas; 7° *De la perforation de l'apophyse mastoïde dans diverses affections de ses cellules et dans quelques cas de surdité;* par M. Dezeimeris; 8° *Des vaisseaux particuliers qui naissent dans les poumons tuberculeux;* par M. Guillot. Nous renvoyons l'analyse de cet intéressant travail à notre prochaine revue; 9° *Observations pathologico-physiologiques sur les nerfs de la face;* par M. Voisin, médecin à Limoges; 10° *Observations sur les maladies des sinus frontaux;* par Ch. Dezeimeris.

SUR LES MALADIES QUI PEUVENT ÊTRE L'ŒUVRE DES INSECTES, ET DE LEUR TRAITEMENT; par M. RASPAIL.

Si les prévisions de M. Raspail se réalisent, la découverte du ciron de la gale ne serait qu'un premier pas dans ce vaste champ qui reste encore à parcourir, et toutes les maladies cutanées ne seraient que le résultat de la présence sur la peau d'animalcules d'organisation différente. Déjà un certain nombre d'éruptions qu'on sait être le résultat de la piqûre d'insectes, la punaise, le cousin, le rouget, le *pulex penetrans* ou *chique* des colonies, ne font pas parties des cadres nosologiques des créoles, parce que la cause en est évidente et facile à faire disparaître. « On connaît, dit M. Raspail, des cas où la présence d'un insecte produit une vraie maladie de la peau, en la désorganisant en pustule, en plaque, furforation et vésicules, ou bien enfin en tissus qui ne diffèrent des tissus normaux que par l'anomalie de leur dimension, de leur position et de leur forme; donc partout où j'apercevrai des pustules, des plaques et des croûtes furfuracées, des

vésicules, des créations de nouveaux tissus, là je serai en droit de soupçonner la présence et l'œuvre d'un insecte. — C'est une étude simple et dont le résultat sera peut-être de ramener à un seul tous les traitemens communs des maladies de la peau, et ce traitement serait celui qui tuerait le plus vite l'insecte et l'atteindrait le plus tôt. »

Ces hypothèses sont trop ingénieuses et reposent sur des rapprochemens trop incontestables pour que nous les combattions; cependant nous avons de la peine à penser que jamais on arrive à découvrir l'insecte de la variole et de toutes les autres affections cutanées dans lesquelles la maladie de la peau n'est qu'un phénomène consécutif et est précédée d'un état morbide souvent plus grave que l'exanthème de l'éruption. Il est vrai que M. Raspail ne borne pas ces prévisions aux maladies de la peau, et que le cancer, le tubercule pulmonaire, le croup, la grippe, le choléra, etc., pourraient bien plus tard rentrer dans la même catégorie; on connaît son opinion sur le choléra dont il voit la cause dans un insecte dont le siége est dans le canal intestinal. Il termine par quelques mots sur les propriétés conservatrices du camphre qu'il regarde comme la substance la plus propre non seulement à tuer mais même à éloigner les insectes de toute espèce.

MÉMOIRE SUR LA SUEUR HABITUELLE DES PIEDS ET LES DANGERS DE SA SUPPRESSION; par le docteur MONDIÈRE.

Peu d'auteurs se sont occupés de ce sujet d'une importance toute populaire et qui ne méritait pas un silence aussi général. Il n'est pas de praticien qui n'ait observé quelques faits ayant rapport à la suppression d'une transpiration habituelle des pieds, et les recueils en contiennent des exemples assez nombreux. D'après la direction qu'avait prise la médecine depuis l'attention trop exclusive donnée à l'anatomie pathologique, l'objet unique du médecin était de connaître l'organe malade au moment où il était appelé et de « porter le diagnostic de la maladie »; toutes les autres circonstances qui pouvaient s'y rattacher, quelle que fût leur importance, étaient reléguées sur un plan secondaire. Tel fut le sort des transpirations supprimées qui cependant jouent un grand rôle dans l'étiologie des maladies.

M. Mondière ne partage pas l'opinion de Seutin et de Kruegelstein qui attribuent la fluidité qu'offre la sueur des pieds chez quelques personnes à une organisation particulière, et pense que le plus souvent elle peut disparaître par le moyen hygiénique le plus simple et sans inconvénient pour la santé.

Les causes de la suppression de la sueur des pieds sont de deux ordres, ou générales ou locales. Les secondes sont les seules qui entrent dans le cadre que M. Mondière a tracé pour son travail. Dans les observations qu'il a recueillies soit par lui-même soit chez les auteurs, il s'est attaché à ne prendre que celles où l'on pouvait étudier l'influence de cette suppression sur l'économie, c'est-à-dire les cas où cette suppression avait été produite par une cause à laquelle on ne pourrait pas attribuer les effets qui se sont développés consécutivement. Nous allons reproduire ici le tableau qu'il a dressé de ces quarante-deux observations; on y verra quelles sont les maladies qui se développent le plus fréquemment à la suite de cette suppression.

Asthme et dyspnée	2 fois.
Embarras gastrique, anorexie	2 —
Pneumonie aiguë	1 —
— chronique; phthisie	9 —
Céphalalgie	2 —
Coryza	3 —
Névralgie plantaire	1 —
— sciatique	1 —
Anasarque	4 —
Hépatite chronique	1 —
Diarrhée	1 —
Leucorrhée	4 —
Blénorrhagie non syphilitique	1 —
Pleurésie chronique	1 —
Otorrhée	1 —
Diabète et gastrorrhée	1 —
Rhumatisme aigu	1 —
Catarrhe vésical	1 —
Maladies de la peau	3 —
Phthisie trachéale	2 —

L'auteur passe immédiatement à l'indication des moyens recommandés pour rappeler cette transpiration quand elle a été supprimée : deux surtout lui paraissent mériter une attention toute spéciale, les chaussons de laine, recouverts de chaussons de taffetas gommé, et les bains de sable chauds. Ces deux moyens, dont le dernier n'est employé que dans le cas où le premier n'a pas réussi seul, lui ont suffi dans tous les cas. Il insiste surtout sur la nécessité de rappeler la transpiration arrêtée, en s'appuyant sur un fait que nous regardons aussi, nous, comme vrai, bien que non d'une manière absolue, c'est que, quelque rationnelle et active que soit la thérapeutique que l'on oppose à la maladie causée par cette suppression, elle restera sans effet tant que cette excrétion supprimée n'aura pas été rétablie.

M. Moudière rapporte, à l'appui de cette observation, huit observations, avec tous les développemens nécessaires, et en indique un certain nombre d'autres d'une manière plus sommaire. Nous allons nous contenter ici de donner le titre de quelques-unes des premières observations.

OBS. I. Sueur habituelle des pieds depuis l'enfance; suppression par imprudence; dyspnée; inflammation du parenchyme pulmonaire; hémoptysies abondantes; traitemens divers; résultat nul; rappel de la sueur; guérison.

OBS. II.—Sueur habituelle des pieds; suppression par immersion de ces parties dans l'eau froide; symptômes de phthisie; mort.

OBS. III. — Sueur habituelle des pieds; suppression spontanée; anasarque borné aux extrémités inférieures; purgatifs; diurétique; scarifications inutiles; rappel de la transpiration locale; guérison prompte.

OBS. IV. — Sueur habituelle des pieds; suppression par des bains froids; colique, migraine, puis céphalalgie violente; inefficacité de la médecine pendant de longues années; guérison par le retour spontané de la sueur.

Nous terminerons cette analyse en disant, avec l'auteur : « Bien des maladies ne se sont moutrées rebelles à la médecine la plus active et la plus ratinnuelle que par cela seul que cette cause est restée ignorée. Tout médecin qui voudra éviter dans la pratique de cruels mécomptes devra adresser à tous ses malades cette question : Aviez-vous l'habitude de suer des pieds? Cette sueur est-elle supprimée? Les meilleurs moyens pour rappeler cette sueur consistent dans les pédiluves simples, aromatiques ou sinapisés, dans les bains de pieds de vapeur ou mineux, de sable chaud, et surtout dans les chaussons de laine recouverts de chaussons de taffetas gommé.

DE LA PERFORATION DE L'APOPHYSE MASTOÏDE DANS DIVERSES AFFECTIONS DE SES CELLULES ET DANS QUELQUES CAS DE SURDITÉ; par M. DEZEIMERIS.

Le but que l'auteur s'est proposé dans ce travail, c'est de réhabiliter l'opération de la perforation de l'apophyse mastoïde, opération qui avait été jugée défavorablement par les praticiens les plus compétens. Il a pour cela donné l'historique exact des opérations pratiquées, rapproché entre eux tous les faits qui s'y rapportent et arrive à cette conclusion.

« La perforation de l'apophyse mastoïde a été pratiquée sur neuf sujets. L'un d'eux est mort douze jours après l'opération; un autre a éprouvé au moment même où on la pratiquait quelques accidens graves en apparence, mais qui se sont promptement dissipés; aucun des autres n'a couru le moindre danger, ni même éprouvé de symptômes fâcheux. Plusieurs des sujets ayant été opérés successivement des deux côtés, ces neuf observations nous fournissent quatorze cas de perforation de l'apophyse mastoïde. Dans trois, l'opération n'a eu aucun succès; dans deux, elle n'a procuré qu'une amélioration plus ou moins notable; dans neuf, elle a complètement réussi. Ces résultats nous suffisent, et nous en concluons que la perforation de l'apophyse mastoïde n'est pas une opération à proscrire, mais une ressource précieuse qu'on a eu tort de ne pas mettre plus souvent à profit. »

JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES.

Les cahiers des mois de mars et avril contiennent les articles originaux suivans : 1° *Mémoire sur le varicocèle*; par M. Landouzi, interne des hôpitaux; 2° *Observations et expériences relatives à l'histoire des plaies*; par M. Bouchacourt; 3° *Détails sur le choléra de Constantine*; par M. Guyon; 4° *Nouveau moyen d'administrer le copahu*; par M. Raquin (ce moyen consiste à envelopper le médicament dans des capsules de gluten); 5° *Histoire d'une oschéocèle fort volumineuse*; par M. Lebert.

HISTOIRE D'UNE OSCHÉOCÈLE EXTRÊMEMENT VOLUMINEUSE CONTENANT L'ESTOMAC DANS SON INTÉRIEUR; par M. LEBERT.

OBS. — Un homme, âgé de 68 ans, portait depuis longues années une hernie inguinale double dans le scrotum formant une seule tumeur extrêmement volumineuse. Cette tumeur avait les apparences du sarcocèle scrotal des Egyptiens. Le malade marchait en portant les genoux écartés et fléchis; il avait des envies fréquentes d'uriner; ses digestions étaient bonnes d'ailleurs; l'examen ne pouvait faire découvrir les testicules dans la tumeur; celle-ci était irréductible.

L'observation suivante a fait conjecturer sur le vivant que la hernie contenait une partie ou la totalité de l'estomac. En percutant la tumeur quelques mi-

nutes après le repas on obtenait un son clair à gauche et mat au côté opposé; en la percutant à jeun le son était clair des deux côtés, mais dans les deux tiers supérieurs seulement. En outre, pendant que le malade prenait des alimens, on voyait d'une manière univoque la tuméfaction progressive de la partie antérieure et supérieure droite de la tumeur; et lorsqu'on appliquait la main sur cette même région, en même temps qu'on faisait boire l'individu, on apercevait très distinctement le choc du liquide qui arrivait presque aussitôt dans son intérieur.

L'individu est mort d'une attaque d'apoplexie.

NECROPSIE. L'abdomen étant ouvert on trouve, ainsi que cela a toujours lieu dans ces sortes de hernies anciennes et volumineuses, les canaux inguinaux réduits à deux anneaux simples, très larges, pouvant admettre les quatre doigts réunis.

Le tissu sous-tégumental de la tumeur offre deux à trois pouces d'épaisseur, Vient une sorte de sac fibreux, très épais, semblable à la dure-mère (tunique cellulo-fibreuse des auteurs); c'était probablement le fascia superficialis hypertrofié. Au-dessous est une autre couche fibreuse enveloppant à la fois le testicule et le cordon et se continuant avec le fascia transversalis. L'épaisseur de ces tissus avait empêché chez le vivant de sentir les testicules. Enfin le sac herniaire se présente : l'auteur ne dit point si cette membrane était épaissie ou amincie; il fait seulement remarquer que des plaques cartilagineuses existaient en dehors de la poche séreuse.

Le contenu de la hernie résultait à gauche de la presque totalité de l'intestin grêle et le cœcum; à droite, d'une grande portion du gros intestin, de l'épiploon et du petit cul-de-sac de l'estomac.

L'estomac long de 22 pouces avait sa portion splénique ou grosse extrémité de grandeur naturelle et située dans l'hypochondre gauche; delà se portant en bas et à droite, il se rétrécissait graduellement au point de ne plus présenter que le volume du duodénum, deux pouces environ au-dessus de l'anneau inguinal du côté droit. Après avoir franchi cette ouverture, il se renflait sensiblement et même un peu au delà de ses dimensions ordinaires. Quatre pouces au-dessous du ligament de Fallope, il donnait naissance au duodénum, qui se recourbait immédiatement de bas en haut, pénétrait dans le ventre par l'ouverture inguinale et remontait le long du muscle psoas du côté droit. Au niveau de la quatrième vertèbre lombaire, il recevait l'embouchure des canaux cholédoque et pancréatique, puis se plongeait dans le petit bassin, pour en sortir presque aussitôt et pénétrer à travers l'anneau inguinal gauche.

De ce côté la poche herniaire contenait le mésentère et tout l'intestin jéjunum et iléon, dont les circonvolutions entortillées étaient libres entre elles, mais adhérentes aux plaques cartilagineuses ci-devant indiquées. Au milieu du paquet intestinal se trouvaient le cœcum et une portion du colon, qui, après un trajet de trois pouces, traversait l'anneau inguinal gauche, passait au-dessus du pubis, pénétrait dans la poche du côté droit avec tout l'épiploon, remontait dans l'hypochondre gauche pour redescendre vers la symphyse sacro-iliaque correspondante, formait, mais d'une manière exagérée, les contours de l'S romain, et descendait enfin dans l'excavation du bassin pour se terminer à l'anus. Les parois de l'estomac n'étaient pas sensiblement plus minces qu'à l'ordinaire; le mésentère était très chargé de graisse. Le pancréas s'étendait de l'hypochondre gauche jusque dans la fosse iliaque droite.

Nous omettons le reste des détails de l'autopsie n'ayant pas de rapports immédiats avec la hernie.

Cette observation est remarquable d'abord par sa rareté : on ne connaît qu'un très petit nombre de cas de hernies inguinales dans lesquelles une partie ou la totalité de l'estomac était comprise dans la tumeur; ensuite par le caractère nouveau de diagnostic indiqué dans les détails précédens par M. Lebert : ce caractère était, il est vrai, facile à saisir, mais personne n'y avait pensé.

V. LANCETTE FRANÇAISE.

ACCOUCHEMENT RENDU DIFFICILE PAR UN SPINA-BIFIDA ÉNORME; par M. VINCHON fils.

OBS. — Madame L , âgée de 22 ans, primipare, jouissant habituellement d'une bonne santé, était au terme de sa première grossesse. La gestation avait été heureuse et n'offrait d'autre particularité qu'un développement très considérable du ventre, ce qui paraissait coïncider avec une grande quantité d'eau amniotique. Ses douleurs se sont déclarées vers le milieu de la nuit; elles se prolongent jusqu'au lendemain. M. Vinchon est appelé; il est onze heures du matin lorsqu'il arrive auprès de la femme; les eaux avaient coulé, mais chaque contraction utérine déterminait la sortie d'une certaine quantité de liquide : la dilatation du col présentait le diamètre d'un franc. Vers minuit la dilatation se trouva complète, et la tête fut reconnue dans la position occipito-cotyloïdienne gauche; elle s'engagea sans difficulté dans l'excavation pelvienne, et vint se placer au détroit inférieur. Mais alors quoique la tête n'eût rien présenté d'anormal, et que rien n'existât d'anormal du côté de la mère, la tête n'a plus avancé malgré les contractions violentes de la matrice. Quatre heures se passent dans cet état sans rien gagner, la femme s'épuise en efforts inutiles, M. Vinchon applique alors le forceps et parvient non sans grande difficulté à amener la tête hors de la vulve. Il fait ensuite l'extraction des épaules et tire le tronc de l'enfant jusqu'à la région lombaire; là les choses s'accrochent et les tractions les plus méthodiques ne peuvent venir à bout d'achever l'accouchement. Il introduit la main dans le vagin et reconnait sur la région lombaire du fœtus une tumeur énorme de la grosseur de deux têtes d'enfant, molle et fluctuante. Cette tumeur refoulée en haut par les lèvres de la vulve inextensible remontait jusqu'au détroit supérieur, et s'accrochait en quelque sorte sur le rebord de l'excavation iliaque gauche. Elle était un peu réductible à la pression de la main, quoique dans une proportion de beaucoup inférieure à celle qui eût été nécessaire pour la sortie du fœtus; mais aussitôt que cette pression cessait, la tumeur reprenait son volume ordinaire.

Rien ne faisant prévoir la fin de cet accouchement laborieux, la femme se trouvant entièrement épuisée, l'accoucheur a introduit avec précaution dans le vagin la branche de ciseaux droits conduite sur l'indicateur et a percé la tumeur non sans difficulté. Ecoulement d'un flot de liquide sanguinolent; contraction utérine, expulsion immédiate de l'enfant.

L'enfant était vivant, du sexe féminin; il est mort quinze heures après. A l'examen, on a trouvé à sa région lombo-sacrée une énorme poche ridée et flasque du volume de la tête d'un enfant, se vidant par la pression. A travers la peau on sent manifestement un écartement des vertèbres de la grandeur d'un demi-pouce environ. L'autopsie cadavérique cependant n'a pu être faite.

Il est rare que les tumeurs hydrorachiques mettent obstacle à l'accouchement, leur volume n'étant pas ordinairement fort considérable. Cette circonstance ayant existé dans le cas précédent rend le fait remarquable et digne d'être connu.

VI. BULLETIN THÉRAPEUTIQUE.

NOTE SUR L'EMPLOI DU TARTRE STIBIÉ A HAUTE DOSE DANS LE TRAITEMENT DES ÉPANCHEMENS SYNOVIAUX ARTICULAIRES, SUITE D'INFLAMMATION; par M. GIMELLE.

On sait avec quelle opiniâtreté les épanchemens synoviaux, de nature inflammatoire ou non, résistent souvent aux nombreuses médications par lesquelles on les combat successivement. Nous ne savons si les praticiens qui emploieront le moyen vanté par M. Gimelle en retireront tous les heureux effets qu'il dit en avoir obtenus; mais d'après le peu d'effet qu'exerce l'émétique à haute dose sur les affections rhumatismales aiguës, nous serions portés à penser que les éloges accordés ici à l'application de ce moyen au traitement de l'hydarthrose sont au moins exagérés. Cependant nous allons reproduire de cette communication ce qui nous semble indispensable pour mettre le praticien à même de répéter les expériences de M. Gimelle.

Le tartre stibié à haute dose guérit radicalement les hydarthroses qu'elles soient aiguës ou qu'elles soient chroniques, de quelque cause qu'elles dépendent, dans quelques articulations qu'elles se logent, quelle que soit la disposition du sujet affecté. La quantité d'émétique nécessaire ne dépasse pas seize grains dans les vingt-quatre heures, et son administration ne s'étend pas au-delà de dix-huit jours de suite. Son premier effet, c'est de calmer la douleur locale; le second, de favoriser la résorption de l'épanchement articulaire, et l'effet définitif, d'emporter, sans en laisser aucune trace, toutes les circonstances de ces affections. L'amélioration n'est jamais plus prompte et l'issue favorable, plus rapide que quand le médicament est toléré par le malade. Cependant, malgré l'absence de cette tolérance, on voit que la maladie diminue sensiblement. Le premier jour on prescrit l'émétique à la dose de quatre grains pour les vingt-quatre heures, et chacun des jours suivans on augmente de deux grains en la portant ainsi progressivement jusqu'à huit, douze et seize grains pour vingt-quatre heures. L'auteur recommande en outre l'emploi de quelques auxiliaires comme des saignées locales ou même générales si le sujet est jeune et vigoureux; des opiacés s'il y a de l'insomnie, des douleurs très aiguës ou une irritabilité excessive.

Trois faits sont rapportés à l'appui de ces assertions; le suivant fera connaître et la manière dont le traitement est ordonné et la rapidité avec laquelle il agit, au moins dans quelques cas.

OBS. — Clavel, âgé de 47 ans, d'un tempérament lymphatique, éprouvait depuis huit ou dix jours, et sans cause connue, une douleur au coude droit. Les mouvemens avaient fini par devenir impossibles; la douleur ayant augmenté peu à peu, il y avait gonflement et sensibilité du coude, mais sans rougeur; à la partie postérieure du coude et sur les côtés de l'olécrâne, on voyait deux tumeurs arrondies, fluctuantes et douloureuses au toucher. Pendant dix jours, on essaya tour à tour les sangsues, les cataplasmes simples et laudanisés, les vésicatoires volans, mais sans succès, les anti-phlogistiques ont seuls calmé un peu la douleur. A cette époque, on commença l'administration de l'émétique à haute dose à quatre grains par jour, et l'on arriva au huitième jour à douze grains, en augmentant la dose de deux grains par jour; l'émétique a été parfaitement toléré, bien que le malade ait continué à prendre des alimens, et au bout de huit jours la guérison était complète.

SUR LA FALSIFICATION DU LYCOPODE PAR LE SOUFRE; par M. CHEVALLIER.

Déjà on avait signalé à une époque antérieure la falsification du lycopode par le soufre, et qui était pratiquée, il paraît, à l'étranger; cette fraude vient d'être de nouveau signalée. Le lycopode qui a subi cette altération présente les caractères suivans : il a une couleur jaune plus intense que celle du lycopode non falsifié; projeté sur des charbons ardens, il brûle en répandant une odeur d'acide sulfureux. Traité par la lessive caustique de soude et de potasse, on obtient un liquide qui a l'odeur

d'œufs pourris. Cette liqueur, traitée par les acides, donne une assez grande quantité d'hydrogène sulfuré.

La quantité de soufre ajoutée paraît s'élever de 30 à 40 pour cent. Si le lycopode vaut de 4 f. 50 c. à 5 f. le kilogramme, et la fleur de soufre de 55 à 60 c., on voit que le fraudeur a remplacé un produit d'une valeur de 159 à 175 f. par un autre de 20 à 21 f. Mais ce n'est pas le seul inconvénient. On conçoit que le lycopode mélangé de fleur de soufre doit augmenter les excoriations sur lesquelles on l'applique comme dessiccatif, et déterminer, chez les enfans surtout, des douleurs plus ou moins vives.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 5 JUIN. — PRÉSIDENCE DE M. MOREAU.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Etat des vaccinations des Basses-Alpes;
2° — de l'Aisne;
3° — de la Charente;

4° Lettre ministérielle avec envoi d'un rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde;

5° Lettre *idem* avec envoi des rapports des médecins inspecteurs des eaux minérales de Néris, Baréges, Bagnères, etc.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

1° Observation de M. Mannoury sur l'absence du vagin;

2° Lettre d'un médecin d'Agen, lequel déclare que ni lui, ni ses confrères d'Agen n'ont pas vu la moindre trace de cette éruption anormale sur laquelle M. Dubourg de Marmande a envoyé un mémoire à l'Académie.

PREMIER RAPPORT. — OBSERVATIONS SUR LE CHOLÉRA-MORBUS DE NAPLES; PAR M. THIBAULT. — RAPPORT DE M. LONDE.

Après la frayeur que cette épidémie jeta dans la ville de Naples, ce qu'il y a de plus remarquable, c'est la complication vermineuse qui s'ajoutait à la maladie; tous les malades avaient les intestins farcis de vers et principalement de *tricocéphales*, vers si rares dans le royaume de Naples que les cabinets d'histoire naturelle profitèrent de l'occasion pour s'en pourvoir. D'abord on crut que cette complication faisait le fond de l'épidémie; mais il fallut bien changer de sentiment quand on vit que, non seulement les cholériques, mais tous les malades de l'époque, quelque variée que fût d'ailleurs la maladie, présentaient le même phénomène; aussi M. Thibault se contente-t-il de conclure :

1° Que le choléra de Naples a subi une des plus grandes complications vermineuses dont on ait conservé l'histoire;

2° Que cette épidémie vermineuse ne s'est pas bornée aux personnes qui ont péri du choléra ou qui en ont éprouvé des symptômes, mais qu'elle s'est manifestée chez tous les habitans de la contrée.

3° Que les phénomènes cadavériques les plus constans chez les cholériques, tels que l'injection de membrane muqueuse digestive, le développement des follicules muqueux, la présence d'un mucus insolite, de vers tricocéphales, l'altération du sang, se sont aussi rencontrés sur tous les malades qui ont succombé pendant l'épidémie à toute autre maladie que le choléra.

Pour conclusion finale, M. Thibault admet que l'influence atmosphérique ou autre qui produit le choléra agit sur presque tous les habitans de la contrée où il sévit. En effet, tandis que les uns ont le choléra, les autres ont la diarrhée; ceux-ci ont rendu un peu d'urine; ceux-là ont des borborygmes avec une inappétence que rien ne peut tenter, etc.

M. BALLY ne s'étonne pas qu'on ait trouvé des tricocéphales en si grand nombre pendant le règne du choléra; il croit que la même complication existe dans le *cœcum* chez la plupart des malades, non seulement en temps d'épidémie cholérique, mais dans tous les temps et quelque variée que soit la maladie. M. Marc fait observer que le tricocéphale à Naples ne s'est rencontré que chez les cholériques seulement, les autres cadavres n'en ayant pas présenté de trace durant l'épidémie.

2° MÉMOIRE SUR L'ÉTIOLOGIE DES PIEDS-BOTS; PAR M. MARTIN. — RAPPORT DE M. CRUVEILHIER.

Quelle est la cause de cette difformité? M. Martin, appuyé sur un nombre considérable de faits, établit que, dans tous les cas, il y a absence relative des eaux de l'amnios; que par suite la matrice exerce une pression directe sur les pieds et les déforme; que constamment les femmes éprouvent, vers le cinquième ou sixième mois, une douleur fixe et souvent insupportable qui se fait sentir vers l'épigastre quand l'enfant se trouve dans la situation verticale, et aux hypochondres quand il est en travers, etc.

L'auteur s'attache ensuite à expliquer les variétés des pieds-bots et cherche à prouver que ces variétés dépendent de la situation relative des pieds entre eux au moment où la matrice vient à les toucher et à les presser de toute l'énergie de ses contractions. Si l'un des pieds porte à faux, il n'y a qu'un seul pied-bot; la difformité au contraire sera double s'ils se trouvent l'un et l'autre dans des rapports forcés; enfin suivant que ces organes sont classés par la matrice en état de flexion ou d'extension, il en résulte un *varus* ou un *valgus*, etc.

A l'égard de ses opinions sur l'étiologie des pieds-bots, M. Martin incline à croire que les renversemens des pieds peuvent rentrer dans la théorie de l'arrêt de développement, si on comme représentant en réalité un état normal à quelque époque de la vie intra-utérine, du moins par la disposition de toutes les parties constituantes de ces organes qui offrent toujours une gracilité remarquable et une sorte d'atrophie. Arrivant à la théorie des monstruosités par les brides placentaires, il prouve que si le pied-bot lui échappe sous certains rapports, il y a cependant cela de commun que l'absence des eaux de l'amnios est une condition nécessaire dans l'un et l'autre cas.

L'auteur termine enfin par une statistique des pieds-bots qu'il a eu occasion d'observer : sur 61 cas, 26 étaient doubles et 35 simples; parmi ceux-ci 18 existaient au pied droit et 17 au pied gauche. Relativement au sexe, 45 appartenaient à des garçons et 16 à des filles. D'où M. Martin conclut, en opposition avec les chiffres fournis par d'autres auteurs, que la déviation du pied droit, loin d'être moins fréquente que celle du pied gauche, l'est au contraire un peu plus, et que si la proportion des garçons est fort supérieure à celle des filles, c'est qu'ils sont généralement plus volumineux, et par cela même plus exposés, toutes choses égales d'ailleurs, à être pressés par la matrice.

M. LONDE : M. le rapporteur ne partage pas absolument la théorie de M. Martin, en ce sens qu'il admet des exceptions; mais il n'y est pas non plus contraire. Et pourtant il croit qu'il est toujours possible de vaincre la résistance des muscles, et de ramener le pied à sa position naturelle, sans rien *diviser* : ce sont ses expressions. Comment concilie-t-il cette manière de voir avec ce qui se fait tous les jours?

M. CRUVEILHIER : J'ai dit : théoriquement parlant.

M. ROCHOUX : Vous avez entendu M. le rapporteur vous dire que la science doit beaucoup à M. Geoffroy de Saint-Hilaire, pour avoir renversé la théorie qui rapportait les pieds-bots et les autres difformités à un vice dans les germes. Il se peut que cette doctrine ait exagéré la vérité; mais il me semble que, de nos jours, on tombe dans un excès opposé. Si nous pouvions disséquer à volonté l'ovule, je suis persuadé qu'au lieu de le trouver simple, nous le trouverions au contraire très composé; et dès-lors, on ne voit pas pourquoi il serait exempt d'altération. Pour ma part, je crois que beaucoup de ces vices congéniaux, et particulièrement les pieds-bots, ont leur cause dans la constitution même des germes.

M. CAPURON raconte que deux femmes qu'il a assistées dans leurs couches rendirent une quantité considérable d'eaux, et qu'elles n'en mirent pas moins au monde deux enfans atteints de la difformité connue sous le nom de pied-bot. D'où il conclut que la théorie de M. Martin est sans aucun fondement. Et comment la matrice pourrait-elle comprimer le fœtus? C'est, dit-il, un point dans un océan de liquide. Et réciproquement, il a vu des femmes accoucher presque à sec, et dont les enfans avaient les pieds très bien conformés.

M. BOURDON : La théorie de M. Martin me paraît d'autant plus inadmissible, que rarement le pied-bot est congénial; il ne vient que plusieurs années après la naissance.

M. le rapporteur étant obligé de s'absenter, la discussion sera continuée dans la prochaine séance.

PILULES VÉNITIENNES DE TÉRÉBENTHINE DE M. BORELLI. — RAPPORT DE M. GUÉNEAU DE MUSSY.

A la térébenthine de Venise, M. Borelli a joint le bi carbonate de soude, à dose, à la vérité, si petite, qu'elle est insignifiante, et qu'elle ne peut rien ajouter aux vertus de la térébenthine.

En conséquence, la commission conclut que si, par elles-mêmes, ces pilules sont peu énergiques, la vente n'en doit pas moins être prohibée.

L'Académie adopte.

M. GERDY reprend la lecture qu'il a faite dans la dernière séance sur quelques *points de la vision*.

Dans cette espèce d'appendice, il soutient toujours que la vue est le premier, le roi des sens. Ses preuves sont les mêmes; c'est que, selon lui, il entre dans l'esprit plus de connaissances par les yeux que par chacun des autres sens, et peut-être par tous les sens à la fois. Il s'applique particulièrement à comparer la vue avec l'ouïe, et répète que si les aveugles ont sur les sourds l'avantage de s'instruire continuellement dans la conversation qui se fait autour d'eux, en revanche, les sourds ont la ressource de la lecture, infiniment plus instructive que la conversation.

M. BOURDON ne comprend pas pourquoi on veut établir une hiérarchie entre les sens, et pourquoi on appelle la vue le *roi des sens* : pour lui, il n'admet pas cette monarchie au profit des yeux. Les sens, dit-il, forment une république. Entre eux, point de supériorité, point d'inégalité.

M. GUÉNEAU DE MUSSY : Ce sont très probablement les observations que j'ai faites à M. Gerdy dans la dernière séance qui nous ont valu ces nouvelles observations; mais elles ne sauraient changer mon opinion. Il se peut que je ne me sois pas expliqué avec la précision que j'aurais mise dans une réponse écrite; à cet égard, je passe condamnation. J'avais surtout à cœur d'établir 1° qu'il n'y a pas de suprématie entre les sens; 2° que si on voulait absolument en établir une, il faudrait l'accorder à l'ouïe. Aujourd'hui, je m'explique mieux, et je dis que la privation de l'ouïe est plus difficile à suppléer que celle de la vue. Notre collègue répond que si les aveugles peuvent entendre et parler, les sourds-muets ont pour eux la ressource de la lecture : mais c'est précisément là la difficulté; oui, il est fort difficile de leur apprendre à lire. Je l'ai dit et je le répète, lorsqu'après six et sept ans de soins assidus on les amène à lire passablement les historiettes les plus simples, on n'a pas perdu son temps; mais on le perd souvent, car la plupart ne savent pas lire couramment au sortir de l'institution, c'est-à-dire à 16 ou 17 ans.

M. Gerdy a cité des réponses en effet très remarquables des sourds-muets. Mais combien compte-t-il de sourds-muets capables de les faire? Un ou deux; c'est toujours Massieu et Leclerc.

La vue ne peut nous faire connaître que la couleur et l'étendue, mais elle ne saurait nous donner la moindre idée des corps, sans le secours du toucher. Mettez une sphère sur cette table; de quelque côté que je me tourne, je ne vois

qu'un cercle coloré : or, de là, de cette sensation à l'idée d'un corps, il y a une distance immense, et qui, je le répète, ne peut être franchie que par le toucher.

M. ROCHOUX : C'est, à mon sens, une grande erreur de croire que, sans le toucher, nous n'aurions pas l'idée du corps. J'ai dit que les poulets, au sortir de l'œuf, piquaient avec leur bec les grains qui doivent les nourrir : ils les voient donc ces grains, et pourtant ils ne les ont pas reconnus par le toucher. De même les hirondelles entrent avec rapidité dans leur nid, sans toucher ni à droite, ni à gauche; donc elles distinguent le plein du vide; donc elles ont l'idée des corps par la seule vue.

Toutefois, je comprends que pour l'éducation première, les aveugles aient l'avantage sur les sourds-muets; mais ensuite, je crois qu'il passe à ceux-ci.

M. CAPURON : Ma profession m'a mis à même de voir beaucoup d'enfans qui venaient de naître, et j'ai toujours remarqué qu'ils n'avaient aucune idée des distances, car ils croient que tous les objets touchent leurs yeux.

Au reste l'opéré de Cheselden était dans le même cas; il se persuadait que tout ce qui l'entourait allait fondre sur lui.

D'où je conclus que le toucher est le régulateur des sens.

M. GERDY : On a dit que c'était une puérilité de rechercher quel était le sens le plus utile, parce que chacun, dans son genre, a toute l'utilité qu'il doit avoir. Sans doute, le nez est préférable à nos yeux pour nous donner connaissance des odeurs et ainsi de suite; mais s'il est vrai qu'ils concourent tous à éclairer, à orner l'esprit, il me semble qu'il n'est pas indigne de la physiologie de rechercher quel est celui qui a l'avantage sur les autres. Or j'ai prouvé que des douze caractères auxquels on peut réduire les propriétés des corps, il en est au moins huit que nous connaissons par les espèces.

A quelques égards, le toucher est le rival des yeux ; mais, pour l'exercer, il faut que les objets soient à sa portée ; il faut qu'il les touche.

Au contraire, les yeux s'élancent dans l'espace. Sans doute, quand les corps sont trop éloignés, ils peuvent nous en donner de fausses images; mais placez-les dans les mêmes conditions, c'est-à-dire à portée des corps qu'ils doivent connaître, et vous verrez si les yeux ne sont pas infiniment plus utiles que les mains.

On dit que les yeux réduits à eux-mêmes ne sauraient donner aucune connaissance des corps. Eh quoi ! quand je vois une sphère, c'est-à-dire une ligne courbe ou circulaire en tout sens ; quand, déplaçant telle ligne, ou me déplaçant moi même, j'aperçois des corps que je ne distinguais pas auparavant, mon esprit ne conclura pas de la surface à la profondeur , et, par conséquent, à l'existence des corps ? C'est ce que je ne saurais admettre.

A cet égard, ce que vous dit M. Rochoux du poussin, qui, à peine né, allait prendre sa nourriture, me paraît décisif.

Voyez encore cet enfant : il distingue son père entre tous les hommes ; sa mère entre toutes les femmes; cependant il n'a jamais passé la main sur leur figure pour apprendre à les connaître : il n'a fait usage que de ses yeux.

M. GUÉNEAU DE MUSSY : Je ne ferai qu'une seule observation. Oui, on reconnait facilement les corps par la vue, quand le toucher a appris qu'il y avait des corps; mais, avant le toucher, la vue est impuissante à nous donner cette connaissance.

BIBLIOGRAPHIE.

GUIDE AUX EAUX MINÉRALES; par M. Isid. BOURDON, membre de l'Académie de médecine et de la commission permanente des eaux minérales du royaume. Deuxième édition; 1 vol. in-12 de 578 pages. Chez Crochard, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, 13.

Le sujet dont traite le livre de M. Bourdon est à peine étudié par les médecins. Il y a des gens du monde qui en savent plus que la majorité des hommes de l'art. Et pourtant la matière est assez importante pour qu'on s'en occupe. On est très souvent consulté dans la pratique sur la source la plus convenable d'eaux minérales à choisir, soit dans le royaume, soit à l'étranger, et il n'est pas rare de voir des médecins, des chirurgiens instruits et habiles d'ailleurs, être embarrassés dans leurs réponses, ou bien ne conseiller qu'au hasard des sources dont ils ont entendu parler vaguement, et dont ils ne connaissent que superficiellement les propriétés. De là résulte qu'on entreprend souvent sur la parole du docteur des voyages plus ou moins dispendieux pour telle ou telle espèce d'eaux minérales, sans les données suffisantes que doit fournir la connaissance exacte des propriétés médicinales de ces eaux, des circonstances climatériques du lieu où elles existent, et des exigences de l'organisme des sujets qu'on y adresse. Un seul exemple tiré du livre de M. Bourdon suffira pour justifier l'exactitude de cette considération.

« En 1833, dit M. Bourdon, le doyen de l'Ecole-de-Médecine de Paris, fort affaibli par ses études et ses travaux, et d'ailleurs mal guéri de l'attaque de choléra qu'il avait ressentie lors de l'épidémie de 1832, consulta les plus célèbres praticiens de la capitale, concernant ses tiraillemens d'estomac, son apathie, ses langueurs, ses mauvaises digestions. etc.; plusieurs opinèrent pour les eaux minérales, et le plus grand nombre de ceux-ci pour Cauterets. « Allez à Cauterets », lui dit-on. — « Mais à Cauterets sont plusieurs sources différentes ; laquelle choisir?... » On feuilleta alors quelques vieux livres faits sur parole, et d'autres livres plus jeunes, enfans équivoques des premiers; puis on se décida : les uns pour Raillère; d'autres pour Pose ou pour Bruzaud : ce sont en effet les sources les plus fréquentées de Cauterets. Un des consultans, un des plus écoutés, le plus célèbre peut-être, le docteur ***, donna la préférence au Maouhourat, ajoutant qu'il fallait non y boire, mais s'y baigner. Lors donc que le savant malade fut arrivé à Cauterets, il s'empressa de s'informer de la source du Maouhourat, et de la visiter. Il chercha des yeux l'établissement de bains.... pas d'établissement! Il demanda à se baigner ; on se mit à rire.... Il aperçut enfin, après avoir gravi la montagne, un mince filet d'eau sortant d'une fente de rocher, et s'allant perdre dans le gave voisin, là fort bruyant; on lui dit que c'était le Maouhourat. Il se demanda alors avec surprise comment l'illustre collègue avait pu, d'un ton d'assurance digne d'un meilleur usage, lui conseiller de s'aller baigner, 200 lieues loin de Paris, juste à la source la moins propice, la moins accessible de la terre.... Eh ! mon Dieu ! c'est qu'on parle du Maouhourat comme du Chimboraçao, sans l'avoir vu ; comme de tout, sans y avoir réfléchi, sans y rien connaître. »

Le travail entrepris par M. Bourdon n'était pas facile à faire. Il fallait, pour remplir cette tâche, s'être trouvé dans la position de l'auteur, et avoir eu, comme lui, l'occasion de séjourner dans les principaux établissemens qu'il s'agissait de faire connaître, et juger comparativement. On ne peut toujours trop compter sur les brochures isolées que chacun de ces établissemens fait imprimer sur les propriétés de ses eaux, et les effets médicinaux qu'elles produisent; la plupart de ces descriptions se ressemblent : il ne s'agit partout que de guérisons merveilleuses.

L'auteur divise les eaux minérales en cinq catégories : 1° sulfureuses-thermales, telles que celles de Barèges, d'Aix-en-Savoie, de Cauterets, etc.; 2° gazeuses, telles que celles de Vichy, de Contrexeville, du Mont-d'Or, de Seltz, de Spa, etc.; 3° ferrugineuses, comme celles de Forges, de Passy, de Cransac, etc.; 4° complexes, comme les eaux d'Aix-la-Chapelle, de Baden, etc.; 5° enfin, salines thermales, telles que celles de Bagnères, Bourbonne, Plombières, Larchambault, Balaruc, etc. Chacune de ces catégories est sous-divisée en ordres secondaires, et ces ordres comprennent jusqu'aux sources les moins célèbres, les moins abondantes, les moins fréquentées.

Des considérations thérapeutiques, hygiéniques et administratives d'un haut intérêt se rattachent à ces classes d'eaux minérales.

« Toutes les eaux sans exception, dit l'auteur, sont excitantes; toutes sont nuisibles lorsqu'il y a fièvre, inflammation, pléthore, maigreur ou sensibilité excessives, crachement de sang, apoplexie ou malcaduc. Cette remarque ne souffre aucune exception. »

Il ne suit pas de cela cependant que toutes les eaux minérales aient les mêmes propriétés : il y a des eaux qui tout en excitant l'organisme exercent une action spéciale sur tel ou tel appareil, et cette action est essentielle à connaître.

« Ainsi, par exemple, les eaux de Balaruc et de Bourbonne ont quelquefois calmé les douleurs de la goutte, tandis que celles de Barèges et de Luchon les exaspèrent constamment. Vichy et Spa, comme toutes les eaux mousseuses, adoucissent les maux de la vessie, que les eaux sulfureuses ont coutume d'aggraver. Bourbonne avive les dartres et Barèges les amortit; enfin le Mont-d'Or fait empirer les scrofules que Cauterets guérit fréquemment. »

Viennent les descriptions particulières des différentes sources de chaque localité. Itinéraire, topographie historique, anecdotes instructives, analyse chimique, vertus thérapeutiques, rien n'a été omis par M. Bourdon. Les tableaux destinés aux sources particulières sont tracés avec un talent remarquable et une délicatesse de style difficile à imiter; ils sont d'ailleurs d'une vérité frappante et à la portée même des personnes étrangères à la médecine. On sent bien du reste que ce n'est que dans l'ouvrage même de l'auteur qu'on pourra puiser toutes les données suffisantes relatives à ce sujet; nous y renvoyons donc toutes les classes de lecteurs, avec d'autant plus de raison que le livre de M. Bourdon occupe déjà un rang très distingué dans la littérature médicale.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE DE FÉLIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

Gazette Médicale
DE PARIS.

LA GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunis) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°.—Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Poissonnière*, n° 5, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

AVIS A MM. LES SOUSCRIPTEURS.

MM. les souscripteurs dont l'abonnement expire à la fin de ce mois sont invités à le renouveler prochainement s'ils ne veulent pas éprouver d'interruption dans l'envoi du journal. Pour ne pas décompléter les collections, aucun numéro ne sera envoyé aux personnes qui n'auraient pas donné avis de leur renouvellement avant le premier juillet. On s'abonne dans les départemens chez tous les directeurs des postes et des messageries. La quittance d'abonnement sera présentée au domicile de MM. les Souscripteurs de Paris. Vu la difficulté et les frais de recouvrement des mandats de la GAZETTE MÉDICALE, touchés au domicile des Abonnés des départemens, ce mode de souscription ne peut avoir lieu que pour des abonnemens de six mois, de neuf mois et d'un an.

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE OBSTÉTRICALE.

MÉMOIRE SUR LES TUMEURS FIBRO-CALCAIRES ET LES POLYPES DE L'UTÉRUS, lu à la société médico-chirurgicale de Londres; par M. Robert LEE, professeur d'obstétrique, médecin de l'hôpital des femmes en couche (British lying in hospital).

Les maladies organiques les plus importantes de l'utérus peuvent être divisées en trois classes : 1° Celles qui sont le produit d'un travail inflammatoire fixé sur un ou plusieurs de ses tissus; 2° Celles qui résultent de tumeurs engendrées dans les parois de l'utérus ou qui sont produites par le développement des glandes situées à son orifice et qui n'ont pas de tendance à subir une dégénérescence maligne ni à altérer les tissus environnans; 3° Celles enfin qui dépendent d'une action spécifique et maligne de l'utérus, et qui intéressent non seulement tous les élémens de cet organe mais encore les viscères adjacens. Les affections de la première catégorie, je les ai décrites dans un mémoire inséré dans les volumes XV et XVI des *Transactions médico-chirurgicales*; je m'arrêterai aujourd'hui aux tumeurs fibro-calcaires et polypes.

La tumeur fibreuse ou le tubercule charnu de l'utérus, ainsi que William Hunter l'a appelé, n'offre quelquefois que le volume d'un pois; dans d'autres cas elle a la grosseur d'une noix; et parfois aussi d'une balle à jeux, ou même de l'utérus au neuvième mois de la grossesse. Sa forme est généralement globulaire ou analogue à celle du rein; sa structure laminée,

---

Feuilleton.

DERNIÈRES LIVRAISONS DE LA NÉMÉSIS MÉDICALE;

La fécondité de notre honorable et impitoyable confrère, toute remarquable qu'elle est, perdra cependant une partie de son merveilleux, si l'on veut bien réfléchir à l'inépuisable richesse du fonds qu'il exploite. La sottise et le vice, en général, offrent à l'imagination la moins inventive des textes tout faits, infinis en nombre et en genre; et, bien que l'auteur des satires ait borné ses investigations aux sottises médicales, c'est-à-dire à une portion assez circonscrite des vastes domaines de la déraison et de la malice humaines, on conviendra néanmoins que ce champ est encore assez fertile pour défrayer la verve d'un poete et de dix poëtes, fussent-ils tous Phocéens. Dieu nous garde de prétendre, par cette observation, rabaisser en rien le mérite de notre très redoutable confrère; nous tenons, au contraire, beaucoup, et pour de bonnes raisons, à rester amis, et si nous ne citons jamais ses ouvrages que pour les louer, c'est à la fois une affaire de conscience littéraire et une mesure de sureté. Ainsi donc, il nous pardonnera de croire qu'il eût été beaucoup plus tôt essoufflé, si, au lieu de prendre les choses par le vilain côté, il les avait vues avec la lunette optimiste, dont on se sert si peu, quoiqu'elle montre tout en beau. L'optimisme n'est pas expansif, et le vocabulaire du panégyrique est fort borné; le pessimisme, au contraire, s'épanche volontiers, et son dictionnaire est intarissable. Pour un poëte de bonne humeur, nous en trouvons dix que la colère suffoque; *genus irritabile vatum*. Sans pousser plus avant cette belle remarque philosophique, et sans prétendre lui attribuer plus d'importance qu'elle n'en mérite, nous nous contenterons de la consigner ici comme un simple fait d'observation, et comme une sorte de préface à ce qui nous reste à dire sur la *Nemésis*.

La première satire que nous rencontrons est celle qui a pour titre les *Sages-Femmes*. Le sujet est scabreux, et si scabreux, que l'auteur, tout hardi qu'il est, juge à propos de débuter par une précaution oratoire :

> Que craignez-vous? ma bouche pudibonde
> Sur un miroir souffle sans le ternir;
> C'est un creuset où l'alliage immonde
> Au pur métal n'oserait point s'unir;
> Ma *Némésis* du coursier qui l'entraîne
> Adroitement sait modérer le frein,
> Et dans le Styx, qui lui sert d'Hippocrène,
> Jamais ne puise un cynique refrain.

N'en déplaise au poëte, quand on puise dans le Styx, on court risque, pour

radiée, semi-cartilagineuse et à fibres disposées souvent concentriquement.

Dans quelques cas, la tumeur a une apparence granulée et paraît résulter de l'agrégation de plusieurs petites tumeurs, renfermées chacune dans une capsule mince de tissu cellulaire. Le plus fréquemment sa couleur est d'un blanc jaunâtre; mais dans plusieurs cas que j'ai observés elle était d'un gris cendré, ou approchant du noir ardoise. Si elle est volumineuse, la tumeur présente toujours une surface inégale, lobulée et divisée par des fissures profondes; des artères et des veines d'un calibre considérable peuvent être tracées dans sa substance. Des cavités contenant un fluide gélatineux, sanguinolent ou noir, se rencontrent souvent dans son centre; elles sont dues probablement à un travail de ramollissement de sa substance. Dans un cas de tumeur fibreuse volumineuse enchassée dans les parois de l'utérus d'une femme morte à l'infirmerie Marylebone, j'ai trouvé une cavité considérable au centre contenant un coagulum de sang.

Dans d'autres circonstances la tumeur n'a pas de tendance manifeste au ramollissement malgré son développement; mais sa densité décroît graduellement jusqu'à ce que toute sa masse ou une partie devient cartilagineuse ou semblable à la substance intervertébrale sans offrir de vaisseaux rouges; ou bien elle est entrelardée petit à petit de dépositions calcaires jusqu'à ce que la totalité ou une partie de la tumeur se convertit en une concrétion de carbonate ou de phosphate de chaux. Le plus fréquemment les dépositions calcaires commencent à se manifester dans le centre ou dans la partie la plus dense de la tumeur; mais cela n'a pas lieu d'une manière invariable; dans quelques cas, assez rares à la vérité, les dépositions calcaires commencent par la circonférence de la tumeur, et celle-ci finit par se trouver enveloppée dans une sorte de coquille comme le fruit d'une noix. Si l'on pousse une injection dans les vaisseaux de l'utérus le liquide ne pénètre pas la substance de la tumeur lorsqu'elle a acquis déjà une pareille densité. Les tumeurs fibro-calcaires de l'utérus sont généralement molles et poreuses comme la pierre-ponce; dans quelques cas cependant elles sont si dures qu'elles ont pu être polies comme de l'ivoire ou du marbre; deux exemples de ce cas existent dans le muséum de l'hôpital Saint-Thomas. Des portions de ces tumeurs ont été analysées il y a dix ans par M. Bostock; elles étaient principalement composées de phosphate calcaire.

Andral admet, d'après l'autorité de Brugnatelli, que le carbonate et le phosphate de chaux constituent avec de la matière animale les élémens de ces corps. Breschet rappelle qu'un des calculs utérins examinés par Brugnatelli était une masse informe, à surface blanche et inégale; il exhalait une odeur particulière, était insapide et insoluble dans l'eau. Ayant été brisé avec un marteau la surprise a été grande quand on a trouvé dans son centre une portion de tibia de poulet. Toute cette masse blanche formant le calcul était composée de phosphate de chaux. Un second calcul ayant été divisé en deux parties égales a présenté à la surface un grand nombre de cristaux de phosphate ammoniaco-magnésien. Je ne puis cependant m'empêcher de dire que plusieurs circonstances qu'offrent les détails des analyses de Brugnatelli me font croire que les concrétions auxquelles il a eu affaire étaient plutôt des calculs urinaires que des tumeurs de l'utérus.

Mon collègue M. Hope ayant disséqué, le 17 août 1832, à l'hôpital Marylebone, le corps d'une vieille femme, a trouvé l'utérus plus volumineux et plus lourd qu'à l'état naturel; au-dessous de la membrane péritonéale qui recouvrait le fond de cet organe, étaient plusieurs petites tumeurs fibreuses et des dépositions calcaires. Ayant coupé ses parois, il a trouvé une tumeur calcaire jaunâtre du volume d'un œuf d'oie, située sous le péritoine, vers la paroi postérieure de l'utérus, et distendant celui-ci comme l'œuf au deuxième mois de la gestation. Cette tumeur offre distinctement la structure fibreuse sur quelques points. Les parois du fond et du corps de l'utérus sont plus minces que dans l'état naturel; le col est sain bien que fort allongé. Aucune maladie organique n'avait été soupçonnée chez cette femme avant la mort.

M. Henry Johnson m'a montré une grosse tumeur fibro-calcaire enchassée dans les parois du fond de l'utérus d'une femme âgée, qui était morte à l'hôpital Saint-George, et chez laquelle on n'avait soupçonné durant la vie aucune maladie organique. A la circonférence, la structure fibreuse de la tumeur était très manifeste, mais au centre elle était dure, de couleur jaunâtre et formée de carbonate et phosphate de chaux. Les parois utérines correspondant à l'endroit de la tumeur étaient hypertrophiées.

Dans la collection de M. Howship, on voit un utérus qui pèse plusieurs livres par la présence de plusieurs tumeurs fibro-calcaires dans ses parois. Une de ces tumeurs, qui pend au fond de l'organe par un pédicule mince, est couverte partiellement de matière calcaire, le reste offre l'apparence compacte ordinaire des tumeurs fibreuses de la matrice. M. Howship a donné à M. Bostock plusieurs morceaux de ces concrétions pour les analyser; on les a sciés; ils étaient plus durs que les os, et on a pu les polir comme de l'ivoire.

Le 21 janvier 1834 une femme, âgée de 64 ans, est morte d'apoplexie à l'hôpital Marylebone; M. Blenkins a disséqué son corps : le fond, le corps et le col de l'utérus étaient réduits à un volume très petit. Le fond présentait deux grosses tumeurs fibreuses adhérentes et couvertes seulement par le péritoine. Dans les plus denses portions de l'une d'elles, on voyait plusieurs dépositions calcaires jaunes. Des artères et des veines de volume considérable se ramifiaient sous le péritoine qui couvrait la grosse tumeur, mais aucun vaisseau sanguin n'était apercevable au centre (1).

Dans les cas de tumeurs calcaires de l'utérus que je viens de rapporter le mal était accompagné à peine de douleur et son existence n'avait pas été soupçonnée durant la vie. Dans celui qu'on va lire la concrétion calcaire était accompagnée d'ulcération maligne du corps de l'utérus et la malade est morte dans les souffrances les plus atroces.

Obs. — Dans le mois de septembre 1832, j'ai été appelé par sir Gilbert Blanc auprès de madame B., âgée de 62 ans, souffrant depuis plusieurs années d'une sensation de poids et de malaise au dos, aux lombes et à l'épigastre, avec écoulement sanguin et purulent, presque constant par le vagin. Elle n'avait jamais pu devenir enceinte, et à l'âge de quarante ans, époque de la cessation des règles, elle a éprouvé plusieurs attaques graves d'hémorragie utérine.

(1) L'atrophie de l'utérus est une maladie rare. M. Greffiths, de Peinlieo, en conserve un exemple remarquable dans sa collection. La membrane musculaire de l'utérus a entièrement disparu. En distendant avec de l'air sa cavité, l'utérus paraît diaphane comme une vessie urinaire. Le col de l'organe est sain. Walter décrivit cette maladie, en 1786, sous le titre d'*utérus membraneux*.

---

nous servir d'une prosaïque comparaison, de pêcher en eau trouble; et il est, de plus, très difficile à la bouche la plus pure de souffler sur un miroir sans le ternir. Tout ceci revient à dire que la *Nemesis médicale* ne parle pas précisément comme une jeune demoiselle fraîchement sortie du couvent. Ceci soit dit encore en passant, et sans mauvaise intention.

Nous adoptons pleinement l'opinion de l'auteur quand il nous dit :

> De l'accoucheur que font le sexe et l'âge ?
> L'âge et le sexe ont à mérite égal
> Un égal titre au beau surnom de *sage*.

et nous trouvons fort agréable la description qu'il fait d'un aimable professeur féminin :

> Lorsque..... « à longs plis descendent sur sa toge
> Incessamment par l'amour caressés
> De fins cheveux artistement tressés. »

Nous ne savons si cette peinture a été inspirée par quelque modèle vivant; mais, dans ce cas, il est permis de la croire exagérée.

Après une critique suffisamment acerbe d'un ancien hospice qui a été parfait jusqu'au moment où il a eu le malheur d'être rebâti à neuf, nous nous reposons volontiers sur de plus riantes images.

> Ecartons-nous de ce double charnier ;
> Loin du cloaque où la mort a son trône (1),
> Sur un coteau que plus d'air environne
> Et qu'Arago nous rendit familier,
> Est un palais qu'une pitié divine
> Au siècle d'or a bâti pour Lucine;
> Penser d'amour, œuvre de charité,
> A juste droit nommé *Maternité*.
> C'est un refuge à des larmes amères ;
> Aux orphelins on y garde des mères,
> Et tout écho qui réfléchit des sons
> Des Baudelocque y redit les leçons.
> Naguère encor Boivin et Lachapelle (2)
> Ont illustré la Salerne nouvelle,
> Et maintes fois sur le divin trépied,
> Ange de paix aux douleurs qu'elle veille,
> De Trotula (3) l'ombre fraîche et vermeille
> Près d'un chevet souriante s'assied,
> Belle d'attraits, de vertu, de science,
> Belle surtout de son expérience.

(1) Les pavillons de dissection de l'Ecole.
(2) Célèbres sages-femmes dont la première vit encore.
(3) Célèbre sage-femme de l'école de Salerne.

A l'examen, j'ai trouvé l'excavation du sacrum encombrée par une tumeur grosse et dure provenant de la partie postérieure de l'utérus. Le col de cet organe avait à peine subi un léger changement; mais la fétidité particulière de l'écoulement et l'état de la constitution m'ont fait croire à une maladie maligne du fond de l'organe.

Quelques mois plus tard, après avoir ressenti des douleurs horribles dans la région de l'utérus, la malade a éprouvé de la difficulté pour uriner, l'écoulement vaginal est ichoreux, excessivement fétide et entraîne des petites portions de concrétions irrégulières, ce qui soulage momentanément la malade.

Durant le reste de la même année, la malade a continué à souffrir considérablement, et elle était soulagée lorsque des morceaux de matière calcaire s'échappaient par le vagin, ce qui lui est arrivé quatre ou cinq fois dans le reste de l'année.

En novembre 1833, peu de jours après avoir fait un voyage de quatre-vingts milles, elle a éprouvé du frisson, des vomissemens, une sensibilité exquise à la partie inférieure du ventre et d'autres symptômes de péritonite; elle a succombé dans l'espace de quarante-huit heures.

A l'autopsie que nous avons faite le lendemain, M. Webster et moi, nous avons trouvé les restes d'une péritonite intense. Le fond et le corps de l'utérus étaient considérablement désorganisés par l'ulcération maligne. A la partie postérieure du corps de l'utérus adhérait une grosse tumeur fibro-calcaire, qui remplissait la cavité du sacrum et avait déplacé le rectum. L'ulcération s'était étendue jusqu'à la tumeur à travers les parois de l'utérus.

Une des concrétions que la malade avait rendues durant la vie a été analysée par M. Turner; elle était composée de carbonate de chaux et de matière animale. M. Bostock en a analysé une seconde que la malade avait rendue dans les derniers temps de la vie, et une troisième tirée du cadavre; il a fait un travail intéressant à ce sujet qu'il a lu devant la société.

Louis a rapporté dans les mémoires de l'Académie de chirurgie un cas de concrétion calcaire de l'utérus accompagnée d'ulcération maligne, qui offre quelque analogie avec le précédent. D'après les détails et les considérations contenus dans son travail il paraît que Louis connaissait bien les concrétions utérines dont il s'agit, mais il ignorait complètement leur mode de formation et leur composition. Du reste l'expression de concrétion calcaire dont il se sert prouve bien que Louis ne confondait pas ces corps avec les ossifications.

Schenkius s'est donné la peine de collectionner tous les faits merveilleux consignés dans les œuvres d'Hippocrate, de Valesius, de Salius, de Marcellus et Donatus, etc., relatifs à des calculs utérins rendus durant la vie ou rencontrés après la mort.

Michel Morus donne l'histoire d'une femme, âgée de plus de 40 ans, morte de pleurésie, qui avait souffert pendant long-temps de douleurs intenses à l'hypogastre et contre lesquelles tous les remèdes avaient échoué. A l'examen on avait senti une dureté dans l'utérus; un écoulement âcre et putride avait lieu par le vagin. L'autopsie a fait constater dans la matrice l'existence de 32 pierres dont la plus petite était du volume d'une amande; elles étaient en grande partie retenues dans les replis (*folds*) de l'utérus et quelques-unes dans les trompes de Fallope.

L'auteur a cru que ces concrétions étaient de la même nature que les bézoards, et il affirme avoir sauvé la vie à plusieurs personnes par leur usage. Les pierres trouvées par Michel Morus dans les trompes de Fallope et les replis de l'utérus étaient probablement des phlébolites et non des concrétions calcaires pareilles à celles dont nous parlons.

La véritable origine des concrétions calcaires n'est connue que depuis peu. Walter a représenté ces corps dans ses *Annotationes academicæ*, publiées en 1786; il dit que les calculs et les polypes se rencontrent quelquefois en même temps dans l'utérus et le vagin. Il ne paraît pas cependant que cet auteur ait connu la relation intime qui existe entre ces deux corps. D'après l'examen de quelques-unes des préparations du muséum Huntérien à Glascow, je suis porté à croire que William Hunter connaissait les différentes places que les tumeurs fibreuses occupent dans l'utérus, et les changemens qu'elles subissent par les progrès de leur développement.

Après l'examen d'une seule pièce qu'il fit en 1787, le docteur Baillis a été conduit à penser que les concrétions calcaires de l'utérus commençaient par être d'abord tumeurs fibreuses. « On rencontre, dit-il, une masse osseuse quelquefois dans la cavité de l'utérus. Je présume que ce n'est autre chose qu'un tubercule charnu dur, converti en substance osseuse. C'est ce qui est du moins arrivé dans le seul cas que j'ai rencontré de cette maladie: on voyait sur cette pièce une grande partie de la tumeur convertie en os; le reste n'avait pas subi de changement. » Baillis cite Lieutaud pour prouver que des pierres se rencontrent quelquefois dans la cavité utérine. « Ces concrétions, dit-il, sont décrites par les auteurs; elles varient dans leurs apparences: les unes étant noires, les autres d'une couleur claire. Les auteurs gardent le silence quant à la nature de ces tumeurs, et je n'en puis rien dire par moi-même, car je n'en ai vu qu'un seul exemple. Ces concrétions sont probablement formées par de la matière sortie des petites artères qui s'ouvrent à la face interne de l'utérus, et sont en quelque sorte analogues aux concrétions qui se forment dans l'intérieur de quelques glandes du corps. »

Bayle, Bichat, Roux, Breschet, Andral, et d'autres pathologistes, ont parfaitement connu que les tumeurs fibreuses de l'utérus deviennent quelquefois calcaires, ou plutôt osseuses, pour me servir de leur expression inexacte. Dans l'état actuel de la science, cependant, on ne peut pas dire positivement si toutes les concrétions en question qu'on rencontre dans la cavité et dans l'épaisseur des parois de l'utérus dépendent de dépositions de matières calcaires dans la substance de tumeurs fibreuses, et si la substance de l'utérus elle-même se convertit jamais en tissu osseux, ainsi que plusieurs auteurs l'affirment. Un écrivain récent de pathologie fait observer que « l'histoire du mode de développement de cette déposition n'est pas exactement connue, et qu'il n'est pas certain que l'ossification ait invariablement lieu dans la membrane muqueuse. Il est vrai de dire pourtant que cela a été dans un cas mentionné par Walter, et dans plusieurs autres rapporté par Caldwell. » (*Craigie's Elements of general and pathological anatomy*.)

Bayle a décrit les tumeurs fibreuses de l'utérus comme étant toujours charnues dans leur origine, et de couleur rouge, comme la fibre musculaire, devenant ensuite cartilagineuses, et enfin osseuses. Cela peut bien avoir lieu dans quelques cas; mais je ne pense pas que dans le plus grand nombre des cas, ces tumeurs offrent jamais l'apparence musculaire ou charnue dans les différentes périodes de leur existence; je crois qu'elles ont une structure fibreuse également manifeste, tant quand leur volume ne dépasse pas celui d'un pois, que lorsqu'elles sont arrivées aux dimensions de la tête d'un homme adulte.

Quelquefois on ne trouve qu'une seule tumeur dans les parois de l'utérus; dans d'autres cas, on en rencontre plusieurs de volume variable; et il n'est pas rare de les rencontrer en union de kystes et autres tumeurs des ovaires. Elles ne sont pas sujettes à s'ulcérer ni à subir des dégénérescences malignes, bien qu'elles puissent co-exister d'ailleurs avec des affections cancéreuses de la matrice, de la vessie, des mamelles, du foie, ou

---

Telle, échappant à d'injustes mépris,
D'un culte saint consolante-prêtresse,
Dans l'art si cher aux dames de la Grèce,
Malgré les lois Agnodice eut le prix (1);
Telle Perrette, hélas! mélancolique,
En robe simple, en simple capuchon,
Calme, subit sur la place publique
L'auto-da-fé d'une sentence inique,
Mais dont un roi la releva, dit-on (2).

Les hôpitaux et les cliniques sont le sujet d'une autre pièce dans laquelle l'auteur trouve de fréquentes occasions de déposer son fouet de vipères, et de ralentir les élans de son griffon. On sait que dans ses exagérations poétiques, le Phocéen ne veut que des hôpitaux et pas d'école; nous qui voyons la chose plus prosaïquement, nous voulons à la fois et l'école et les hôpitaux. Cette satire est empreinte, à un haut degré, des qualités originales de style, que de plus compétens que nous en pareille matière applaudissent dans les écrits de notre poète. Le début a quelque chose de la *Furia* de Juvénal.

Non, je n'ai pas tout dit; des fanges de l'Ecole
Se détache aujourd'hui ma bouillante parole;
D'un adieu prolongé saluant ses tréteaux
Mon ardente espérance est toute aux hôpitaux;
Où mon but est marqué le devoir me ramène,
Mon cœur brûle déjà d'une foi surhumaine;
Aux peines, aux travaux, mon visage pâli
Témoignait malgré moi d'un organe affaibli,
Mais près du lit du pauvre, où je reprends ma force,
La sève rajeunit ma renaissante écorce,
Et lorsque le sujet s'étend et s'agrandit,
Puis-je me taire, moi, moi qui n'ai pas tout dit!

Comme nous préférons, et pour cause, ne faire que des citations inoffensives, car n'étant ni poètes, ni satiristes, nous n'avons aucune raison de chercher querelle à tout le monde, nous choisirons encore le morceau suivant, qui contient une consolante et belle peinture des hôpitaux de notre temps, comparés à ceux de l'autre siècle.

Ce ne sont plus ces lieux dont les porches glacés
Abritaient en plein air sur la paille entassés
De lépreux grelottans une incessante foule;
Où deux à deux blottis comme ... dans du moule,

---

(1) Agnodice brava les lois qui défendaient aux femmes l'étude de la médecine, s'habilla en homme, fut poursuivie et condamnée; les dames grecques forcèrent l'aréopage à revenir sur sa décision.

(2) Perrette, de Rouen, ventrière-jurée à Paris en 1408, exposée au pilori pour cause de magie et de sorcellerie, et amnistiée par Charles VI; le tout parce qu'elle avait livré un enfant mort-né avec lequel on prétendait guérir un lépreux.

d'autres organes. Les tumeurs en question n'ont jamais été observées avant l'âge de la puberté. Bayle affirme qu'elles se rencontrent le plus souvent sur le cadavre des femmes qui offrent les signes physiques de la virginité, et que vingt femmes sur cent présentent généralement de ces tumeurs fibreuses dans les parois de la matrice après l'âge moyen de la vie. Sur vingt autres examinées par Portal treize contenaient de ces tumeurs; et Dupuytren assure qu'il y a peu de femmes d'un certain âge qui n'offrent quelques tumeurs de celles dont il s'agit. D'après les recherches auxquelles je me suis livré, je crois que l'assertion de Bayle est assez exacte.

Les tumeurs fibreuses se développent, soit dans le tissu cellulaire sous-péritonéal de l'utérus, c'est-à-dire entre ce tissu et la couche musculaire, soit entre cette dernière et la membrane interne. Dans le premier cas, elles n'occasionnent ni irritation, ni hémorragie, ni dérangement des fonctions utérines ou de la santé générale, et leur existence peut être inaperçue jusqu'à la mort. Mais lorsqu'elles acquièrent un grand volume, elles empiètent sur la cavité abdominale, produisent les mêmes symptômes que les tumeurs ovariennes, et sont souvent confondues avec elles jusqu'à la mort; la mort a lieu ordinairement par l'interruption trop prolongée de la circulation qu'elles occasionnent, et leur pression sur la vessie et les autres viscères voisins. La rétroversion de l'utérus et la rétention d'urine ont souvent lieu dans les dernières périodes de la maladie.

Lorsqu'elles sont situées sous la membrane péritonéale de l'utérus, les tumeurs fibreuses n'empêchent pas la grossesse d'avoir lieu; car elles n'interrompent pas ordinairement la communication du vagin avec les ovaires; mais lorsqu'elles adhèrent à la partie postérieure du corps et du col de l'organe, elles causent souvent la mort de la mère et de l'enfant, en empêchant l'accouchement de s'accomplir. Chaussier a présenté à l'École de Médecine l'utérus d'une femme morte en travail à la Maternité, par suite d'une tumeur fibro-cartilagineuse, du volume du poing, formée dans l'épaisseur des parois du col de l'organe. L'obstacle opposé par cette tumeur a été tel, que la tête de l'enfant a été écrasée dans son passage à travers le pelvis. Dans le muséum de l'Université de Londres, on voit une tumeur fibreuse de la grosseur et presque de la dureté d'une halle à jeux, tirée du cadavre d'une femme qui était morte faute de pouvoir accoucher. La tumeur est située à la partie postérieure et inférieure de l'utérus, dans le tissu sous-péritonéal. Meriman rapporte, d'après van Dneveren, le cas d'une femme qui ne pouvait accoucher à cause de la présence d'un gros polype dans le vagin, il en tordit le pédicule, arracha la tumeur avec les mains, et la femme mit au monde un enfant mort. Le même auteur nous a conservé l'histoire d'un fait plus intéressant encore; il s'agit d'une femme enceinte qui avait une tumeur fibreuse fort volumineuse, attachée au col de l'utérus; il a appliqué une ligature sur le pédicule, et en peu de jours la tumeur tomba. La santé générale de la patiente s'améliora après l'opération, et elle accoucha plus tard d'un enfant à terme et vivant. M. Gooch a fait connaître un cas qu'il a observé dans la pratique de M. Borett de Yarmouth, en 1799, et qui s'est terminé par la mort après l'accouchement; en voici les détails: Au commencement du travail, on avait découvert une tumeur dans le vagin : après la rupture de la poche des eaux, comme l'enfant n'avançait point, on a pratiqué la version podolique, et l'enfant a été tiré vivant; le placenta fut expulsé spontanément. Quelques heures après, une tumeur molle, ronde, s'est présentée à l'orifice utérin. Des douleurs expulsives violentes se continuent pendant plusieurs heures; vingt-quatre heures après l'accouchement, on voit sortir par le vagin une énorme tumeur charnue, comme un utérus renversé. Le soir, la femme est morte dans les souffrances les plus cruelles. A l'autopsie, on a trouvé l'utérus contracté; mais son col avait été tiré en bas par l'énorme tumeur qui y adhérait par une large base. Cette tumeur adhérait à la lèvre postérieure du museau de tanche, et pesait 3 livres et quinze onces, le col de la matrice était livide. La femme avait accouché heureusement à la grossesse précédente, et quelque temps avant de devenir pour la dernière fois enceinte, son ventre était aussi gros que celui d'une femme grosse de sept mois. M. Deneux rapporte l'histoire d'un cas de tumeur fibreuse de l'utérus, expulsée du vagin après un avortement à quatre mois; voici le fait :

Une dame âgée de 30 ans vit son ventre grossir après son second accouchement, et la menstruation devenir irrégulière; ensuite elle commença à éprouver quelques attaques de ménorragie. Elle est devenue enceinte pour la troisième fois, et avorta à quatre mois. Le placenta fut expulsé avec difficulté, et l'utérus est resté plus gros que dans l'état ordinaire. La malade a éprouvé de la fièvre et des douleurs abdominales. Quelques jours après, on aperçoit à la vulve un corps mou et charnu qu'on a pris pour un placenta. La fièvre a continué, et ce corps, qu'on a bientôt reconnu pour une tumeur fibro-cartilagineuse, a été lié à sa base; mais la femme est morte. A l'autopsie, on a trouvé une tumeur du volume du poing, de forme irrégulière, composée de deux parties distinctes : une partie externe gangrenée et putréfiée; une partie interne ou centrale, blanche, fibreuse, lamellaire, un peu aréolaire, dure et résistante au tranchant d'un bistouri. L'utérus et l'abdomen étaient enflammés; la source de la tumeur était à la partie intérieure de l'utérus. Une cavité lisse existait dans la paroi antérieure de la matrice redoublée d'une membrane fine, dont une partie avait été comprise dans la ligature. Dans le reste, l'utérus était sain.

Un cas des plus remarquables d'expulsion de tumeur fibreuse de l'utérus a été observé par M. Cruveilhier chez une jeune femme qui avait, dix-neuf jours après un accouchement difficile, été atteinte de douleurs comme pour accoucher, ce qui a fait croire à une superfœtation. Après trois jours de souffrances tellement graves qu'on désespérait de sa vie, elle a rendu trois corps plats de consistance considérable, et qui ont été facilement reconnus pour des corps fibreux.

Lorsque les tumeurs fibreuses se forment entre les couches musculaires de l'utérus, et qu'elles acquièrent un gros volume, le fond, le corps et l'orifice de cet organe deviennent hypertrophiés comme dans la grossesse, et leur figure s'altère considérablement. Si elles sont situées sur un point moyen entre le péritoine et la membrane interne, elles pressent également dans toutes les directions à mesure qu'elles se développent lentement, et font proéminer l'utérus en dedans et en dehors à la fois. Lorsqu'une couche mince de substance musculaire est interposée entre la tumeur et le péritoine, la saillie ne s'observe que du côté de la surface péritonéale et la cavité de l'organe reste intacte.

Dans le cas où la tumeur fibreuse est enchassée dans la propre substance de l'utérus, la femme est ordinairement stérile, ou, si elle devient enceinte, elle avorte, à cause de l'impossibilité qu'éprouve l'utérus à se développer dans les derniers mois de la gestation. Si l'œuf n'est pas prématurément expulsé, la mort peut avoir lieu par l'hémorragie consécutive à l'accouchement. Chaussier vit une femme périr d'hémorragie après avoir été heureusement accouchée d'un enfant à terme; elle avait une tumeur fibreuse

---

D'un visage inquiet que la crainte pâlit
Chacun heurte en tremblant son compagnon de lit,
Atteint avec effroi le sommeil qui le navre,
Comme s'il prévoyait au réveil un cadavre,
Comme s'il recevait, sans cesse effarouché,
Les adieux du mourant auprès de lui couché;
L'air froid qui l'atteignait ne trouvait point un terme
Aux rideaux bienfaisans que l'on ouvre et l'on ferme,
Et de la draperie à mobile rempart
L'homme riche et puissant recevait seul sa part.
Combien d'infortunés, au siècle qui s'éclaire,
Doivent leur existence à ce soin tutélaire!
  Pieusement rebelle aux rigueurs de la loi,
Ainsi Pinel, épris d'une divine foi,
Interprête sacré des droits de la nature,
Du fouet déshonorant a banni la torture,
Et nous attendrissant aux maux qu'ils ont soufferts,
Des bras des *insenses* a fait tomber les fers;
Dès-lors sur son grabat un cul de basse-fosse,
Trappe qui maintiendrait une *bête féroce*,
A cessé d'enfermer, un collier lourd au col,
L'aliéné fléchi sous l'écrasant licol,
Grinçant les dents de rage, et d'une bouche bave
Crachant à flots impurs une écumante bave,
Au vague délirant d'un esprit agité

Aujourd'hui rien n'oppose un mors inusité;
Jusqu'aux murs de Bicêtre on peut se croire libre.

Il y a de la vérité aussi dans la boutade par laquelle se termine cette satire. Il est certain que les cliniques seraient plus fructueuses si elles étaient plus nombreuses et restreintes à une moindre quantité d'auditeurs. Quarante élèves sont déjà beaucoup et même trop; et le Phocéen, qui exagère toujours, comme c'est son devoir, est peut-être ici trop discret.

Voulez-vous que, nourris de la foi des apôtres,
Maigres d'expérience et les uns sur les autres,
Comme un cent de fagots qu'on aurait encaissés,
Autour d'un lit de mort cent élèves tassés
Au professeur battu par le flot qui les pousse
Transmettent tout échec, rendent toute secousse;
Qu'exténué sans fin d'un examen hardi,
De questions sans nombre un malade assourdi,
Des cent groupes de mains qui vont froisser sa bure
Supporte impunément l'ineffable torture?
Une teinte uniforme est nuisible au dessin;
Et d'abeilles au loin quand s'envole un essaim,
Est-ce une seule fleur qu'aux pétales fleuries
Leur trompe aspirera dans les riches prairies?
Notre esprit se plaît mieux aux diverses leçons,
Et plus on a d'échos plus on obtient de sons,

à la paroi postérieure de la matrice; cette tumeur n'était pas située de manière à empêcher l'expulsion de l'enfant, mais elle l'était convenablement pour empêcher la contraction consécutive de la matrice. L'hémorragie avait eu lieu de l'endroit de l'utérus où cette tumeur était implantée; le sang n'ayant pu être arrêté, la malade a succombé.

Une femme, âgée de 42 ans, était en couche d'un enfant hydrocéphale; on a dû pratiquer l'embryotomie pour l'accoucher. La liqueur de l'amnios s'élevait à seize pintes. Une hémorragie abondante a eu lieu après l'extraction du placenta, et le troisième jour après les couches, la femme est morte par inflammation du péritoine et de la membrane musculaire de l'utérus. A l'autopsie, j'ai trouvé une tumeur fibreuse dure du volume d'un œuf de poule dans la couche musculaire, à l'endroit où le placenta adhérait à la matrice.

M. Outrepont a accouché une femme qui est morte, peu de temps après, d'hémorragie utérine. A l'autopsie, on a trouvé trois tumeurs fibro-cartilagineuses dans le corps de l'utérus. La plus grosse avait dix pouces dans le grand diamètre et cinq dans l'autre. Ces tumeurs avaient empêché le fond de la matrice de se développer convenablement dans les derniers temps de la grossesse, et l'enfant n'avait trouvé de l'emplacement que dans les parois du col utérin, qui étaient excessivement dilatées et amincies.

Une femme de 40 ans venait d'acconcher de deux jumeaux; elle est morte, trois jours après, d'hémorragie utérine. A l'examen du cadavre, M. Cowme a trouvé une grosse tumeur fibreuse renfermée dans une coque de matière calcaire et située dans la paroi postérieure de l'utérus.

Il n'y a pas de signes à l'aide desquels on puisse distinguer, durant la vie, la présence d'une tumeur fibreuse entre les couches musculaires de l'utérus. On peut cependant sonpçonner son existence chez les femmes qui ont dépassé l'âge moyen de la vie, qui souffrent habituellement de fleurs blanches, qui sont réglées avec profusion et qui ont des attaques fréquentes de ménorrhagie avec un sentiment de poids et d'irritation dans la région de l'utérus et des organes adjacens. On ne découvre aucune altération de structure au col, mais un examen attentif fait sentir l'utérus plus gros et plus pesant que dans l'état naturel. L'orifice du col n'est ni irrégulier, ni dur, ni douloureux à la pression. Les tumeurs fibreuses se développent quelquefois entre la membrane muqueuse, ou interne, et la musculeuse de l'utérus. A mesure que la tumeur se développe, elle distend par degrés la cavité comme l'œuf de la conception; elle pousse en avant, vers l'orifice, la membrane muqueuse de l'utérus, ainsi que le fait une hernie à l'égard du péritoine. L'action constante de l'utérus fait avancer graduellement la tumeur dans le vagin, ou, après un temps plus ou moins prompt, des changemens de structure s'opèrent dans sa membrane externe, dans son pédicule et dans sa partie centrale. Quelquefois la membrane muqueuse qui recouvre la tumeur ne présente pas d'altération sensible, mais fréquemment elle est très vasculaire, épaissie et enflammée, ou bien elle s'ulcère, se gangrène, et donne lieu à un écoulement fétide, sanieux, et à des symptômes d'une maladie maligne. Dans quelques cas fort rares, la tumeur acquiert des adhérences avec le vagin.

Dupuytren pensait qu'en abondonnant à eux-mêmes les polypes utérins, ils finissent par dégénérer en cancer. Il fait observer que, tant que ces tumeurs ne donnent qu'un écoulement rouge ou blanc, et exempt de fétidité, leur densité est égale partout. Si l'on introduit alors le spéculum, on observe un corps lisse, couleur rose; mais si l'écoulement est sanieux, très fétide, l'on ne trouve qu'une tumeur fongueuse molle, s'étendant plus ou moins, selon le temps que l'écoulement fétide a existé. C'est aussi à compter de cette époque, continue Dupuytren, que la constitution commence à éprouver des effets fâcheux, que la peau devient pâle et jaune, que la fièvre se déclare, que l'émaciation fait des progrès et que l'appétit et le sommeil se perdent. Il paraitrait, d'après ce chirurgien, qu'il y a une coïncidence très marquée entre les apparences de gangrène révélées par l'écoulement fétide et sanieux, et le commencement de dégénérescence cancéreuse. Ce changement n'a lieu d'abord qu'à la partie inférieure de la tumeur, exposée an contact de l'air, le pédicule n'en étant affecté que le dernier. L'opinion de Dnpuytren relative à la dégénérescence cancérense des polypes utérins n'a pas été confirmée, à ce que je sache. Le fait suivant est digne d'attention sous ce rapport.

Obs. — Une femme, âgée de 44 ans, est morte à l'hôpital Marylebone avec les symptômes d'une maladie maligne de l'utérus. Elle avait beaucoup souffert aux derniers mois de sa vie de douleurs à l'hypogastre, et de pertes sanguines et purulentes par le vagin. Son teint était jaune-paille, et elle était extrêmement émaciée. Je dois à mon ami et collègue, M. Sims, les détails de l'autopsie que je vais rapporter. Il existait sous le péritoine du fond de l'utérus une tumeur fibreuse, ayant un col étroit et le volume d'une grosse noix. A la face interne du fond de la matrice pendait un mince appendice de la tumeur, de figure pyriforme, qui avait traversé le col utérin et remplissait la partie supérieure du vagin. La tumeur était couverte de la membrane utérine de l'utérus, épaissie et continue. La membrane qui couvrait la racine de la tumeur était parfaitement lisse, mais la portion qui enveloppait son prolongement était ramollie et en partie détruite par un travail d'ulcération et de gangrène. La partie centrale de la tumeur offrait une structure dense, fibro-cartilagineuse. Une autre tumeur fibreuse, d'un pouce de diamètre, était enchatonnée dans le tissu musculaire de l'utérus, près la racine de la tumeur précédente et comprimant fortement cette dernière. Lorsque l'utérus a été ouvert, on n'a trouvé dans son intérieur que du sang coagulé.

Dans un autre cas que je vais rapporter, et que je dois à l'obligeance de mon collègue M. Perry, la tumeur fibreuse était enveloppée d'un kyste formé par la membrane interne de l'utérus et par une portion de la couche musculaire. L'autopsie a été faite par MM. Sims et Hutchinson. Lorsqu'ils ont ouvert la tumeur, de la racine au sommet, ils se sont assurés que la substance de l'utérus se continuait dans la masse morbide et formait son pédicule. La tumeur pendait de la sorte du col de l'utérus.

Obs. — Une femme, âgée de 47 ans, soignée comme ascitique, et épuisée par des hémorragies utérines, a été reçue à l'hôpital Marylebone, le 26 novembre 1833. Quelques jours après son entrée, MM. Sims et Perry ont constaté dans le vagin la présence d'une tumeur globulaire, d'un volume plus gros que celui de la tête d'un fœtus à terme. Au premier abord, la tumeur faisait croire à un prolapsus de la matrice; mais, en portant le doigt au-dessus, on sentait qu'elle tenait à la lèvre antérieure du col par un pédicule court et fort épais. La surface de la tumeur était d'un noir livide et offrait une apparence gangréneuse sur plusieurs points. La femme était tellement affaiblie au physique et au moral qu'elle n'a même pu raconter distinctement l'histoire de ses souffrances, et l'époque de l'apparition extérieure de la tumeur est restée incertaine. Tout ce qu'elle a pu faire comprendre, c'est qu'elle souffrait depuis plusieurs années de pertes sanguines par le vagin, et qu'à différentes époques une tumeur s'était montrée au-dehors, et qu'elle avait toujours été repoussée à l'aide de la pression.

MM. Sims et Perry ont immédiatement pratiqué la ligature de la tumeur. On a restauré un peu la femme à l'aide d'une potion laudanisée; elle paraissait aller un peu mieux; mais le soir elle s'est affaissée et est morte 24 heures après la ligature.

Et sur les fronts étroits cernant les auréoles,
Toute école a vécu dès qu'on a trente écoles.
Ainsi, distributeur du savoir et du temps,
Un professeur suffit pour quarante ægrotans,
Et pour qu'il ne se livre à d'infertiles rêves
Faut-il au professeur plus de quarante élèves ?

Nous ne jugeons pas à propos de transcrire, ni même d'analyser les passages où l'auteur prend les gens corps à corps, et les interpelle par leurs noms. C'est là, nous le répétons, un rôle trop dangereux pour nous; les personnalités, d'ailleurs, ne sont supportables qu'en vers. C'est cette considération qui nous force à dépecer ainsi l'œuvre de notre poète, et de n'en présenter à nos lecteurs que des membres détachés: *membra disjecta poetæ*. Nous n'avons fait qu'une seule exception en faveur de quelques respectables prêtresses de Lucine, dont plusieurs sont mortes depuis mille ans et plus. On ne saurait être, comme on voit, plus prudent et plus circonspect.

La satire sur la *responsabilité médicale* est une éloquente protestation contre l'abusive interprétation donnée à une loi fort imparfaite et fort obscure par quelques tribunaux. Les scandaleux procès, dont quelques médecins honorables ont été victimes dans ces derniers temps, y sont rappelés et flétris avec beaucoup de verve. Nous empruntons à cette satire un passage où l'auteur a exprimé avec une grande force d'expression, et sous une forme ironique sanglante, l'absurdité de la loi dont nous parlons.

Après avoir représenté l'anxiété du chirurgien obligé, *par devoir et par humanité*, d'exécuter une opération dangereuse, il ajoute :

Choisissez cependant... Ah! si la mort propice
Achève son ouvrage et qu'un sort s'accomplisse,
Ne craignez ni procès, ni dépens, ni tracas,
Marchez le front levé, les morts ne parlent pas.
Mais si, favorisé d'un destin plus prospère,
Enivré du succès que votre cœur espère,
Impotent, mutilé le malade survit,
Tremblez, le blessé parle et le juge sévit.

Nous terminerons ici nos extraits, qui, je l'espère, ne sont nullement compromettans, quoique suffisans, d'ailleurs, pour faire connaître la manière de l'auteur, et pour justifier nos éloges. M. Fabre est sur le point maintenant d'achever sa laborieuse tâche. A l'exemple de Juvénal, de Byron et de Gilbert, il a abordé la satire personnelle; aussi, les orages ne lui manqueront pas plus qu'à ses prédécesseurs dans cette périlleuse carrière. Peut-être eût-il mieux fait, pour son repos et pour celui de bien des gens, d'adopter la manière d'Horace et de Boileau; qui se sont contentés de frapper les vices et les ridicules de leur temps sur des dos pseudonymes; mais chacun suit son instinct : *trahit sua quemque voluptas*. On peut remarquer en outre que M. Fabre s'est créé dans la presse médicale un rôle et une position qui n'avaient pas de précédens, et qui n'auront probablement point d'imitateurs.

Les sujets des satires annoncées par l'auteur, et par lesquelles il doit compléter sa collection, ne sont pas d'un moindre intérêt que ceux des précédentes. Nous nous ferons un plaisir de communiquer à nos lecteurs tout ce qui pourra en être cité dans nos colonnes sans inconvénient.

Nécropsie. Existence d'un gros kyste dans l'ovaire gauche, contenant plusieurs pintes de fluide. Plusieurs petits kystes sont rencontrés dans l'ovaire droit. L'utérus et le vagin sont sains. A la partie antérieure du col de la matrice est une grosse tumeur dure, aplatie à ses faces antérieure et postérieure, attachée à un court et épais pédicule sur lequel on voit une légère dépression, produite par la ligature. La tumeur est enveloppée d'une membrane qui est évidemment une continuation de celle qui redouble l'intérieur de l'utérus. La surface de la tumeur est en partie couverte d'une exudation de lymphe jaunâtre, qui se détache facilement en flocons. En la comprimant, la masse morbide laisse échapper du sang par de nombreuses et petites ouvertures.

La racine de la tumeur a un demi pouce de longueur et un pouce de largeur, est extrêmement dense, d'apparence rouge, charnue, semblable à la couche musculaire de la substance de l'utérus.

De gros et nombreux vaisseaux sanguins, analogues au sinus de la matrice pleine, remplis de coagulum, existent sur le pédicule et dans la substance du corps de la tumeur. Ayant été coupée, sa substance présente un aspect livide ou noir comme le sang veineux. Sa structure n'est pas uniforme. Dans la partie la plus déclive de la tumeur est une masse en tout semblable aux tumeurs fibreuses ordinaires de l'utérus. La racine et une grande portion de la tumeur environnant ce noyau offrent une structure différente; elles ont les apparences de la couche musculaire de l'utérus, et se continuent effectivement avec le tissu de cette dernière. Des vaisseaux gros et nombreux, semblables aux sinus de la matrice enceinte, traversent cette portion de la tumeur comme sa racine.

Dans le treizième fascicule de l'anatomie pathologique de M. Cruveilhier, est représenté un utérus dont la paroi antérieure offre une tumeur fibreuse enveloppée par les membrane muqueuse et musculaire de l'organe. La cavité utérine est distendue par la tumeur traversée par de grosses veines remplies de sang coagulé. Sur différens points de la tumeur, on voit des petites cavités remplies de sérum, et plusieurs grands sinus utérins qui s'ouvrent à la surface de son sommet, et qui avaient donné lieu aux hémorragies qui avaient enlevé la malade. « Cette tumeur, dit M. Cruveilhier, était ramollie : les petites masses dont l'agglomération constitue les tumeurs fibreuses étaient disjointes, et la scrofule remplissait leurs intervalles. La mollesse de la tumeur rendait leur énucléation difficile : cependant on saisissait aisément la ligne de démarcation qui séparait le tissu utérin du tissu de la tumeur.... On conçoit que la distension de l'espèce de coque qui recouvre le corps fibreux proéminent dans la cavité utérine doit amener quelquefois l'inflammation, l'usure de cette coque, et l'expulsion définitive de la tumeur. Il existe un assez grand nombre d'exemples de ces expulsions spontanées qui sont toujours accompagnées d'accidens très graves.... Les efforts d'expulsion peuvent avoir pour résultat le déchirement de la couche qui recouvre les tumeurs : et si de gros vaisseaux se trouvent compris dans l'épaisseur de cette couche, une hémorragie mortelle peut en être la suite. Ces hémorragies peuvent se renouveler aussi souvent que se font les efforts d'expulsion, efforts qui, comme toutes les fonctions utérines, sont soumis à la loi de périodicité (p. 18). »

Boivin et Dugès soutiennent aussi l'opinion que les polypes utérins sont quelquefois couverts de fibres charnues, continues à celles de la membrane moyenne de la matrice. « Le docteur Breschet assure également, disent ces auteurs, avoir toujours vu les polypes revêtus d'une membrane mince, unie, luisante ; dans d'autres cas bien distincts, charnue et d'autant plus mince qu'on se rapprochait davantage du pédicule si la tumeur était volumineuse, d'autant plus épaisse si la grosseur était médiocre; mais toujours évidemment continue avec les fibres charnues de l'organe même dans lequel le polype a pris naissance ; elle était bien manifestement due à la couche intérieure de ces fibres repoussées en dedans, et entraînées à la surface d'un corps fibreux, dont le siége primitif avait été l'épaisseur même des parois du viscère. »

Dans le fait que je vais rapporter, et que je dois à l'obligeance de MM. Meriman et Cocke, la capsule formée par les membranes interne et musculeuse de l'utérus avait entièrement disparu, non-seulement au sommet, mais encore au milieu de la tumeur.

Obs. — Le 18 novembre 1833, M. Cocke a été appelé auprès d'une femme d'âge moyen, qui était en travail de son cinquième enfant. L'hémorragie était abondante; en la touchant, il a senti une masse spongieuse adhérant à la partie postérieure du col de l'utérus; il l'a pris pour le placenta. Aucune partie de l'enfant n'était touchable. Ayant attendu quelque temps, et voyant d'un côté l'hémorragie continuer, de l'autre l'enfant ne pas avancer, malgré les contractions puissantes de la matrice, M. Cocke a introduit sa main dans cet organe, et a senti de suite le bras de l'enfant; il a cherché les pieds, tiré l'enfant et délivré la femme. La difficulté a été considérable, quand il s'est agi de faire passer la tête : l'extraction du placenta a fait diminuer l'hémorragie. Les douleurs ont continué violemment toute la nuit.

Le lendemain, une tumeur du volume de la tête de l'enfant a été sentie dans l'utérus, adhérant à la partie postérieure et inférieure de cet organe. M. Mériman ayant été consulté, a paru très satisfait que les douleurs avaient été produites par la présence d'une grosse tumeur dans l'utérus. La femme est morte trois jours apres. L'autopsie a été faite par M. Cocke.

Sept mois plus tard, j'ai eu l'occasion d'examiner la pièce pathologique. La tumeur était enchassée dans les parois de l'utérus, vers la partie postérieure et inférieure de cet organe, faisant saillie dans sa cavité et la remplissant. La racine et le corps de la tumeur étaient couverts de la membrane interne et de la couche musculaire de l'utérus. A la partie la plus basse de la masse, la capsule présentait une ouverture circulaire d'un pouce et demi de diamètre, à bords minces et lisses, et à travers laquelle on voyait la substance fibreuse de la tumeur.

Au côté droit, on observait également deux ouvertures considérables par destruction des enveloppes. Le pédicule était uniquement formé par la substance musculaire de l'utérus. De grosses veines existaient non-seulement à la racine de la tumeur; mais encore dans les autres fibres musculaires qui enveloppaient le corps morbide.

Quand une tumeur fibreuse se forme entre les couches musculaires, et qu'elle est par conséquent couverte par la membrane interne de l'utérus et par une couche de fibres musculaires, le pédicule est épais et court. Il faut alors une action utérine beaucoup plus longue pour chasser une tumeur pareille dans le vagin, et souvent la malade meurt par l'irritation prolongée et les pertes de sang qui en résultent. Les dissections que j'ai faites me portent à croire que ce n'est pas de la situation ou de l'état primitif du polype que dépend la consistance et la forme du pédicule, ainsi que Herbiniaux et Dupuytren le pensaient; mais bien de la quantité des fibres musculaires que la tumeur repousse devant elle; dans tous les cas où le pédicole est court et épais, il est composé non-seulement de la membrane muqueuse, mais encore de la musculeuse de l'utérus. Cette observation explique 1° pourquoi il est inutile d'appliquer une ligature tant que le polype est encore dans la cavité utérine; 2° pourquoi, après l'ablation de la masse morbide, ce qui reste du pédicule ne repousse jamais, ainsi que Clément et Puzos l'ont fait observer.

Les tumeurs fibreuses peuvent naître au fond, au corps, au col ou à l'orifice de l'utérus. Lorsqu'un gros polype se forme dans les parois du fond, et qu'il descend vers le vagin, l'utérus se renverse quelquefois. Un exemple de ce cas a été observé par William Hunter; la malade mourut: à l'autopsie, on trouva que l'utérus renversé avait été compris dans la ligature.

M. Denman vit une jeune dame qui souffrait depuis longtemps d'hémorragies utérines fréquentes, et de douleurs très violentes comme pour accoucher. A l'examen, il trouva dans le haut du vagin un polype; il l'entoura d'une ligature avec difficulté ; aussitôt que le fil commença à être serré, la malade se plaignit de douleur très intense et fut saisie de vomissement; on lâcha la ligature; puis on la resserra de nouveau; nouveaux accidens pareils immédiatement. Après plusieurs tentatives, Denman fut obligé de se désister, et laissa flasquement la ligature en place, pour calmer l'imagination de la malade. La femme est allée de mal en pis, et finit par succomber six semaines après la tentative de Denman. A l'autopsie, on trouva l'utérus renversé par un polype, et la ligature placée sur la partie déplacée de la matrice. Le polype, cependant, ne pesait pas plus d'une once, et manquait presque tout à fait de pédicule. Denman fait observer avec raison que le renversement n'avait pas été, dans ce cas, produit mécaniquement; mais bien par la contraction violente que son irritation avait provoquée comme tout autre corps étranger.

Dans le muséum de l'Université de Londres, on voit une matrice enceinte à l'état de renversement, offrant en même temps une grosse tumeur fibreuse, à pédicule épais et pendant dans son fond. M. Alexandre Shaw m'a appris que cet utérus avait été tiré du cadavre d'une femme qui était morte à l'hôpital Middlesex; elle avait fait plusieurs enfans, et son renversement s'était déclaré après la dernière couche.

Lorsqu'une tumeur fibreuse volumineuse existe sous la membrane muqueuse du col de l'utérus, il arrive quelquefois qu'elle est expulsée subitement dans le vagin pendant un effort de vomissement ou autre, et occasionne des symptômes fort analogues à ceux du renversement chronique de la matrice ; la membrane qui recouvre la tumeur étant la même que celle qui recouvre la matrice renversée, et étant aussi sujette aux mêmes altérations. Sans un examen attentif de la tumeur et des antécédens de la maladie, on pourrait facilement confondre ces deux affections entre elles.

Bien que les faits que je viens de rapporter démontrent clairement que le plus grand nombre des polypes utérins ne sont que des tumeurs fibreuses formées au-dessous de la membrane muqueuse et d'une couche de tissu musculaire, nous ne sommes pas autorisés à conclure, ainsi qu'on l'a fait, qu'il n'y a que ces tumeurs seulement qui descendent de la matrice dans le vagin et qui ne sont pas de nature maligne. Il y a une tumeur du fond ou du corps de l'utérus, qui émane quelquefois de sa membrane muqueuse, et qui, sans acquérir un grand volume, paraît analogue aux végétations polypeuses des cavités nasales.

Cette variété de tumeur a une large base, une forme aplatie, et présente souvent de fort gros vaisseaux dans sa substance. Jusqu'à présent je n'ai eu l'occasion de rencontrer que deux fois l'espèce de polype dont il s'agit; j'en présente les pièces pathologiques à la société.

Mais ce n'est pas tout; il y a une troisième variété de polype utérin, d'une structure particulière et qui diffère entièrement des précédentes, je veux parler d'une sorte de kyste hydatique qui se forme au-dessous de la muqueuse utérine. Cette tumeur résulte d'une quantité de petites vésicules remplies d'eau claire ou jaunâtre : ces vésicules hydatiques sont elles-mêmes renfermées dans un sac fibreux et mou engendré sous la muqueuse. Je possède cinq exemples de ce cas que j'ai observés moi-même; dans tous la tumeur était logée au-dessous de la membrane interne du fond de l'utérus; cette membrane était fort mince et fort vasculaire. Deux de ces tumeurs adhéraient à l'utérus par une large base. L'une d'elles ressemblait à une figue sèche; l'autre était plus volumineuse qu'un œuf de poule et distendait la cavité utérine dont les parois étaient d'ailleurs fort saines.

Boivin et Dugès ont probablement voulu parler de la même maladie à la page 269 de leur ouvrage; et sous le titre d'excroissance cellulaire de l'utérus.

Une quatrième variété de polypes utérins est celle qui résulte de l'hypertrophie des glandes ou *ovula Nabothi*. Un de ces corps se convertit quelquefois en kyste du volume d'une noix ou même d'un œuf de poule et pend par un pédicule mince du col ou des lèvres du museau de tanche. Cette tumeur est lisse et vasculaire et contient parfois une matière analogue à du lait caillé, ou bien un liquide filant et jaunâtre. Elle produit une grande irritation et donne naissance à des écoulemens abondans de matière muco-sanguine par le vagin. Sur une pièce qui m'a été présentée par M. John Wood, on voyait plusieurs glandes hypertrophiées pendre du col de la matrice par des pédicules minces et allongés. Une de ces glandes du volume d'une noix avait une surface lisse; coupée elle a offert à son intérieur une matière jaune et molle. J'ai rencontré depuis plusieurs autres exemples de cette affection. Herbiniaux a décrit cette espèce de tumeur sans en avoir pourtant connu la nature.

Portal a dit très clairement que des excroissances naissent quelquefois au col de l'utérus par hypertrophie des follicules de cette partie comme au nez et à la mamelle. M. Gooch a décrit également les petites tumeurs dépendant des glandes ou follicules du col utérin, mais il ne les distingue pas des autres variétés de polypes. Andral et Boivin en ont également fait mention, mais ce dernier auteur les confond avec les tumeurs fibreuses.

Les observations précédentes prouvent qu'il y a au moins quatre variétés distinctes de tumeurs non malignes à l'utérus : 1° la tumeur fibreuse, 2° la folliculaire ou glandulaire, 3° la cystique ou vésiculaire, 4° et enfin la muqueuse. A ces variétés on pourrait peut-être en ajouter une cinquième, la tumeur érectile.

Quant au traitement des différentes tumeurs que je viens de décrire je n'ai que peu de chose à dire. L'iode, le mercure et tous les autres remèdes fondans n'ont aucune prise sur ces maladies. Les femmes atteintes de tumeur fibreuse à l'utérus doivent éviter toute espèce de pression mécanique à l'hypogastre, d'exercice violent du corps, et tout ce qui peut exciter l'inflammation ou des congestions sanguines vers le bassin. Lorsque la congestion a eu lieu, il faut la combattre à l'aide de saignées locales, de doux cathartiques et de remèdes anodins. Les hémorragies utérines seront combattues par le repos, la position convenable, les applications froides à l'hypogastre et l'usage intérieur de l'acétate de plomb.

Lorsque la tumeur quelle qu'elle soit passe dans le vagin, il faut l'enlever à l'aide de la ligature ou du bistouri. Si le pédicule est mou et mince, la tumeur peut être tordue à l'aide du forceps. Dupuytren dit avoir opéré deux cents femmes de polypes utérins à l'aide de l'excision dans le cours des vingt dernières années de sa pratique. Sur ce nombre il n'a eu d'hémorragie à combattre que deux fois; il l'a arrêtée à l'aide du tamponnement. Sur huit ou dix cas, après l'application de la ligature, la mort a eu lieu deux fois par l'absorption du pus.

Lorsque le pédicule de la tumeur est large et vasculaire, je commence d'abord par lier la tumeur aussi haut que possible avant d'en venir à l'excision ou à la torsion.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS.

I. ZEITSCHRIFT FUR DIE GESAMTE MEDICIN; par FRICKE et OPPENHEIM.

Les cinq premiers cahiers de cette année contiennent les notices et articles originaux suivans : 1° *Scisruta*; par le docteur Glehn, de Saint-Pétersbourg. L'auteur donne quelques extraits de cet ouvrage indien qui, d'après lui, est le plus ancien traité de médecine que nous connaissons. 2° *Sur l'histoire et la contagion de la peste*; par le docteur Simon Jun, de Hambourg; 3° *Nouvel ostéotome*, décrit par le docteur Zeis, de Dresde; 4° *De la résection des os de la face*; par le professeur Dieffenbach, de Berlin; 5° *Opération d'empyème; autopsie*; par le docteur Munch-Meyer (rien de particulier); 6° *Sur la lithotripsie du baron Heurteloup*; par le docteur Karell, de Saint-Pétersbourg; 7° *Hydatides dans les os du bassin*; par M. Fricke; 8° *Rapport sur l'hôpital de Hambourg pendant le dernier trimestre de* 1836; par le même; 9° *Observations sur le traitement des fractures par l'appareil inamovible préparé avec de l'amidon*; par le même. Les conclusions de M. Fricke sont entièrement favorables à cette méthode. 10° *Hernie diaphragmatique congénitale*; par le docteur Gædechers, de Hambourg; 11° *Quelques remarques sur la fièvre puerpérale, avec un extrait tiré du grand ouvrage de Cruveilhier*; par le professeur Osiander, à Gœttingue; 12° *Remarques sur la diphthérite de Bretonneaux*; par le docteur Rappius, de Fribourg; 13° *Quelques remarques sur l'orthopédie en France*; par le professeur Dieffenbach, à Berlin.

NOUVEL OSTÉOTOME DÉCRIT PAR LE DOCTEUR ZEIS.

Cet instrument est construit d'après les principes des ciseaux américains dont les jardiniers se servent pour couper les branches d'arbres. Les ciseaux, très forts d'ailleurs, ont sur les autres l'avantage de couper en sciant comme les couteaux en même temps qu'ils coupent en pressant comme les ciseaux ordinaires. Ils doivent cet avantage à la mobilité de la goupille qui joint les deux branches et qui avance ou recule suivant le besoin lorsqu'on met l'instrument en action.

DE LA RÉSECTION DES OS DE LA FACE; par M. le docteur DIEFFENBACH.

Parmi les dix-huit observations de résections partielles des os de la face, rapportées par M. Dieffenbach, nous en trouvons une très remarquable par l'immense difficulté qui s'est présentée dans son exécution, et par l'habileté avec laquelle le chirurgien de Berlin l'a surmontée; il ne s'agissait de rien moins que de circonscrire le globe de l'œil et le nerf optique, et d'enlever tous les tissus qui entourent cet organe, tout en conservant la vision; mais, dans la même opération, comme nous le verrons dans la première observation que nous citons, il a détruit la régularité des mouvemens de la face, ce qui l'a conduit à un nouveau procédé pour atteindre les tissus profondément situés dans la joue, tout en conservant l'usage des nerfs faciaux qui s'y rendent. A cet effet, M. Dieffenbach attaque les parties malades, en incisant la face sur la ligne médiane, lors même que la maladie est placée en arrière de la joue, et il dissèque un lambeau, qu'il sépare des côtés du nez et de la bouche pour le déjeter en arrière; par ce procédé, il ne conserve pas seulement l'intégrité des nerfs faciaux; mais il évite la section du conduit de stenon, qui est nécessairement divisé lorsqu'on fait une incision verticale sur le milieu de la joue.

Ce procédé a trouvé son application dans les trois dernières observations, remarquables sous plusieurs rapports.

OBS.—M. G. de F., âgé de 22 ans, fort et bien constitué, était atteint d'une difformité à la face qui ne lui permettait plus de se montrer en public. Le côté gauche de la face était considérablement tuméfié, et couvrait pour ainsi dire le côté droit; le nez était dévié, et l'œil droit, chassé hors de son orbite, occupait le point culminant de la tumeur. Les paupières renversées et affectées d'ectropion ressemblaient aux parties génitales de la femme fortement dilatées, et entouraient cette tumeur en forme de cercle. La peau de la joue était fortement tendue et animée, et recouverte à sa partie supérieure d'un réseau de veines variqueuses. La tumeur était séparée en deux par une espèce de sillon. Le jeune homme jouissait du reste d'une bonne santé; aucun de ses sens n'était altéré, pas même la vision dans l'œil qui faisait saillie hors de l'orbite. Les soins n'avaient point été négligés pour remédier à ce désordre; les hommes de l'art les plus distingués avaient été consultés. Le malade avait pris, entre autres, 200 bouteilles de la tisane de Zittmann, et subi plusieurs traitemens mercuriels, sans la moindre amélioration. Fatigué de ces non-succès, le malade était resté pendant deux ans sans rien faire.

Convaincu de l'inefficacité de toute médication, je me décidai à enlever la tumeur qui me paraissait être de nature fibreuse. J'ai commencé l'opération par une incision longitudinale partant de l'angle externe de l'œil, et se rendant au bord de la mâchoire inférieure; les parties molles furent détachées des tumeurs, et les deux lambeaux résultant de cette dissection ayant été renversés, je procédai à l'extirpation de la tumeur placée sous l'arcade zygomatique, qui faisait une forte saillie; en contournant le corps des maxillaires supérieurs fortement repoussés en arrière, je parvins à la base externe du crâne, où je coupai le principal pédicule de la tumeur. D'autres ramifications qui s'étaient étendues dans les fosses nasales, fortement distendues, de même que la voûte palatine, qui avait pris une forme concave, furent également coupées. Ceci terminé, j'enlevai la tumeur placée dans l'orbite, et qui communiquait avec la précédente par plusieurs pellicules traversant les ouvertures des parois de l'orbite.

Il était difficile de conserver l'œil; je parvins cependant à l'isoler de tout ce qui l'entourait, et à séparer le nerf optique de la tumeur qui était adhérente aux parois de l'orbite. Je réussis à enlever toute la tumeur, malgré quelques pédicules fort durs qui avaient perforé l'os. Le globe de l'œil et le nerf optique, qui ressemblait à un cordon allongé, étaient parfaitement isolés. Nous résolûmes, de concert avec mon ami le docteur Homberg, qui s'est spécialement occupé des maladies des nerfs, de faire avec cet œil quelques expériences relatives à la vision. L'autre œil étant fermé, le malade distingua parfaitement tous les objets, quelle que fût la direction qu'on donnât à l'œil.

Le globe oculaire étant trop petit pour pouvoir remplir l'orbite débarrassée des tissus graisseux, je me décidai à replier le nerf optique en spirale dans l'orbite, et j'y enfonçai le globe de l'œil de façon qu'il ne touchât que légèrement les parois. Je fis avec les paupières, considérablement distendues, des voiles plus en rapport avec les parties, et les fixai au moyen de sutures à anse très fines. L'opération fut terminée par la réunion de la grande plaie de la face, au moyen d'un grand nombre de sutures entortillées, en me servant d'aiguilles plus ou moins fortes, selon l'épaisseur des bords des parties molles.

Pour prévenir la sortie de l'œil, les paupières furent fermées et recouvertes d'un plumasseau de charpie, qui maintint l'organe dans l'orbite.

Le malade fut soumis à un régime antiphlogistique sévère. Purgatifs salins, saignées générales, application fréquente d'une grande quantité de sangsues sur la face, fomentations continues d'eau à la glace. Grâce à ce traitement énergique, il n'y eut pas un moment de danger. Les plaies se cicatrisèrent rapidement par première intention, et le deuxième, troisième et septième jour, les sutures purent être enlevées; au bout de quelques semaines, les parties profondes étaient également cicatrisées. Un nouveau tissu cellulaire s'étant formé dans l'orbite, le globe de l'œil et les paupières reprirent leur place naturelle; et, plus tard, ce jeune homme ne présentait d'autre particularité qu'une obliquité de l'œil par rapport à l'ouverture de la paupière, de même qu'une obliquité de la bouche avec paralysie de la joue, suite nécessaire de la section du nerf facial.

Deux ans après l'opération, la paralysie de la joue et de l'angle de la bouche avait considérablement diminué, et l'œil, entraîné par les mouvemens des paupières, avait acquis une certaine mobilité.

Obs. II.—Madame H., âgée de 34 ans, maladive, ressentit depuis plusieurs années dans la narine gauche un obstacle au passage de l'air, qui ne pouvait en être chassé qu'avec peine. La narine finit même par être entièrement obstruée, et l'on remarqua dans le fond une tumeur livide qui avait résisté à toute espèce de traitement. Consulté par la malade, je reconnus un fongus mélanique qui remplissait la narine gauche, et qui imprimait une forte saillie aux parties extérieures parsemées de taches noires.

Je fis prendre pendant quelque temps à la malade la décoction de Zittmann. Après quoi, j'essayai d'arracher du fongus tout ce que je pouvais atteindre avec les pinces. Une grande partie de la muqueuse des fosses nasales passée à l'état lardacé fut enlevée; les os propres du nez étant cariés, le fer incandescent, de la grosseur d'un petit doigt, fut introduit dans la narine et les parties cautérisées. La malade, soumise à un régime antiphlogistique, fit encore usage, pendant six semaines, de la décoction de Zittmann.

Pendant plusieurs mois après l'opération, la maladie paraissait marcher vers la guérison; mais le fongus se reproduisit et s'étendit aux os propres du nez au maxillaire supérieur, surtout vers l'épine nasale antérieure. Les parties étaient saillantes, et le fongus, qui cherchait à se faire jour, n'était plus maintenu que par la peau.

Quatre mois et demi après la première opération, j'entrepris la seconde. Une incision longitudinale fut faite et divisait le nez et la lèvre supérieure à leur partie moyenne. Le lambeau résultant des parties molles fut renversé en dehors, après avoir été préalablement détaché des os; une partie des os propres du nez et du maxillaire supérieur qui étaient cariés furent enlevés au moyen de la scie. Les caries les plus profondes furent enlevées au moyen des pinces, de la scie, du couteau et des ciseaux, de même que le fongus, qui projetait ses racines jusque dans le sinus frontal. Enfin, après avoir enlevé une partie de la peau du nez devenue mélanée, la plaie fut réunie par un grand nombre de sutures entortillées, et la malade soumise à un régime antiphlogistique.

Mon célèbre ami J. Muller, auquel j'ai remis les parties enlevées, a vu la malade le troisième jour après l'opération, presque guérie, et le quatrième, la plaie de la face était entièrement fermée, ne présentant qu'une cicatrice linéaire. Les soins assidus du docteur Reich ont eu une heureuse influence sur la marche de la maladie, et aujourd'hui il y a plus d'une année d'écoulée depuis la dernière opération, sans la moindre apparence de rechute.

L'observation suivante de résection des os de la face offre encore un plus grand intérêt que la précédente.

Obs. III. — Je reçus un jour la visite d'une dame couverte d'un voile épais, qui désirait m'entretenir en particulier. En écartant son voile, j'aperçus une face qui ressemblait à une citrouille; mes yeux ne virent qu'une grande masse arrondie; sur le côté de laquelle on voyait une figure tiraillée, avec un nez renversé, dont l'aile gauche, considérablement distendue, recouvrait, ainsi que la peau de la joue, la tumeur.

Les paupières étaient également fortement distendues, et avaient acquis une grande obliquité. Une quantité considérable de veines variqueuses sillonnaient la peau. Cette dame, âgée de 48 ans, s'était ressentie des premiers symptômes de son mal à l'âge de 18 ans.

Je commençai l'opération par une grande incision longitudinale, partant entre les deux sourcils et divisant la face à sa partie moyenne, qui, dans ce cas-ci, était rejetée vers le côté. Après avoir divisé le nez et la lèvre supérieure, je fis au-dessus de la racine du nez une incision transversale parallèle à la fente des paupières. La moitié du nez, la paupière inférieure, les joues, la lèvre supérieure furent détachées de la tumeur jusqu'auprès de l'oreille, et ce grand lambeau renversé.

La tumeur inégale et arrondie ne put être détachée des parties profondes; il fallut d'abord à l'aide d'une scie à amputation enlever les parties les plus saillantes; le nez fut ensuite enlevé jusque dans le voisinage des sinus frontaux au moyen d'une petite scie; une grande partie du bord inférieur et du plancher de l'orbite furent également sciés, de même que l'arcade zygomatique et une partie de la mâchoire supérieure, de manière à ne laisser que le bord alvéolaire. Après avoir divisé les adhérences les plus profondes avec une scie en forme de couteau, je parvins à détacher toute cette masse à l'aide de forts leviers. Si la tumeur ressemblait avant l'opération à une citrouille la grande cavité qui existait maintenant ressemblait à l'intérieur d'un de ces fruits qui avait été vidé; à droite et à gauche les parties étaient molles au toucher à l'exception de points où l'os a été scié; les sept surfaces limitrophes de la cavité formaient la paroi postérieure du gosier.

L'opération fut terminée par l'extirpation de portions considérables de la tumeur, des sinus frontaux, d'où s'écoulait un pus sanieux.

Les plaies furent réunies par une grande quantité de sutures entortillées; les paupières et les angles de l'œil furent fixés par des sutures à anse.

La malade fut d'abord soumise à un régime analeptique; la face fut légèrement couverte, et on permit l'usage d'un peu de vin, afin de ranimer les forces de la malade, qui fut soumise plus tard à un régime antiphlogistique en rapport avec sa constitution. Le surlendemain de l'opération une légère turgescence s'établit dans les parties molles, et le troisième jour la réunion complète permit d'enlever les sutures. Dans un seul point cependant, entre la paupière inférieure et le nez, la cicatrisation ne s'était point faite; il y avait un point où le lambeau se rompit et se sphacela dans l'étendue d'une pièce de vingt sous; accident auquel j'espérai pouvoir remédier avec le temps; au bout de quelques semaines la malade était rétablie de manière à pouvoir quitter le lit. MM. Jungken, Berendt, Pombey, Hollholf, ainsi que plusieurs autres jeunes médecins ont assisté à cette opération.

Il ne restait plus pour rendre la guérison complète qu'à remédier d'abord à la solution de continuité dont la cicatrisation ne s'était pas encore opérée, et en second lieu à relever les paupières qui avaient été tirées en bas par la cicatrisation intérieure. Le premier but fut atteint au moyen de l'application de quelques sutures, après avoir préalablement rafraîchi les bords de la plaie et fait quelques incisions latérales afin de favoriser le rapprochement de la peau. Il n'a pas encore été porté remède à la chute des paupières.

Cette dame jouit depuis quelques années d'une santé parfaite, sans la moindre apparence de rechute. La face a repris sa place, son aspect naturel, et n'a rien perdu de sa mobilité.

La tumeur était de nature fibreuse; une grande partie des os avait été détruite, et d'autres se trouvaient à l'état de fongus dans la tumeur.

Obs. IV. — M. K., âgé de 30 ans, ressentait depuis quelques années une tuméfaction progressive des os de la partie gauche de la face, accompagnée d'une douleur sourde, ressemblant à une pression permanente. Le nez était rejeté à droite, et son aile gauche qui recouvrait la tumeur arrondie était plus élevée que l'aile droite. La peau de la joue était d'un rouge livide et percée de plusieurs ouvertures fistuleuses.

L'os propre du nez du côté gauche, le bord de l'orbite et l'os zygomatique du même côté étaient ramollis. En ouvrant la bouche du malade, on remarquait une tumeur lardacée formée par les gencives de la mâchoire supérieure et une partie de la voute palatine.

Le malade avait subi plusieurs traitemens et avait fait usage entre autres de la décoction de Zittmann, ce qui n'empêcha pas la tumeur qui était sur le point de percer la joue de se développer. Le malade prit alors la résolution de venir à Berlin se faire opérer.

Je commençai l'opération par l'incision de la face, en divisant le nez, la lèvre supérieure, et pénétrant jusque dans la bouche; une seconde incision transversale communiquant avec la fente orbiculaire fut pratiquée. La paupière inférieure, la moitié du nez, la joue, la lèvre supérieure furent détachées de la tumeur, et le muscle masseter mis à nu. Je détachai également la lèvre supérieure droite avant de pratiquer la résection. J'ai commencé par scier la mâchoire supérieure à sa partie moyenne en allant de bas en haut, après avoir divisé le nez; je pénétrai avec mon instrument dans l'orbite en enlevant la plus grande partie du bord et du plancher orbitaire. L'os de la pommette étant divisé, j'enlevai tantôt avec le couteau, tantôt avec les ciseaux les parties les plus profondes, telles que la voute palatine et le bord alvéolaire. Plusieurs parties disposées seulement à l'état cartilagineux furent également enlevées au moyen du couteau, et la cavité résultant de ces pertes de substance fut cautérisée avec le fer rouge; ce qui arrêta l'hémorragie, et me permit de réunir la plaie de la face en appliquant vingt sutures.

Le malade put encore se tenir debout après l'opération; transporté dans son lit, on lui fit prendre un peu d'eau et de vin; il fut soumis à un régime adoucissant, et lorsque les forces diminuèrent il fut mis à l'usage d'une infusion de valériane : on maintint la liberté du ventre au moyen de purgatifs salins. Le quatrième jour les plaies de la face étaient cicatrisées, et les sutures enlevées. A l'angle interne de l'œil il s'était formé une petite plaie qui ne tarda pas à se cicatriser. Quinze jours après l'opération le malade put quitter le lit, et aujourd'hui vingt-huitième jour il peut se promener dans sa chambre.

M. Dieffenbach, dans la plupart des cas d'ostéosarcome qu'il a eu occasion d'observer, a commencé par combattre le mal par une médication tant interne qu'externe sans avoir pu l'enrayer. Le mercure, l'iode, les préparations d'or, et la décoction de Zittmann sont les médicamens à l'aide desquels il cherchait à combattre les ostéosarcomes. A l'extérieur, il employa l'extrait de saturne qui produisit quelquefois un léger calme.

Chez la plupart des malades, les sarcomes avaient commencé par une alvéole, et se communiquaient ensuite non pas à droite et à gauche aux parties alvéolaires voisines, mais à une seule alvéole, puis à une autre,

ainsi de suite. Rarement la maladie se communiquait aux deux côtés à la fois. L'extraction des dents hâtait sa marche; car tous les malades m'assurèrent qu'elle avait fait des progrès rapides après l'extraction des dents.

Quand une grande étendue de gencives était malade, l'os zygomatique se trouvait plutôt atteint que l'os de la voute palatine. La joue formait ordinairement une tumeur arrondie; le nez était refoulé du côté opposé, et la partie qui touchait la joue malade ne pouvait plus être séparée de la tumeur.

M. Dieffenbach a vu mourir un grand nombre de malades atteints d'ostéosarcomes, tant dans sa pratique particulière, qu'à l'hôpital de la Charité, malgré toute espèce de traitement. Chez quelques malades le fongus, après avoir traversé la peau qui avait pris une couleur lie de vin, se trouvait à nu; chez d'autres il se formait dans l'intérieur de la joue un cloaque qui donnait issue à un pus fétide; et le fongus finissait également par se faire jour à travers les ulcérations de la peau. Les narines étaient ordinairement obstruées par des masses fongueuses qui forçaient les malades à respirer par la bouche.

Les sétons passés à travers ces tumeurs, dans les cas où la maladie n'avait pas encore atteint un grand développement, accéléraient toujours sa marche, et les malades en mouraient plus tôt.

Cette triste expérience détermina M. Dieffenbach à donner une plus grande extension à l'opération de résection des os de la face, d'autant plus que les petites opérations de ce genre avaient toujours eu un heureux résultat. Les rechûtes après les résections des ostéosarcomes des os de la face sont moins fréquentes qu'après l'opération de l'ablation d'un cancer, ou fongus, situé sur une autre partie du corps, et la première affection offre plus de chances de guérison que les autres.

Parmi les remèdes les plus propres à prévenir les rechûtes, l'auteur cite en première ligne la décoction de Zittmann.

II. MEDICINISCHE ANNALEN; par PUPHELT. CHELIUS et NAEGELÉ.

Les 3e et 4e cahiers du 3e volume et le 1er du 4e volume contiennent les articles suivans : 1° *Observations de chirurgie*, par le docteur Fabricius; 2° *Sur la fièvre intermittente pernicieuse*, par le docteur Pauli, de Landau (travail au courant de la science); 3° *Remarques sur la constitution médicale de Fulda pendant* 1836, par le docteur Schneider; 4° *Sur l'emploi du stéthoscope dans les maladies chirurgicales*, par le docteur Hecker, de Fribourg (rien de nouveau); 5° *Sur la gastromalacie*, par le docteur Scharf (rien de saillant); 6° *Observation d'une commotion cérébrale, suivie de guérison*, par le même; 7° *Observations pratiques de médecine et de chirurgie*, traduit du danois par le docteur Nevermann; nous y trouvons entr'autres un travail assez bien fait sur les hémorragies héréditaires (voy. sur le même sujet GAZ. MÉD., p. 599, 1836); 8° *Sur l'étude des maladies mentales dans les universités*, par le docteur Hermann, d'Heidelberg; 9° *Sur quelques maladies du bas-ventre chez la femme, simulant des affections inflammatoires*, par le docteur Zeroni, de Manheim; 10° *De l'emploi du copahu et du cubèbe dans la gonorrhée*, par le docteur Heifelder; article clair et pratique comme tous les travaux qui viennent de cet auteur; il confirme les bons effets qu'on peut tirer de ces deux médicamens, dans la gonorrhée surtout chez l'homme; 11° *Compte-rendu sur l'hôpital de Pforzheim pendant* 1836, par le docteur Muller; 12° *Guérison remarquable d'une affection grave du poumon par les eaux de Zangenbruchen*, par le docteur Seither; 13° *Sur le traitement et la guérison du pied-bot à l'aide de la section du tendon d'Achille et d'un moule en plâtre*, par le docteur Pauli, de Landau (rien d'inconnu); 14° *Observation d'un rétrécissement de l'iléon*, par le docteur Hauff; 15° *Aperçu des progrès récens dans la matière médicale* (suite), par le professeur Dierbach; 16° *De l'emploi des lotions chlorurées dans la variole et la varioloïde*, par le docteur Eisenmann; 17° *Traitement de l'hydrencéphale chronique à l'aide de la compression avec des bandelettes agglutinatives*, par le docteur Engelmann; 18° *Sur la constitution médicale de la ville de Fulda pendant les années 1834-37*, par le docteur Schwartz; *Observations de médecine et de chirurgie*, par le docteur Pauli, de Landau : I. *Polype utérin d'une dimension extraordinaire*; II. *Guérison particulière d'une hernie scrotale qui n'avait pas pu être maintenue par des bandages.*

DE L'EMPLOI DES LOTIONS CHLORURÉES DANS LA VARIOLE ET LA VARIOLOÏDE; par le docteur EISENMANN.

M. Eisenmann prétend, d'après des observations faites sur des maladies isolées, et dans des épidémies, que les lotions chlorurées rendent la variole plus bénigne, favorisent l'éruption et empêchent la formation des croûtes, ainsi que les rougeurs et les cicatrices que celles-ci laissent après leur chute; il cite entre autres une observation faite sur le baron de Guttemberg, qui, affecté d'une variole intense, n'a été lavé avec de l'eau chlorurée qu'à la figure. Cette partie était depuis longtemps guérie, sans rougeur ni cicatrisation; que le reste du corps était encore couvert de croûtes, notamment la poitrine.

Nous ne suivrons pas l'auteur dans toutes ses discussions théoriques. Il a encore fait application de l'eau chlorurée dans d'autres maladies: il rapporte un cas de fistule du poumon, suite de l'opération d'empyème, guéri par des injections chlorurées; enfin, il a employé ce moyen contre les furoncles.

TRAITEMENT DE L'HYDRENCÉPHALE CHRONIQUE, A L'AIDE DE LA COMPRESSION, AVEC DES BANDELETTES AGGLUTINATIVES; par le docteur ENGELMANN, de Kreuznach.

M. Engelmann, après avoir souvent employé dans les premières années de sa pratique la méthode de Goelis dans le traitement de l'hydrencéphale chronique, a eu enfin recours à la compression de la tête, au moyen de bandelettes agglutinatives. Ci-joint nous donnons deux observations choisies entre les dix autres que l'auteur rapporte. S'agissait-il réellement d'enfans hydrencéphaliques? Quoi qu'il en soit, l'amélioration qui a suivi l'emploi de ce procédé nous paraît remarquable.

OBS. I.—Le 24 janvier 1835, je fus appelé auprès d'un enfant de neuf mois, souffrant de coliques venteuses. Déjà, au premier aspect, la tête grosse et le front extrêmement proéminent de l'enfant m'avaient frappé. D'après le dire des parens, la tête, d'une dimension ordinaire, avait pris une telle extension dans les deux derniers mois, qu'elle nécessitait à chaque instant un changement de coiffure. Le père de l'enfant était bien portant; la mère, qui l'avait nourri, portait des ulcérations scrofuleuses au cou. Les fonctions digestives de l'enfant étaient à l'état normal. La tête, dans sa plus grande circonférence, avait 19 pouces; la grande fontanelle un pouce un tiers; il y avait un écartement de quelques lignes à la suture sagittale; yeux entr'ouverts pendant le sommeil qui était agité et accompagné de cris fréquens; tête fortement enfoncée dans les coussins; l'enfant ne paraissait pas être à son aise lorsque sa tête n'était pas soutenue; soulevé rapidement de dessus son lit il avait des vomissemens; strabisme très prononcé; pupilles dilatées peu sensibles à la lumière; tous ces symptômes ne laissaient pas de doute sur la nature du mal. Après la cessation des coliques, je fis aussitôt raser la tête, et l'entourai de bandelettes agglutinatives (en forme de bonnet d'Hippocrate). L'enfant, que la mère continua d'allaiter, fut porté souvent au grand air. On n'administra aucun médicament à l'intérieur. Le bandage fut très bien supporté. L'amélioration n'était guère sensible pendant les premières semaines. A la fin de février, on changea le bandage. La tête n'avait pas augmenté, et les parens s'étonnaient beaucoup que pendant tout ce temps ont n'eût pas eu besoin de changer sa coiffure. Dans ce moment, l'amélioration était très marquée; le sommeil devint plus tranquille, les vomissemens plus rares, les pupilles plus mobiles; l'enfant, qui commençait à rire, témoignait de l'intérêt aux objets luisans qu'on lui présentait.

Le 18 mai, on renouvela le bandage, et on trouva la tête d'un demi-pouce plus petite; l'espace entre les sutures avait disparu, et la grande fontanelle était fermée de moitié. La mère n'étant pas bien portante, on sevra l'enfant; malgré cela, l'amélioration devint toujours plus sensible, et sans phénomènes maladifs, on vit percer les premières dents.

Le quatrième bandage, appliqué au milieu de mai, fut ôté quatre semaines plus tard. Pendant cet intervalle, tous les symptômes indiquant l'hydrencéphale avaient disparu. La plus grande circonférence de la tête était de 18 pouces. La fontanelle était complètement fermée. La dentition se passa bien; l'enfant, qui apprit à marcher tard, continua à bien se porter; dans ce moment, fin septembre 1837, il est bien nourri, gai, et très avancé sous le rapport intellectuel. La tête, d'une circonférence ordinaire, est bien conformée; son front est pourtant très proéminent, l'endroit de la grande fontanelle offre au toucher un enfoncement encore très sensible.

OBS. II.—Un garçon, nourri par une mère hystérique, et qui se portait très bien pendant les premières semaines après sa naissance, devint tout à coup maigre; les extrémités étaient flasques; le bas ventre gros et tendu; son aspect était celui d'un vieillard; la colonne vertébrale commença à se courber en arrière; bref, l'enfant souffrait de rachitisme et de scrofules du bas-ventre. On le sevra et on le mit à l'usage de l'huile de morue, unie aux bains d'eaux minérales de Kreuznach; au bout de trois mois de ce traitement, il paraissait complètement rétabli; toutes les fonctions étaient normales; mais la tête paraissait plus grande que chez d'autres enfans du même âge. L'absence complète de symptômes indiquant une affection de la tête éloigna tout soupçon d'hydrencéphale. Quel ne fut pas mon étonnement, lorsque je vis cet enfant six mois plus tard! La mère rapporta que, depuis quelques mois, l'enfant avait un sommeil agité; qu'il se réveillait fréquemment en pleurant; qu'il enfonçait fortement sa tête dans les coussins; qu'il vomissait souvent sans cause connue, surtout lorsqu'on le berçait fortement, ou qu'on le soulevait de son lit. Tous ces phénomènes, joints à l'amaigrissement et à l'impossibilité de porter sa tête pendant un temps un peu long, avaient été attribués à la dentition. La tête de l'enfant avait tellement augmenté dans les derniers temps, que les parens effrayés vinrent me consulter. La circonférence avait 19 pouces et demi; la grande fontanelle avait encore un pouce; les sutures étaient écartées. Les bords des os de la tête étaient aussi mous que chez un enfant nouveau-né. La forme de la tête était presque carrée; le front très proéminent; les yeux enfoncés avaient un aspect morose, un peu louche; les pupilles dilatées étaient peu mobiles, le corps surtout le cou amaigris, la température du corps naturelle, l'appétit grand; il y avait constipation. Les premières dents n'avaient pas paru.

Le 15 mai 1835, on entoura la tête de bandelettes agglutinatives, et on ordonna une diète lactée, du café de gland, le séjour au grand air, et, pour activer la peau flasque, on fit prendre, tous les deux jours, un bain d'eau minérale de Kreuznach. Le bandage fut bien supporté; déjà, au bout de trois semaines, l'état de l enfant était sensiblement amélioré; il devint plus gai, s'intéressa aux jouets, et porta sa tête plus facilement. Pendant le sommeil, qui était plus tranquille, les paupières étaient fermées. La nutrition se rétablit, la peau avait plus d'énergie.

Vers le milieu de juin, on changea le bandage; la tête avait diminué de quelques lignes; à l'application du bandage, elle n'avait que 19 pouces. L'amélioration continue.

Le 8 août, lors de la quatrième application des bandelettes agglutinatives, on ne vit à la place de la grande fontanelle complétement fermée qu'une forte dépression, comme à l'ordinaire. Les os de la tête étaient tout à fait fermes. La première dentition eut lieu sans congestion apparente vers la tête; l'enfant n'eut plus de vomissemens; les pupilles étaient naturelles, le regard libre. Par précaution, on appliqua un cinquième bandage, qui fut laissé jusqu'à la fin de septembre; alors l'enfant était complétement guéri. La circonférence de la tête n'était que de 18 pouces un quart.

Depuis ce moment, l'enfant, toujours bien portant, a passé sans accident la dentition et la rougeole. Il s'est développé sous le rapport physique et intellectuel.

III. WOCHENSCHRIFT FUR DIE GESAMMTE HEILKUNDE; publié par CASPER.

SUR LE TRAITEMENT DE LA PARALYSIE PAR LE GALVANISME UNI A L'ACUPUNCTURE; par le docteur EBERS à Breslau.

Après avoir passé en revue quelques moyens qui ont été employés dans le traitement de la paralysie, l'auteur finit en indiquant un dernier qu'il regarde comme très efficace, c'est le galvanisme uni à l'acupuncture; à cet effet, il commence par enfoncer une aiguille profondément entre les vertèbres du cou, et place ensuite une seconde dans quelques cas andessus des vertèbres lombaires, d'autres fois à l'extrémité de la partie malade; ensuite il ferme la chaîne en faisant communiquer l'une des aiguilles avec le pôle positif, et l'autre avec le pôle négatif de la pile; il donne toujours la préférence à l'union du pôle négatif avec l'aiguille supérieure. A l'appui de l'efficacité de ce moyen l'auteur cite quatre observations couronnées de succès parmi beaucoup d'autres. Ce qui nous a surtout frappé dans ce traitement c'est l'enfoncement profond des aiguilles entre les vertèbres du cou.

CHUTE SUIVIE D'UN DÉSORDRE REMARQUABLE; par le docteur FROTBERG à Saarlouis.

Nous ne connaissons guère d'exemples où le désordre ait été si grand et les efforts de la nature si éminens que dans l'observation suivante :

OBS. — Le 15 août 1835, un homme de constitution et de taille ordinaires, âgé de 45 ans, tomba sur la paume de la main gauche du haut d'un mur de 22 pieds; il s'en suivit une fracture avec esquille du radius. Par suite de fortes douleurs et d'une tuméfaction considérable, on fut obligé de lever l'appareil au bout de vingt-quatre heures. (Saignée et fomentations froides.)

Le 19, la gangrène survenant résista aux fomentations de chlore et d'acide pyro-ligneux.

Du 22 au 19 septembre. Le malade resta sans traitement médical; alors M. Frobberg trouva le bras changé en une masse putride, fétide. La ligne qui limitait la gangrène, s'étendant sur le dos par-dessus l'épaule, formait une circonference d'un diamètre de 6 à 7 pouces, et dont le point central était au col de l'humérus. Toutes les parties comprises dans cette surface étaient mortes et extrêmement fétides. Les muscles qui entouraient l'articulation étaient presque complétement détruits, et cette dernière ne tenait au tronc que par quelques fibres tendineuses et par le ligament capsulaire. Les vaisseaux axillaires étaient détruits, et la désarticulation s'exécutait facilement. En ôtant toutes les parties mortes, on découvrit un énorme sac rempli de pus qui, large d'à peu près 6 pouces à la base du scapulum, s'étendait en se perdant en pointe jusque dans la région de la dixième côte. Avec une cuiller à bouche, on ôta au moins deux pintes de pus mêlé à du tissu cellulaire gangreneux et à des fibres musculaires. L'omoplate qui tenait encore à la clavicule et à quelques muscles dont la plus grande partie était complètement détruite fut enlevée le 21 septembre.

Ce ne fut qu'alors qu'on parvint à bien vider le sac au moyen de la pression et la peau déroulée s'appliquait parfaitement aux muscles, de sorte que l'étendue de la plaie fut diminuée de moitié. La seconde et troisième côte étaient à peu près dénudées de deux pouces carrés dans leur partie moyenne. La partie supérieure de la clavicule qui faisait saillie fut couverte par un linge imbibé d'huile; sur les autres surfaces dénudées, on mit deux fois par jour de la filasse sèche faute de charpie suffisante. Comme malgré une légère compression la peau ne s'unissait pas aux muscles, on fit le 25, à l'angle inférieur du clapier, une contre ouverture par laquelle le pus s'écoula continuellement pendant trois jours; mais celle-ci se ferma plus tard lorsque les deux tiers du sac se sont vidés.

Le 30 septembre, on scia le tiers externe de la clavicule qui par la saillie empêchait la peau de se recoller. En séparant les parties molles de la surface supérieure de l'os, on eut quelque peine à lier les deux artères.

Après l'opération, la plaie était devenue bien plus petite, les côtes étaient couvertes d'une bonne granulation. La fièvre hectique, la diarrhée, les sueurs, etc., disparurent complètement. L'appétit revint, l'état général s'améliora, et déjà le 28 le malade se leva pour la première fois, et on ne pouvait plus douter de la complète guérison.

IMPERFORATION DE L'ANUS; par le docteur WERNER à Konigsberg.

Au mois de septembre 1835, M. Werner fut appelé par son confrère le docteur Hosper auprès d'un enfant qui, né depuis trois jours, n'avait pas encore rendu de méconium. A l'examen, on trouva à la place de l'anus une fossette qui pouvait contenir le bout du petit doigt, la peau à cet endroit paraissait plus molle et bleuâtre. Pendant les efforts que l'enfant fit pour aller à la selle, on ne trouva pas de fluctuation, la fossette ne s'effaça jamais, et derrière elle les parties étaient dures et tendues au toucher. Après avoir placé l'enfant comme pour l'opération de la taille, on enfonça la pointe d'un bistouri droit dans la fossette en prolongeant l'incision en arrière. Les fibres qui étaient très tenaces furent successivement divisées jusqu'à une profondeur de deux pouces et demi, où la pointe du bistouri entra dans une vaste cavité. Le méconium qui sortit donna la certitude qu'on était arrivé au rectum qui avait été ouvert. Puis on élargit la plaie en arrière au point de pouvoir faire passer facilement le petit doigt dans le rectum. L'anus artificiel fit immédiatement les fonctions d'un naturel en ce qu'il se contracta immédiatement après chaque évacuation alvine. On introduisit un bourdonnet de charpie dans la plaie sur laquelle on appliqua le bandage en T. L'enfant qui n'avait perdu que quelques gouttes de sang prit le sein de la mère et s'endormit tranquillement. Pas de réaction, ni fièvre, ni douleur, ni inflammation de l'intestin; rien du côté de la vessie ne fut observé.

Le bourdonnet de charpie, devenant toujours plus désagréable au petit malade, était chaque fois rejeté, et comme les selles étaient faciles, on le supprima dans la troisième semaine.

Quinze jours après, les excrémens denses et gleans ne furent expulsés qu'avec beaucoup de peine et en petite quantité; des purgatifs rendirent les selles moins pénibles. Au moyen du toucher, on trouva le canal rétréci, au point que le petit doigt ne pouvait pénétrer qu'avec peine à un pouce de profondeur, où il était arrêté par des fibres transversales, par contre une forte sonde arriva très facilement dans le rectum. De nouvelles incisions pour élargir le canal ne furent pas permises par la mère. Dans cet intervalle, le père de l'enfant fut atteint de la varioloïde; le petit malade, âgé de deux mois, non encore vacciné, succomba à la suite de la variole.

AUTOPSIE. On fut obligé de se restreindre à l'ouverture de la cavité abdominale sans pouvoir diviser les os du bassin. Après avoir lié et coupé l'S romain, on essaya en vain d'attirer le rectum dans la cavité abdominale. Le bout borgne du rectum, long de trois quarts de pouce était uni aux parties environnantes par une masse ferme en forme de ruban. Cette dernière n'avait qu'une ligne d'épaisseur entre le rectum et la vessie, et ce n'est qu'avec beaucoup de peine qu'on parvint à séparer au moyen du couteau les adhérences sans blesser l'intestin et la vessie, et à retirer le bout de l'intestin. A ce point, la face externe du rectum se trouvait rude et recouverte de beaucoup d'inégalités jusqu'à l'endroit où le péritoine s'éloigne de cet organe. Les inégalités provenaient des fibres qui avaient été coupées, et qui par leur consistance ressemblaient à des portions de ligamens. Juste au milieu de l'extrémité borgne du bout intestinal se trouvait l'ouverture artificielle dont le calibre était diminué de moitié. Aucune tuméfaction, aucun anneau calleux, aucune exsudation à la membrane muqueuse n'indiquait la trace de l'opérateur, on eût dit que l'ouverture venait d'être pratiquée après la mort. Les portions des tissus qui constituaient les parois du canal s'étaient tellement rapprochées qu'elles offraient une continuité recouverte de sinuosités et de brides; nulle part on ne découvrit une fistule latérale. Ce canal n'était pas couvert d'une membrane particulière, mais sa surface interne avait une coloration blanche; en l'incisant en arrière, il fut facile de constater qu'on aurait encore pu agrandir pendant la vie la plaie sans intéresser de vaisseaux hémorroïdaux.

Il résulte évidemment de cette autopsie que le procédé de M. Amussat (GAZETTE MÉDICALE, p. 655 et 755. 1835) d'accrocher l'intestin avec une érigne, de le tirer au dehors de l'ouverture faite à la peau et de le fixer par plusieurs points de suture entrecoupée, eût été impraticable dans ce cas; car on ne pouvait séparer le bout borgne de l'intestin de la vessie sans blesser l'intestin et la vessie, et sans inciser le péritoine à cause de sa forte adhérence avec la substance fibreuse. Au reste, M. Werner, qui ne connaissait pas encore le procédé de notre compatriote, avait fait de vaines tentatives pour ramener l'intestin au-dehors, et quand même on y serait parvenu n'aurait-on pas été embarrassé sinon empêché d'élargir à plusieurs reprises le canal comme on a été forcé de le faire.

OBSERVATION D'UN ACCOUCHEMENT PROVOQUÉ; par le professeur HAYN, à Konigsberg.

OBS. — Mad. S., enceinte une première fois, accoucha, sans cause connue, prématurément, d'un enfant mort; sa seconde grossesse fut régulière jusqu'à terme; puis survinrent des symptômes qui indiquèrent la mort de l'enfant, et, en effet, elle en fut délivrée huit jours après. Enceinte pour la troisième fois, elle consulta un médecin qui ordonna une diète très régulière; encore cette fois elle ne fut pas plus heureuse. Pendant la quatrième grossesse, on fit faire deux larges saignées, et on prescrivit de légers purgatifs sans plus de succès. Le fœtus mourut dans le sein de la mère. Dans la cinquième grossesse on eut recours à M. Hayn, qui, après un examen attentif, ne put découvrir aucun symptôme morbide, si ce n'est un léger état hémorrhoïdal; comme la femme était, en ou-

re, forte et plethorique, on lui administra des purgatifs et on se décida à provoquer, vers la fin de la grossesse, l'accouchement d'une manière artificielle. A la fin de la trente-quatrieme semaine de la grossesse, après avoir mis la femme dans une posititiou convenable, on introduisit, au moyen de l'instrument de Kluye une éponge préparée à la cire; comme le col était assez ouvert et lâche, cette éponge fut remplacée par une autre préparée à la ficelle. On tâcha d'éviter la rupture de la poche des eaux, pour compromettre, le moins possible, la vie du fœtus. Vingt-quatre heures après, on retira l'éponge, sans que les moindres contractions utérines eussent été observées; alors on eut recours au dilatateur de Busch, pour élargir l'orifice utérin, et on introduisit de nouveau une éponge préparée, longue de trois pouces, sur un pouce d'épaisseur, jusque dans l'utérus, au point que son extrémité extérieure dépassait le col. Au bout de quelques heures, des tranchées se manifestèrent pour disparaître quelques heures après. Après un intervalle de douze heures, on trouva que l'éponge préparée, fortement gonflée, était descendue dans le vagin, quoiqu'elle eût été soutenue par une seconde placée dans cet organe. On fit de nouveau quelques dilatations au moyen de l'instrument, et on introduisit une nouvelle éponge, et le résultat fut le même qu'auparavant. Douze heures après, on répéta les dilatations et on fit passer derechef deux éponges, l'une de la grosseur d'un pouce, l'autre plus mince, jusqu'en dedans du segment inférieur de l'utérus. Cette fois-ci les éponges restèrent, provoquèrent des contractions, qui persistèrent encore lorsqu'au bout de douze heures on les a retirées. Les maux furent peu intenses, rares, restèrent même suspendus pendant huit heures et finirent cependant par provoquer l'expulsion d'un enfant bien portant et presque complétement développé. La mère a pu le nourrir.

Cette observation est très importante en ce qu'elle nous montre que l'accouchement prématuré artificiel, exécuté pour la première fois en France par M. le professeur Stoltz (GAZ. MÉD., p. 352, 1834), peut encore trouver son emploi dans d'autres cas que dans les rétrécissemens du bassin. Ce sujet se trouve très bien traité dans une thèse soutenue par M. Ferniot, en 1836, sous la présidence du professeur d'accouchement de la faculté de Strasbourg. Dans ce travail, on passe en revue tous les cas qui autorisent à provoquer l'accouchement avant le terme naturel de la grossesse, outre ceux de rétrécissemens du bassin. A l'occasion de mort habituelle des enfans dans le courant du neuvième mois, on rapporte le passage suivant de Denman (*An introduction to the practice of Midwifery*, 7e édition, by Ch. Walter; 1832, p. 311), suivi de quelques réflexions très justes, qui peuvent absolument s'appliquer à notre observation : « Il est des femmes qui deviennent enceintes avec la plus grande facilité et chez lesquelles la grossesse ne présente rien de particulier jusqu'à ce qu'elle arrive au neuvième mois, ou près de son terme ordinaire; alors, sans cause apparente ou appréciable, il se déclare, à différentes reprises, des frissons; les mouvemens de l'enfant cessent, il meurt. Souvent il n'est expulsé que quinze jours ou trois semaines plus tard. Dans deux cas de cette espèce, j'ai recommandé et opéré la provocation de l'accouchement avant l'époque à laquelle le fœtus cessait ordinairement de vivre. Les enfans sont nés vivans et les mères n'en ont pas souffert du tout. » Denman ne se dissimule pas l'objection qu'on peut faire à cela. Qu'est-ce qui prouve que, si l'accouchement n'avait pas été provoqué, les enfans ne seraient pas venus vivans au monde? Rien, absolument; mais au moins il y avait de grandes probabilités qu'ils seraient morts comme les autres; il est impossible de prouver le contraire. Cette indication doit être abandonnée au tact et au jugement de l'accoucheur.

SÉJOUR D'UNE BALLE PENDANT DIX-HUIT ANS DANS LA TÊTE; par le docteur ZEDLEC.

OBS. — De B., officier de cavalerie, blessé, en 1813, à un combat près de Culm, d'un coup de feu au front, s'est rétabli contre l'attente d'un grand nombre de chirurgiens de l'armée. La plaie, qui ne se cicatrisa complètement qu'au bout de sept à huit ans, laissa après elle un enfoncement. Depuis ce temps, de B. jouissait d'une parfaite santé, si ce n'est qu'il ressentait de temps en temps une pression dans la tête, et son regard était quelquefois hagard et sombre. Depuis le 3 août 1831, jusqu'au 28 octobre, jour de sa mort, il fut atteint de plusieurs accès apoplectiques.

AUTOPSIE. — Au grand étonnement des médecins, qui ne croyaient pas à la présence d'une balle dans la tête, présence constamment affirmée par le malade, on trouva une balle à mousquet d'un gros calibre, en partie aplatie et en partie encore arrondie, fichée dans l'os frontal au-dessus de sa partie orbitaire droite. Le crâne était au moins deux fois plus épais qu'à l'état normal. La dure-mère, surtout dans la région de la selle turcique, est presque cartilagineuse et épaissie au-dessus de la base du crâne jusque dans la cavité de l'os frontal. Ce ne fut qu'avec force et en arrachant un morceau de l'os frontal qu'on put faire sortir la balle.

MANQUE TOTAL DU POUMON DROIT; CYANOSE; par le docteur Hein.

A l'autopsie d'un nouveau-né cyanosé, mort après six semaines au milieu de symptômes de congestion cérébrale, on a trouvé les anomalies suivantes :

Le poumon droit manquait complètement; il n'existait qu'un rudiment de la bronche droite, pas d'artères ni de veines pulmonaires droites; la cloison interventriculaire incomplète, d'où sortait l'aorte communiquant avec les deux ventricules; le trou oval ouvert; le canal artériel fortement dilaté et fournissant du sang au seul poumon gauche, vu que l'artère pulmonaire était oblitérée à la naissance du cœur.

QUELQUES EXPÉRIENCES SUR LA REVACCINATION; par le docteur NEUMANN, de Strasbourg.

Depuis deux ans que la varioloïde a commencé à régner à Strasbourg et dans les environs, M. Neumann a effectué la revaccination sur 685 personnes, qui ont été vaccinées pour la première fois, au plus tôt à quatre et au plus tard à trente-six ans, et aucune n'a eu plus tard la varioloïde, ou la vraie variole. Tous ceux qui ont été revaccinés n'ont pas été atteints de la varioloïde, quoique plusieurs aient été en rapport très intime avec des malades atteints de l'épidémie régnante; par contre, d'autres d'une même famille qui n'ont pas voulu s'y soumettre sont tombés malades de la varioloïde. Parmi les 685 revaccinés, 113 n'ont pas éprouvé la moindre réaction, suite des piqûres, qui se sont immédiatement cicatrisées; 145 ont eu de véritables pustules tout à fait normales, dont on s'est servi avec un plein succès pour les vaccinations chez des nouveaux-nés. Chez les 427 autres, la vaccination a donné lieu à des pustules incomplètes, dont la marche a été anormale. 523 avaient moins, 162 plus que quinze ans.

Parmi les	113	vaccinés	sans succès il y avait	12	enfans et	101	adultes.
—	427	—	avec un succès incomplet	386	—	41	—
—	145	—	— complet	125	—	20	—

Il résulte de là que la revaccination réussit bien plus chez les enfans que chez les adultes, et que les premiers paraissent être plus disposés à la variole que les derniers. Plusieurs de ceux qui ont été vaccinés furent soumis, au bout d'un ou de deux ans, à une troisième ou quatrième revaccination, sans la moindre suite, quoique plusieurs d'entr'eux appartinssent à ceux sur lesquels elle avoit complètement réussi une première fois. En outre, on a vacciné, à plusieurs reprises, sans pouvoir produire des pustules, des nouveaux-nés non encore vaccinés, et qui avaient été atteints, six ou neuf mois auparavant, de la varioloïde.

SORTIE D'HYDATIDES PAR LA VESSIE; par le docteur WEITENKAMPF.

OBS. — Une jeune fille régulièrement menstruée, âgée de 22 ans, souffrant depuis longtemps d'un catarrhe chronique, fut atteinte subitement et après un fort refroidissement d'une aphonie complète, de douleurs dans le larynx et dans la trachée. Des symptômes d'une phthisie laryngée commençante se déclarèrent peu à peu; mais on parvint à enrayer la maladie au moyen d'un traitement interne convenable, et surtout par l'application de deux vésicatoires placés aux deux côtés de la trachée; mais tout à coup elle eut une strangurie, et rendit tous les cinq à six jours, 50 à 60 hydatides vésicales, de la grandeur d'un pois à une noix, et qui, examinées sous la loupe, étaient vivantes. Après chaque sortie d'hydatides, la strangurie diminua pour devenir de nouveau plus intense, jusqu'à l'expulsion de nouvelles hydatides. Cette alternative ayant duré plusieurs mois, les forces diminuèrent sensiblement. Un traitement anthelmintique, consistant à la fin dans l'emploi continué de l'huile de Chabert, fut suivi d'une guérison complete.

SUR L'ATROPHIE DU COEUR; par le professeur ALBERS, de Bonn.

Le savant professeur de Bonn, dont nous nous plaisons tant à rapporter les travaux, commence à s'élever dans cet article contre l'abus du mot *atrophie*, que font tous les médecins, depuis Laennec, en l'appliquant à un cœur réduit à un très petit volume. Des cœurs plus petits qu'à l'état normal se trouvent souvent chez des sujets morts par suite de phthisie, de cancer, de diabète; mais, dans ces cas, il y a encore d'autres organes qui se trouvent dans la même condition; et en examinant avec soin ces cœurs, on trouve que l'épaisseur est tout à fait en rapport avec les cavités. L'épaisseur, la densité et la couleur sont encore assez normales; et comme pendant la vie on n'observe aucun phénomène qui caractérise cet état morbide, on peut avec raison se demander si on doit regarder la petitesse du cœur comme une maladie. Comme l'hypertrophie consiste dans l'épaisseur des parois, et que la grandeur n'est qu'accidentelle, non pas essentielle, car elle peut exister sans elle, on ne peut voir une atrophie là où les parois sont normales, et où on ne remarque qu'une petitesse, une diminution du volume du cœur. Ce phénomène devrait donc être appelé une petitesse anormale, et non une atrophie; ainsi, on ne verra pas dans un cerveau ou un œil petits (microcéphalie, microphtalmie), une atrophie de ces organes.

An premier aperçu, on croit que la question que soulève M. Albers est une dispute de mots; mais, en l'examinant de près, nous voyons qu'il y a réellement une grande différence entre la petitesse d'un organe et ce qu'on appelle son atrophie; c'est ainsi qu'un homme robuste et sain, d'ailleurs, peut avoir une jambe plus petite que l'autre, sans que pour cela elle soit atrophiée; ou sait ce que l'on doit entendre par l'atrophie d'un membre paralysé; mais nous ne pouvons pas accorder à l'auteur que les médecins

français aient méconnu l'atrophie réelle; c'est ainsi que Laennec se sert du mot flétrissure pour indiquer l'amincissement des parois du cœur, et que M. Andral dit qu'il existe une forme pathologique dans laquelle le cœur est réduit, dans sa totalité, à des dimensions plus petites que de coutume; il y a *à la fois* diminution de l'ampleur des cavités et amincissement des parois.

Cependant, laissons à M. Albers le mérite de nous avoir indiqué avec plus de soin qu'aucun autre les caractères propres de l'atrophie du cœur. Pour lui, l'atrophie du cœur est diamétralement opposée à l'hypertrophie, et consiste dans un véritable amincissement des parois avec dimension normale, ou encore dilatation extraordinaire des cavités. Dans un homme robuste, il a trouvé un cœur qui, séparé des vaisseaux, ne pesait que deux onces et demie; dans une femme bien nourrie, un cœur de trois onces et demie; dans le corps d'un jeune homme de 20 ans, un de cinq onces. Dans tous ces cas, les proportions du cœur n'étaient pas en rapport avec celles des autres parties du corps. L'amincissement des parois était très considérable : la paroi du ventricule gauche n'était pas même aussi épaisse que celle du ventricule droit quand elle est à l'état normal, et la paroi du ventricule gauche n'était guère plus grosse que celle de l'oreillette. Dans l'observation où le cœur pesait deux onces et demie, la paroi du ventricule gauche avait une demi-ligne, et celle du ventricule droit une ligne d'épaisseur. Dans les deux autres observations, la paroi gauche, juste au-dessous des valvules bicuspides, avait deux et quatre lignes et demie d'épaisseur. Dans tous ces cas, l'épaisseur de toutes les parois devenues très flasques avait diminué. Les cavités étaient vides de sang; la couleur de la substance variable. Le cœur, en général, et principalement le ventricule droit, dilaté. Dans ces cas d'atrophie, on ne trouve ni diminution notable des autres cavités, ni signe de phthisie.

Symptômes de l'atrophie : accès de dyspnée plus ou moins forte, accompagnés d'anxiétés poussées souvent au désespoir; toux faible avec expectoration muqueuse, gémissemens; le malade a le sentiment d'un tremblement continuel du cœur; mais en y appliquant la main, on ne sent pas de palpitations; et ce n'est qu'avec le stéthoscope qu'on parvient à entendre indistinctement les bruits du cœur, et qu'on s'assure de ses mouvemens. Si les accès diminuent, les pulsations du cœur deviennent plus sensibles; et ses mouvemens tremblottans sont perçus par la main appliquée sur la poitrine; avec ce symptôme, on sent de nouveau le pouls qui était imperceptible à l'artère radiale; il est très fréquent (120-140). Ces accès, extrêmement forts pendant deux à trois jours, diminuent en intensité, et ne laissent après eux qu'une certaine oppression et une faiblesse des pulsations du cœur. Tous les deux à trois mois ces accès se répètent.

Des affections hystériques et hypochondriaques ne manquent pas dans cette circonstance. Les causes les plus communes sont les affections morales et surtout des chagrins longs et étouffés.

M. Albers fait suivre ces considérations par deux observations qui feront encore mieux ressortir cet état morbide.

Obs. I. — Une femme, âgée de 42 ans, de grandeur moyenne, bien nourrie, avait mis au monde depuis quatre semaines son douzième enfant. Depuis dix-sept ans, elle menait une vie tourmentée par des chagrins domestiques. Depuis douze ans, elle avait de temps en temps des migraines, des oppressions violentes avec un sentiment de palpitations de cœur, insensibles au toucher ainsi que le pouls. Ces symptômes s'annonçaient par une grande anxiété et une toux légère. La menstruation était régulière. Depuis cette époque, elle avait accouché facilement cinq fois, et les accès finis elle se portait assez bien, pouvant monter des escaliers et gravir des montagnes sans éprouver d'autres accidens que quelques affections hystériques assez vagues. Cette maladie était restée inconnue à tous les médecins qui l'avaient traitée jusqu'alors. Cette malade amenée à Bonn, M. Albers la trouva à la première visite dans l'état suivant :

Oppressions, anxiétés, insomnie, pâleur de tout le corps, extrémités froides, peau humide, pulsations du cœur et du pouls insensibles au toucher; ce ne fut qu'au moyen du stéthoscope qu'on entendit les pulsations du cœur se succédant d'une manière rapide. Au moyen du repos et d'un traitement apéritif, ces accès cessèrent au bout de trois jours : les pulsations du cœur commençaient à se manifester par un frémissement et devenaient peu à peu normales, mais elles étaient très faibles et molles comme si une masse privée d'élasticité venait à frapper contre les parois de la poitrine; aussi les battemens du cœur ne provoquaient-ils pas de choc, mais un soulèvement modéré de la région; pouls toujours mou; oppressions de poitrine; défaillances; l'accouchement et l'état puerpéral s'étaient toujours bien passés.

Dans la cinquième semaine, après la grossesse, elle sortit par un temps froid et humide, et déjà dans la nuit elle eut des symptômes d'une fièvre rhumatismale.

Le troisième jour, elle eut un de ces accès que nous avons décrits ci-dessus. La fièvre diminua par un traitement diaphorétique et les pulsations se manifestèrent de nouveau par un mouvement de frémissement.

Le huitième jour au matin, elle eut une douleur pongitive au côté gauche accompagnée d'un râle sibilant à cet endroit et d'une expectoration sanguinolente Le soir, on entendit le râle crépitant; l'hémoptysie était plus forte; l'oppression de poitrine très violente (saignées, nitre). Dans la nuit la malade mourut au milieu de fortes hémoptysies.

Autopsie. Poumons de couleur normale à l'extérieur, contenant à droite une douzaine d'indurations hémoptyques plus ou moins grandes et cinq à gauche. Cœur d'un brun rougeâtre, affaissé, très flasque; on le sortit, et séparé des gros vaisseaux il pesa trois onces et demie. La paroi du ventricule gauche avait à peu près trois lignes dans sa plus grande épaisseur; celle du ventricule droit un peu plus qu'une ligne. La portion droite du cœur était dilatée. Le cœur était atrophié d'une manière régulière dans toutes ses parties; c'est pour cela que les colonnes charnues paraissaient plus petites qu'à l'ordinaire.

Obs. II. — M. de B., âgé de 56 ans, grand, fort et bien nourri, était atteint depuis dix ans d'une mélancolie que les uns attribuaient à une chute de cheval, les autres à une inflammation du cerveau. L'idée constante d'un très grand malheur imminent lui donna des soucis et des chagrins, accompagnés souvent d'insomnie.

Dans la dernière année de sa vie, les pulsations du cœur étaient si faibles qu'on ne les sentait pas au toucher. à peine pouvait-on les entendre; celles du pouls étaient aussi faibles mais sensibles au toucher. La respiration devint difficile et pénible; ce qu'on attribuait à son embonpoint qui augmentait d'une manière extraordinaire. Ces phénomènes avaient déjà duré au moins six mois, lorsqu'à la suite d'un refroidissement dû à une forte pluie, il eut une fièvre gastrique; celle-ci fut diminuée aussitôt par des selles et des vomissemens. La fièvre cessa, mais bientôt il eut une douleur peu intense, très sensible à la pression, ayant à peu près son siége au milieu de l'espace compris entre le bout de la dixième côte et l'ombilic. L'hypochondre droit était tendu. Appétit nul, soif grande, constipation, la fièvre augmenta journellement; le pouls à 120 arriva plus tard à 140 et au-delà; à peine sentait-on de temps en temps les légères pulsations du cœur. De grandes anxiétés, des insomnies, des oppressions de poitrine et une toux catarrhale étaient constantes. Le malade mourut dans un état nerveux dans la sixième semaine de la maladie.

Autopsie. Le crâne ne peut être séparé que très difficilement d'avec la dure-mere à cause de nombreuses adhérences. A la face interne de l'os occipital, on remarqua trois saillies dont une avait une ligne; les autres une demi-ligne d'élévation; la plus grande avait sept lignes de longueur et trois lignes de largeur. La partie la plus proéminente était rude et correspondait à des portions de la face externe de l'os qui étaient plus épaisses et inégales, et paraissaient être des suites de plaies du crâne. A ces endroits, la dure-mère était plus épaisse. L'arachnoïde de couleur de lait contenant quelques sérosités et adhérente à la pie-mère se laissait facilement séparer de la structure cérébrale. Les circonvolutions nombreuses d'un pouce à un pouce et demi de profondeur. Cerveau exsangue. La couche formée par la substance grise était trop mince pour l'âge du sujet; elle n'avait qu'un quart de ligne d'épaisseur. Le cerveau lui-même ressemblait par ses dimension, forme et développement à celui d'une femme. Un peu de sérosité se trouvait dans les ventricules latéraux. Les extrémités du pied d'Hippocampe avaient contracté des adhérences avec la voute correspondante; une demi-once de sérosité se trouvait à la base du crâne.

Poitrine. Lobe inférieur du poumon gauche adhérant à la plèvre costale.

Cœur très petit, flasque, affaissé, d'un rouge brunâtre, séparé des gros vaisseaux, pesant deux onces et demie; un peu de gravier au ventricule droit. La paroi gauche avait deux lignes; la droite à peu près une ligne d'épaisseur. Les cavités exsangues. Substance musculaire molle. Les colonnes étaient si minces dans le ventricule gauche que les plus fortes n'avaient à peu près qu'un quart de ligne d'épaisseur.

Abdomen. Foie petit. Capsule de Glisson présentant une cavité purulente de la grandeur d'un poing, formée en partie par la membrane séreuse du foie, en partie par les intestins, et en partie vers la colonne vertébrale par du tissu cellulaire et des vaisseaux. Elle était remplie de beaucoup de petits calculs biliaires dont deux étaient grands, et dans laquelle on découvrit les rudimens de la vésicule biliaire et le canal cystique qui était fermé. Les conduits hépatique et cholédoque étaient ouverts et rouges. Estomac, duodénum et veine porte adhérant très légèrement à cette cavité purulente; à ces endroits, leurs parois étaient rouges, mais de consistance normale. La partie du diaphragme avoisinante riche en vaisseaux. Les autres intestins à l'état normal.

IV. MEDICINISCH CORRESPONDENZ-BLATT.

LÉSION D'UN ENFANT DANS LE SEIN DE LA MÈRE; par M. le docteur Dieterich.

Obs. — J. Flaigs à K., âgée de 32 ans, de taille moyenne, de constitution forte, toujours bien portante, glissa, et tomba sur le coccyx, le 21 septembre 1824, dans la trente-sixième semaine de sa troisième grossesse, du haut d'un escalier élevé et raide; immédiatement elle ressentit un violent vertige, qui ne fut que passager, puis des douleurs dans la région du sacrum et du pubis, mais qui persistèrent et augmentèrent à chaque mouvement et devinrent surtout très vives lors du travail de l'accouchement, qui arriva quatorze jours trop tôt (le 6 octobre). Figure rouge, yeux luisans, respiration précipitée, peau chaude, un peu humide; pouls très fréquent, plein et tendu; bas-ventre un peu pendant, très sensible au toucher, surtout dans la région du pubis, vagin chaud et sec. La tête du fœtus était déjà en partie descendue dans la cavité du bassin et l'occiput se présentait à l'orifice utérin un peu tuméfié. Les douleurs des lombes et du bas-ventre étaient continuelles et augmentèrent d'une manière désespérante à chaque contraction utérine. Le travail d'accouchement avait déjà duré 36 heures, et il y avait déjà près de vingt heures que l'écoulement des eaux avait eu lieu. Traitement : saignées de quinze onces aux deux pieds à la fois, lavemens et injections dans le vagin, avec une décoction de graines de lin; frictions sur le bas-ventre, avec onguent napolitain et huile de jusquiame, et à l'intérieur une émulsion huileuse, avec nitre et eau de laurier-cerise; repos absolu. On ne jugea pas à propos d'appliquer le forceps, vu l'inflammation intérieure du vagin. Au bout de quelques heures, les douleurs diminuèrent, et le 7 octobre, à huit heures du matin, seize jours après la chûte de la mère, celle-ci mit au monde une fille à terme, mais maigre et faible; l'arrière-faix put être extrait quelques minutes après. L'hémorragie n'était pas très abondante;

l'utérus était à son état normal au bout de huit jours, et ce n'est qu'après la quinzaine qu'il perdit sa sensibilité. L'écoulement des lochies fut, pendant quelques semaines, puriforme.

Le nouveau-né avait au front des plaies avec une bonne granulation; au fond celle-ci était couverte d'un pus de bonne nature; à leurs bords inégaux on remarquait un commencement de cicatrisation. Une plaie semblable, d'un demi-pouce de longueur sur un pouce de largeur, s'étendait sur la protubérance occipitale, de haut en bas et de droite à gauche; on ne pouvait découvrir aucune crépitation aux os de la tête, qui avaient la mobilité commune à cet âge. Les deux os de l'avant-bras étaient fracturés tout près de l'articulation de la main; malgré la lymphe abondante et d'une existence assez forte, on parvint facilement à mettre les deux bouts fracturés dans leur position naturelle. Rien de particulier ne fut observé à la peau de l'avant-bras ni au reste du corps. Un bandage convenable fut appliqué sur l'avant-bras, et on couvrit les plaies de la tête avec de la charpie imbibée d'huile; celles-ci marchèrent rapidement vers la guérison. L'enfant faible fut pris d'aphthes et mourut le 14 octobre (sept jours après la naissance) au milieu de phénomènes d'éclampsie.

Cette observation, si curieuse sous beaucoup de rapports, nous paraît surtout digne d'attention sous le point de vue médico-légal. Il n'est pas très rare de trouver sur des fœtus différentes fractures, causées le plus souvent par des accouchemens pénibles ou par des accidens arrivés pendant la grossesse; mais ce qu'on ne voit guère en pareil cas, ce sont des plaies en suppuration et en partie cicatrisées. Il est très probable que ces dernières, ainsi que la fracture du bras, ont été le résultat de la chûte que la mère a faite pendant se grossesse.

CAS DE TRANSFUSION DU SANG; par le docteur BERG.

OBS. — S., âgée de 39 ans, grande et maigre, de tempérament sanguin, a eu, lors de son huitième accouchement (décembre 1833), une forte hémorragie par suite de l'adhérence du placenta. Le 25 avril 1835, elle accoucha de son neuvième enfant. Quoique cette fois-ci le placenta sortit spontanément, l'accouchée eut encore une forte hémorragie, mais qui céda bientôt aux moyens convenables. Le 29, la malade, contre la volonté du médecin, se leva tous les jours un petit peu; mais comme elle eut chaque fois une légère hémorragie, elle resta, du 2 au 11 mai, continuellement au lit; le même jour elle eut à midi, sans cause connue, une forte hémorragie; au-dessus du pubis on pouvait encore un peu sentir la matrice. Le ventre était mou, non tuméfié, tout à fait insensible. La femme était gaie, son pouls subfréquent, mou, pas faible. (Décoction de racine de tormentille, infusion d'herbe de sabine, acide phosphorique delayé, sirop de cannelle; à prendre une cuillerée toutes les heures; puis 3 p. de seigle ergoté toutes les heures.) Quoique l'hémorragie eût diminué, mais non pas cessé, on eut encore recours, en outre, à deux heures, à des injections d'une décoction d'herbe de sabine avec de l'alun et à des compressions d'espèces aromatiques dans du vin. A cinq heures, l'hémorragie avait continué, la faiblesse était grande, la malade ne parlait que lentement et avec effort; elle était tout à fait pâle; figure grippée, respiration laborieuse, molaire, quelques vomissemens, pupilles dilatées, pouls fréquent et petit, pas encore de défaillances. Outre les médicamens qui furent continués, on donna de temps en temps de l'éther acétique avec la teinture de cannelle. On continua ainsi jusqu'à huit heures du soir; alors l'hémorragie cessa presque complètement pendant une demi-heure; mais l'état de la malade devint toujours plus inquiétant : il survint des défaillances, des hoquets continuels; les extrémités étaient froides, la respiration très difficile, saccadée, le pouls à peine sensible; la mort paraissait imminente à chaque moment. La transfusion fut entreprise : on injecta lentement et avec beaucoup de précautions, pour empêcher l'introduction de l'air, deux onces et demie de sang pris sur un homme sain. L'effet ne fut pas aussi surprenant que chez les malades de M. Klett (GAZ. MED., p. 744, 1834). La malade resta encore quelques minutes sans mouvement; mais bientôt on remarqua que la respiration devenait plus libre et moins saccadée, le pouls sensible, les hoquets cessèrent, et à peu près au bout de huit minutes, la malade ouvrit les yeux et parla; elle n'avait aucune connaissance de son état antérieur et n'avait rien ressenti de l'opération. L'hémorragie n'est plus revenue, et au bout de quatre semaines, pendant lesquelles on donna à la malade des médicamens fortifians convenables, elle fut complètement rétablie.

L'opération fut exécutée d'après la méthode de Dieffenbach : on incisa la peau du bras gauche au-dessus de la veine basilique, dans la longueur d'un bon pouce; on passa deux ligatures tordues sur elles-mêmes, un demi pouce l'une de l'autre, sur la veine, qui, étant comprimée par là, se trouvait affaissée, et avait perdu sa coloration bleue; celle-ci fut ouverte entre les deux ligatures. L'injection fut faite avec une seringue en étain à tuyau courbé. La ligature, qui fut déliée pour introduire la seringue, fut aussitôt resserrée par un mouvement de torsion; après cela la plaie fut refermée par des bandelettes agglutinatives, et les deux ligatures laissées au fond de la plaie furent enlevées.

Ce cas prouve de nouveau qu'il ne faut qu'une petite quantité de sang pour obtenir un succès favorable, comme l'ont déjà démontré les deux observations de M. Klett, ce qui, d'après l'auteur, ne peut être expliqué que par une puissance vitale particulière inhérente au sang, pourvu que le sang soit d'un individu semblable. On sait déjà, depuis longtemps, que le sang des mammifères ou des animaux appartenant à d'autres classes, oiseaux ou reptiles, et *vice versâ*. Mais les expériences récentes tentées par M. Bischof (*Journal de Müller*, 1835) sembleraient prouver que le sang qui a été battu change de propriété : c'est ainsi que le sang battu des mammifères, injecté dans les veines des oiseaux, ne produit pas des effets aussi délétères; de là l'expérimentateur croit pouvoir tirer la conséquence qu'il y a dans le sang deux principes, l'un vivifiant, qui ne se perd pas lorsqu'on bat le sang, et l'autre destructeur pour les animaux des classes différentes, qui se perd par cette opération. Il n'y a que des expériences ultérieures qui puissent confirmer cette opinion.

MATIÈRE EXTRACTIVE OLÉO-RÉSINEUSE DE CUBÈBE; par le docteur HAUSMANN.

Cet extrait, proposé par Dublanc, et recommandé par M. Biecke, a été préparé de la manière suivante : huit onces de poudre cubèbe fraîche sont infusées à froid dans vingt onces d'éther; le résidu digéré dans l'alcool au bain-marie. De ce procédé on obtient un gros d'extrait éthéré et un demi-gros d'extrait alcoolique de chaque once de poudre de cubèbe employée. Des essais tentés avec de l'eau pour obtenir un extrait aqueux n'ont pas fourni de résultat. L'auteur donne la préférence à l'extrait éthéré comme étant plus actif que l'extrait alcoolique, et il le prescrit de la manière suivante :

Prenez : Extrait éthéré de cubèbe .... 1 gros.
Poudre de gomme arabique.......... 1 demi-gros.
Eau dist.......................... 1 gros.
Magnésie blanc .... 1 gros et demi.
M. pour 90 pil. l., à prendre en trois jours.

Deux cas de blénorrhagie ancienne, où on avait employé, sans résultat, pendant un temps assez long, une once de poudre de cubèbe par jour, ont été guéris par ce moyen.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 12 JUIN. — PRÉSIDENCE DE M. MOREAU.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Etat des vaccinations du Gers, d'Eure-et-Loire, du Loiret et du Puy-de-Dôme;
2° Rapport sur une affection typhoïde qui a régné dans l'arrondissement de Lurre;
3° Recette d'un remède anti-psorique, par M. Capdeville;
4° Recette d'un remède contre les scrofules, proposé par M. Cartier;
5° Recette d'un remède anti-hémorragique, par M. Brecchieri.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

1° Essai sur la grippe, par M. Millon;
2° Imperforation de l'anus, par M. Bonier.
3° Epidémie de Chaumont, par M. Robert.
4° Voyage en Crète; par M. Clot-Bey.

Après le dépouillement de la correspondance, M. le président annonce la mort de M. Desmarets, l'un des membres de la section de médecine vétérinaire.

Il demande en même temps si quelqu'un n'aurait pas des nouvelles de M. Mestivier, qui a été fort malade. M. Emery répond qu'il est mort; il a vu sa lettre de part.

Le sieur Kraft a présenté à l'Académie, par la voie de M. le ministre du commerce, des appareils auxquels il attribue la propriété de prévenir la grippe, le choléra, la peste, etc.

M. CHERVIN, chargé d'examiner ces appareils, fait son rapport, et conclut que le sieur Kraft s'est fait une illusion complète, et que son invention, si invention il y a, ne mérite ni l'attention de l'Académie, ni la protection du gouvernement.

DE L'INFLUENCE RÉGULATRICE DU GESTE SUR LA PHONATION EN GÉNÉRAL ET SUR LE BÉGAIEMENT EN PARTICULIER, PAR M. SERRE; RAPPORT DE M. DUBOIS D'AMIENS.

On voit par le titre même de ce mémoire l'influence que M. Serres attribue au geste pour régulariser la parole du bègue.

Après de longues et sérieuses réflexions, M. Serres a cru pouvoir réduire à quatre les conditions d'une bonne phonation : 1° Mettre un intervalle égal entre chaque syllabe; c'est ce que le bègue et le bredouilleur ne doivent jamais perdre de vue. Chaque son, chaque syllabe doit occuper un temps subordonné à la rapidité de la phonation; mais leur rapport doit être constamment le même. Dans le cas contraire, il y a bredouillement et bégaiement. 2° Pour que l'émission des sons se fasse d'une manière pure, il faut lutter contre la paresse des muscles chargés de leurs modifications; ils doivent étendre leurs mouvemens autant que possible. Les parties qui se sont éloignées d'une manière rapide et ferme ont moins de disposition à se réunir involontairement pour produire ces

tremblemens, ces spasmes, si fatigans pour les personnes qui entendent parler les bredouilleurs et les bègues : ceux-ci se trouvent habituellement dans une position semblable à celle où l'on est lorsque le froid paralyse l'action des lèvres. L'homme au verbe facile est alors dans l'impossibilité de les mouvoir, et il bredouille et il bégaie; il lui faut un haut degré de volonté morale pour surmonter cette stupeur et imprimer des mouvemens assez brusques pour que le son soit convenablement articulé. 3° Pour rendre la sortie des voyelles et des syllabes régulière, et pour que celles-ci n'absorbent que le temps qu'elles doivent durer, un régulateur est nécessaire. C'est dans ce but que l'instinct fait exécuter au corps des mouvemens d'une très grande régularité. 4° Enfin, le geste, tout en suivant et contribuant à régulariser la phonation, sert à donner à la voix le degré d'intensité nécessaire pour se mettre en harmonie avec l'idée. Il détermine le courant d'air à se former dans le tube aérien, et déplace les obstacles que ce courant rencontre sur son passage à la glotte, sur la langue et entre les lèvres. Ces principes s'appliquent spécialement aux bredouilleurs et aux bègues, chez lesquels on retrouve un désordre complet dans la phonation : ils s'appliquent à tous les hommes appelés à parler en public, pour que l'auditeur ne perde pas une de leurs syllabes. En résumé, l'ordre dans l'apparition des sons est indispensable pour une bonne phonation. Pour l'établir, il faut un régulateur physique. Quand on est habile, le régulateur est dans l'intelligence, comme pour le musicien exercé, capable d'exécuter un morceau de musique sans battre monotoniquement la mesure avec le pied; enfin, les mouvemens des muscles articulateurs doivent être amples, larges, et présenter de la fermeté. En observant ces principes, en les mettant en pratique d'une manière continue, je suis parvenu à ne pas bégayer, à ne pas bredouiller. Il m'est aujourd'hui impossible de bégayer, lorsque ma volonté est de ne pas bégayer. Si je cesse un instant d'avoir présens à ma pensée les principes de la méthode, je retombe dans mon ancienne difficulté de parler, qu'un effort volontaire fait aussi cesser instantanément. Des expériences faites sur moi-même et sur les bègues que j'ai traités, il résulte que la cure radicale du bégaiement est presque impossible ou du moins très rare; le sujet porte en lui une disposition permanente à bégayer, d'autant moins impérieuse cependant qu'il aura acquis l'habitude de lutter contre elle. Aujourd'hui même, malgré les progrès que j'ai faits, je conserve des marques très évidentes de cette disposition à l'occasion de l'émission de certaines voyelles simples ou nasales. Il y a peu de temps encore, voulant appeler Antoine, je ne pus jamais réussir; ce mot, que je prononçais facilement tout bas, et comme en parlant à moi-même, ne put sortir lorsque je m'adressai à lui, malgré la position de la pointe de la langue portée en haut et en arrière, malgré l'inspiration forcée tant recommandée, malgré la gesticulation : tout fut employé et rien ne réussit. Dans cette lutte pénible et infructueuse, force fut de tourner la difficulté; je sortis de ce cruel embarras, en renonçant à la voyelle nasale, ou en émettant brusquement l'articulation toine.

Toutes les méthodes connues pour guérir le bégaiement se réduisent à apprendre aux bègues à ne pas bégayer; en sorte que la guérison du bégaiement est le fruit d'une bonne éducation et d'une forte volonté.

En m'occupant du traitement du bégaiement; en enseignant aux autres les principes de la méthode, j'ai fait plus de progrès que mes nombreux élèves; avec moi, leur infirmité était peu de chose, et hors de ma surveillance, ils ont bégayé comme par le passé, excepté pour la lecture. La gesticulation, l'articulation forcée, la régularisation des espaces phonétiques ont été pour moi un objet constant d'étude et de méditation; un long exercice, une grande habitude, m'ont mis à même de me passer de la gesticulation, et dans les cas où elle devient nécessaire, je l'emploie sans que l'on se doute du motif qui m'y oblige.

Après quelques critiques de détail, M. le rapporteur loue la franchise de M. Serre, déclarant que rien n'est plus facile que de mettre le bègue en état de ne pas bégayer pendant quelques momens; mais rien n'est plus difficile que de le maintenir dans cet état. Il propose à l'Académie de l'engager à poursuivre ses recherches si heureusement commencées; mais à les diriger du côté de la théorie, et surtout de la cure du bégaiement.

L'Académie adopte.

M. Maingault : M. Dubois a parlé de M. Serres comme s'il était le seul qui se fût occupé avec succès du traitement du bégaiement; tout le monde sait cependant que M. Colombat a émis sur cette infirmité une théorie fort judicieuse, et il y a lieu de s'étonner que M. le rapporteur ne l'ait même pas mentionnée.

M. Dubois : Le travail de M. Colombat est fort analogue à celui de M. Serres, et leurs théories reposent à peu près sur les mêmes principes. A l'égard des cures opérées par M. Colombat, j'y crois; mais je répète, avec M. Serres, que s'il est facile d'apprendre aux bègues à ne pas bégayer, il est très difficile de les empêcher de retomber.

M. Castel : Le mémoire de M. Serres peut être fort intéressant; mais il renferme des subtilités. On demande si la voix peut être maîtrisée par le geste; à cette question, je réponds non. Je ne dis pas cependant qu'il n'existe quelques rapports entre le geste et la voix; mais il n'y a pas dépendance. Dans le bègue, en effet, les muscles qui concourent à l'émission de la voix sont en partie paralysés, tandis que ceux du geste ont toute leur liberté. Je ne m'attendais pas, je l'avoue, à voir les efforts des hommes de peine, et notamment des boulangers, confondus avec les gestes. Le boulanger qui, dans l'action du travail, pousse des cris répétés pour se soulager, ne gesticule pas; c'est une espèce d'*anhelitus*, suite des efforts qu'il fait et de la peine qu'il prend.

M. Serres dit qu'il faut un régulateur aux bègues, et cependant il convient qu'ils bégaient peu en lisant. Pourquoi? Parce qu'ils n'ont pas besoin de penser pour lire, tandis qu'il faut penser avant de parler; et c'est la pensée elle-même qui gêne la parole.

Au total, la voix et les gestes sont subordonnés à l'impression de l'orateur, et cette impression est modifiée par la volonté, laquelle agit avec la promptitude de l'éclair.

DES MORTS SUBITES, DE LEUR FRÉQUENCE, DE LEURS CAUSES; PAR M. DEVERGIE.

M. Devergie lit, sous ce titre, un long mémoire, sur lequel nous reviendrons après le rapport.

Nous nous contentons de dire aujourd'hui qu'il paraît que le but principal de l'auteur est de prouver que l'apoplexie cérébrale, si souvent invoquée pour expliquer les morts subites, est au contraire assez rare. L'apoplexie pulmonaire est beaucoup plus commune. La syncope tient le milieu. Cette cause de mort était difficile à apprécier; et, en effet, les preuves qu'en donne M. Devergie sont presque toutes négatives; mais elles lui paraissent aussi irrécusables que si elles étaient positives.

L'ivresse joue un assez grand rôle parmi les causes déterminantes. Sur 40 morts subites, elle a eu lieu 14 fois.

L'âge donne les rapports suivans :

De 20 à 30 ans, 2 morts subites sur 35.
De 30 à 40 ans.................. 7.
De 40 à 50 ans.................. 10.
De 50 à 60 ans.................. 6.
De 60 à 70 ans.................. 8.
De 70 à 80 ans.................. 2.

Enfin, les hommes y sont infiniment plus exposés que les femmes : proportion 8 à 1.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

NOUVELLE RÉCLAMATION DE M. BOUVIER SUR LE TRAITEMENT DU TORTICOLIS ANCIEN.

Nous croyions, en publiant la réponse de M. Bouvier à nos articles sur le traitement du torticolis, toute discussion terminée : il n'en a pas été ainsi : nos dernières explications ont provoqué de la part de ce médecin une nouvelle réplique dont nous avions dû ajourner l'insertion à cause des attaques personnelles qu'elle contenait. M. Bouvier ayant consenti à se renfermer dans la question scientifique, nous insérons volontiers sa lettre, d'autant plus qu'elle nous fournira l'occasion de préciser quelques points de science sur lesquels notre confrère ne paraît pas encore fixé. Voici la lettre de M. Bouvier.

RÉPONSE DE M. BOUVIER AU NOUVEL ARTICLE DE M. J. GUÉRIN (GAZ. MÉD. du 19 mai.)

Paris, ce 22 mai.

Les réflexions dont M. J. Guérin a accompagné ma réclamation du 19 mai me mettent dans la nécessité de lui adresser une réplique. Je m'abstiendrai, toutefois, de lui renvoyer ce qu'il peut y avoir de personnel dans ses expressions, persuadé que le bon droit ne perd rien à se passer de pareils argumens.

La lettre de M. Pinel-Grandchamp ne prouve qu'une chose; c'est que cet estimable confrère, dont chacun reconnaît la droiture, s'est mépris en croyant comprendre ma pensée tout entière, et en prenant pour l'expression complète d'une opinion nettement précisée des paroles échangées au sein d'une réunion qui n'avait rien de scientifique, et dans laquelle je ne songeais à rien moins qu'à formuler des propositions sujettes à l'argumentation. Je le répète, je n'ai nullement entendu lui déclarer que la section sous cutanée du sterno-mastoïdien ne fût jamais applicable au traitement du torticolis ancien. Jamais, depuis mon premier essai, je n'ai perdu de vue ce procédé, qu'il était si naturel de transporter du pied au cou; il en a été souvent question entre les grands praticiens que j'ai assistés et moi; si nous n'y avons pas eu recours de nouveau, c'est que nos malades ne nous ont point offert des conditions favorables à l'emploi de cette méthode; et certes, la nécessité de ces conditions spéciales devait être encore plus évidente pour moi, après le refus motivé que M. Dieffenbach, si exercé à ce mode d'opérer, m'avait fait de pratiquer la section sous-cutanée sur la nommée Eugénie Dubois, ainsi que je l'ai rapporté dans l'Expérience du 20 avril.

Je le répète aussi; ma conduite dans les cas que je viens de rappeler est entièrement conforme aux principes contenus dans ma lettre à l'Académie; et ce n'est pas ma faute si M. Guérin persiste à voir là une contradiction, malgré les explications que j'ai données à ce sujet, et sur lesquelles je ne reviens pas.

M. Guérin n'eût pas grossi son article de la lettre de M. Maisonneuve, dont le défaut de mémoire ne prouve rien, si, au lieu de s'en tenir à la Gazette Médicale, il avait pris la peine de consulter la Gazette des Hôpitaux du 18 août 1836, où il aurait vu, page 392, que sur le cadavre que j'ai examiné en présence de M. Maisonneuve, « la division du faisceau sternal avait même suffi » pour ramener le cou à la rectitude. »

M. Guérin essaie de prouver que ma première opération elle-même est en opposition avec mes *prétentions actuelles*; mais ici encore il s'appuie sur des faits présentés d'une manière inexacte ou incomplète. Je vais me borner à les rétablir; les conséquences qu'il en tire tomberont d'elles-mêmes.

1° J'avais assez clairement expliqué dans l'Expérience du 20 avril la succession des faits et des idées qui m'appartiennent, pour que M. Guérin ne dût point se croire en droit de me reprocher de n'avoir pas encore fait en 1836 mes observations du mois d'août 1837.

2° J'ai dit les motifs qui nous avaient décidés chez le malade opéré par

M. Magendie à ne point pratiquer la section sous-cutanée, et M. Guérin raisonne comme si j'avais complétement gardé le silence à cet égard.

3° Je n'ai point dit dans ma lettre à l'Académie que la section sous-cutanée ne convint qu'aux cas d'affection presque exclusive du faisceau sternal; chacun peut y lire que j'ai admis des cas fort rares, dans lesquels ce procédé est applicable au faisceau claviculaire.

Après diverses interprétations basées sur ces omissions, M. Guérin pose enfin entre lui et moi la question scientifique, dont il n'aurait jamais dû s'écarter. Je l'accepte telle qu'il l'a posée; l'expérience prononcera; elle dira quelle est la règle, quelle est l'exception, dans le traitement du torticolis ancien, de la section sous-cutanée ou de la section avec incision des tégumens. Si elle me condamne, ce que je ne suis pas obligé de croire d'avance, je m'applaudirai d'avoir donné lieu à une enquête solennelle, qui aura tourné au profit de l'art.

Que sert à M. Guérin de travestir encore les faits relatifs aux traitemens mécaniques que j'ai dirigés après la section du sterno-cléïdo-mastoïdien? Croit-il, par les épithètes qu'il leur prodigue, donner le change à ceux qui en ont été témoins, et convaincre les autres qu'il juge sainement de ce qu'il n'a pas même vu?

Si j'ai compris l'objection de M. Guérin au sujet de l'inclinaison inverse de la partie inférieure du cou, que je regarde comme la partie supérieure d'une courbure cervico-dorsale, ce ne serait plus alors, suivant lui, une *inclinaison réelle* du rachis. J'avoue en toute humilité que j'étais jusqu'ici fermement convaincu qu'un arc quelconque du rachis se déviait ou *s'inclinait*, par rapport à l'horizon, en sens contraire dans ses deux moitiés, et je ne voyais aucun inconvénient à considérer l'épine comme offrant dans chacune d'elle une inclinaison *très réelle*. M. Guérin en juge autrement, et cette équivoque une fois levée, il nous sera facile de nous entendre; car je lui accorde, sans restriction, qu'il aura fait une découverte à laquelle ses devanciers n'auront aucune prétention, lorsqu'il aura prouvé qu'après l'opération du torticolis, il subsiste une inclinaison inverse de la colonne cervicale réellement indépendante de toute courbure cervico-dorsale. De son côté, il renoncera, je pense, à toute prétention relativement à ce fait, s'il reste prouvé que cette inclinaison est de la nature que j'ai indiquée.

Après avoir repoussé l'accusation élevée contre moi par M. Guérin, par un exposé véridique des faits, dans mes lettres du journal l'Expérience et dans la Gazette Médicale, je n'ai plus que des dénégations formelles à opposer aux affirmations qui reproduisent et résument ses assertions. Je nie que, pendant deux mois, j'aie combattu les idées de M. Guérin autrement que je ne les combats aujourd'hui; que l'examen que j'ai fait de son malade sur l'invitation d'un tiers, ait rien changé ni rien ajouté à ce que m'avaient appris mes observations antérieures et les communications directes de M. Dieffenbach; observations et communications qui, indépendamment même des autres faits depuis longtemps acquis à la science, me donnaient bien le droit de *poser des règles et des indications, de discuter, de résoudre des questions*, sans en demander la permission à qui que ce soit.

Je n'ai qu'un mot à dire du nouveau grief de M. Guérin. Le fait de la rétraction musculaire liée aux affections convulsives, et donnant l'explication de certaines difformités articulaires congéniales, ne lui appartient pas. Ceux qui prendront la peine de lire l'art. VI de *l'Orthomorphie* de Delpech, tome I[er], pag. 154, y trouveront assez explicitement, je pense, les idées que M. Guérin m'accuse de lui avoir empruntées. Ils remarqueront entre autres le passage suivant (pag. 175) : « Si l'enfant dont nous venons de faire l'histoire..... avait essuyé quelques jours plus tôt les *convulsions*, elles se seraient » passées dans l'utérus, et l'on aurait manqué d'un renseignement important. » Des événemens semblables peuvent avoir précédé la naissance dans les cas » de l'espèce dont il s'agit : alors la principale scène extérieure serait perdue, » parce qu'elle se serait passée pendant la vie intra-utérine, et il n'en resterait » plus que les résultats, la *difformité*. » Or, je le demande, si j'avais eu à tracer l'histoire de l'art dans mes dernières communications à l'Académie sur les rétractions musculaires du fœtus et de l'enfance, qu'y eût gagné M. J. Guérin?

RÉPONSE A LA RÉCLAMATION QUI PRÉCÈDE.

Je ne répondrai que quelques mots aux principales assertions de M. Bouvier.

1° Et d'abord, en ce qui concerne la conversion subite que j'avais signalée dans les idées de M. Bouvier, je ne pense pas que de simples dénégations détruisent la surabondance de preuves que j'avais données, preuves étayées, d'ailleurs, des témoignages si explicites de nos honorables confrères MM. Pinel-Grandchamp et Maisonneuve. Je laisse donc le public juge sur le premier point.

2° Relativement au fait de l'inclinaison inverse de la colonne cervicale, que je croyais avoir signalé le premier comme fait anatomique nouveau et comme indication nouvelle à un traitement mécanique consécutif mieux entendu, M. Bouvier m'accorde, sans restriction, que j'aurai fait une découverte à laquelle mes devanciers n'auront aucune prétention, lorsque j'aurai prouvé qu'il subsiste, après l'opération du torticolis, une inclinaison réellement indépendante de toute courbure cervico-dorsale. Je pourrais me borner à accepter la question telle que M. Bouvier la pose, et je l'accepterai, en effet, de cette manière; mais, avant cela, je dois dire que je ne consens pas à circonscrire la nouveauté de mon observation dans les limites qu'il lui assigne. Ainsi, que l'inclinaison du cou en sens inverse de l'inclinaison de la tête soit ou non une inclinaison essentielle, ou une inclinaison résultant d'une courbure cervico-dorsale, j'établis d'abord que ce fait d'inclinaison, considéré comme fait constamment lié au torticolis ancien, et considéré indépendamment de la raison de son existence, est un fait nouveau, que nos prédécesseurs n'avaient pas remarqué. Maintenant, pour remplir les conditions du programme de M. Bouvier, j'ajouterai que l'inclinaison inverse de la colonne cervicale sur la région dorsale est bien réellement une inclinaison essentielle, c'est-à-dire qui a une existence propre, qui n'est pas formée par le segment supérieur d'une courbure cervico-dorsale, mais qui résulte d'un mouvement d'abaissement latéral de la colonne cervicale sur la colonne dorsale restée droite, mouvement dont le centre principal est dans l'articulation de la septième cervicale avec la première dorsale. La réalité de ce fait et de cette explication est incontestable dans les cas simples. Si l'on examine la direction de la colonne depuis la première vertèbre dorsale jusqu'au sacrum, on la trouve rigoureusement droite et suivant exactement la verticale. J'ai fait voir plusieurs cas de ce genre à MM. Savart, Lisfranc, Pinel-Grandchamp, Sédillot, Devergie aîné, Barthélemy, Laurens, et autres médecins. M. Bouvier pourra en voir un bel exemple à l'hôpital de la Pitié, salle Saint-Augustin, sur une jeune fille de dix-sept ans, que je vais opérer d'un torticolis produit par la rétraction des deux muscles sterno et cléïdo-mastoïdiens. Dans les cas compliqués, c'est-à-dire lorsqu'il y a réellement une courbure cervico-dorsale, ce qui arrive dans des circonstances que je me propose de faire connaître plus tard, l'inclinaison essentielle peut encore être facilement distinguée de la courbure. En effet, la courbe dorsale qui fait suite à l'angle d'inclinaison est toujours d'un rayon plus grand que la courbe résultant de la réunion de la colonne cervicale avec la colonne dorsale; en sorte qu'au niveau de l'articulation de la dernière cervicale avec la première dorsale, le segment cervical s'incline plus ou moins brusquement sur le segment dorsal, et forme, en ce point, un angle plus ou moins aigu, qui interrompt la régularité de la courbe cervico-dorsale, et atteste l'existence distincte, quoique simultanée, de l'inclinaison et de la courbure. C'est faute d'avoir fait cette distinction que M. Bouvier n'a pas cru jusqu'ici à l'existence propre de l'inclinaison cervicale. Je possède un certain nombre de plâtres où ces deux faits sont impossibles à méconnaître. J'ajouterai que, dans les huit cas de torticolis ancien qu'il m'a été donné d'opérer jusqu'ici, toujours l'inclinaison inverse du cou a persisté après la section des muscles retractés. Il suffit de voir attentivement les dispositions anatomiques du cou dans cette difformité pour s'assurer que le contraire est impossible. Je pense donc que, sur ce second point, M. Bouvier consentira à passer tout à fait condamnation.

3° J'ai reproché à M. Bouvier d'être venu présenter à l'Académie, comme résultat de son observation propre, un exemple de difformité générale articulaire chez le fœtus, causée par la rétraction générale des muscles, bien que ce fait ne fût que la répétition de ceux qui m'ont servi à DÉMONTRER le premier l'existence de la rétraction musculaire comme cause générale des difformités articulaires chez les monstres et le fœtus. A cela M. Bouvier répond par une phrase tronquée de Delpech où il prétend retrouver toutes mes idées et mes recherches. Aux citations et aux interprétations de M. Bouvier déjà produites à une autre époque, je pourrais répondre par le jugement qu'a porté sur cette partie de notre discussion la commission de l'Académie des sciences; mais comme j'ai pour me défendre auprès du public les argumens qui m'ont fait obtenir gain de cause auprès de ce savant aréopage, je n'invoquerai jamais à mon profit le bénéfice de la chose jugée; je m'empresserai au contraire de soumettre à l'opinion de tous, les élémens de la décision de nos premiers juges: ceci soit dit une fois pour toutes. Or je crois avoir démontré le premier que la grande généralité des difformités articulaires congéniales, telles que les luxations, les subluxations, les pieds-bots, les mains-bots, les déviations de l'épine, et autres difformités articulaires moins fréquentes, sont le résultat de la rétraction musculaire convulsive et de l'arrêt de développement des muscles consécutif à cette rétraction. Il est inutile de rappeler les recherches multipliées auxquelles je me suis livré pour mettre ce point de science hors de doute: je me borne à dire que j'ai rapporté une série de cas de difformités de toute espèce chez les monstres et le fœtus, depuis la difformité générale de toutes les articulations jusqu'au simple pied-bot, dans lesquels il était impossible de ne pas reconnaître la simultanéité décroissante de l'affection convulsive et de la difformité, et la subordination matérielle de la difformité à la rétraction musculaire; je renvoie sur ce point au rapport de l'Académie des sciences (p. 20). La question ainsi précisée, voyons quel était, avant mes recherches, l'état de la science à son égard, quelle était la vraie doctrine de Delpech, et enfin quelle était celle de M. Bouvier?

Si l'on voulait juger de l'état de la science à l'égard de l'étiologie des difformités articulaires, il suffirait de lire le compte-rendu de la discussion qui a eu lieu à l'avant-dernière séance de l'Académie de médecine sur la cause des pieds-bots. Les théories de la compression, des positions vicieuses, des arrêts de développement, des brides, ont seules eu les honneurs de la discussion. Il en serait bien autrement à l'égard des luxations congé-

niales, des déviations de la colonne, et des autres difformités articulaires, pour la formation desquelles on n'avait proposé jusqu'ici que des hypothèses. Or, nous avons substitué à ces théories vagues, dépourvues de preuves directes, une étiologie générale, basée sur des faits matériels incontestables, et auxquels il ne manque que d'avoir été publiés dans leurs détails pour être universellement acceptés. Cette étiologie, c'est la rétraction musculaire convulsive; fait si évident, si général chez un grand nombre de monstres, et dans lequel cependant personne n'avait eu l'idée de trouver réciproquement la clef de ces monstruosités, et l'origine des difformités articulaires qui les accompagnent. Cette assertion est-elle contradictoire aux opinions dont M. Bouvier fait honneur à Delpech? Nous allons voir.

Et d'abord, en aucun endroit de ses ouvrages, Delpech n'a décrit un seul cas de difformité articulaire générale chez les monstres ou le fœtus, en aucun endroit il n'a dit mot de ces faits ni de leur étiologie. M. Bouvier nous renvoie au chapitre traitant du pied-bot. Qu'y trouve-t-on? Que les muscles du mollet sont arrêtés dans leur développement par l'effet d'un vice de l'un des faisceaux de la moëlle épinière, qui rend l'innervation et partant la nutrition moindre *dans toute la moitié* correspondante du corps (pag. 164) » Et Delpech, sans s'expliquer davantage sur cette hypothèse, ajoute plus loin : « On sait quels rapports il y a constamment entre la forme des parties de cet organe (la moëlle épinière), qui correspondent à l'avant-train et à l'arrière-train dans tous les animaux, et la force des appendices : là où doivent se trouver des ailes grandes et fortes, un plexus axillaire volumineux, la moëlle présente un renflement sensible au bas de la région cervicale (p. 170) » Voilà la vraie théorie de Delpech, c'est-à-dire un manque de développement des muscles et des autres parties du membre, lié à un amoindrissement (supposé) d'un des cordons de la moëlle. L'auteur termine l'exposé de sa théorie par ces mots : « Il est à regretter qu'on n'ait pas fait quelques recherches touchant la partie déc've de la moëlle épinière dans les cas de cette espèce : les occasions nous ont manqué. *(Id.)* » Quant au passage cité par M. Bouvier, il est extrait d'une observation particulière, que Delpech présente comme exceptionnelle et comme d'un autre ordre (p. 171). Ce passage n'exprime, d'ailleurs, qu'une simple hypothèse toute exceptionnelle : « Des événemens semblables *peuvent* avoir précédé la naissance. » PEUVENT, voilà tout; et dans tout l'ouvrage il n'est plus question de cette hypothèse énoncée incidemment, à l'occasion d'un cas particulier, sans aucun fait, sans aucune preuve, et complètement en-dehors de la théorie générale de l'auteur.

Nous ne pouvons mieux préciser le sens et la valeur de cette hypothèse et de toute la théorie de Delpech qu'en citant l'opinion que M. Bouvier en avait avant la conversion qui paraît s'être opérée dans son esprit. « *Rien ne prouve*, dit M. Bouvier, qu'à part cette circonstance ÉVIDEMMENT EXCEPTIONNELLE (d'une maladie de l'axe cérébro-spinal) le pied-bot soit la conséquence de la brièveté primitive des muscles rétractés, comme le croyaient Duverney et Delpech. Cette brièveté ne préexiste point à la déviation; elle est TOUJOURS *consécutive*, et ce serait, suivant la juste expression de Scarpa, confondre l'*effet* avec la *cause*, que de regarder cet état des muscles comme le point de départ ordinaire de la déformation (1). » Est-il possible d'être plus explicite? On le voit, en 1835, M. Bouvier disait, en parlant de l'opinion de Delpech, qu'il m'oppose aujourd'hui : RIEN *ne prouve* qu'il en soit ainsi; et, en parlant de la théorie à laquelle il paraît se convertir : *la brièveté des muscles est* TOUJOURS *consécutive*.

Ainsi, l'hypothèse toute exceptionnelle, proposée pour le seul pied-bot, et jetée comme par hasard dans une observation particulière, par Delpech, ne *prouvait* rien alors; et elle était si peu de chose aux yeux de M. Bouvier, qu'il déclarait que le contraire avait *toujours* lieu. J'ai remplacé l'hypothèse exceptionnelle de Delpech par une théorie générale, applicable à toutes les difformités articulaires, et reposant sur un grand nombre de faits matériels incontestables. Dès-lors, une révolution involontaire et à son insu, sans doute, s'est opérée dans les convictions de M. Bouvier. Mais, cette fois, il n'en sera pas comme pour le torticolis : notre confrère ne s'était pas borné à confier ses premières opinions à M. Pinel-Grandchamp; il les avait écrites, signées et publiées : *Scripta manent* (2)!

(1) *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, article PIED BOT, par M. BOUVIER, t. XII, p. 85.

(2) Pour terminer toute discussion sur ce sujet, M. Bouvier nous fait remettre la note qui suit, dont nous prenons acte :

« L'opinion que j'ai exprimée dans le passage ci-dessus de mon article *pied-bot* est encore celle que je professe aujourd'hui; c'est-à-dire que la rétraction musculaire convulsive n'est à mes yeux aujourd'hui, comme alors, qu'une cause *évidemment exceptionnelle* de difformité congéniale, et du pied-bot en particulier. »

BIBLIOGRAPHIE.

DE PESTE ANTONIANA COMMENTATIO; par le docteur J.-F.-C. HECKER, professeur d'histoire de la médecine à l'université de Berlin. — Berlin 1835. 29 p. in-8.

Si l'érudition en médecine n'avait d'autre objet que de réunir de nombreuses citations, de prouver qu'on a lu les auteurs anciens dans leur propre langue, nous concevrions facilement l'abandon complet dans lequel elle était tombée il y a quelques années, et le peu d'importance qu'on y attache encore généralement aujourd'hui; mais cette érudition est tout au plus bonne à satisfaire l'amour-propre de celui qui la possède, et elle est stérile pour les autres si elle n'est pas stimulée par ce désir de recherche, éclairée par cet esprit philosophique sans lequel tous les travaux sont inutiles lorsqu'ils ne sont pas nuisibles. De tous les sujets que l'érudition peut éclairer, il n'en est peut-être pas de plus important en médecine que l'étude des maladies pestilentielles qui ont frappé la race humaine dans les époques antérieures à la nôtre. Mais sous ce rapport la médecine est beaucoup moins avancée que les sciences qu'on dirait nées d'hier. Le zoologue a pu déterminer exactement la forme antérieure, les habitudes des animaux qui existaient à une époque où très probablement l'homme n'avait point encore paru sur la terre; le botaniste a pu étudier la végétation de ces temps anciens et décrire les plantes qui couvraient la terre à l'époque où l'homme ne pouvait les voir; pourquoi le médecin, quittant un instant l'époque actuelle, n'irait-il pas interroger les temps anciens et ne chercherait-il pas à éclairer la pathologie des temps modernes par celle des époques antérieures à la nôtre? L'érudition dirigée vers ce but aurait des résultats d'une haute importance; nous en pouvons juger par ceux auxquels sont déjà arrivés le petit nombre d'hommes qui se sont livrés à ces sortes de recherches, et parmi lesquels le docteur Hecker occupe l'une des premières places.

On connaît ses recherches sur la pathologie historique (pathologia historica) et spécialement sur quelques-unes des maladies qui ont fait le plus de ravage au moyen-âge, telles que la peste noire au 14e siècle, la chorée épidémique, la peste anglaise. Dans le travail que nous avons en ce moment sous les yeux, il fait l'histoire de la peste qui dévasta l'empire romain pendant près de vingt ans sous le règne des empereurs Marc-Aurèle et Lucius Verus, et qui fit mourir le premier de ces deux empereurs. L'origine de cette peste est restée cachée comme celle de la plupart des maladies qui ont parcouru le monde entier à des époques éloignées de la nôtre; cependant il paraît que, comme dans tous les cas où l'on a pu retrouver les traces de leur origine, c'est de l'Asie qu'est parti ce fléau, et probablement de l'Asie-Mineure. Le ravage qu'elle exerça sur les populations de toutes les parties du globe connues furent si considérables que les guerres furent suspendues pendant quelque temps faute de combattans. On connaît la conduite que tint, pendant cette peste, Galien qui, au moment où le fléau offrait le plus d'intensité, quitta Rome pour se retirer dans la Campanie et de là dans l'Asie-Mineure où probablement il avait cessé ses ravages; aussi ses écrits qui sont si prolixes sur une foule de maladies beaucoup moins importantes, ne contiennent-ils que des documens très incomplets et très imparfaits sur cette maladie dont il dit cependant avoir observé des cas innombrables. M.

C'est cependant dans les écrits du médecin de Pergame que le docteur Hecker a puisé la description qu'il fait de cette maladie, qu'il regarde comme la peste antique, dont Thucydide nous a laissé une description si exacte, et qui a cessé d'être observée dans les temps modernes; quelques auteurs ont voulu, il est vrai, rattacher cette maladie pestilentielle à la variole; mais la nature des symptômes ne permet pas au docteur Hecker d'admettre ce rapprochement. A la fin du mémoire on trouve rapportés en grec les passages où Galien a fait mention de cette peste et des symptômes sous lesquels elle se développait.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE DE FÉLIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunis) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Poissonnière*, n° 5, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

AVIS A MM. LES SOUSCRIPTEURS.

MM. les souscripteurs dont l'abonnement expire à la fin de ce mois sont invités à le renouveler prochainement s'ils ne veulent pas éprouver d'interruption dans l'envoi du journal. Pour ne pas décompléter les collections, aucun numéro ne sera envoyé aux personnes qui n'auraient pas donné avis de leur renouvellement avant le premier juillet. On s'abonne dans les départemens chez tous les directeurs des postes et des messageries. La quittance d'abonnement sera présentée au domicile de MM. les Souscripteurs de Paris. Vu la difficulté et les frais de recouvrement des mandats de la Gazette médicale, touchés au domicile des Abonnés des départemens, ce mode de souscription ne peut avoir lieu que pour des abonnemens de six mois, de neuf mois et d'un an.

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE INTERNE.

MÉMOIRE SUR L'INFLAMMATION CHRONIQUE ET LES ULCÈRES PERFORANS DU CŒCUM ET DE L'APPENDICE VERMIFORME, ET DES ABCÈS STERCORAUX QUI EN RÉSULTENT, lu à la société médico chirurgicale de Londres; par M. John Burne, médecin de l'hôpital de Westminster.

Les ouvrages dogmatiques de médecine n'ont pas traité des maladies dont je vais m'occuper dans ce mémoire. Je n'en ai trouvé mention que dans quelques journaux de médecine. Ces maladies cependant sont très fréquentes, toujours dangereuses, souvent mortelles; elles sont caractérisées par des symptômes particuliers, constans, faciles à reconnaître.

PREMIÈRE PARTIE.

Mon attention a été appelée sur l'inflammation du cœcum il y a seize ans, à l'occasion d'une jeune dame qui devint subitement malade, avec vomissement, constipation opiniâtre, fièvre et symptômes locaux circonscrits à la région ilio-inguinale droite. Le mal était évidemment de nature inflammatoire; mais l'inflammation et la fièvre s'étaient développées moins rapidement que dans les cas ordinaires d'inflammation idiopathique, et n'ont pas cédé au traitement ni détruit rapidement la vie comme les inflammations idiopathiques.

La maladie fut obstinée, longue et dangereuse, bien que, par bonheur, elle se soit terminée par la guérison. En réfléchissant à toutes ces circonstances et à l'endroit de la région abdominale auquel les symptômes étaient rapportés, j'ai été porté à penser que le siège de la maladie pour-

Feuilleton.

RÉNOVATION DE L'ART VÉTÉRINAIRE EN ÉGYPTE.

La médecine des animaux est une des branches les plus importantes de l'économie politique; aussi tous les peuples dont la civilisation est avancée donnent-ils à cette science de continuels encouragemens. Et ces peuples ont raison; car ils en retirent à la fois richesse et bonne nourriture. Toutefois, chacun suit en cela le penchant qui l'entraîne, ou se laisse diriger par la connaissance de ses besoins. Les Français la cultivent principalement comme science accessoire de la médecine de l'homme; les Anglais comme un moyen d'avoir un aliment de bonne qualité et à bas prix; les Russes pour se procurer des vêtemens chauds; et ainsi des autres. On ne sait pas assez chez nous combien les Anglais ont augmenté la valeur des animaux qui servent à la nourriture de l'homme; leurs bœufs, depuis l'année 1700 jusqu'aujourd'hui, ont doublé de poids; la qualité de la viande que ces bœufs fournissent est meilleure; et pour les élever on dépense moins qu'auparavant. Ce résultat presque magique est dû à Backewel, qui l'a obtenu par le croisement des races. Avant d'y arriver, Backewel s'est ruiné deux fois; mais le parlement, autant peut-être pour favoriser un homme de génie que pour satisfaire l'instinct gastronomique de la nation anglaise, l'a aidé de sa protection, et l'a dédommagé de ses pertes. Les os ont moins de valeur que la chair; Backewel ne laisse pas se perpétuer les bœufs dont l'ossature est très considérable : il est des races dont les intestins sont courts, étroits, qui consomment peu; ce sont ces races qu'il faut choisir : certains moutons ont la queue très grosse; la graisse se porte chez eux aux reins, aux parties inférieures; et la graisse des parties inférieures a une qualité qui la rend préférable à celle dont le développement se fait sur la poitrine; mais ces moutons ne vivent pas dans nos climats. Backewel les croise avec des moutons indigènes, et il obtient une race mixte dont les reins sont entourés de graisse, et qui paît dans nos prairies. Nous arriverons à imiter Backewel; nous y marchons; les autres peuples de l'Europe y marchent également; chacun en raison directe du degré de son intelligence, et de la délicatesse ou de la vigueur de son appétit.

Nous autres Français, nous avons fait faire à la médecine des animaux d'immenses progrès; mais, par malheur, ces progrès n'ont pas tous été mis à profit. Ainsi, depuis 1830, nous perdons, bon an, mal an, plusieurs millions de francs, et cette perte est occasionnée par les ravages de la morve; un croisement entre les chevaux arabes et les nôtres préviendrait cette maladie. Les chevaux arabes sont sobres et pleins d'énergie; les nôtres sont en partie étiolés, lymphatiques, mais acclimatés; le croisement retremperait nos races abâtardies; il leur rendrait la santé et la vigueur; les expériences tentées à ce sujet par M. Dupuy ne laissent aucun doute là-dessus.

rait bien être le cœcum, et que sa cause pourrait dépendre de la présence de quelques matières indigestes, probablement de noyaux de fruits, car nous étions dans la saison d'automne, et la jeune dame avait mangé beaucoup de prunes. D'autres cas semblables qui se sont présentés de temps en temps n'ont fait que me confirmer dans mes idées. J'ai vu en tout vingt cas de ce genre dont quelques-uns ont guéri, d'autres se sont terminés par la mort, et m'ont permis d'éclairer, à l'aide de l'autopsie, les caractères anatomiques de la maladie. J'ai recueilli assez de matériaux pour pouvoir je crois tracer aujourd'hui l'histoire complète de ces affections. Disons avant tout que ces maladies sont souvent confondues dans la pratique avec les inflammations idiopathiques de l'abdomen et traitées comme telles, au préjudice grave de la vie des malades. Je n'ai jamais vu une inflammation idiopathique du cœcum par cause générale ordinaire, comme par les vicissitudes atmosphériques, par exemple. Dans tous les cas que j'ai observés, l'inflammation du cœcum était symptomatique de cause mécanique, comme d'alimens indigestes, de noyaux de fruits, ou de concrétions d'autre nature collectionnées dans le cœcum.

La structure du cœcum et de son appendice favorise ces sortes d'arrêts; de là des symptômes propres à cette affection.

Les caractères particuliers sont tout à fait locaux. Leur début a lieu sans cause bien manifeste, et alors que l'individu jouit de la meilleure santé. Leur accroissement s'effectue par degrés. Ils se remarquent par leur opiniâtreté, la déclaration tardive de la fièvre qui est fort légère eu égard à l'intensité des souffrances locales, et le degré d'anxiété moins prononcé que dans les entérites idiopathiques.

Dans tous les cas d'inflammation du cœcum que j'ai observés les symptômes se sont développés dans l'ordre suivant. Le premier est un sentiment de malaise qui se convertit bientôt en douleur aiguë dans les tissus profonds de la région ilio-inguinale droite, se déclarant d'une manière inattendue lorsque la personne jouit de la meilleure santé et sans être précédé de frisson. Cette douleur augmente par degrés pendant douze ou vingt-quatre heures; elle a pour caractères d'être fixe, constante, jamais rémittente. Survient ensuite graduellement de la sensibilité, du développement et de la tension dans toute la région ilio-inguinale. Le ventre se constipe et n'obéit pas aux purgatifs; des maux de cœur, puis des vomissemens, de la fièvre se déclarent. La langue devient blanche et chargée, l'urine rare; il y a inappétence, pouls fréquent et serré mais pas fort; c'est en d'autres termes un pouls irritatif. Le malade reste couché sur le dos, penché légèrement vers le côté affecté.

Cet état persiste pendant plusieurs jours; la douleur acquiert un caractère d'acuité très prononcé; la plénitude et la tension de la partie augmentent et s'étendent sur tout l'abdomen qui jusqu'à présent avait été mou et insensible à la pression. Un symptôme de la plus haute importance pour le diagnostic se présente maintenant d'une manière très tranchée, c'est une sensibilité exquise de la paroi abdominale qui couvre le cœcum, sensibilité qui excède de beaucoup celle de l'entérite et même de la péritonite, de sorte que le malade supporte à peine l'approche du doigt. A peine allez-vous examiner son ventre qu'il vous supplie de ne pas le toucher, de prendre garde à le blesser; il ne peut même pas supporter le poids des couvertures; la douleur qu'il accuse ressemble à celle du rhumatisme fort aigu. La constipation continue, mais le vomissement ne devient pas fréquent ni aussi épuisant que dans l'entérite, la face ne prend pas sitôt cet aspect d'anxiété qu'on observe dans cette dernière affection.

En d'autres termes, les apparences ne sont pas aussi graves que dans l'entérite; il ne s'agit pas d'une mort imminente, mais le mal peut également se terminer fatalement. Tels sont les symptômes de l'inflammation du cœcum.

On ne peut pas dire que le mal se terminera heureusement avant que le malade ait des garderobes avec diminution progressive de la sensibilité, du gonflement et du vomissement, diminution qui ne s'obtient pas ordinairement avant le septième, huitième jour. Quelquefois on ne peut venir à bout d'avoir des garderobes et de faire cesser les vomissemens; les forces du malade déclinent sérieusement vers le huitième jour, surtout s'il a été saigné; il s'affaisse et meurt plutôt par épuisement des forces que par l'action directe de l'inflammation, et si la vie se prolonge, on verra, vers le dixième jour, une tumeur emphysémateuse circonscrite dans la région ilio-inguinale droite, ou bien en arrière vers la région ilio-lombaire du même côté; cela indique qu'un abcès stercoral s'est déjà formé par suite d'une ulcération perforante du cœcum. Si cette ulcération a lieu à la paroi antérieure de ce sac, des adhérences s'établissent à ses alentours et la matière s'avance au dehors sans occasioner une péritonite générale; si elle a lieu en arrière, comme cette portion du cœcum n'est pas pourvue de péritoine, la matière s'infiltre en haut et en bas vers les lombes, sous le muscle carré, et la séreuse échappe à son action. L'abcès peut s'ouvrir au dehors, se déterger sans accidens et le malade guérir; mais il peut aussi succomber si la constitution n'a plus assez d'énergie pour résister au travail réparateur.

Le diagnostic de cette maladie repose sur le siège précis de la douleur, la sensibilité exquise et la tension de l'abdomen, l'invasion subite du mal alors que l'individu jouissait d'une bonne santé, la déclaration des symptômes locaux avant la réaction constitutionnelle et la fièvre, la légèreté de la fièvre et de l'anxiété comparativement à celles de l'entérite. S'il reste encore quelque doute à cet égard, on peut le dissiper en portant la main sur la partie, on trouvera une tumeur dure et circonscrite dans la région du cœcum. Des praticiens qui rencontrent pour la première fois cette affection sont satisfaits de voir qu'il ne s'agit pas d'une entérite ordinaire, et sans connaître sa nature, ils se disent: Voilà un cas curieux. Ils sont loin de soupçonner sa gravité.

Le traitement est facile à établir, et il peut être heureux s'il est basé sur la connaissance de la nature de la maladie; mais si le mal est pris pour une inflammation idiopathique, et s'il est traité par les saignées répétées, le malade est perdu; il s'affaisse et meurt peut-être par effet de la médication. L'inflammation cœcale n'étant ici que mécanique, elle persiste tant que la cause n'est point enlevée. La saignée est d'autant plus perfide dans ces circonstances, qu'elle paraît soulager d'abord; mais à mesure qu'on la répète, le danger augmente.

Les indications curatives de cette affection sont; 1° modérer le travail inflammatoire, selon le degré de la vitalité de l'organe malade et du reste de l'organisme; 2° remplir ce but sans affaiblir que le moins possible la force de la constitution, afin que si un abcès stercoral se forme, la nature puisse trouver assez de ressource en elle-même pour résister au travail éliminateur.

Aussi, ne doit-on tirer du sang qu'avec discrétion; et si l'on juge convenable de répéter la saignée, il faut bien se garder de le faire à des époques aussi rapprochées et dans les quantités aussi fortes que dans les entérites. Les sangsues sont un excellent moyen pour soulager des souf-

---

En Egypte, il y a peu d'années que les choses étaient, sous le rapport de l'art vétérinaire, bien en arrière de ce qui a lieu en Europe; les chevaux arabes, beaux encore, à cause du voisinage des déserts, où ils sont élevés par leurs maîtres avec une sorte d'amour; les chevaux arabes eux-mêmes, allaient déclinant; trois fléaux les décimaient : les épizooties, le défaut de nourriture, et l'ignorance des médicastres aux soins desquels on confiait ces précieux animaux. Quant aux bestiaux, leur condition était encore plus misérable; chaque année, ils succombaient par milliers; et, au lieu de profiter au maître qui les possédait, le plus souvent ils causaient sa ruine, et empoisonnaient, par les effluves pestilentiels qui s'échappaient de leurs cadavres, le voisinage de toutes les habitations rurales.

Deux Français, élèves de l'école vétérinaire d'Alfort, MM. Hamont et Pretot, prirent la résolution de remédier à tous ces maux, secondés par un savant recommandable, M. Jomard, qui s'occupe avec un soin extrême de tout ce qui peut avancer la civilisation de l'Egypte, ils partirent de Marseille en 1828, et débarquèrent à Rosette, où presqu'aussitôt ils furent témoins d'une épizootie, aux ravages de laquelle ils s'opposèrent avec quelque succès, malgré le peu de ressources dont ils pouvaient disposer. Le but principal de nos zélateurs de l'art vétérinaire était de former des élèves indigènes; par ce moyen ils étaient assurés d'implanter leur science sur le sol de l'Egypte et de la faire fructifier. Malheureusement ils avaient contre eux, dans le pays, l'ignorance et les préjugés du peuple, l'intérêt mal entendu de quelques hommes puissans, et, loin de les écouter, on se moquait d'eux, on les montrait au doigt. Mais leur courage ne faiblit point, et la volonté du pacha fit le reste. Le pacha les accueillit, les encouragea, comprit parfaitement tout ce que la création d'une école pouvait avoir d'avantageux pour le pays soumis à sa domination, et décida que cette école serait établie à Rosette. L'ordonnance une fois rendue, il s'agissait de la faire exécuter, et c'était là le plus difficile; nos compatriotes n'entendaient pas l'arabe et les Egyptiens n'entendaient pas le français; de plus, chez tous ceux qui devaient contribuer à la formation de l'école, une mauvaise volonté notoire existait contre MM. Hamont et Prelot, ou une grande maladresse. Sous un gouvernement despotique, les choses ne se font un peu bien que sous l'œil du maître; là on a l'air de s'entendre, et on agit de concert; mais, loin de lui, les serviteurs, auparavant si soumis, relèvent la tête et deviennent chacun en son particulier un despote bien vaniteux, bien tracassier, bien stupide. C'est ce qui arriva lors de la création de la nouvelle école. Les ulémas tournaient en ridicule l'art vétérinaire et ceux qui l'enseignaient; les drogmans traduisaient les leçons avec une infidélité calculée; les élèves, enclins à la paresse, et ne connaissant pas encore le prix de l'étude, ne faisaient pas de progrès; et, comme si ce n'était pas assez de tous ces obstacles, des rivalités jalouses s'opposaient à ce que l'école vétérinaire prît dans l'enseignement le rang qu'elle devait avoir. On avait imaginé d'en faire une dépendance de l'école de médecine humaine, et de refuser aux élèves qui sortiraient avec leur diplôme un grade qui pût servir à ceux qui l'auraient acquis de récompense à leurs études, à ceux qui voudraient l'acquérir, d'un stimulant propre à les engager au travail en flattant leur ambition. Tant de traverses ne découragèrent pas MM. Hamont et Pretot; ils firent tête à l'orage; mais, l'un d'eux, M. Pretot, que l'insalubrité du climat avait déjà rendu malade, finit par succomber, laissant à son collègue le soin de terminer ce qu'ils avaient ensemble si laborieusement entrepris.

frances locales; mais encore ne faut-il pas en abuser. Huit ou dix sangsues répétées d'abord tous les jours; puis tous les deux jours; voilà ce qu'il faut pour en tirer de l'avantage. Après les sangsues, un cataplasme chaud d'avoine, pas trop épais pour ne pas peser. Il importe de ne pas laisser saigner les piqûres des sangsues plus d'une heure. Le rectum et le colon doivent être nettoyés à l'aide de lavemens et de doux purgatifs; le purgatif que je préfère est composé d'un gros de sulfate de soude dans une demi-once d'infusion de séné; j'y ajoute quatre gouttes de laudanum pour apaiser l'estomac. L'estomac supporte assez bien cette médecine; s'il la rejette, on peut la remplacer par la potion suivante :

Infusion de séné, soude tartarisée, carbonate de soude et acide tartrique en état d'effervescence. Dans le cas où ce composé serait également vomi, on pourrait avoir recours à l'extrait de coloquinte, six grains mêlés à deux grains de calomelet à un grain d'opium, qu'on répéterait toutes les six heures. Il est rare qu'il soit nécessaire de répéter la saignée du bras; les sangsues seront toujours préférées avec avantage. Le bain chaud n'est point proposable, les mouvemens du corps du malade étant impossibles; mais les fomentations émollientes sur le ventre peuvent être utilement employées. Vers les cinquième et sixième jour, si les choses tournent pour le mieux, des garderobes se déclarent; le malade rend par l'anus des matières indigestes; les symptômes s'apaisent par degrés.

Si les symptômes persistent, le médecin doit surveiller attentivement la marche de la nature, voir où la tumeur se déclare, à l'aine ou aux lombes, et y appliquer des cataplasmes. Aussitôt que l'état emphysémateux se manifeste, il doit plonger un bistouri dans l'abcès, et donner issue à la matière stercorale et gangreneuse. A cette époque, il importe de soutenir les forces du malade à l'aide de bouillons féculens, boissons d'eau aiguisée légèrement d'eau-de-vie ou d'ammoniac, décoction de quinquina (cette décoction est ici préférable au sulfate de quinine), opiacés à forte dose, surtout le soir.

Traitée d'après ces données, la maladie peut guérir; mais malheur au malade qu'on traite par les saignées abondantes.

Les faits suivans viennent à l'appui des considérations qui précèdent.

CONGESTION DE MATIÈRES INDIGESTES DANS LE CŒCUM; INFLAMMATION DE CET ORGANE. GUÉRISON.

Fait I. — Charles Neale, jeune homme âgé de 12 ans, bien portant, est saisi, quinze jours avant la Noël, d'une douleur aiguë dans la région ilio-inguinale droite, qui l'oblige à quitter l'église et à crier toute la journée. La douleur augmente avec l'approche de la nuit, elle est continue et fixe. Le lendemain il a la fièvre et vomit. Le troisième jour, son médecin lui applique des sangsues à l'endroit de la douleur et lui prescrit des purgatifs. Le quatrième, les symptômes empirent encore; on lui pratique une saignée de 15 onces (trop forte assurément pour un jeune homme de 12 ans), et on lui fait prendre de forts purgatifs. Le cinquième, d'autres sangsues lui sont appliquées.

C'est à cette époque que j'ai été appelé auprès du malade. A l'examen, je trouve l'enfant gisant sur le dos, attentif à ne pas bouger son corps, dans la crainte de se faire du mal. Tout l'abdomen est tuméfié, plus particulièrement à la région droite; là le malade accuse une douleur aiguë constante, avec une sensibilité si excessive que le moindre attouchement lui fait jeter de hauts cris; dans le reste de l'abdomen, la douleur est légère; il a des envies de vomir et vomit de temps à autre. Langue chargée et brunâtre; pouls fréquent et faible; constipation depuis six jours.

J'ai diagnostiqué une inflammation du cœcum par cause mécanique, probablement de la matière indigeste.

L'enfant se trouve dans un état d'asthénie très prononcé, par suite du sang qu'on lui a tiré; l'expression cependant de sa physionomie n'indiquait pas une grande anxiété, ce qui m'a fait porter un pronostic plutôt favorable. Mon avis a été qu'on cessât sur le champ l'usage des remèdes affaiblissans, dont la continuation pourrait avoir les conséquences les plus fâcheuses; j'ai conseillé l'usage de quelques purgatifs salins et des fomentations émollientes. Le lendemain (septième jour), j'ai appris avec satisfaction que l'enfant avait dormi dans la nuit; qu'il avait eu plusieurs garderobes; qu'il avait rendu des matières dures en bloc et que la douleur et la tension abdominales avaient diminué. Dès ce moment, l'amélioration a été franche et progressive; l'enfant a guéri.

Ce fait confirme une observation que j'ai souvent eu occasion de faire, savoir que l'obstruction intestinale, qui a résisté aux forts purgatifs, cède aisément à l'emploi de deux laxatifs salins. Je me rappelle, entre autres, une vieille dame qui, après une opération de hernie étranglée qu'elle venait de subir, n'avait pu avoir de garderobes malgré l'usage de forts purgatifs; ces remèdes, elle les vomissait. J'ai employé quelques légers laxatifs salins; et le ventre s'est ouvert.

Je dois l'observation suivante à mon ami et confrère M. Selwyer, de Ledbury.

INFLAMMATION DU CŒCUM PAR LA PRÉSENCE D'UN MORCEAU DE POMME. GUÉRISON.

Fait II. J'ai, dit M. Selwyer, rencontré quelques cas obscurs liés à une inflammation du cœcum. J'ai été appelé, le 22 fév. 1837, auprès de M. Frank, fermier, se plaignant de douleur extrême dans la région cœcale et de sensibilité exquise au toucher. A l'examen, j'ai trouvé un corps dur, que j'ai jugé résider dans l'impasse de cet intestin. Le malade était constipé depuis une semaine. Je l'ai traité comme un cas d'inflammation. J'ai saigné six fois en quatre jours, et appliqué des sangsues en abondance. Les choses ont bien tourné et le malade a guéri. Je dois dire, néanmoins qu'il y a eu un instant où je ne savais de quel côté la balance pencherait; enfin, heureusement les boyaux ont débouché, des garderobes abondantes ont eu lieu, le malade a rendu des corps durs, entre autres la moitié d'une pomme non digérée.

L'anatomie pathologique nous a appris que les portions du canal alimentaire dont les dimensions varient et l'organisation change (par rapport au reste de l'organe digestif), sont particulièrement sujettes aux affections chroniques. Le cœcum est de ce nombre. Indépendamment de l'inflammation aiguë dont nous venons de parler, cet organe est sujet à une subinflammation chronique, ou à des congestions pathologiques, avec épaississement de ses parois et réduction de sa capacité, ce qui réagit plus ou moins fâcheusement sur les fonctions des intestins; de là quelquefois une obstruction fatale de ce canal. Cette maladie du cœcum peut durer plusieurs mois et même des années; elle est toujours accompagnée de difficulté dans les évacuations alvines et de trouble sympathique de l'estomac, précisément comme dans les cas de rétrécissement du reste du canal intestinal. Les souffrances en sont pareilles, la santé décline également, le corps s'affaisse et le malade meurt dans les vomissemens, le marasme et les douleurs spasmodiques causées par les efforts que font les intestins à surmonter l'obstruction. Lorsque l'émaciation est arrivée à un degré considérable, on peut sentir avec la main et même voir les efforts péristaltiques de toutes les convolutions intestinales.

ÉPAISSISSEMENT CHRONIQUE ET CONTRACTION DES PAROIS DU CŒCUM. OBSTRUCTION. ÉMACIATION. MORT. AUTOPSIE.

Fait III. — Anne Morris, âgée de 31 ans, a été reçue à l'hôpital Guy, en

---

Au milieu d'embarras sans cesse renaissans, mais doué d'une énergie morale peu commune, M. Hamont considéra quels services l'art vétérinaire pourrait rendre à l'Égypte, et confiant d'ailleurs dans la protection du pacha, ne balança pas à continuer l'œuvre commencée; M. Pariset, alors en mission pour étudier la peste, le seconda de toute l'influence que lui donnaient et son mérite personnel et sa qualité de chef d'expédition scientifique, envoyé par le gouvernement français. Les progrès des élèves, l'instruction dont ils firent preuve dans les examens publics auxquels on les soumit, les services que ces élèves rendirent soit dans les armées du vice-roi, soit dans les campagnes où ils furent placés pour combattre les épizooties, imposèrent enfin silence aux ennemis de l'école et valurent à son fondateur de puissantes protections et de nombreux amis. Pendant quatre années M. Hamont est resté seul, et seul il suffisait à l'enseignement; il faisait traduire en arabe les meilleurs ouvrages élémentaires composés en France sur l'art vétérinaire; il visitait les animaux malades, faisait la correspondance, dirigeait et disciplinait une école de cinquante élèves. Depuis lors, non seulement l'école (1), mais l'art et la science vétérinaires ont fait en Egypte des pas immenses. L'école a quatre professeurs qui secondent M. Hamont dans l'enseignement; les élèves au nombre de cent vingt comprennent le français et les professeurs comprennent l'arabe; la traduction des ouvrages les plus nécessaires aux élèves est terminée; il y a un jardin botanique, un cabinet de physique, et tout ce qui est nécessaire à de fortes études; les vétérinaires sortant de l'école ont à l'armée le grade d'officier, grade qu'ils méritent tous, car on ne délivre les diplômes qu'après des examens publics très sévères; des haras tout établis où l'on s'occupe activement de l'amélioration des races; on a construit des bergeries modèles qui déjà ont donné des laines de beaucoup supérieures à celles que l'on obtenait auparavant; enfin les préjugés des Egyptiens contre l'art vétérinaire et leurs pratiques souvent contraires au bien-être des animaux ont en partie disparu.

On cite plusieurs personnages éminens de l'Egypte qui ont bien mérité de la science par les encouragemens qu'ils ont donnés à l'art vétérinaire; ce sont le cheih Islam, Hourchid-Pacha et Moukhtar-Bey; ces deux derniers ministres de la guerre; c'est surtout le pacha régnant, cet homme supérieur qui travaille sans relâche à relever les Egyptiens de l'état d'abjection dans lequel on les a laissés croupir depuis tant de siècles. Que l'Egypte, berceau des sciences cultivées en Europe, jouisse après ses longs malheurs du bien-être que ces sciences nous procurent; qu'elle partage avec nous les bienfaits dont nous lui devons la première origine. En réimportant l'art vétérinaire sur la terre d'Egypte, M. Hamont a acquitté une partie de notre dette envers ce pays; il a mérité l'estime et la reconnaissance de ses concitoyens.

— Le concours pour la chaire de médecine légale, ouvert à la faculté de Strasbourg, s'est terminé le 11 de ce mois. Le jury a décidé pour la seconde fois, à l'unanimité, qu'il n'y avait pas lieu à nomination. Le nombre des concurrens était de cinq.

(1) Cette école a été transportée à Abou-Zabel, où elle a couru le danger d'être absorbée par sa rivale, l'école de médecine humaine : maintenant elle est à Schoubra.

août 1830, pour être traitée d'une maladie qui la minait depuis plusieurs mois; elle était fort émaciée. Les symptômes principaux qu'elle présentait étaient: une constipation opiniâtre, envies de vomir et vomissemens si fréquens qu'elle rejetait la plus grande partie de ses alimens; douleurs dans le ventre comme pour accoucher. Dans la région ilio inguinale droite, elle présentait une petite tumeur dure que j'ai caractérisée pour une maladie du cœcum. L'abdomen était tuméfié et flatulent. En examinant le ventre on découvre de forts mouvemens vermiculaires, correspondant exactement à l'action péristaltique de l'intestin. On peut d'ailleurs distinguer exactement à l'œil les convolutions des intestins grêles par les élévations ondulées des parois abdominales.

Différens remèdes, tels que la magnésie, la sonde, les sangsues, l'eau de chaux, l'opium, la jusquiame et les lavemens avaient été mis en usage par les médecins qui l'avaient soignée.

Quinze jours après son entrée la malade meurt.

AUTOPSIE. Le cœcum est épaissi et très contracté. L'iléon est distendu par des gaz et plein de matière stercorale, tandis que le colon est vide et contracté. La portion sigmoïde du colon est serrée et allongée à droite par le cœcum et adhère avec ce dernier et l'iléon par de la matière fibrineuse récente.

Cette dernière circonstance est digne de méditation; elle me porte à croire que la nature avait eu pour but d'établir une voie de communication entre les deux intestins et rétablir de la sorte le cours du canal alimentaire; malheureusement cependant la constitution a succombé avant l'accomplissement de ce travail salutaire.

MALADIE DU CŒCUM; BANDES ORGANIQUES DANS SON INTÉRIEUR; OBSTRUCTION; MORT.

FAIT IV. — Mary-Anne White a été reçue en 1830 dans un dispensaire (*Public Dispensary*). Elle est âgée de douze ans, de petite stature, de corps aussi frêle que celui d'un enfant de huit ans, sans être pourtant déformée; sa figure est bien nourrie. Ses parens ont dit que sa mauvaise santé en a empêché la croissance; voici, du reste, les renseignemens qu'ils ont fait connaître.

L'enfant était malade depuis deux à trois ans, ayant le ventre tuméfié; fonctions intestinales irrégulières et difficiles, flatulences, douleurs spasmodiques, inappétence, émaciation progressive, attaques fréquentes de maux de cœur et vomissemens.

Les garderobes étaient rares et peu abondantes, molles et très fétides; caractères propres à l'obstruction intestinale.

Quinze jours avant sa mort, la petite malade est prise de douleurs intenses dans le ventre, de maux de cœur et de vomissemens. L'abdomen s'est immensément distendu, et est très sensible généralement : garderobes purement muqueuses, et sans aucune trace de matière fécale. Les vomissemens ont continué jusqu'à la mort. Quelques jours avant cette fin, les vomissemens étaient manifestement stercoraux comme dans l'*ileus* des nosologistes.

AUTOPSIE 14 HEURES APRÈS LA MORT. Corps émacié au plus haut degré; abdomen énormément distendu; sa surface est nuancée par des sillons et des bosselures causées par les convolutions des petits intestins. En ouvrant l'abdomen, on trouve les intestins grêles énormément distendus, leur calibre ayant trois à quatre pouces de diamètre; ils sont d'un rouge livide mat, agglutinés ensemble par de la matière albumineuse molle. En suivant le canal intestinal, on trouve le siége de l'obstruction dans le cœcum. La distension se continue jusqu'à ce point : au-dessous tout est vide; le colon est vide, contracté et sain. Le cœcum contracté et épaissi; ses tuniques sont confondues ensemble, et converties en une substance dense, opaque, blanche et cartilagineuse. Dans son intérieur, on trouve des bandes organisées, couvertes d'une membrane lisse et luisante, passant d'un côté à l'autre de l'intestin, en différentes directions, et formant une sorte de réseau irrégulier. Dans ce réseau du cœcum contracté est amassée de la matière stercorale, dure, friable, qui obstrue complètement l'intestin, de sorte que rien ne peut y passer. En continuation de cette partie est l'iléon plein de matière fécale molle, jaune et homogène : les tuniques de cet intestin sont aussi confondues ensemble et converties en un tissu fort et dense, d'une ligne d'épaisseur, analogue à du parchemin épais et sec. Toute trace de structure villeuse, ou de valvules connivcntes a disparu. Le colon est sain. L'utérus n'est pas plus gros qu'une demi petite aveline.

J'ai vu plusieurs fois l'arrêt de développement des organes sexuels occasionné par une maladie organique de quelque viscère. Si cette enfant eût guéri, elle n'aurait pas été réglée, ou bien ses menstrues n'auraient été qu'en petite quantité, pâles et irrégulières. Les maladies viscérales doivent par conséquent être rangées au nombre des causes d'aménorrhée.

La nature des lésions organiques que nous venons de rencontrer nous indique bien que c'est au cœcum que nous devons rapporter toutes les souffrances et la mort de la malade. Mais à quelle époque remonte l'origine de l'affection ? C'est ce qu'il est impossible de dire. Dans les obstructions chroniques des intestins par rétrécissement ou autre maladie, il n'est pas rare d'observer des péritonites causées par la distension intestinale, comme dans le cas précédent. Ces péritonites se succèdent par accès et se caractérisent par des signes très clairs. J'ai observé que la matière stercorale, quelle que soit la quantité collectionnée au-dessus de l'endroit obstrué, est toujours molle et homogène; condition qui contraste singulièrement avec l'état de dureté façonnée (*scibala*) de la matière qu'on rencontre dans la constipation ordinaire. La nature, comme on le voit, a le soin de conserver la matière collectionnée au-dessus de l'obstruction dans un état mou, afin de favoriser son passage à travers le rétrécissement; mais, ce qu'il y a de plus remarquable à ce sujet, c'est qu'aussitôt qu'une partie de cette matière commence à passer, la portion liquide restante audessus est résorbée, et le résidu devient dur et friable. C'est cette portion qui obstrue alors complètement le rétrécissement et cause la mort. Arrivons à-présent à la partie la plus intéressante de ce travail.

(*La suite au prochain numéro.*)

THÉRAPEUTIQUE.

NOTE SUR UN NOUVEL APPAREIL DIT GRANDE VENTOUSE PROPRE A FAIRE LE VIDE SUR LA MOITIÉ INFÉRIEURE DU CORPS; SUIVIE D'OBSERVATIONS PRATIQUES SUR L'EMPLOI DE CE MOYEN; communiquée à l'Académie des sciences par M. le docteur JUNOD.

Depuis que j'ai fait connaître l'emploi des grandes ventouses (1), j'en ai poursuivi et multiplié les applications dans des cas très graves et d'un grand intérêt pour la médecine, et les résultats que j'ai obtenus me semblent ne permettre plus de doute sur la puissance de ces appareils, à l'aide desquels le praticien peut remplir certaines indications quelquefois très urgentes avec bien plus d'énergie, et beaucoup moins d'inconvénient que par les autres moyens auxquels on a recours en pareille occasion.

Avant de rapporter l'histoire de quelques-uns des cas observés soit dans les hôpitaux, soit dans notre pratique particulière, où l'emploi des grandes ventouses a été suivi d'effets trop évidens pour qu'on puisse mettre en doute leur efficacité, je vais donner la description abrégée de ces appareils et indiquer en peu de mots la manière de les appliquer, mais après avoir toutefois rappelé que leur emploi ne se borne pas aux cas seulement où la maladie dépend d'une congestion sanguine. Les grandes ventouses produisent à la fois, non seulement les effets des dérivatifs et des révulsifs les plus énergiques, mais elles peuvent être utiles dans un grand nombre d'autres cas où l'emploi de ces agens thérapeutiques serait ou inutile ou impraticable. C'est ainsi que dans une des observations qui suivent, on verra que ce moyen m'a été utile pour vaincre la résistance opposée par les contractions musculaires à la réduction d'une luxation de l'humérus.

L'un des effets les plus curieux de l'emploi de mes nouveaux appareils et des effets opposés du vide et de la compression, c'est la facilité de provoquer la syncope et de la faire cesser instantanément à la volonté de l'opérateur. Il serait difficile de préciser exactement les services qu'on pourra retirer dans la pratique de cette *syncope artificielle*, lorsque ses effets sur l'économie, dans différens états morbides, auront été étudiés avec toute l'attention que mérite ce sujet; mais l'importance qu'attachent quelques médecins, surtout dans les pays étrangers, à l'obtenir dans les maladies inflammatoires aiguës; ses effets bien connus sur la réaction qu'elle diminue ou empêche complètement, sur la sensibilité qu'elle fait cesser instantanément, et dont on a déjà profité quelquefois pour prévenir la douleur dans les grandes opérations chirurgicales, nous font espérer qu'on pourra l'employer avec succès dans un grand nombre de cas où on n'avait pu le faire quand il fallait pour l'obtenir opérer des émissions sanguines abondantes et irréparables. Peut-être même la *syncope artificielle* pourra-t-elle fournir le moyen d'empêcher la pénétration de l'air dans les veines, dans les opérations où cet accident est à craindre, en suspendant momentanément la respiration.

DESCRIPTION DES APPAREILS.

NOUVEL APPAREIL DESTINÉ A OPÉRER LE VIDE ET LA COMPRESSION SUR LA MOITIÉ INFÉRIEURE DU CORPS, OU D'UNE MANIÈRE PLUS SPÉCIALE SUR CERTAINES RÉGIONS.

Cet instrument saisit le corps à la hauteur de la ceinture au moyen de

(1) Dans le but de rendre mes appareils pneumatiques applicables à un grand nombre de cas, j'en ai imaginé de nouveaux d'une grande puissance, et qui permettent de remplir de nouvelles indications thérapeutiques.

L'un de ces appareils saisit la moitié inférieure du corps depuis la hauteur de la ceinture; un autre saisit le corps à la même hauteur, mais il ne s'étend pas au-delà du tiers supérieur des membres abdominaux.

Je suis également parvenu à trouver le moyen de porter à plusieurs atmosphères la compression pneumatique et à réduire à un très petit volume mes premiers appareils pour la facilité du transport. Toutes ces modifications, tous ces perfectionnemens ont singulièrement agrandi la sphère de leur activité,

pièces de rétrécissement qui en modifient l'entrée. Ces pièces de rétrécissement portent à cet effet une échancrure qui se moule sur le corps, et, au moyen de larges rubans en gomme élastique, on parvient facilement à établir la jonction hermétique entre elles et les tégumens.

Cet appareil se divise en trois parties égales, qui, s'emboitant l'une dans l'autre, permettent de le réduire au tiers de sa longueur. Ces subdivisions permettent également d'agir isolément sur des surfaces moins étendues. Ainsi, la portion supérieure peut former une enveloppe hermétique autour du corps, depuis la ceinture jusqu'au tiers supérieur des membres abdominaux. Les deux parties inférieures de ce grand appareil peuvent également servir à isoler les deux membres pelviens réunis.

APPAREIL PROPRE A AUGMENTER OU A DIMINUER LA DENSITÉ DE L'AIR AUTOUR DES MEMBRES.

Dans un mémoire lu à l'Académie le 25 août 1834, nous avons donné la description des ventouses qui nous servent à opérer le vide et la compression sur les extrémités. Nous nous bornerons à indiquer ici les principales modifications que nous leur avons fait subir.

Nous avons considérablement réduit le volume de cet appareil, ainsi que le nombre des pièces de rétrécissement qui s'y adaptent; et, pour la facilité du transport, nous avons divisé chaque tube en deux portions de même longueur, et, au moyen d'un emboitement successif de chacune d'elles, nous sommes parvenus à donner à tout l'instrument un volume qui n'excède pas trois décimètres cubes.

PRÉCAUTIONS A PRENDRE LORSQU'ON VEUT OPÉRER PAR LE VIDE.

Les modifications que nous avons apportées au procédé opératoire ont surtout pour but de rendre l'appareil plus hermétique, et d'épargner au malade la pression quelquefois incommode à laquelle les pièces de rétrécissement donnent lieu. On fixe à l'entrée de ces pièces de rétrécissement de larges bandes en tissu de coton très épais. Elles doivent être coupées dans le biais de l'étoffe. Leur bord resté libre est ensuite rentré à l'intérieur des pièces, ce qui permet d'en proportionner l'entrée au volume du membre sur lequel elles doivent se mouler. Un manchon en gomme élastique sert alors comme virole hermétique, à recouvrir la jonction de ces pièces avec les tégumens, et s'oppose ainsi à la rentrée du fluide gazeux.

Dans le but de prévenir toute pression incommode, on peut établir dans les cylindres des espèces de diaphragmes mobiles sur lesquels portent les pieds. On s'oppose ainsi à ce que le membre attiré à l'intérieur par le vide ne s'engage dans les tubes, au-delà des surfaces sur lesquelles on veut agir. Une sangle qui s'adapte à leurs parois peut également servir à cet effet.

MÉTHODE A SUIVRE POUR OPÉRER LA COMPRESSION.

Lorsqu'on veut faire servir l'appareil à comprimer l'air autour des membres, on lie sur la pièce de rétrécissement un manchon de caoutchouc, qui rentre dans l'intérieur du tube pour y recouvrir le membre dans la longueur de deux décimètres.

Pour éviter que par l'effet de la compression ce manchon ne soit reporté en dehors, il est retenu par deux rubans qu'on fixe à l'extrémité opposée du tube.

L'appareil étant ainsi disposé, la compression applique le manchon sur le membre, et l'air ne peut plus se faire jour au dehors de l'appareil.

Lorsque l'on veut exercer la compression au-delà d'un quart d'atmosphère, on doit fixer le membre au moyen d'un bandage approprié à l'extrémité inférieure du cylindre pour s'opposer à ce qu'il soit refoulé au dehors par l'action de cette compression. La gomme élastique, placée à l'entrée du cylindre, doit être doublée et soutenue par un tissu plus résistant.

Lorsque l'on veut exercer une pression instantanée, des tubes en gomme élastique mettent l'appareil en communication avec des réservoirs on tubes de métal, dans lesquels l'air a été préalablement comprimé à sept ou huit atmosphères. On peut augmenter la capacité de ces réservoirs d'après l'exigence des cas.

Il suffit alors d'ouvrir un robinet, et l'air se précipite dans l'appareil où il exerce une compression qui peut y être graduée à volonté au moyen d'un baromètre. Les fluides momentanément empruntés aux régions supérieures leur sont alors restitués avec facilité à l'aide de la compression.

Afin de placer le malade dans les circonstances les plus favorables, lorsque l'on veut obtenir une syncope instantanée, on doit également faire concourir l'action de la pesanteur avec celle du vide ou de la compression. Pour plus de facilité, nous avons fait construire une espèce de table de deux mètres de longueur, mobile sur un axe qui la tient en équilibre vers son milieu; ce qui permet de donner instantanément au malade toutes les inclinaisons indiquées.

On conçoit facilement que de tels moyens ne peuvent être employés qu'avec toute la prudence qu'exige l'emploi d'un modificateur aussi puissant.

Si la syncope se fait attendre, une saignée de quelques palettes la provoque instantanément.

Les détails dans lesquels nous sommes entrés dans un précédent mémoire nous dispensent de décrire ici les phénomènes physiologiques auxquels cet appareil donne lieu.

APOPLEXIE PULMONAIRE ET CÉRÉBRALE AVEC AMAUROSE. PUISSANTE DÉRIVATION OBTENUE AU MOYEN DES GRANDES VENTOUSES. GUÉRISON.

OBS. I. — Au n. 10 de la salle Sainte-Monique était couchée, le 10 février 1838, la nommée Marie, domestique, âgée de 26 ans, d'une forte constitution. Elle avait éprouvé à peu d'intervalle deux hémoptysies abondantes. Ces accidens donnèrent lieu à une grande prostration des forces.

L'auscultation faisait reconnaître de l'engouement dans les organes de la respiration. Du reste elle ne décelait aucune autre lésion appréciable des organes thoraciques.

Lorsque je vis pour la première fois cette malade, elle venait d'être prise tout à coup et sans aucun signe précurseur d'une nouvelle hémoptysie, tellement abondante à son début, que si le sang expectoré n'eût pas été pur et vermeil, on eût pu croire à une hématémèse. La respiration ne se faisait plus qu'avec une difficulté extrême. Le pouls était faible, misérable. En même temps, le cerveau était devenu le siége d'une forte congestion. Les pupilles étaient dilatées. Il y avait abolition complète du sens de la vue. La face était parsemée de larges plaques violettes, et la malade ne cherchait point à se mettre sur son séant comme cela a lieu dans les cas de dyspnée extrême. Elle ne pouvait répondre aux questions qui lui étaient adressées.

Comme on le voit, cette affection réclamait un traitement prompt et énergique.

M. Magendie, voyant que l'on avait retiré peu d'avantage des moyens ordinairement employés en pareil cas, tels que les saignées générales, les boissons acidulées froides et autres moyens usités dans le traitement de cette maladie, voulût bien encore en cette occasion employer notre méthode dérivative dont il apprécie tous les avantages.

A neuf heures du matin, nous diminuons graduellement la pression atmosphérique sur les extrémités inférieures où elle fut maintenue à environ un huitième de sa pression normale. Le pouls qui était mou et presque filiforme diminua encore de violence. Au bout de quinze minutes, l'oppression fut moins forte et bientôt la malade put répondre à nos questions. Interrogée sur l'effet que produisait sur elle l'emploi de nos ventouses, elle répondit dans son langage: *cela me dégène.*

Au bout de vingt minutes, l'opération avait provoqué une grande prostration. La face avait pâli , et insensiblement les fonctions intellectuelles se rétablirent; cependant l'hémoptysie était encore abondante.

Après 25 minutes, la colonne barométrique de nos ventouses ayant été portée à des hauteurs variables entre un quinzième et un septième d'atmosphère, il y eut une tendance à la syncope qui fut prévenue en exerçant une compression d'un dixième d'atmosphère. Au bout de quelques minutes, le pouls s'étant relevé, le vide fut rétabli à un douzième. Nous parvîmes ainsi à nous rendre maîtres de l'hémorragie. La céphalalgie avait cessé graduellement. L'opération dura une heure et demie. Pendant son cours le pouls fut plusieurs fois insensible à l'artère radiale, et nous fûmes obligés pour explorer l'état des forces de rechercher les pulsations de l'artère temporale.

Afin de maintenir la dérivation que nous venions d'opérer on eut recours à de fréquens sinapismes appliqués sur les extrémités inférieures.

A l'aide de ces moyens l'amélioration obtenue a été progressive. Le sens de la vue s'est insensiblement rétabli. Les accidens n'ont point reparu. La malade est sortie de l'hôpital quelque temps après dans un état très satisfaisant.

Si nous examinons quels sont dans les cas d'hémoptysie foudroyante analogues à celui que nous venons de rapporter les moyens qu'on emploie dans la pratique ordinaire, si nous comparons leur peu d'efficacité avec l'énergie des accidens, si nous nous rappelons qu'ils avaient été employés sans succès chez le sujet de cette observation, et qu'il ne restait plus d'espoir que dans le *vis medicatrix naturæ* qui agit si rarement dans des cas analogues, nous reconnaîtrons toute la puissance de l'appareil employé, surtout si nous tenons compte de la rapidité avec laquelle les premiers accidens ont disparu sous l'influence de son action.

APOPLEXIE FOUDROYANTE; HÉMIPLÉGIE TRAITÉE PAR LES ÉVACUATIONS SANGUINES ET LES DÉRIVATIFS INTERNES; CONTINUATION DES ACCIDENS. GUÉRISON RADICALE PAR L'EMPLOI DE NOS VENTOUSES.

OBS. I.—M. D***, ancien officier de marine, d'un tempérament nerveux, avait toujours joui d'une bonne santé jusqu'à l'âge de 38 ans. Au commencement d'avril 1837, il éprouva des pesanteurs de tête, des vertiges, et de fréquentes céphalalgies; le bras et la jambe gauche perdirent de leur force, et le malade, comme tous les anciens militaires, fit d'abord peu d'attention à ces premiers accidens. Mais tout à coup, le 29 novembre, il perdit ses facultés sensitives,

tomba dans un carus profond, et présenta une résolution des forces et une insensibilité complètes dans tout le côté gauche du corps; il éprouvait une sorte de raideur générale et des convulsions.

Les yeux étaient fixes, fort saillans; les pupilles étaient inégalement dilatées, ce qui confirmait dans l'opinion que le cerveau était plus affecté d'un côté que de l'autre.

La paralysie des muscles de la face du côté gauche de la langue était manifeste. La distorsion de la bouche donnait lieu à un écoulement abondant de mucosités glaireuses. Les autres fonctions étaient généralement altérées, la respiration gênée. Le malade éprouvait de fréquentes palpitations de cœur.

Le pouls était irrégulier, concentré; la chaleur très forte au cou et à la tête, et ses extrémités froides. L'avant-bras gauche était fléchi sur le bras, et le pied du même côté était ramené en dedans: les moindres variations atmosphériques faisaient entrer en contraction tous les muscles paralysés. Ce phénomène s'observaient surtout à la face.

On combattit ces graves accidens par plusieurs émissions sanguines, des purgatifs, des révulsifs fréquemment appliqués sur les extrémités. La céphalalgie persista, et les accidens augmentèrent d'intensité. Bientôt l'état des forces ne permit plus de recourir aux évacuations sanguines. Enfin, tous les moyens usités en parei' cas ayant échoué, ou eut alors recours à nos ventouses.

Le 11 décembre, à trois heures de l'après-midi, en présence de M. le docteur Petit, et d'après les prescriptions de MM. Andral fils et Chermside, qui furent appelés en consultation, nous plaçâmes les extrémités inférieures dans les cylindres pneumatiques. La pressinu fut diminuée d'un douzième sur le membre droit, tandis que sur le membre gauche, où la sensibilité était très obtuse, la diminution fut portée à un septième d'atmosphère. Nous pûmes, en opérant de la sorte, obtenir une modification puissante dans la répartition des fluides vitaux, saus toutefois faire éprouver au malade aucune gêne locale.

On sait qu'en général, dans les affections de l'encéphale, il faut soigneusement éviter tout ce qui peut stimuler trop fortement le cerveau, et conséquemment épargner au malade toute sensation douloureuse.

A trois heures vingt-cinq minutes, le pouls donna 12 pulsations de plus par minute qu'avant l'opératiun. Son volume diminua également. La céphalalgie, qui était très vive vers la partie latérale antérieure gauche du front et vers l'occiput, commença à n'être plus ressentie que dans ce dernier point. Cette amélioration coïncidait avec la décoloration de la face, qui perdait graduellement de son expression d'anxiété, et indiquait assez le dégagement de l'appareil encéphalique. Enfin, la céphalalgie céda complètement, et l'on put constater en cette occasion avec quelle promptitude l'emploi de nos ventouses avait dissipé une série de symptômes alarmans.

Cette première opération, qui eut une heure de durée, ne donna lieu à aucun autre phénomène remarquable; seulement elle fut suivie d'une espèce de collapsus, d'une tendance au sommeil et au repos.

Le 12, le malade a mieux reposé que durant les nuits précédentes; la céphalalgie est revenue vers le matin et persiste encore. Toutefois, le moral est moins affecté, et la myotilité reparait dans le bras gauche. Nous revenons à une seconde opération à la même heure que la veille, l'expérience nous ayant démontré que les dernières heures du jour sont généralement préférables.

Cette seconde opération produisit des effets aussi avantageux que celles de la précédente. La céphalalgie ne tarda pas à céder à l'entraînement mécanique et gradué des fluides vers les extrémités du corps. Le même moyen fut mis en usage pendant les huit jours suivans, avec des résultats constans et durables; des fourmillemens se firent bientôt sentir dans toute l'étendue des membres affectés. L'exécution des mouvemens ne se fit pas longtemps attendre. La rigidité du pied gauche et sa torsion en dedans furent presque entièrement dissipées. L'avant-bras put s'étendre sur le bras. La déglutition et les fonctions des organes de la voix s'exécutèrent avec facilité. Depuis cette époque, la figure reprit son aspect naturel; la bouche cessa d'être contournée; la langue ne fut plus déviée; les forces augmentèrent; et, à différens intervalles, nous avons eu encore recours aux mêmes moyens; c'est-à-dire chaque fois que la céphalalgie ou quelque autre accident semblait vouloir retarder la marche de la guérison, qui continua à faire de rapides progrès. Ainsi, sous l'influence de ce traitement à la fois puissant et d'une parfaite innocuité lorsqu'il est dirigé convenablement, la myotilité s'est rétablie dans tout le côté; et depuis lors, il y a de cela plusieurs mois, la santé s'est maintenue.

Cette observation o'a pas besoin de commentaire; il suffit, pour en apprécier avec exactitude toute l'importance, de se rappeler avec quelle lenteur se développent les phènomènes réparateurs chez les sujets qui ont été frappés d'hémorragie cérébrale, lorsqu'une fois les moyens qu'on emploie ordinairement l'ont été sans succès, et de les comparer avec les changemens rapides que nous voyens survenir successivement dans l'état du malade, aussitôt qu'il fut soumis à l'influence de nos appareils, dont l'usage fit à la fois disparaître et les accidens anciens et les symptômes qui en annonçaient de noaveaux, et probablement plus graves, malgré l'emploi rationnel des évacuations sanguines auxquelles, du reste, l'état du malade ne permettait plus d'avoir recours.

VARIOLE GRAVE, DÉVELOPPEMENT LENT ET INCOMPLET DES PUSTULES, ACCIDENS CÉRÉBRAUX. ÉTAT COMATEUX PROLONGÉ; EMPLOI DES GRANDES VENTOUSES, GUÉRISON.

Obs. — Le nommé Cher, maçon, âgé de 20 ans, d'une bonne constitution, d'un tempérament sanguin, fut admis à l'Hôtel-Dieu le 15 sept. 1837, et fut couché au n° 21 de la salle Ste-Martine. On observa bientôt chez ce malade des pustules varioliques à la face et sur les régions supérieures du corps.

Cependant le développement de ces pustules paraissait lent et incomplet. Vers la huitième nuit de son entrée à l'hôpital, il fut pris de convulsions, tomba de son lit, et il resta ainsi exposé pendant longtemps à l'action du froid. On dut, dès ce moment, recourir à la camisolle de force pour le contenir dans son lit, où il demeura dans un état comateux. Différentes médications furent employées sans succès, soit pour faciliter le retour de l'exanthème cutané, soit afin de combattre les accidens cérébraux qui étaient survenus.

Tous ces moyens ayant échoué, le médecin chargé du service porta alors le pronostic le plus grave. Il voulut bien toutefois soumettre ce malade à notre médication dérivative.

A 11 heures du matin nous diminuâmes d'un dixième la pression atmosphérique sur les extrémités supérieures et inférieures simultanément. Au bout de quinze minutes, l'insensibilité complète dans laquelle se trouvait le malade nous permit de diminuer d'un quart la pression atmosphérique, non point sur les quatre extrémités simultanément, mais successivement sur chacune d'elles.

Ainsi de dix minutes en dix minutes, la dérivation était obtenue sur une autre extrémité. En agissant de la sorte, nous avions pour but de stimuler avec force la vitalité des tégumens, sans toutefois amener la syncope, ce qui aurait eu lieu infailliblement, si nous eussions agi avec la même puissance sur les quatre extrémités en même temps.

A 11 heures 45 minutes, le malade commença à donner des signes de sensibilité et articula assez distinctement quelques paroles; nous dûmes revenir alors à une action simultanée sur les membres thoraciques et abdominaux. La pression de l'air fut modifiée d'après l'état du pouls, consulté à l'artère temporale; et, jusqu'à la fin de l'opération, qui eut une heure de durée, la modification atmosphérique que nous produisîmes varia entre un septième et un quinzième d'atmosphère.

Après l'opération, les extrémités sur lesquelles nous venions de faire le vide étaient rubéfiées et les pustules qui existaient en petit nombre laissaient échapper une sérosité lymphatique et sanguinolente. Dès ce moment, il y eut chez ce malade une amélioration marquée. Il se fit une éruption de pustules nouvelles, mais seulement sur les points où nous avions opéré le vide. Les accidens cérébraux n'ayant plus reparu, nous ne vîmes point la nécessité de revenir à une seconde opération. Ce malade n'a pas tardé de sortir de l'Hôtel-Dieu dans un état de santé parfaite.

Ce malade pourrait nous fournir l'occasion de réflexions analogues à celles que nous avons faites sur les sujets des deux observations précédentes; mais, poor éviter des répétitions, nous nous bornerons à signaler un fait qui lui est particulier et qui oous semble de nature à ameoer à qoelque inductioo thérapeutiqoe importante dans les cas si communs où l'éruption de la variole ne se faisant qu'avec une difficulté extrême, on voit se développer des accidens graves et souvent mortels. Ce fait, c'est l'éruption des pustules nouvelles sur les points seuls où le vide avait été opéré. Si, comme il est ratiooel de le supposer, c'est à la difficulté avec laquelle se faisait l'éruption varioleuse chez ce sujet qu'on doit attribuer les accidens graves qui ont compromis soo existence, et si, comme on est encore en droit de l'avancer, c'est à l'action de l'appareil pneumatique qu'on doit attribuer et l'éruption complémentaire qui a eu lieu et la disparition des accidens, pourquoi n'emploierait-oo pas le même moyen dans les cas analogues qui se rencontrent si fréquemment dans la pratique? Pourquoi encore n'en espèrerait-on pas le même succès dans les cas de rougeole et de scarlatine imparfaitemeot développées, qui oe sont ni moins communs ni moins graves?

AFFECTION MORALE VIVE; AMÉNORRHÉE; CONGESTION DES ORGANES DE LA CIRCULATION; PALPITATIONS DE CŒUR; TRAITEMENT PAR LES ÉVACUATIONS SANGUINES RÉPÉTÉES; CONTINUATION DES ACCIDENS. GUÉRISON PAR L'EMPLOI DES GRANDES VENTOUSES.

Obs. IV. — Désirée Gary, couturière, âgée de 20 ans, entra à l'Hôtel-Dieu, le 3 décembre 1834. Cette jeune fille, d'un tempérament lymphatique, d'une constitution débilitée, grêle, nerveuse, venait d'éprouver de violens chagrins causés par la perte récente de sa mère.

Elle fut atteinte presque immédiatement de palpitations de cœur, et ressentit dans la région de cet organe des élancemens continuels. La menstruation s'était supprimée. Des vertiges la forçaient à garder le lit. Un médecin qu'elle fit appeler en ville pratiqua une saignée, et fit appliquer des sangsues qui n'apportèrent aucun soulagement.

C'est alors qu'elle se fit transporter à l'Hôtel-Dieu.

Le matin, à la visite, un examen attentif de la poitrine fit découvrir un commencement d'hypertrophie du cœur. Ses battemens se faisaient entendre à l'auscultation dans presque toute l'étendue de la poitrine et s'accompagnaient d'un léger bruit de soufflet.

Le pouls était petit, irrégulier, la céphalalgie continuelle; les sens de l'ouïe et de la vue étaient affaiblis, surtout du côté droit.

La jeune malade éprouvant des douleurs dans les régions hypogastrique et lombaire, différentes médications furent tentées de nouveau, sans plus de succès, à l'Hôtel-Dieu; c'est alors que M. Magendie prescrivit l'emploi de nos ventouses.

Le 8 janvier, nous avons cherché à rappeler la fluxion sanguine vers l'utérus, et cette opération a été tentée le plus près possible de l'époque où les menstrues devaient reparaître, afin d'accroître avec plus de chance de succès l'activité vitale de cet organe.

A deux heures de l'après-midi, nous diminuâmes la pression atmosphérique sur les extrémités inférieures, d'abord d'un neuvième; puis, graduellement, nous élevâmes la colonne de mercure à 12 décimètres.

Quinze minutes s'étaient à peine écoulées que les battemens du cœur étaient

devenus moins forts; la face, qui était d'un rouge livide, devint très pâle; il y eut tendance au sommeil et même à la lipothymie.

Nous revenons alors à un septième d'atmosphère, et, au bout de vingt-cinq minutes, la céphalalgie a complètement cédé. Sommeil calme qui dura dix minutes; le pouls se releva.

Nous portâmes de nouveau la diminution à un huitième d'atmosphère. De légers frissons se firent alors ressentir dans les régions supérieures, et dépendaient sans doute de la privation du sang que nous venions de soustraire à la circulation générale.

L'opération dura une heure, et ne donna lieu à aucun phénomène notable.

Le 9, pour la première fois depuis plusieurs semaines, la malade a pu se lever sans éprouver de vertiges; elle a eu, durant la nuit, un sommeil réparateur; les battemens de cœur sont moins forts; les vertiges et la céphalalgie n'ont pas reparu. Légère teinte cyanosée des lèvres et de la face.

Le 10, nous revenons à l'emploi de nos ventouses, augmentant et diminuant la hauteur de la colonne barométrique, suivant le degré de force du pouls. Nous croyons devoir faire remarquer en passant que cette partie de l'opération exige un soin tout particulier. Il ne s'agit pas de priver un organe de la quantité de sang qui lui est nécessaire pour fonctionner; mais il s'agit seulement de rétablir l'équilibre dans la répartition de ce fluide.

Nous revînmes encore deux fois à la même opération, durant les jours suivans; chacune d'elles dura une heure, et fut suivie d'une amélioration marquée.

Après la quatrième, la menstruation s'était rétablie; la guérison fut dès-lors rapide; et, le 18 janvier, cette malade est sortie de l'hôpital dans l'état le plus satisfaisant.

Cette guérison s'est maintenue depuis quatre ans.

L'apparition des règles chez cette jeune malade, après la quatrième application de nos appareils, après l'emploi inutile de différentes médications appropriées à son état, tant en ville qu'à l'Hôtel-Dieu, est un phénomène trop remarquable pour qu'on l'attribue à une simple coïncidence. Ici l'effet a suivi de trop près la cause pour que la liaison qui unit ces deux faits ne soit pas évidente. D'ailleurs, l'aménorrhée est l'une des maladies où l'emploi de l'appareil nous a offert le résultat le plus heureux et de la manière la plus constante. Parmi les nombreuses observations que nous avons recueillies sur ce point, la suivante nous paraît également digne d'intérêt.

VIVE FRAYEUR, SYNCOPES RÉPÉTÉES, SUPPRESSION DE LA MENSTRUATION, ICTÈRE, CONGESTION CÉRÉBRALE TRAITÉE PAR LES MOYENS ORDINAIRES, CONTINUATION DES ACCIDENS, EMPLOI DE NOS MOYENS THÉRAPEUTIQUES. GUÉRISON.

Obs. V. — Denise, âgée de 23 ans, domestique, d'une bonne constitution, d'un tempérament éminemment sanguin, avait toujours joui d'une bonne santé jusqu'au 6 novembre dernier.

A cette époque, elle éprouva une vive frayeur et tomba deux fois en syncope à peu d'intervalle. La menstruation qui avait lieu en ce moment se supprima, et peu de temps après dans la nuit il se manifesta une ictère accompagnée de violentes céphalalgies qui furent traitées par des pédiluves sinapisés et des applications de sangsues. Voyant que sa maladie continuait, cette fille se fit transporter à l'Hôtel-Dieu où elle fut admise et couchée au n. 36 de la salle Sainte-Monique.

Des médications internes et externes furent d'abord tentées sans amélioration notable, et M. Magendie consentit alors à employer des moyens plus certains, et qui nous avaient déjà réussi un grand nombre de fois en pareil cas.

Le 17 décembre, nous diminuâmes la pression atmosphérique sur les extrémités inférieures d'un 7|8 de la pression normale. Au début de cette opération nous eûmes le soin de rétablir de moment en moment l'équilibre de l'air, et chaque fois que la malade en manifestait le désir. On peut aussi obtenir une dérivation puissante sans que l'opération donne lieu à de la gêne et encore moins à de la douleur.

A deux heures quinze minutes, on vit la face pâlir graduellement, la céphalalgie diminua. Après vingt-cinq minutes, calme, absence de toute douleur, tendance au sommeil. Le pouls a augmenté de quinze pulsations par minute. A deux heures trente minutes, la malade commence à ressentir des douleurs vers les lombes et la région de l'utérus. Ces douleurs devenant graduellement plus vives, nous rétablissons l'équilibre de l'air dans les cylindres afin de les modérer.

Après quarante-cinq minutes, les épreintes étant moins vives, nous revenons à 1|9 d'atmosphère, et terminons l'opération après une heure de durée.

Le 18, la malade a reposé durant la nuit. Il est survenu une leucorrhée abondante suivie immédiatement de la réapparition des menstrues.

La malade n'éprouvant plus aucune douleur, cette seule opération a suffi pour rétablir l'équilibre. Elle n'a pas tardé à sortir de l'hôpital dans un état de santé parfait.

Dans le même service et dans l'espace de quelques jours, plusieurs cas d'aménorrhée ont été soumis à notre nouveau mode de traitement avec un égal succès.

La pratique nous ayant démontré la facilité avec laquelle on peut provoquer la syncope, au moyen de nos ventouses, nous avons cherché à tirer parti de ces résultats pour assurer le succès de certaines opérations chirurgicales et pour soustraire le malade aux douleurs inévitables auxquelles ces opérations donnent lieu.

Il nous restait toutefois à faire subir à ces instrumens quelques modifications afin de pouvoir neutraliser à l'instant par la compression pneumatique les effets du vide. Ce but est à peu près atteint maintenant, et nous croyons devoir citer ici un cas récent dans lequel ce moyen nous a été d'un très grand secours.

CHUTE VIOLENTE SUR LE COUDE, LUXATION DU BRAS EN BAS ET EN AVANT, RÉDUCTION RENDUE DIFFICILE PAR LES EFFORTS MUSCULAIRES DU MALADE, SYNCOPE OBTENUE A L'AIDE DE NOS VENTOUSES, RÉDUCTION FACILE, GUÉRISON.

Obs. VI. — Laurent, chapelier, âgé de 30 ans, d'une forte constitution, fit une chute sur le boulevart, le 27 février dernier, au moment où il voulait monter sur le trottoir pour éviter une voiture; il se luxa le bras droit; la tête de l'humérus vint se loger sur le côté interne du bord antérieur de l'omoplate, entre les bords antérieurs du muscle sous-capulaire en avant, et la longue portion du triceps en arrière. Il en résultait de violentes douleurs produites par la contraction musculaire et le tiraillement des nerfs. M. le docteur Martin fit d'abord des tentatives de réduction qui furent sans résultat et qui étaient surtout neutralisées par la résistance involontaire des puissances musculaires; c'est alors qu'il voulut bien nous appeler en consultation et tenter l'emploi de nos ventouses pour faciliter cette réduction.

Le même jour, à trois heures de l'après-midi, après avoir fait placer le blessé sur un plan incliné, de manière à faire concourir l'action de la pesanteur avec celle du vide, nous opérâmes le vide depuis les extrémités des membres pelviens jusqu'à la hauteur de la ceinture à l'aide de celle de nos ventouses qui nous sert à cet effet. Au bout de dix minutes la diminution de pression atmosphérique fut portée à un sixième d'atmosphère. Comme l'action du vide ne paraissait donner lieu à aucune douleur locale, la colonne de mercure fut élevée à dix-huit centimètres. Après quinze minutes, la face commença à pâlir. Les douleurs vives que le malade éprouvait vers l'articulation scapulo-humérale se calmaient graduellement et la contraction des muscles de cette région paraissait moins forte; cependant l'engourdissement du bras luxé persistait encore.

Au bout de vingt minutes, le pouls a augmenté en fréquence et son volume a diminué graduellement. Il survint quelques nausées et la syncope eut lieu après trente-cinq minutes.

La coaptation se fit alors avec la plus grande facilité, et la tête de l'os rentra dans la cavité articulaire sans donner lieu au bruit qui accompagne ce temps de l'opération.

La pression atmosphérique fut amenée aussitôt à son état normal, et les fonctions de l'encéphale se rétablirent immédiatement avant même que nous eussions exercé la compression pneumatique. Le bras fut maintenu rapproché du corps par un bandage approprié, et depuis cette époque, la marche rapide de la guérison n'a été contrariée par aucun accident.

CONCLUSIONS.

Il ressort de ces observations que, dans le cas où les saignées locales ou générales, bien qu'indiquées, n'avaient point eu le résultat qu'on en attendait, ce résultat a été obtenu par l'emploi des grandes ventouses, appliquées sur une partie plus ou moins considérable du corps. Nous ne nierons pas cependant que les médications antérieures n'aient pu avoir quelque part au succès, en le préparant; mais il n'en est pas moins vrai que ce n'a été qu'après l'emploi de l'appareil que les accidens ont diminué. Jusque-là il n'y avait pas eu de rémission sensible dans les symptômes inflammatoires; une seule application des ventouses a fait cesser complètement les accidens. Ce moyen thérapeutique énergique, trop négligé, et qu'on pourrait rendre d'un usage fréquent, produit, dans presque tous les cas, de très bons effets, surtout dans les affections graves et profondes.

J'ai été témoin d'une multitude de cas dans lesquels il a été d'une très grande efficacité.

D'ailleurs, ce traitement devient la ressource presque exclusive du praticien, quand tous les autres ont échoué. Tous les médecins conviennent aujourd'hui que les maladies consistent dans la rupture de l'équilibre des forces, et leur traitement dans leur rétablissement. Quand donc une première application de mes ventouses n'a pas triomphé de la phlegmasie, on doit persister dans leur emploi et rendre leur action plus énergique.

Ce précepte est de la plus haute importance, car, en général, on abandonne trop tôt les révulsifs.

Les exemples de succès que j'ai rapportés sont peut-être insuffisans pour établir la supériorité réelle de cette méthode de traitement, mais ils doivent éveiller l'attention des praticiens et les engager à répéter ces moyens dans des cas analogues.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX AMÉRICAINS ET INDIENS.

I. THE AMERICAN JOURNAL OF ETU MEDICAL SCIENCES.

Le numéro de février 1838 contient les articles originaux suivans : 1° *Sur l'action physique des systèmes capillaires. Identité de la force du mouvement et de la force chimique*; par M. J. Draper, professeur de chimie et de physiologie; 2° *Cas de blessure au pharynx; guérison*; par M. J. Porter; 3° *Remarques sur la staphyloraphie*; par M. J. Mettaner (rien de bien saillant); 4° *Nouveau traitement de l'ankylose*; par M. Rhea Barton; 5° *Cas d'accouchement compliqué*; par M. W. Denny; 6° *Avortement artificiel à l'aide de l'huile de savinier*; par M. Lee, de New-York; 7° *Cas de monstruosité*; par M. Jackson; 8° *Remarques sur les affections tuberculeuses*; 9° *Faits pratiques de chirurgie*; par le professeur Mussey; 10° *Abcès hépatique communiquant avec un abcès pulmonaire; autopsie*; par M. W. Pepper; 11° *Lacération de l'ileum par cause externe*; par M. Annan; 12° *Dissection d'un fœtus monstrueux*; par M. Carrel; 13° *Rétention d'un fœtus mort dans l'utérus*; par M. J. Andrews.

CAS REMARQUABLE DE BLESSURE AU PHARYNX; PERTE COMPLÈTE DE L'ÉPIGLOTTE ET DE L'OS HYOIDE; GUÉRISON; par M. PORTER.

Obs. — Le 15 juin 1837, un homme, de constitution athlétique, essaie de se suicider en se coupant la gorge avec un rasoir. Il se pratique deux énormes incisions horizontales immédiatement au-dessus de l'os hyoïde. La première s'étend depuis quelques lignes en dedans de la carotide gauche jusqu'à la gaine de la carotide droite qu'on voit battre à cet angle de la plaie. La seconde a suivi la même direction et a atteint les tissus profonds. Une portion de l'épiglotte a été divisée par l'instrument; le reste de cette membrane a été ensuite enlevée par la gangrène. Le pharynx est évidemment divisé complètement; on voit les vertèbres à nu au fond de la plaie.

On panse en réunissant la plaie par la position fléchie de la tête et quelques points de suture. Une sonde œsophagienne est passée par la plaie dans l'estomac et laissée en permanence. Une bouteille de gomme élastique sert à injecter par cette sonde des tisanes et des alimens.

Le troisième jour, le malade a un accès de fureur, ôte l'appareil, déchire les points de suture et relève la tête. Le larynx est déplacé par l'action musculaire, et ne peut être rapproché de la lèvre supérieure de la plaie. La sonde œsophagienne n'avait pas été déplacée. Le malade expectore une grande quantité de matière muco-purulente par les poumons. On mouille continuellement la bouche du malade à l'aide d'une éponge. S'il essaie de boire, le liquide sort en partie par la plaie et occasionne de la toux.

Une foule d'accidens surviennent; on les combat par divers moyens, selon leur nature; la toux qui agite continuellement les parties est combattue par la propreté incessante de la plaie.

Le 24 février, la plaie est bourgeonneuse. La sonde œsophagienne est ôtée; une sonde métallique est de temps en temps introduite par la bouche et l'on y injecte des alimens et la boisson. Plusieurs parties de la plaie se gangrènent et tombent; l'épiglotte tombe en totalité conjointement à l'os hyoïde; M. Porter conserve cette pièce.

Le 1er juin, on constate à l'examen de la plaie les particularités suivantes. L'endroit qui répond au passage des alimens est marqué par une dépression cotoyée de deux corps hémisphériques analogues à deux demi-cerises très lisses; ils résultent d'une sorte d'élévation partielle des côtés du larynx et de la muqueuse qui les couvre.

Les granulations de la plaie deviennent tellement abondantes qu'elles bouchent l'ouverture de la glotte; le malade tombe dans un état d'asphyxie effrayant et l'on croit qu'il va mourir; il a les yeux tournés, les extrémités froides, sueur froide, insensibilité générale. M. Porter introduit dans le larynx une pince presse-artère dont il écarte les branches pour élargir la glotte; il les tient écartées à l'aide d'une vis; soulagement instantané. L'instrument est tenu en place par la main d'un aide.

Le lendemain la pince est remplacée par un tube courbe en étain qu'on introduit dans le larynx où on le fixe dans le double but de donner passage à l'air et de réprimer les granulations abondantes de la muqueuse. Le malade supporte à merveille la présence de ce corps dans le canal de l'air; il rejette commodément les mucosités abondantes sécrétées dans les bronches et respire assez librement.

Le 7 le malade se sent si bien qu'il sort sans permission et se promène avec un cigare à la bouche. La plaie est rétrécie. Bronchite chronique; expectoration abondante.

Après deux mois de traitement, il ne reste plus qu'une ouverture fistuleuse à l'endroit de la plaie. Cette ouverture communique avec le larynx et le pharynx. Le malade ne peut respirer qu'à travers le tube métallique qu'il continue à porter dans le larynx : l'ouverture du pharynx s'est oblitérée après deux cautérisations avec le fer incandescent. Le malade vaque à ses affaires; il est aphone et se porte bien, malgré qu'il ne respire que par le tube métallique.

Cette observation démontre 1° l'importance qu'il y a de bien affronter primitivement ces sortes de plaies à l'aide de la suture, sous peine de voir les malades périr asphyxiés par la rétraction du larynx, ou bien de ne guérir qu'en conservant deux infirmités graves, une fistule au cou et l'aphonie. La réunion cependant ne doit être jamais complète dans ces cas; la partie centrale de la plaie doit rester béante pendant quelque temps pour la facile expectoration des matières.

2° La tolérance extrême du canal aérien. Il est bien remarquable que le larynx dont la sensibilité est si exquise qu'une seule goutte d'eau suffit pour provoquer une toux violente, puisse au besoin s'habituer impunément à la présence irritante d'une canule métallique.

« On a, dit M. Porter, dans ce fait, un exemple remarquable de la connexion de la portion dure (nerf respirateur de la face de sir C. Bell), avec les actes de la respiration, et de la sympathie qui existe entre cette fonction et les mouvemens des narines, du larynx et de la trachée qui reçoivent les filets de ce nerf. Aussitôt après l'accident, en effet, j'ai observé que durant la respiration profonde et laborieuse, bien que tout l'air arrivât dans les poumons par la plaie du larynx, les narines s'épanouissaient et s'affaissaient comme dans la respiration normale.

» La perte de l'os hyoïde n'a pas empêché la guérison de se faire. Cette circonstance rend le fait rare et peut-être unique. En parlant de ses usages Bell a dit : «L'os hyoïde est le centre des mouvemens de la langue; il est l'origine des muscles qui composent le moignon de cet organe, des mouvemens de la trachée, et il forme à la fois le sommet du canal de l'air et la racine de la langue. Il est le centre des mouvemens du pharynx, ses cornes en entourent la partie supérieure et l'unissent au canal de l'air. Il est aussi le centre de tous les mouvemens de la gorge en général; car plusieurs muscles descendent du menton à l'os hyoïde pour mouvoir toute la gorge de bas en haut; d'autres montent du sternum à l'os hyoïde pour mouvoir la gorge de haut en bas; d'autres enfin y vont obliquement de l'apophyse coracoïde de l'omoplate pour tirer la gorge en arrière, tandis que l'os hyoïde continue toujours à rester dans le centre de ces mouvemens. » (Bell's Anatomy.)

« Chez notre malade cependant la perte de l'os hyoïde n'a entraîné aucune fâcheuse conséquence, les mouvemens de la gorge étant restés à l'état normal; le malade en effet déglutit sans la moindre difficulté et offre dans cet acte l'élévation ordinaire du larynx; il peut aussi tirer sa langue en dehors de la bouche, mais à la vérité pas autant que dans l'état naturel. »

NOUVEAU MODE DE TRAITEMENT DE L'ANKYLOSE; par M. J. RHEA BARTON.

En avril 1827, l'auteur publia dans le *North american medical and surgical journal*, les détails d'un cas d'ankylose complète de la hanche qu'il guérit à l'aide d'une nouvelle méthode, l'établissement d'une articulation artificielle supplémentaire. Il fait connaître aujourd'hui un autre cas non moins heureux de la même opération au genou.

Dans le premier cas, il scia le col du fémur, redressa le membre qui était dévié de sa rectitude, cousit la plaie extérieure et empêcha la réunion de l'os en remuant les fragmens de temps en temps et en portant doucement le membre dans l'abduction, l'adduction, la rotation, la flexion et l'extension. Après quelques semaines de ce traitement, les surfaces osseuses perdirent la tendance à la réunion, devinrent obtuses et lisses, et des bandes ligamenteuses de conjonction se formèrent comme dans les articulations accidentelles. Les muscles s'adaptèrent bientôt aux exigences du nouvel état de choses et le malade put se servir de son membre. Pendant six ans, il en retira les plus grands avantages ayant pu marcher, reprendre sa profession de bahutier et vaquer à son commerce. A cette époque cependant ayant éprouvé des malheurs et des chagrins, il cessa de mener une vie régulière; la nouvelle articulation commença à devenir de moins en moins mobile, et enfin elle s'ankylosa à son tour complètement. Le membre cependant resta droit, et le malade continua à s'en servir. Il mourut plus tard de phthisie pulmonaire après avoir essuyé le choléra asiatique. A l'autopsie j'ai trouvé les parties dans l'état que je viens de décrire et ankylosées. L'ankylose s'était établie deux ans avant sa mort.

Le fait que l'auteur fait connaître aujourd'hui est relatif à une ankylose du genou.

Obs. — M. Seeman Daas, D. M., résidant autrefois à Charleston, aujourd'hui à Alabama, essuya à l'âge de 9 ans une inflammation suppurative à un genou; la membrane synoviale, les ligamens et les cartilages furent détruits. Il finit par guérir par ankylose parfaite; le tibia, le fémur et la rotule ayant acquis des adhérences organiques solides entre elles; mais son plus grand malheur était d'avoir en même temps la jambe fléchie à angle droit sur la cuisse; il ne pouvait marcher qu'à l'aide de moyens artificiels, ce qui lui était fort pénible, et avait fini par lui causer quelques déviations qu'il est inutile de particulariser en ce moment.

A l'âge de 16 ans, il s'adonna à l'étude de la médecine, et devint un prati-

cien très distingué; mais la position de la jambe devenait de plus en plus pour lui un obstacle au progrès, une cause incessante de vexation. Il se rendit donc à Philadelphie chercher du remède à sa difformité, et se confia aux soins de M. Barton, qui l'opéra le 27 mai 1835.

Opération. Il pratique deux incisions sur le fémur, immédiatement au-dessus de la rotule : la première commence au bord antérieur du condyle fémoral externe, et se termine au côté interne, en passant obliquement sur la face antérieure de la cuisse : la seconde commence aussi sur le côté externe, à deux pouces et demi au-dessus de la première, traverse pareillement la face antérieure de la cuisse, et se termine au côté opposé, en se réunissant à angle aigu avec la première.

Ces incisions ont intéressé les tégumens, le tendon des muscles extenseurs de la jambe à son insertion à la rotule, quelques fibres des muscles droit et crural, une grande partie du vaste interne et une portion du vaste externe.

Il en est résulté un lambeau triangulaire, composé des parties précédentes, près des condyles, qui a été disséqué du sommet vers la base.

On dissèque les parties molles au côté externe de l'os, en allant de la base du lambeau vers le jarret, et en portant le bistouri autour de la circonférence de l'os, de manière à faire un espace suffisant pour le passage d'une scie.

Le lambeau est alors renversé de côté, et l'on scie facilement une tranche triangulaire du fémur comme un coin (*a triangular or wedge-like-piece*), à l'aide d'une petite scie étroite. Ce coin de l'os ne comprend pas tout le diamètre du fémur; quelques lignes de la couche postérieure du cylindre osseux sont restées intactes. En inclinant doucement la jambe en arrière, cette couche osseuse a cédé, et la solution a été complète (1).

Ce mode de division du fémur a été exécuté à dessein, dans le triple but de ne pas léser l'artère poplitée par l'action de la scie, de prévenir la réunion de l'os, et de garantir les vaisseaux poplités du travail suppuratif, en attendant que la lamelle osseuse postérieure serait résorbée.

Aucun vaisseau n'a du être lié. L'opération n'a duré que cinq minutes. On panse en appliquant exactement le lambeau sur la plaie; on met un appareil léger par dessus. Le membre est placé sur un plan incliné ayant un angle pareil à celui qu'offrait le membre avant l'opération. On le maintient dans cette position jusqu'à ce qu'on croie que les aspérités de la lamelle osseuse fracturée soient arrondies et devenues incapables de blesser l'artère par l'allongement du membre; on élargit alors petit à petit l'angle du plan incliné, et l'on finit par mettre le membre en ligne droite; on le fixe dans cette position à l'aide d'un appareil à fracture.

Durant le traitement, on fait grande attention aux vaisseaux poplités, en évitant toute espèce de violence et même de pression au jarret; on enveloppe la plaie de coton cardé.

Au bout de deux mois, la plaie est cicatrisée. On tient le membre en appareil pendant deux autres mois.

Après le quatrième mois de l'opération, le malade se lève et se tient debout sur les deux pieds, les deux talons touchant également sur le sol, bien qu'un léger angle avait été laissé à dessein au genou, afin que dans la démarche il ne fût pas obligé de porter le genou en dehors, ainsi que cela arrive lorsque cette articulation est ankylosée en droite ligne.

Le malade commence à marcher en se servant de souliers ordinaires. La force de son membre augmente tous les jours.

Le 19 octobre, le malade retourne fort satisfait dans sa province reprendre le service de sa clientelle. Il a continué pendant quelque temps à faire usage d'une attelle pour aider l'action du membre, et d'une béquille ou canne. Son état s'est amélioré de plus en plus par l'exercice, et le membre a recouvré la plupart de ses usages.

Le 6 novembre 1837, le médecin opéré écrivait au médecin opérateur en ces termes : « J'ai, mon cher confrère, la satisfaction de vous dire que l'opération que vous avez pratiquée sur ma jambe a complètement réussi, et au-delà de mes espérances. Le petit abcès que j'avais en partant est resté ouvert, et a laissé échapper de temps en temps des petits morceaux d'os jusqu'au mois d'août, époque de l'issue du dernier fragment osseux; il s'est alors cicatrisé. Depuis le mois de janvier, je marche très bien; je vaque à mes affaires de clientelle; je monte à cheval et je fais quelquefois 30 à 50 milles par jour sans me fatiguer. La plaie est cicatrisée, et je ne souffre autrement en marchant et en allant à cheval, que du sentiment de la raideur du genou. Je marche sans canne ni aucun autre secours, toute la plante de mes pieds touche le sol, et je ne boite qu'à peine. Je vous ajoute avec un grand plaisir que le pied et la jambe ont considérablement pris du volume, de manière à égaler les mêmes parties de l'autre membre, etc., etc. »

Le succès obtenu par M. Barton est des plus importans de la chirurgie; son opération se recommande hautement à la méditation des praticiens. La difformité pour laquelle l'opération a été pratiquée est fort fréquente et fort grave à la fois; on sait que l'amputation du membre a été conseillée et pratiquée pour cela, avec des résultats souvent funestes. On ne peut dire pourtant que l'opération de M. Barton soit sans danger; mais, outre que ce danger est beaucoup moindre que celui de l'amputation, le résultat qu'on peut en obtenir est infiniment supérieur. Ce qu'il y a de plus étonnant dans le fait précédent, c'est que les muscles qui, dès l'âge de neuf ans, étaient bridés et sans action, se sont prêtés si facilement à un allongement complet sans inconvénient, de même que les vaisseaux; il est vrai que les muscles extenseurs avaient été coupés par l'opération; mais les fléchisseurs étaient restés intacts.

« Il est clair, dit l'auteur, que si le tibia et le fémur eussent pu être divisés à l'endroit de l'articulation naturelle, ce point aurait dû être préféré pour l'opération ; mais, dans le cas présent, le volume des condyles et l'adhérence de la rotule se sont opposés; l'étendue qu'il aurait fallu donner aux incisions aurait été trop considérable; et, d'ailleurs, l'artère poplitée touchant les condyles, l'opération n'aurait pas été aussi sûre.

» L'endroit le plus convenable pour la section de l'os est celui qui est le plus près de l'articulation et le plus à l'abri des objections qui précèdent.

» Le lambeau disséqué de l'os était composé de parties qui, dans l'état naturel du genou, auraient été impropres; mais comme l'articulation était annihilée, les parties n'offraient plus la même importance fonctionnelle. La figure et la direction du lambeau ont été calculées selon le but de la section osseuse que je voulais pratiquer.

» La tranche osseuse que j'ai enlevée forme de profil un triangle équilatéral. Cette figure était fort importante pour les indications que je voulais remplir. Si je l'avais coupée à angle très aigu, les surfaces du fémur se seraient réunies avant que le membre pût être étendu complètement. Si, au contraire, l'angle eût été trop obtus, la jambe eût été allongée de suite, et la brèche serait restée trop béante, il n'y aurait peut-être aucune réunion. Si j'eusse fait une section transverse à l'os, il aurait fallu allonger beaucoup les muscles fléchisseurs de la jambe, et les autres parties molles du genou; ce procédé aurait laissé entre les surfaces divisées de l'os une brèche triangulaire qui se serait convertie en une fausse articulation sur laquelle les muscles n'auraient pas eu de puissance. Par l'excision en forme de coin, au contraire, pratiquée sur le front du fémur, l'axe sur lequel l'os tourne est très près des muscles ou des tendons du jarret; en conséquence, une légère déviation de leurs tendons suffit, sans allongement, pour agir sur l'articulation. D'ailleurs, on conçoit qu'à mesure que la jambe est allongée, l'espace triangulaire de l'os se rétrécit; et, enfin, il devient presque linéaire ou analogue à celui d'une fracture oblique. »

Faits pratiques de chirurgie; par M. Mussey, professeur d'anatomie, de chirurgie et d'obstétrique à New-York.

1° Maladie de l'ovaire opérée avec succès.

Obs. — Dans l'été de 1828, M. Mussey fut consulté par madame Sly, âgée de 40 ans. Elle portait une tumeur dans le ventre s'étendant de l'hypastre à l'hypocondre gauche. Cette tumeur était élastique, fluctuante au toucher, et légèrement mobile latéralement; elle existait depuis deux ans et avait augmenté surtout depuis un an.

Il y a trois ou quatre mois la malade avait été obligée de garder le lit pour une inflammation subaiguë de l'abdomen, à la suite de laquelle la tumeur était devenue moins mobile qu'auparavant. Depuis deux à trois ans, sa santé générale est variable, éprouvant tantôt de la dyspepsie, tantôt de la fièvre. Ses menstrues ne sont pas, depuis longtemps, régulières; mais cet état ne parait pas avoir été influencé par la présence de la tumeur.

L'examen attentif de la malade a fait conclure qu'on avait affaire à un kyste aqueux de l'ovaire gauche. La malade voulait être opérée; mais les adhérences de la tumeur faisaient hésiter à acquiescer à son désir. Toute réflexion faite, cependant, on a cru pouvoir en entreprendre l'opération; on s'est proposé d'abandonner le kyste à l'exfoliation en cas que son extraction fût empêchée par les adhérences. La malade a été préparée par un régime farineux et lacté pendant quinze jours.

Opération. (Juillet, thermomètre 80° F.) On pratique une incision sur la ligne médiane s'étendant depuis l'ombilic à la symphyse du pubis. On pénètre dans le ventre; les viscères et la tumeur se présentent. La tumeur est formée par une sorte de sac qui s'étend de la fosse iliaque gauche aux régions lombaire et hypocondriaque correspondante, à l'épigastre, à la fosse iliaque droite; mais n'arrive point jusqu'à l'hypochondre droit. Une grande partie de sa face antérieure est couverte par le mésocolon avec lequel elle adhère, et le colon transverse inférieurement qui passe d'une région iliaque à l'autre. La partie supérieure de la tumeur adhère si fortement à l'hypocondre gauche, qu'il est difficile de dire précisément les parties avec lesquelles elle est en rapport ; il est probable, cependant, que la rate et l'extrémité splénique de l'estomac y sont impliquées; les attouchemens sur ces points ayant produit beaucoup de douleur, on n'a pas cherché à s'en assurer en détail.

Ces conditions des adhérences de la tumeur ont fait renoncer à l'idée de l'excision. On s'est donc contenté de la vider et d'en enflammer les parois; pour cela, on l'a ponctionnée dans le milieu, et l'on a introduit une sonde qui a donné issue à 4 ou 5 pintes de liquide trouble; on a ensuite élargi l'ouverture, et l'on y a passé une mèche dont un bout est resté dans le sac, l'autre bout pendait au dehors. Les bords de la plaie ont été rapprochés et réunis par trois points de suture, sans y comprendre le péritoine, et quelques bandelettes agglutinatives.

Suites. La malade a été couchée sur le dos; la plaie s'est réunie en grande partie par première intention. La tente a donné issue continuellement à un liquide qu'elle a filtré de l'intérieur du sac. Une semaine après, l'écoulement est devenu purulent, puis presque nul, et l'ouverture réduite à très peu de chose au bout de trois semaines; enfin, elle s'est fermée, et la tumeur n'a plus reparu.

(1) D'après la figure donnée par l'auteur, le coin fémoral enlevé parait analogue, mais beaucoup plus gros, à celui qu'on a l'habitude d'exciser du tibia après l'amputation de la jambe, d'après le procédé d'Assalini.

Une année après, madame S. est devenue enceinte, et est accouchée fort heureusement; elle a continué à jouir d'une excellente santé, et se porte bien même aujourd'hui.

L'hydropisie enkystée de l'ovaire avait beaucoup occupé les chirurgiens du dernier siecle. La méthode par incision et exfoliation du sac avait été généralement adoptée. L'on trouve effectivement, dans les mémoires de l'Académie de chirurgie, plusieurs faits importans qui déposent en faveur de cette méthode. Les modernes cependant ne l'ont point adoptée, et ils ont donné la préférence à la ponction simple, qui n'est, au fait, qu'un moyen palliatif. Ce qui a contribué à ce changement, ce sont les malheureux résultats qu'on a obtenus lorsqu'on a voulu aller plus loin et exciser la poche ovarienne. Aujourd'hui, une nouvelle réaction paraît s'opérer à cet égard; on revient à la méthode de l'excision; mais avec des modifications importantes. On pratique une incision de deux pouces environ sur le côté correspondant de l'ovaire, on incise petit à petit les tissus comme dans l'opération de la taille suspubienne, et l'on met en évidence la tumeur. On la saisit solidement avec un crochet double, et l'on y fait une ponction. A mesure que la poche se vide, on tire ses parois au dehors. Enfin, on en lie la base ou le pédicule, et l'on excise tout ce qu'il y a de libre du sac. On assure les fils au dehors; on fait rentrer tout le reste, et l'on réunit la plaie par première intention. Plusieurs opérations de ce genre ont été pratiquées en Angleterre avec bonheur, et l'on croit avec raison qu'en thèse générale ce mode opératoire doit être préféré à celui qu'a conseillé l'Académie de chirurgie. L'observation, cependant, apprend que le nouveau procédé n'est pas toujours applicable quand le mal a déjà acquis des adhérences, ce qui peut être reconnu d'avance jusqu'à un certain point, ainsi qu'on a pu le remarquer dans le fait de M. Mussey. Le procédé suivi par ce chirurgien n'offre, à la vérité, rien de neuf; il est le même que celui consigné dans les mémoires de l'Académie; avec cette différence pourtant que l'incision pratiquée par le chirurgien américain est, à notre avis, trop considérable, et, par cela même, dangereuse; mais la guérison radicale qu'il a obtenue rend son fait digne de méditation.

2° ARRACHEMENT DU BRAS ET DE L'OMOPLATE. GUÉRISON.

Un jeune homme, âgé de 16 ans, a eu le bras et l'omoplate du côté gauche arrachés dans une manufacture de coton. A l'examen, deux heures après l'accident, M. Mussey le trouve couché sur le côté droit, et, au lieu du bras et de l'omoplate, il trouve une plaie ovale, ayant six pouces dans son diamètre vertical, cinq dans l'horizontal, couverte d'une matière blanche semblable au blanc d'œuf, d'un quart de pouce d'épaisseur. La circonférence cutanée de la plaie est plus régulière qu'on n'aurait pu le supposer. La clavicule fait saillie d'un demi-pouce dans la plaie; immédiatement au-dessous est un coagulum du volume du bout d'un doigt, s'élevant et s'affaissant avec les pulsations artérielles. Du reste, pas d'hémorragie. Les personnes présentes ont rapporté que le blessé avait perdu une pinte de sang environ au moment de l'accident. Il pend de la surface de la plaie deux gros nerfs (le médian et le cubital), ayant plus de 20 pouces de long; ils sont sensibles au toucher, et lorsque M. Mussey les a excisés au niveau de la plaie, le malade a ressenti une très vive douleur. La portion restante du muscle grand pectoral est contractée et forme une tumeur sensible au toucher, entre le bord antérieur de la plaie et le sternum, tandis que, vers le bord postérieur, on voit, au contraire, le muscle rhomboïde pendre dans un état d'insensibilité. On excise cette portion pendante du muscle et l'on rapproche les bords de la plaie, de manière à couvrir la portion dénudée de la clavicule. On affronte également, mais incomplètement, les lambeaux inférieurs qui sont un peu courts; un seul endroit de la plaie reste sans pouvoir être couvert par la peau dans l'étendue d'un pouce et demi. On ne lie aucun vaisseau; plusieurs points de suture sont pratiqués pour maintenir les parties affrontées; bandelettes, compresses, bandes, etc.

La réaction a été médiocre. Un petit abcès s'est formé sous la clavicule, vers le huitième jour. Après la seconde semaine, la plaie est cicatrisée en grande partie. Guérison complète après deux mois de traitement.

« Un an après, j'ai vu, dit l'auteur, le blessé. J'ai trouvé qu'un nouvel omoplate, extrêmement petit, s'était formé, n'ayant que trois quarts de pouce de large; il occupait la place et remplissait les offices des bords du scapulum, et adhérait fortement aux parties musculaires sous-cutanées. Cet os triangulaire peut se mouvoir volontairement en haut, en bas, en avant et en arrière, par l'action des muscles qui s'y insèrent. »

Le mécanisme par lequel le bras et l'omoplate ont été arrachés, dans ce cas, ne diffère pas de celui de quelques autres cas analogues que la science possède. C'est par l'action violente d'une énorme mécanique, qui a enlevé le corps entier du sol par la main et l'a arrêté devant un cylindre où le membre a été broyé, arraché et lancé dans l'espace. On peut voir réunis, dans l'ouvrage de Dupuytren sur les plaies par armes de guerre, les faits analogues qui ont été publiés jusqu'à ce jour.

3° ABLATION DU BRAS, DE L'OMOPLATE ET DE LA CLAVICULE, PAR PLUSIEURS OPÉRATIONS SUCCESSIVES. INTRODUCTION DE L'AIR DANS LES VEINES. GUÉRISON.

Un homme, âgé de 46 ans, avait été opéré et guéri par M. Mussey, à l'âge de 27 ans, d'une exostose du volume d'un œuf de poule, placée sur le métacarpien du pouce, et d'une autre, moins grosse, au côté externe du métacarpien du petit doigt, toutes deux à la main droite.

Deux ans après, le malade a éprouvé des douleurs d'apparence rhumatismale dans l'avant-bras correspondant, qui se continuent pendant onze ans et s'étendent au bras. A cette époque, les parties molles de l'épaule se gonflent; une tumeur s'organise dans cette partie et les souffrances deviennent intenses. La désarticulation du bras est jugée indispensable; elle est pratiquée en 1831, treize ans après la première opération. Le malade guérit également. La tumeur était une sorte d'ostéosarcome. En 1836, cinq ans après la dernière opération, repullulation de la tumeur à l'épaule; l'omoplate et la clavicule paraissent impliquées dans la maladie. Nouvelle opération en septembre 1837. La tumeur est énorme, elle a quatorze pouces dans le sens vertical, dix pouces dans l'horizontal. L'opération est pratiquée en présence de plusieurs médecins et d'un grand nombre d'élèves. M. Mussey dissèque les tégumens de la clavicule, désarticule cet os du sternum et le sépare du muscle sous-clavier; un aide comprime l'artère sous-clavière. Ensuite il dissèque rapidement l'omoplate et enlève la totalité de la masse morbide. Il passe ensuite à la ligature de l'artère sous-clavière, puis de la veine du même nom.

Pendant ce dernier acte, un bruit de *glou glou* léger s'est fait entendre (*slight gurgling noise*), des bulles d'air sont vues se précipiter dans la veine; le malade jette un cri de détresse, ses yeux se tournent et restent fixes, le cou et la face se couvrent de sueur froide, pouls imperceptible, perte de connaissance pendant 8 à 10 minutes. Applications d'ammoniaque et de camphre aux narines. La respiration se rétablit et on continue l'opération. On pratique la suture de la plaie et l'on achève le pansement. Guérison.

L'auteur fait une comparaison entre la structure de la masse morbide qu'il a enlevée avec l'omoplate et la clavicule, et celle de la tumeur qu'il avait excisée avec le bras; il y trouve une ressemblance parfaite, de même qu'avec celle des deux exostoses, qu'il avait extirpées de la main du même membre, dix-neuf ans auparavant. Il craint avec raison qu'une nouvelle repullulation n'enlève le malade.

Sous le point de vue chirurgical, l'opération dont on vient de lire les détails est des plus importantes et des plus graves; elle peut être comparée à la désarticulation de la cuisse.

4° HYPERTROPHIE DE LA LANGUE. GUÉRISON.

John Hatih, âgé de 13 ans, avait en naissant la langue plus grosse qu'à l'état normal. A l'âge de neuf mois, cet organe a commencé à pendre de la bouche et a fait toujours des progrès depuis. Il a été présenté à M. Mussey le 13 octobre 1837. A l'examen, il trouva l'état suivant :

La langue pend hors de la bouche et offre des dimensions énormes. Mesurée, du niveau de la lèvre supérieure à sa pointe, 3 pouces 1/2; de la pointe à la lèvre inférieure, 3 p.; grand diamètre transversal, 2 p. 3/4; grand diamètre vertical, 2 p. 1/2; circonférence à la partie la plus large, 8 p.

La partie antérieure de la mâchoire inférieure est défectueuse, elle a grandi dans le sens inférieur; de sorte que quand les molaires postérieures se mettent en contact avec les supérieures, les incisives font saillie en avant presque horizontalement et se trouvent à un pouce et demi au-dessous.

Dans l'état ordinaire de la bouche, la langue du petit malade offre à l'endroit où elle sort des dents et des lèvres, deux pouces dans son diamètre vertical. Sur ce point en effet elle est presque exactement cylindrique, un peu aplatie de haut en bas lorsque les dents postérieures sont rapprochées ensemble.

Par suite de la grande étendue de la mâchoire inférieure, les dents bienspide, cuspide et incisive sont très éloignées entre elles; ces dents sont d'ailleurs tellement incrustées de tartre que la cuspide et l'incisive ont un diamètre triple du naturel.

Dans la position habituelle que la langue avait prise, il n'existait aucun espace entre la lèvre supérieure et la langue; cet effrayant organe de la parole avait l'apparence d'une immense bougie fourrée dans la bouche comme pour dilater cette cavité au plus haut degré dont elle est susceptible.

L'enfant est en croissance, a la mine pâle et faible, et ne s'est jamais très bien porté. Il ne peut articuler que quelques mots inintelligibles; il couvre sa langue d'un mouchoir et a un écoulement continuel de salive. Dans l'hiver lorsqu'il patine avec les autres enfans, on lui voit des filons de glace descendre de la langue sur la poitrine.

OPÉRATION. Après avoir préparé pendant quelques jours le petit malade, M. Mussey l'a opéré d'après le procédé de M. Harris de Philadelphie. Il a commencé par disséquer la langue du plancher de la bouche dans l'étendue de trois quarts de pouce environ. Il a plongé ensuite un bistouri étroit dans la langue de bas en haut, un peu en dehors de la ligne médiane, et l'a fait couper d'arrière en avant et de dedans en dehors sur le bord lingual correspondant. Il lie les vaisseaux divisés et pratique la même opération du côté opposé de l'organe. Enfin, il a divisé avec le bistouri l'isthme moyen, enlevé ainsi la portion moyenne qui a la forme d'un Λ, et réuni les deux languettes latérales à l'aide de plusieurs points de suture. La guérison de la plaie a été prompte. Il restait cependant la régularisation des dents à exécuter et l'élévation de la mâchoire; la première a été faite peu de temps après; la seconde est l'œuvre du temps et de la nature. Une mentonnière a été employée dans ce but. En trois semaines la langue a diminué d'un demi-pouce dans son diamètre vertical; la prononciation a beaucoup gagné, et cette amélioration est évidemment progressive.

Le procédé dont on vient de lire les détails est fort ingénieux, mais il appartient à Boyer et non à M. Harris.

5e ABSENCE CONGÉNIALE DU CONDUIT AURICULAIRE DES DEUX CÔTÉS, SANS DIMINUTION TRÈS CONSIDÉRABLE DE L'OUÏE.

Le fait suivant, observé et commenté avec beaucoup d'intelligence, offre trop d'intérêt pour que nous ne le rapportions pas avec tous les développemens que l'auteur lui a donnés, et une partie des réflexions dont il l'a accompagné.

OBS. — M. N. Goddard, âgé de 27 ans, de Vermont, libraire, vint me prier, en 1834, d'examiner ses oreilles, parce qu'il n'avait jamais eu l'ouïe aussi fine qu'il l'aurait désiré; l'oreille gauche était pour l'étendue au-dessous de la moyenne ordinaire; ses saillies et ses enfoncemens n'offraient qu'un développement imparfait. L'oreille droite était encore plus petite, et offrait à peine la moitié de la grandeur ordinaire; sa forme était aussi très peu prononcée. Au-dessous d'aucune, on ne trouvait de trace du conduit auriculaire ou d'une communication de l'oreille externe à l'oreille interne; il n'y avait pas même d'enfoncement un peu prononcé à l'endroit où existe ordinairement le conduit; mais la peau était continue sur tous les points, et parfaitement organisée. Avec quelque soin que j'eusse écarté les pavillons de l'oreille dans tous les sens, et que j'eusse appuyé fortement sur les tégumens dans l'endroit où se trouve ordinairement l'orifice auriculaire, je restai convaincu qu'il n'existait pas même de canal occulte entre les tégumens et le tympan.

L'ouïe était trop obscure pour que Goddard pût converser à voix basse; mais il entendait assez bien pour pouvoir faire son commerce sans trop d'inconvéniens. Il m'apprit que les oreilles et le sens de l'ouïe étaient chez lui dans le même état depuis son enfance; et, d'après le rapport de ses parens, depuis sa naissance. Je fis plusieurs expériences d'après lesquelles il demeura démontré pour moi qu'il pouvait ouvrir ou fermer la bouche indifféremment, et sans augmenter ni diminuer la force de l'ouïe. Ces expériences furent répétées assez souvent pour prouver complètement à tous ceux qui en furent témoins, et à M. G. lui-même, qu'il entendait aussi bien les sons du dehors lorsque les lèvres et le nez étaient pressés fortement, et comprimés par les doigts des assistans, et qu'ils lui arrivaient aussi bien que quand les ouvertures étaient maintenues ouvertes. J'essayai de faire pénétrer par la trompe d'Eustache un stylet courbé convenablement; mais bien que l'extrémité fût comme arrêtée par un enfoncement ou un creux, cependant elle ne pouvait pénétrer plus avant, vers l'oreille interne comme à l'ordinaire. Comme je pressai à plusieurs reprises le stylet dans la direction que suit la trompte d'Eustache, il se plaignit d'une sensation désagréable et très profonde dans l'oreille; je conclus encore de l'inutilité de ces efforts pour faire pénétrer une sonde aussi avant qu'à l'ordinaire, et de ce que l'étendue de l'ouïe n'était point diminuée lorsqu'on lui fermait la bouche et le nez, que, si l'orifice guttural existait, il n'avait pas de communication avec la cavité du tympan.

L'ouïe paraissait avoir la même force à droite qu'à gauche, et lorsqu'on lui parlait, soit par derrière, soit sur les côtés, M. G. entendait également bien. Lui ayant couvert la tête de plusieurs morceaux de drap superposés, je remarquai que l'application d'un seul qui lui couvrait toute la tête suffisait déjà pour obscurcir l'ouïe évidemment, et ensuite, à mesure que l'on en ajoutait de nouveaux, elle devenait de plus en plus obscure; il suffisait d'un petit nombre pour la rendre complètement insensible à la voix la plus élevée. Si on couvrait la face, en laissant les oreilles découvertes et la bouche et les narines fermées, l'ouïe était évidemment diminuée. Si on couvrait aussi les oreilles, il n'y avait que peu de différence, ou même il n'y en avait pas du tout; au contraire, en couvrant le cuir chevelu, à l'exception d'une petite portion en avant et en arrière à sa partie supérieure, et qu'on laissât en même temps la face et les oreilles découvertes, l'affaiblissement de l'ouïe était bien plus considérable que quand on couvrait la figure et les oreilles et qu'on laissait le crâne à nu. Ces expériences furent répétées un si grand nombre de fois qu'on ne peut supposer aucune erreur à leur égard. Lui ayant parlé avec un bâton dont une extrémité était dans ma bouche et dont j'appuyais successivement l'autre sur toutes les parties du crâne, je trouvai que la région mastoïdienne était celle qui conduisait le plus facilement les sons; je remarquai, en outre, que les parties de la tête qui correspondaient aux deux tiers supérieurs de l'occipital, à la partie intérieure du temporal, et à la moitié postérieure des pariétaux, transmettaient les sons plus facilement que celles qui répondent à la moitié antérieure du crâne, au front, aux tempes, et à toute la face. Je revis M. G. en 1836, et je trouvai son organe de l'audition tout à fait dans le même état.

L'auteur examine ensuite par quel organe les impressions acoustiques sont perçues, et ne balance pas à attribuer ce rôle aux tégumens qui couvrent le crâne et la face, sur lesquels viennent frapper les ondulations atmosphériques, et qui eux-mêmes sont chargés de les transmettre à l'organe propre de l'ouïe. Mais comme plusieurs nerfs se ramifient dans ces tégumens, il se demande aussi quel est celui qui est chargé spécialement de cette fonction, et rappelle à cette occasion un fait presque analogue, publié en 1820 par M. Swann, dans les *Transactions médico-chirurgicales* (IIe vol.), et où M. Swann semble disposé à regarder la portion dure de la septième paire comme le nerf supplémentaire du nerf de l'audition; mais M. Mussey rappelle que, depuis 1820, il a été démontré, et aujourd'hui il est admis par presque tous les physiologistes, que le nerf facial est un nerf moteur et doué de très peu de sensibilité, ou même complètement insensible. D'ailleurs, dans le cas de M. G., la distribution du nerf facial ne pouvait expliquer comment presque tout le crâne était susceptible de recevoir ainsi toutes les impressions acoustiques. M. Mussey paraît plus disposé à admettre que les nerfs qui sortent au-dessous du trou sous occipital, et se répandent avec tant de profusion sur le cuir chevelu, sont chargés de cette fonction supplémentaire pour le crâne, et les nombreuses branches de la cinquième paire pour la face. Il pose même sur ce point deux questions intéressantes, sans chercher à en donner la solution. Existe-t-il un moyen, dit-il, de reconnaître si cette faculté qu'ont les nerfs de la face et du crâne de servir à l'audition des sons leur est inhérente? et, dans ce cas, pourrait-on trouver un moyen de mettre cette faculté en action et de la développer dans les cas de surdité qui dépendent des maladies de l'oreille externe ou du tympan? Peut-être M. Mussey, avant d'appuyer son explication de ce fait curieux sur une hypothèse qui est entièrement opposée à ce que nous savons de la physiologie du système nerveux, dont les fonctions sont fixes et ne se déplacent pas, ainsi qu'il le suppose gratuitement, peut-être aurait-il pu chercher une explication plus naturelle dans la conformation des os de la tête, et spécialement de ceux du crâne qui, recevant de toutes parts les ondes sonores et les reproduisant, ont pu agir sur le nerf propre de l'audition dans le cas où le nerf serait distribué dans l'oreille interne comme à l'ordinaire. Les ingénieuses recherches du docteur Mojon, qui a constaté que chez plusieurs musiciens célèbres les os du crâne avaient une épaisseur beaucoup moins considérable qu'à l'ordinaire, c'est-à-dire étaient plus propres à transmettre les impressions acoustiques à la base du crâne, à l'oreille interne, seraient venues à l'appui de cette explication.

6e OBSERVATION D'UN CAS OU UNE QUANTITÉ CONSIDÉRABLE D'ÉLECTRICITÉ FUT FOURNIE PAR UNE FEMME.

Le fait suivant, rapporté par le journal du professeur Silimann *The american journal of sciences and arts*, paraît avoir été observé dans des conditions d'authenticité si nombreuses, tant sous le rapport des personnes qui en ont été témoins que des circonstances concomitantes qu'il serait difficile de le croire supposé. Déjà un grand nombre de faits de même genre, bien que d'une intensité différente, ont été rapportés par divers observateurs; ainsi ce n'est donc pas la nature du fait lui-même qui pouvait faire soupçonner quelque imposture. Quant à l'immense quantité d'électricité qui était fournie par le sujet de l'observation, il est vrai qu'elle offre quelque chose de surprenant; mais qui peut dire exactement à quel point s'arrête le pouvoir de la nature et où l'on doit commencer à être incrédule? D'ailleurs, le fait recueilli par le docteur Hosford a été communiqué au journal auquel nous l'empruntons, par le professeur Mussey, qui a fourni au même journal d'autres communications importantes, et qui, bien qu'il n'ait pas été témoin des phénomènes curieux rapportés dans l'observation, a cependant vu, depuis qu'ils ont cessé de se manifester, la dame qui les présentait, et dit avoir recueilli lui-même sur les lieux, des documens qui ne lui permettent aucune espèce de doute.

OBS. — Une dame respectable, pendant la soirée du 25 janvier 1837, au moment où l'aurore boréale si remarquable qui eut lieu ce jour-là se manifestait, fut chargée subitement et sans le savoir d'électricité; elle s'en aperçut lorsqu'en passant la main sur la figure de son frère, il se dégagea, au grand étonnement de tous deux, de vives étincelles électriques de l'extrémité de chacun de ses doigts.

Le fait fut aussitôt communiqué aux personnes présentes, et fut regardé comme une plaisanterie jusqu'à ce que chacune d'elles eût vu et senti réellement l'étincelle. Le docteur Osford qui a recueilli l'observation, appelé aussitôt, manifesta la même incrédulité, et n'y ajouta foi que quand il sentit une étincelle électrique de trois quarts de pouce de long qui, partie du coude de la dame, le vint frapper au nez et lui occasiona un frémissement involontaire. Cette propriété de produire de l'électricité alla en augmentant depuis le 25 janvier jusqu'au dernier de février; alors elle alla en déclinant et disparut complètement au milieu du mois de mai.

La quantité d'électricité développée n'était pas la même pour tous les jours ni pour toutes les heures de la journée; mais il paraît que pendant tout le temps qui s'écoula du 25 janvier au 1er avril, il n'y eut pas un instant où l'on ne pût obtenir de cette dame des intincelles électriques.

Les circonstances les plus saillantes qui paraissaient donner le plus de développement à l'électricité étaient les suivantes: une température d'environ 80 degrés Fah, un exercice modéré, la tranquillité d'esprit, la présence d'une société agréable. Chacune de ces circonstances ou toutes réunies ajoutaient à la force de production dont jouissait cette dame, ou par leur absence les diminuaient dans le même rapport. La plus énergique de ces circonstances était l'action d'une température élevée; aussi l'excitation diminuait à mesure que le mercure du thermomètre descendait, et elle avait entièrement disparu avant qu'il fût tombé à zéro. La peur paraissait avoir le même effet que le froid sur le développement du fluide électrique.

Les variations barométriques n'exerçaient aucune influence sur les mêmes phénomènes, car ils étaient absolument les mêmes, soit qu'il fît sec, soit que le temps fût à la pluie.

Cet état causa beaucoup d'anxiété à la malade; car outre l'ennui et l'inquiétude qui résultaient pour elle de cette nouvelle faculté si inattendue et si peu désirée, elle était encore singulièrement vexée par cette série presque conti-

nuelle d'étincelles qu'elle fournissait malgré elle à tous les corps conducteurs qui se trouvaient placés dans la sphère de son influence électrique; car toutes les fois qu'elle s'approchait du poêle en fer ou qu'elle voulait prendre un instrument en métal, soit pour la cuisine, soit même ses ciseaux, etc., constamment le contact était précédé d'une étincelle électrique.

Il est à regretter que cette dame n'ait pas été isolée plus complétement qu'à l'aide du tapis simple sur lequel ses pieds portaient, et qui n'a jamais permis la formation que d'aigrettes d'un pouce et demi de longueur; car alors on eût obtenu des résultats beaucoup plus énergiques; cependant les expériences suivantes feront suffisamment connaître dans quelle quantité prodigieuse le fluide électrique était continuellement produit. Quand elle tenait le doigt à un sixième de pouce d'un corps métallique, il s'en dégageait soixante fois par minute une étincelle qu'on entendait et même qu'on apercevait. Lorsque, en travaillant à ses études, elle avait les pieds appuyés sur la barre de fer du foyer, sans autre mouvement que celui de la respiration et ceux qu'elle faisait en tournant son livre, malgré l'isolement opéré par les bas de soie et les souliers, la barre de fer recevait encore trois ou quatre étincelles par minute. Le fauteuil sur lequel elle reposait n'en était pas à l'abri, car malgré les vêtemens et la garniture du fauteuil l'électricité pénétrait bientôt jusqu'aux barres de fer qui le supportaient. Elle pouvait en quelques instans charger une autre personne isolée comme elle, celle-ci communiquer l'électricité à une seconde, et la seconde à une troisième.

Lorsque cette dame se trouvait dans les circonstances les plus favorables elle envoyait du bout de son doigt à une boule de cuivre placée sur le poêle quatre étincelles par minute, longues chacune d'un pouce et demi, très brillantes, dont le bruit était facilement entendu dans toute la pièce qui était assez grande. La personne qui recevait une de ces étincelles éprouvait une forte commotion. Quatre personnes ayant formé la chaîne et l'étincelle étant dirigée sur la même boule de cuivre, on reconnut qu'elle avait éprouvé une assez grande diminution, et cependant elle était encore très visible.

Les expériences précédentes et plusieurs autres de la même espèce furent répétées un grand nombre de fois, et tous ceux qui en furent témoins reconnurent que les effets étaient absolument les mêmes que ceux qui sont le résultat d'une machine électrique et d'une batterie électrique.

La dame n'avait aucune sensation interne de cette faculté, qui ne se manifestait que par des étincelles; mais elle ne sentait rien qui l'avertit de la déperdition d'électricité qu'elle éprouvait, soit en marchant, soit même après l'émission d'une étincelle d'un pouce et demi de longueur.

Il ne paraît pas que les cheveux de cette dame aient jamais offert de divergence notable, ce qui tenait probablement à la manière dont elle était coiffée dès le matin.

Au bout de quelques jours, ayant soupçonné que la production de cette grande quantité de fluide électrique pouvait dépendre de la friction de la soie, j'engageai cette dame à changer entièrement tous ses vêtemens, et à remplacer la soie par le coton ou la laine; en même temps qu'une de ses sœurs prenait son habillement, ou un autre tout à fait semblable. Mais cette double expérience n'arriva qu'à un résultat purement négatif; car, chez l'une, la production de l'électricité n'éprouva aucune diminution de ce changement de vêtemens; et, chez l'autre, on n'observa pas la moindre apparence d'électricité.

Je fis aussi ôter à la dame la flanelle qu'elle portait sur la peau; mais, le lendemain matin, j'éprouvai encore le même désappointement, en remarquant que bien qu'elle n'eût plus de flanelle sur la peau; bien qu'elle éprouvât une abondante transpiration; cependant elle chargeait encore d'électricité les objets qui l'environnaient. Il serait donc difficile de soutenir maintenant que cette électricité était produite par les objets qu'elle portait, et non par un travail spécial de l'économie.

Cette dame est l'épouse d'un homme dans une position honorable; elle est âgée d'environ 30 ans, d'une constitution délicate, d'un tempérament nerveux et d'habitudes sédentaires; elle ne s'occupait que de lecture et de travaux de l'aiguille, et avait une gaieté fine et spirituelle.

Pendant les deux années précédentes, elle avait éprouvé plusieurs attaques de rhumatisme aigu, qui ne duraient qu'un petit nombre de jours; mais pendant l'automne et la partie de l'hiver qui a précédé l'apparition des phénomènes électriques, elle a beaucoup souffert d'une névralgie vague, qui a occupé successivement plusieurs parties du corps, et surtout la peau et quelques points isolés où elle éprouvait une sensation analogue à celle que produirait de l'eau à une température assez élevée pour produire la vésication. Et cependant on ne remarqua jamais sur ces points la moindre trace de fluxion sanguine.

Vers le mois de décembre, cette irritation, d'une nature spéciale, éprouva un déplacement, et se porta sur la muqueuse du pharynx, de l'œsophage et de l'estomac, où la malade éprouva une sensation de brûlure qui la tourmentait beaucoup.

Les moyens les plus variés furent opposés à ces souffrances; mais sans efficacité marquée. L'usage abondant de boissons gazeuses, l'observation sévère d'un régime convenable, l'influence du printems, et peut-être plus que tout cela, la *vis medicatrix naturæ* firent disparaître graduellement les phénomènes électriques, et les douleurs névralgiques; et aujourd'hui elle jouit d'une santé meilleure que celle qu'elle a eue depuis plusieurs années.

Le rédacteur du journal américain rapporte à cette occasion quelques faits qui offrent une certaine analogie avec les précédens, dont les principaux sont celui observé par Saussure et Jalabert, qui, se trouvant sur le haut des Alpes, au milieu des nuages épais, se trouvèrent tout à coup, et à leur grand étonnement, électrisés comme s'ils l'avaient été avec une machine électrique, et lançaient, de l'extrémité de leurs doigts, des étincelles fortes et brillantes. Celui de Brydon (*a tour through Sicily and Maltha*), qui parle d'une femme suisse dont le corps fournissait des étincelles électriques avec une sensation désagréable; mais ne donne pas de détails. Le même auteur dit avoir chargé d'électricité le corps d'une jeune dame, en la faisant placer sur un pain de cire, et lui faisant ensuite peigner la chevelure de sa sœur. La jeune dame fut fort étonnée de se trouver électrisée, et de lancer des étincelles électriques à tous les objets qui se trouvaient très rapprochés d'elle. Il recueillit assez d'électricité par ce moyen pour charger une bouteille de Leyde, et communiquer une petite secousse à toute une société.

Le rédacteur dit aussi que le fait que nous venons de rapporter longuement l'a conduit à faire porter à plusieurs de ses cliens affectés de rhumatisme des vêtemens intérieurs en soie, et qu'ils ont paru en retirer beaucoup de soulagement.

ABCÈS DU FOIE COMMUNIQUANT AVEC UN ABCÈS DU POUMON DROIT; par le docteur PEPPER.

OBS. — M. W., âgé de 29 ans, avait depuis deux mois une forte diarrhée, qui avait été précédée de violentes douleurs dans l'hypocondre droit, et qu'on avait vainement combattue par les saignées et les vésicatoires. Il n'avait jamais eu ni fièvre bilieuse, ni fièvre intermittente; mais avait été très exposé avant de tomber malade à la chaleur du soleil.

Le 15 octobre 1837, je le trouvai amaigri; la face pâle, l'intelligence nette, le pouls à 90 et faible; il y avait de dix à quinze évacuations féculentes et sans douleurs, pendant les vingt-quatre heures; l'appétit était bon; le sommeil tranquille; la partie inférieure de la poitrine était plus large de trois pouces à droite qu'à gauche. La percussion dans la même région était matte et la respiration nulle. On sentait le bord du foie à un pouce trois quarts de l'iléum. Il n'y avait ni toux ni coloration jaune de la face; l'urine offrait la couleur naturelle.

Le 1er novembre, sensibilité à la pression sur le côté droit, qui a encore augmenté de volume; on croit distinguer de la fluctuation entre les neuvièmes et dixièmes côtes; il n'y a en ni frissons ni sueurs nocturnes; les selles sont devenues trop fréquentes pour être comptées.

Le 4. Ce matin, le malade a senti quelque chose lui monter dans la gorge, et aussitôt il a rendu environ six onces d'un pus brunâtre, inodore et mêlé de sang; il y a une toux légère; respiration bronchique; voix résonnante; râle crépitant distinct à la partie inférieure du poumon droit avec pectoriloquie.

Le 7, l'air expiré commence à devenir fétide. La fluctuation étant évidente entre la neuvième et la onzième côtes, une lancette y est plongée et donne issue à une pinte de pus rouge inodore. Le foie se retire immédiatement derrière les côtes, et le malade éprouve un soulagement manifeste. Mais il continue à cracher une grande quantité de pus légèrement fétide, en même temps qu'il en rendait aussi par la plaie; l'amaigrissement fit de rapides progrès; il survint des sueurs abondantes, et le malade succomba le 18 novembre.

AUTOPSIE HUIT HEURES APRÈS LA MORT. On met à découvert un vaste abcès entre les côtes droites et le foie, dont le lobe droit est en partie détruit; le reste du foie est séparé de l'abcès par une membrane cartilagineuse, qui, sur quelques points, a plus d'un pouce d'épaisseur. Un autre vaste abcès existait au-dessous de cette espèce de cloison et allait jusqu'à un quart de pouce de la veine cave. Le reste du foie était à l'état graisseux; la vésicule était pleine de bile normale; une ouverture circulaire du foie, d'un pouce de diamètre, perforait le diaphragme près de son attache, à la sixième côte, et communiquait avec un vaste abcès dans le lobe inférieur du poumon droit. L'abcès du poumon était irrégulier, n'était pas tapissé par une fausse membrane, et paraissait évidemment de date récente; plusieurs gros troncs bronchiques venaient s'y terminer. Tout le lobe inférieur du poumon droit était hépatisé et adhérent aux côtes et au diaphragme. Les lobes moyen et supérieur du poumon droit, et le poumon gauche tout entier, étaient à l'état normal. La partie inférieure de l'intestin grêle était ramollie et injectée. Le colon contenait un certain nombre d'ulcères, et les glandes mésentériques étaient engorgées. Tous les autres organes étaient à l'état normal.

Ce fait est intéressant en ce que malgré la vaste désorganisation dont le foie était le siége, les urines, la matière fécale et la peau avaient conservé leur couleur ordinaire. Une autre circonstance intéressante qu'il a présentée, c'est que la résonnance tympanique, avec bruit métallique et rétonnance amphorique de la voix que l'on entendait derrière les neuvième et dixième côtes, étaient évidemment perçus au-dessous du diaphragme, et dépendaient sans aucun doute de la libre communication qui existait entre le poumon et l'abcès du foie.

RUPTURE TRAUMATIQUE DE L'ILEUM SANS DÉCHIRURE DES PAROIS ABDOMINALES; par M. ANNAN, de Baltimore.

OBS. — Un homme tombe de cheval, et est frappé au côté droit de l'hypogastre par le pied de sa monture. Il éprouve une vive douleur et des nausées, pâleur et tendance à la syncope. Quand M. Annan l'a vu, une heure après l'accident, il n'a pas trouvé de blessure à l'abdomen; mais le malade se plaignait de douleur intense, augmentant sous la pression, qu'il rapportait aux viscères plutôt qu'aux parois. Visage pâle, anxiété extrême, pouls très petit et fréquent. On le saigne, on lui applique un vésicatoire, on lui fait prendre des lavemens. Le malade cependant meurt seize heures après l'accident. A l'autopsie, on trouve une rupture intestinale d'un tiers de pouce de diamètre et un épanchement de matière dans le ventre.

La circonstance de la rupture traumatique de l'intestin sans division

de la paroi abdominale constitue un accident très rare. On en connaît à peine quelques exemples. En 1831, nous en avons vu un exemple à l'hôpital de la Charité chez un maçon qui venait de tomber d'un échafaud après déjeuner; la paroi abdominale était simplement contuse; le colon traverse qui était plein de matière a été crevé, et l'homme est mort deux heures après l'accident. Boyer, qui assistait à l'autopsie, a dit: « Voilà le second cas que je vois de rupture traumatique de l'intestin, les parois abdominales étant saines. »

Le même accident s'observe assez fréquemment sur la vessie urinaire; on conçoit pourquoi.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 19 JUIN. — PRÉSIDENCE DE M. MOREAU.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Etats des vaccinations de l'Ariège.
2° *Idem* de l'Indre.
3° Observations sur une épidémie de varioloïde; par M. Génin.
4° Rapport de M. Martineau sur une épidémie de diarrhées.
5° Sur les eaux minérales de Segray.
6° Envoi de la recette d'un remède contre le mal de mer.
7° Rapport sur une épidémie de variole; par un médecin du Hâvre.
8° Rapport sur une épidémie de suette miliaire; par M. Bulloz.
9° Sur les moyens de reconnaître la réalité de la mort.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Lettre d'une dame Vedat sur des corsets et des bandages herniaires.

Après le dépouillement de la correspondance, M. Dubois d'Amiens annonce que c'est à tort que les journaux ont annoncé qu'il régnait une épidémie de fièvre typhoïde à Amiens : jamais l'état sanitaire de cette ville ne fut plus satisfaisant.

M. Chevallier répond que les journaux ont annoncé qu'une maladie grave régnait, non dans la ville, mais dans le collége d'Amiens; ce qui est vrai.

M. Dubois réplique qu'elle a fait peu d'impression sur les habitans de la ville.

M. Rochoux fait un rapport sur un mémoire de M. Dauvin, médecin, chef du service de santé aux îles St-Pierre et Miquelon.

Ce mémoire est intitulé : *De la nécessité d'une étude plus religieuse du lieu et de la localité.*

Les conclusions sont que M. Dauvin n'est pas toujours très exact dans ses citations, et qu'il donne à des vérités généralement reconnues une exagération qui les dénature.

Sur la proposition de M. Cornac, l'Académie vote le dépôt du mémoire aux archives, et des remercîemens à l'auteur.

MÉMOIRE SUR LA DOTHINENTERIE; PAR M. LE DOCTEUR PUTEGNAT, DE LUNEVILLE. RAPPORT DE M. BRICHETEAU.

Il nous a semblé que M. Putegnat avait en vue de démontrer deux propositions capitales : l'une, c'est que la dothinenterie est contagieuse; l'autre, c'est qu'on ne saurait admettre aucun traitement exclusif, pas plus les saignées que les purgatifs coup sur coup.

Au mois d'octobre 1835, une femme fait une visite à une personne qui avait été gagner la fièvre typhoïde dans un village voisin : elle tomba à son tour; son mari et ses six enfans en sont pris successivement; un seul habitant de la maison résiste : il avait quatre-vingt-deux ans.

La maladie passe à une garde-malade et à trois voisines amies.

Dans la même année, M. Putegnat fut appelé chez une mère atteinte de la fièvre typhoïde pour être restée près de son fils pendant le cours de la même maladie.

En 1836, le sieur A. D. eut une fièvre typhoïde très grave : à peine était-il en convalescence, que sa sœur s'alita pour la même cause. Une dame qui habitait la même maison la quitte et va s'établir plus loin, emportant quelques symptômes de gastro-entérite; quelques jours après, son petit garçon est pris de la fièvre typhoïde, et succombe en quatre jours. M. Putegnat ouvre le corps et paie son amour pour la science d'une maladie semblable qu'il communique à un domestique.

En 1837, mêmes observations.

De ces faits, et de quelques autres que nous passons sous silence, M. Putegnat conclut « que, dans les petites localités, la dothinenterie reconnaît souvent pour cause principale le contact immédiat répété, et plus souvent l'infection. »

Après ces considérations sur l'étiologie des fièvres typhoïdes, M. Putegnat signale une complication dont les auteurs ne parlent pas, c'est l'inflammation lymphatique de l'un des membres abdominaux.

De 39 malades, M. Putegnat en a traité 30; il en a perdu 6.

Il n'a pas de traitement unique et ne comprend pas qu'on puisse en avoir; mais il étudie les indications et varie les moyens en conséquence.

Si la maladie est légère, il la laisse aller; si elle présente un embarras gastrique, il fait vomir; si c'est un embarras intestinal, il purge; si c'est un état inflammatoire, il saigne, etc.

Conclusions : 1° La fièvre typhoïde n'attaque pas plus les vieillards en province qu'à Paris.

2° Elle n'est pas aussi rare sur les enfans que le croit M. Louis; sur 39 malades, il se trouvait 9 enfans.

3° Les changemens de lieux, de nourriture et d'habitudes font peu pour la fièvre typhoïde; les 39 malades étaient tous acclimatés.

4° En général, on peut suivre les dothinenteries de village en village, de maison à maison, de personne à personne.

5° La surdité n'est pas un signe heureux.

6° Un médecin sage ne saurait adopter le même traitement dans tous les cas; pas plus les saignées que les purgatifs; pas plus les toniques que les chlorures, etc.

M. Castel ouvre la discussion : Dothinenterie, fièvre muqueuse, fièvre typhoïde, tout cela désigne une seule et même maladie. Et toutes ces fièvres, quelque variée que soit leur dénomination, constituent une maladie identique en soi, mais susceptible de divers degrés. Ceci soit dit en passant; car M. Putegnat ne touche pas cette question; il n'a parlé ni de l'étiologie, ni de la symptomatologie des fièvres. Il paraît qu'il n'avait qu'une seule chose en vue, la contagion de la fièvre typhoïde : mais cette question n'est pas susceptible d'une solution absolue. A l'égard du siége de la dothinenterie, je me bornerai à dire qu'il n'est pas exclusivement dans l'intestin; car les glandes mésenthériques sont presque toujours tuméfiées, et les autres viscères du bas-ventre ne sont pas exempts de lésion.

Toutefois, il est important de se faire des idées nettes à cet égard, car le traitement en dépend : si, en effet, la fièvre typhoïde consiste en une simple inflammation de l'intestin, il est naturel d'en chercher le traitement dans les antiphlogistiques; si c'est, au contraire, dans les symptômes, il est naturel de la combattre par les toniques.

M. Bricheteau : Pour moi, je crois fermement que la fièvre typhoïde a son siége dans l'intestin, puisque là existent ses principales lésions. Où la placer sans cela?

M. Rochoux : Quand une maladie se développe sous l'influence de causes générales, comme la fièvre typhoïde, il est fort difficile de dire si elle est contagieuse, ou si elle ne l'est pas.

Dans ce cas, il faut consulter l'expérience en grand, et consulter l'analogie. Ainsi, l'expérience a démontré que lorsqu'une maladie est réellement contagieuse, on la multiplie à volonté, en s'approchant d'elle et l'inverse.

Maintenant, consultez tous les médecins qui, depuis vingt ou trente ans, observent la fièvre typhoïde, il n'en est pas un qui vous dise qu'il l'a vu clairement se transmettre.

A la campagne, la question est encore plus difficile à résoudre, parce que là les influences atmosphériques sont plus sensibles, et qu'il est plus difficile de s'y soustraire.

Mais s'il était prouvé que la fièvre typhoïde ne se transmet pas à Paris, il serait prouvé par cela même qu'elle ne se transmet pas hors de Paris, à moins qu'on ne veuille soutenir que ce qui n'est pas contagieux à la capitale puisse le devenir en province; ce qui est absurde.

Un autre reproche que j'adresserai à M. Putegnat, c'est qu'à la manière dont il parle de la fièvre typhoïde, on croirait qu'il la confond avec le typhus : je puis assurer cependant que ce sont deux maladies parfaitement distinctes, et qui n'ont rien de commun, excepté le nom.

M. Bouillaud : Le sujet traité par M. Putegnat, quoiqu'il soit très borné, n'en est pas moins très important, et M. Bricheteau a ajouté à cette importance par ses propres observations. Adopter la vérité *quand même*, c'est ma devise. Ainsi, si la fièvre typhoïde est contagieuse, il faut le dire; mais il faut le dire aussi si elle ne l'est pas. Or, je le demande, les faits cités par M. Putegnat, en faveur de la contagion sont-ils irréprochables, et peuvent-ils balancer, par leur nombre et par leur développement, les faits qui prouvent la non-contagion? Sur 20,000 faits et davantage, recueillis ou vus à Paris depuis une vingtaine d'années, combien en citerait-on en preuve de la contagion? Pas un seul.

Ce point examiné, je passe à d'autres. M. Bricheteau place le siége de la fièvre typhoïde dans l'intestin, et il a raison; mais il croit qu'il se borne là, et il a *tort*. Le sang est certainement altéré dans cette maladie, et cela est si vrai que je me fais fort de reconnaître la maladie sur les seules qualités du sang; non dans le commencement, non dans ces formes de la maladie connues sous les noms de fièvre inflammatoire, d'embarras gastrique et de fièvre bilieuse; mais dans une période plus avancée, et dans la forme adynamique ou putride, caractérisée par les pétéchies, les hémorragies, la sécheresse de la langue, la fétidité de l'haleine, etc. Alors, dis-je, le sang a, dans la fièvre typhoïde, des caractères aussi tranchés que dans les inflammations les plus décidées.

Dans le principe, le diagnostic de la fièvre typhoïde est assez difficile, et se confond à quelques égards avec les fièvres éruptives; mais on sait bientôt aussi à quoi s'en tenir. D'ailleurs, tout le reste diffère ainsi, relativement à la marche; les fièvres éruptives ont des marches fixées, prévues, nécessaires, et que rien ne peut abréger. Au contraire, la fièvre typhoïde est de ces maladies qui, bien traitées, peuvent être arrêtées presque tout à coup. Pour ma part, il n'est pas rare que j'en vienne à bout dans le premier septenaire; voilà pourquoi je fais beaucoup moins d'ouvertures de corps qu'autrefois, car je guéris davantage. Je sais bien que les personnes qui n'ont pas été témoins de ces succès ont de la peine à y croire : elles disent que nous nous trompons dans le diagnostic; mais quand de nombreux élèves jugent comme nous, est-il probable que nous soyons tous dans l'erreur?

On connaît le traitement que nous employons; les effets en sont si heureux que nous en sommes toujours étonnés. En effet, tandis qu'autrefois nous perdions un malade sur trois, nous n'en perdons maintenant qu'un sur sept à huit,

et nos succès seraient encore plus grands si les malades nous arrivaient à propos.

Je comprends que ces vérités soient dures à entendre pour ceux qui, ayant fait leur éducation, n'en veulent pas changer; mais il est de notre devoir de les proclamer.

M. Cornac : J'avoue que l'analyse du mémoire de M. Putegnat, et les réflexions du rapporteur sont faites pour effrayer, et m'effraieraient en effet, si je n'étais rassuré par mon expérience personnelle. Depuis vingt ans que je pratique la médecine dans les hôpitaux, j'ai vu nombre de fièvres typhoïdes; et je puis assurer que je suis encore à observer un seul fait de contagion.

Après un éloge de M. Putegnat, M. Piorry se demande ce que c'est que la fièvre typhoïde. Selon lui, on confond sous cette dénomination plusieurs états différens. Ce qu'il y a de certain, dit-il, c'est que toutes les fois qu'il existe une lésion des glandes de Peyer, il existe une altération du sang. Et tout, en effet, dépose de cette lésion.

Ainsi, quelle est la cause la plus générale de cette maladie? C'est l'encombrement; et quel est l'effet le plus positif de l'encombrement? C'est un *empoisonnement spécial*.

A l'égard des symptômes, quand la maladie débute, on a beau chercher du côté de l'abdomen, on ne trouve rien ou presque rien. Au contraire, les organes de la circulation sont dans un trouble évident.

Mais s'il y a altération du sang, on comprend par cela même la contagion. Toutefois, il est vrai de dire qu'elle est fort rare à Paris; mais supposons des circonstances plus favorables, et elle deviendra plus commune. La contagion de la fièvre typhoïde peut encore se déduire de ses analogies avec le typhus.

M. Gerdy : Je demande pardon à l'Académie de prendre la parole dans une question qui sort du sujet habituel de mes études; mais enfin je m'en suis occupé, et je me suis si souvent trouvé en lutte avec M. Bouillaud que je me sens entraîné presque malgré moi à continuer.

M. Bouillaud nous a dit qu'il n'avait pas toujours eu les idées qu'il vient d'émettre, et que puisqu'il en a changé, il faut croire qu'il est bien convaincu. Personne ici ne doute de ses convictions; mais il vient s'en faire un titre à notre confiance. J'avoue que ce changement produit un effet tout contraire sur moi; car si M. Bouillaud a changé une fois qui m'assure qu'il ne changera pas encore?

Quelle est la nature de la fièvre typhoïde? Est-ce une maladie générale? Est-ce une maladie locale? Je crois qu'elle affecte toute l'économie, et que toutes les maladies internes et spontanées sont dans le même cas. Les épidémies et les épizooties peuvent nous donner une idée des maladies générales et de leur spontanéité. Là, en effet, il ne faut ni violence extérieure, ni accident extraordinaire pour les réaliser : elles se produisent sous la seule influence de l'atmosphère, et elles n'en sont que plus dangereuses.

Je sais que dans la fièvre typhoïde on trouve très communément des lésions dans l'intestin; mais ces lésions sont des phénomènes du même ordre que les symptômes extérieurs, tels que la prostration, les pétéchies, etc.

La preuve qu'elles ne sont pas cause, c'est qu'elles ne sont pas constantes et qu'elles ne gardent aucune proportion avec les symptômes extérieurs. Ainsi on reconnaît tous les jours des symptômes des plus formidables avec les altérations anatomiques les plus légères et réciproquement.

Les symptômes et lésions anatomiques sont, je le répète, des phénomènes de même nature; ce sont, passez-moi l'expression, les frères d'une même mère.

Mais où est donc la maladie? On répond qu'elle est dans le sang. Et moi, je crois que cette réponse n'est qu'une défaite, un moyen, si vous voulez, de cacher une ignorance qu'on n'ose avouer. D'abord cela suppose que le sang est vivant. Je crois bien qu'il vit, mais les preuves n'en sont pas nombreuses. Pour moi, je n'en connais que deux, l'une, c'est qu'il ne se décompose pas; la seconde, c'est qu'il est susceptible de s'organiser.

Quoi qu'il en soit, le sang n'est sans doute pas le même dans tous les individus, et s'il varie de l'un à l'autre, on comprend que rien au monde n'est plus difficile que de dire ce qui en lui est altération et ce qui ne l'est pas.

Mais supposez qu'on ait découvert que le sang s'altère dans la fièvre typhoïde, qu'est-ce qui nous dira si cette altération est primitive ou si elle vient des solides?

En général, les solides commencent par s'altérer, et l'altération passe aux fluides. Qu'on surmène un bœuf pendant quelques heures, cela suffit pour le faire périr du charbon; qu'un homme se livre avec excès aux plaisirs de l'amour ou à des études sérieuses, il n'en faut pas davantage pour le faire périr d'une maladie grave.

M. Bouillaud parle beaucoup de l'exactitude de ses observations; mais tout le monde en dit autant. Il cite en preuve le témoignage de ses élèves; mais les élèves sont de mauvais juges; s'ils ont l'amour de la vérité, ils n'ont pas les lumières nécessaires pour la reconnaître. Parlez des savans, ceux-là y regardent de près, et si leur témoignage n'est pas infaillible, il est du moins très imposant.

M. Bouillaud demande la parole pour un fait personnel; il dit qu'il n'a rien à désavouer dans sa vie médicale, et que libre comme la pensée, il n'a jamais reconnu de maître, il n'est l'élève de personne. Loin de mériter le reproche de contradiction qu'on lui adresse, il n'a fait que perfectionner les principes de traitement qu'il a posés dans son traité clinique et expérimental des fièvres essentielles.

M. Adelon : Je ne comprends pas comment on ose mettre en doute la vie du sang, et s'il vit comment ne serait-il pas susceptible d'altération? Le sang se fait et se refait sans cesse. Placé entre deux fonctions dont l'une lui fournit les matériaux de sa composition, et l'autre lui enlève les matériaux de la nutrition et des sécrétions, comment resterait-il impassible dans ce flux et reflux?

Tout le monde sait qu'une goutte de venin de la vipère, du serpent à sonnette déposée sur une plaie saignante produit les accidens les plus redoutables; or que devient ce venin s'il ne se mêle pas au sang?

Enfin, quand je réfléchis que de tout temps on a employé la saignée, il m'est impossible de ne pas admettre que le sang joue un très grand rôle dans l'économie.

M. Piorry : Je m'étonne qu'un physiologiste aussi distingué que M. Gerdy ose mettre en doute la vitalité du sang. Il en distingue les maladies d'avec les altérations. J'avoue que je ne comprends pas bien cette distinction; dans tous les cas elle est purement nominale; elle ne touche pas au fond des choses. Voulez-vous connaître l'importance du sang, c'est facile : ôtez-en une certaine quantité à un animal, et vous le voyez peu à peu s'affaiblir jusqu'à la syncope.

Mais il est inutile d'insister sur ce point; les seules expériences de MM. Gaspard et Magendie qui ont développé tous les symptômes de la fièvre putride en injectant des matières corrompues dans les veines prouvent assez combien un sang pur et naturel est nécessaire à la santé.

M. Rochoux parle dans le même sens.

SUR L'EMPLOI DE LA NOIX VOMIQUE TORRÉFIÉE; PAR LE DOCTEUR A. LEGRAND.

M. le docteur A. Legrand a adressé la lettre suivante :

« Voici environ douze ans que M. Chrestien, de Montpellier, m'annonça qu'il avait retiré de grands avantages de l'emploi de la poudre de noix vomique torréfiée dans le traitement de l'épilepsie. Il avait, à cette époque, administré ce médicament avec suite à trente épileptiques, et il comptait huit cas de succès, tous confirmés par une période d'au moins huit années passées sans retour des accès. Il avait en outre obtenu, et plus fréquemment encore, des améliorations marquées, soit en éloignant les accès, soit en les rendant moins violens. Ses recherches sur l'emploi de ce médicament pour le traitement de l'épilepsie l'avaient amené à ce résultat facilement prévu, que les chances de succès étaient d'autant plus grandes, que la maladie était moins ancienne et que les cas les plus rebelles étaient ceux d'épilepsie par cause héréditaire; cependant, même dans ces cas, il obtenait de l'amélioration, mais bien plus rarement une cure radicale.

» Il entrait dans les intentions de M. Chrestien, de donner à ces faits une grande publicité; mais il est à craindre que son état de santé ne le lui permette plus jamais, et je crois devoir le faire avec d'autant plus de raison qu'ayant essayé cette méthode je la connais parfaitement.

» Sur les sept ou huit fois que je l'ai appliquée au traitement de l'épilepsie, je n'ai à proclamer qu'un seul cas de succès bien réel; du moins deux ans après la cessation du traitement, la malade n'avait encore éprouvé aucun accès, et avant sa guérison elle en avait quelquefois plusieurs par mois. Dans les autres cas, j'ai souvent obtenu une amélioration marquée, mais momentanée. Cette amélioration a encore lieu chez un malade en traitement dans ce moment.

» J'administre généralement la noix vomique torréfiée le soir, au moment du coucher; je commence par un quart de grain, et tous les douze ou quinze jours j'augmente la dose d'un quart de grain. On peut arriver ainsi à en donner douze, seize et même vingt-quatre grains par jour; mais quand on arrive à ces doses élevées, ce qui est fort rare, on les divise en deux prises, dont l'une est alors administrée le matin. Le régime doit être doux, régulier et avec abstinence absolue de tout acide végétal; l'expérience ayant appris à M. Chrestien que l'usage de ces acides détruisait les bons effets du médicament. Lorsqu'on arrive à des doses un peu élevées (six ou huit grains pour la prise du soir), il survient fréquemment la nuit des sueurs abondantes, quelquefois avec éruption miliaire. Pour faciliter l'administration de la poudre de noix vomique torréfiée, je l'adjoins à la poudre de réglisse qui permet d'en fractionner plus facilement les doses, et qui dissimule un peu son amertume insupportable.

» Il est bien à désirer que mes confrères répètent ces essais dans les hôpitaux et dans la pratique de la ville. Je les y engage avec d'autant plus de confiance que ces essais n'entraînent avec eux aucune espèce de danger. En effet, l'emploi que je fais, depuis plus de huit ans, de la poudre de noix vomique torréfiée dans le traitement de plusieurs autres maladies ne me permet pas de douter de sa parfaite innocuité, tout le temps qu'elle est administrée à des doses lentement et sagement progressives et qu'il n'existe vers les voies digestives aucune irritation de nature inflammatoire. »

BIBLIOGRAPHIE.

NOUVEAU TRAITÉ DES PLANTES USUELLES, SPÉCIALEMENT APPLIQUÉ A LA MÉDECINE DOMESTIQUE ET AU RÉGIME ALIMENTAIRE DE L'HOMME SAIN OU MALADE; par JOSEPH ROQUES. — 4 vol. in-8°. Paris, 1838; chez Dufart, rue des Saints-Pères, n° 1.

Les lecteurs de la GAZETTE MÉDICALE ont déjà fait, depuis longtemps, ample connaissance avec M. Joseph Roques. Nous avons rendu compte successivement de *l'Histoire des champignons comestibles et vénéneux* et *de la Phytographie médicale*, deux ouvrages sortis également de la plume de cet auteur, et tous les deux jugés par nous comme les ont jugés tous les hommes éclairés et impartiaux. Nous n'ajouterons qu'un seul mot à l'appui du juste tribut d'éloges qu'il a été de notre devoir de leur payer, c'est que, depuis que nous les avons annoncés et analysés, ils ont été traduits en plusieurs langues, et que les éditions en sont déjà entièrement épuisées. Quelles plus belles garanties pour la publication nouvelle que nous venons examiner! Toutefois, s'il est permis de penser, d'après le passé d'un auteur, qu'il ne restera pas au-dessous de l'idée qu'il a lais-

sée de lui, ce n'est pas assez, à nos yeux, de ce qu'il a fait, pour recommander, sans discussion aucune, ce qu'il vient de faire; car on voit très souvent, et il ne tiendrait qu'à nous d'en citer plusieurs preuves, que des hommes qui avaient d'abord beaucoup mérité, par leurs travaux, de leurs contemporains et de la postérité, s'endorment, pour ainsi dire, sur leurs anciens lauriers et n'engendrent plus désormais que des productions médiocres. Nous allons donc tâcher d'oublier ce que M. J. Roques a déjà fait pour contrôler rigoureusement, et à proportion de ce qu'il pouvait, le *Nouveau Traité des Plantes usuelles*.

Un discours préliminaire ouvre cet important ouvrage. L'auteur y jette un coup-d'œil sur les recherches botaniques auxquelles on s'est livré jusqu'à lui, et il arrête définitivement la portion de ce vaste champ d'études qu'il se propose d'explorer. Il s'agit, pour M. Roques, non pas du technique sévère de la science illustrée par Tournefort et Linnée, non pas des grands principes phytologiques qui absorbent et consument le botaniste de profession dans le silence du cabinet; mais il s'agit de quelque chose de plus riant et de plus doux, de quelque chose de plus intéressant et de plus utile. L'auteur se propose exclusivement l'étude de la botanique pour en faire ressortir les avantages qu'elle peut offrir à toute heure, à tout instant, à l'homme en santé et à l'homme malade, dans les circonstances si variables où sa condition domestique et sociale le placent ou le retiennent. L'énoncé de sa tâche indique nettement l'importance réelle de l'objet qu'il poursuit, comme les formes dans lesquelles il l'énonce donnent déjà un avant-goût des charmes qu'il répandra à pleines mains sur la route de son but. Ce discours préliminaire représente un brillant frontispice où le goût et la solidité marchent ensemble et nous font attendre une œuvre à la fois précieuse, noble, facile et remplie de grâce, à la hauteur de la nature, de toutes les belles intelligences et de la gloire de l'artiste. Suivons maintenant les principales parties de ce beau travail.

L'introduction de cet ouvrage n'en est pas la moins importante; M. Roques la consacre à un exposé sommaire des connaissances essentielles touchant les méthodes de traitement de l'homme malade et les divers régimes de l'homme sain. Cette revue rapide place l'auteur en présence des grands préceptes de l'art de guérir les maladies, et de l'art plus difficile encore de les prévenir; aucune circonstance importante sur ces deux branches de la médecine pratique ne se dérobe à ses recherches. M. Roques se montre à chaque pas comme un médecin nourri des dogmes de la médecine la plus sage, de celle qu'on puise dans les grands maîtres, organes fidèles de la nature. Aucune vue fausse, aucune hypothèse gratuite, ne trouve crédit auprès de lui; ses préceptes et ses conseils, empreints de cette simplicité naïve, cachet éternel de la vérité, ressortent sans efforts de l'analyse sévère et complète des états morbides qui les ont suggérés. La justesse et l'élévation de ses idées médicales n'ôtent rien aux agrémens de leurs formes; au contraire, M. Roques sait faire tourner habilement la vérité des pensées au profit de la grâce des formes, et la grâce des formes au profit de la vérité des pensées, réalisant ainsi le vieil adage *utile dulci*, qu'un de nos poètes a paraphrasé dans les deux vers qui suivent :

Une morale nue apporte de l'ennui ;
Le conte fait passer le précepte avec lui.

Le docteur Roques, si plein de foi dans les grandes vues de la médecine pratique, avec lesquelles il s'est identifié, frémit d'une noble indignation au souvenir de cette race d'hommes que l'ignorance et l'appât du lucre accompagnent au lit des malades, et qui pullulent dans les grandes villes et jusque sous le chaume du laboureur, à la honte des lois qui les tolèrent et de la faiblesse humaine qui les croit. En présence de cette hideuse lèpre de charlatanisme, dont l'espèce la plus dangereuse, n'exerce pas sur les places publiques ni dans les carrefours, M. Roques, qui n'a pas à sa disposition les mesures répressives, seule opposition efficace à son insolent dévergondage, se prend du moins corps à corps avec ces prôneurs de remèdes et les poursuit d'une ironie sanglante, où l'on retrouve toute la verve de Juvénal, de Perse et de Gilbert. Écoutez ce passage; il est impossible de le morceler : « Sans la santé, la vie n'est qu'une suite de mauvais jours, une lente agonie; ce bien si précieux, quand on l'a perdu, on le demande aux médecins. Mais les malades se lassent bientôt d'attendre; ils n'ont ni philosophie, ni raison, ni patience. Un animal vorace est là qui les guette; il a la tête du loup cervier, les serres du vautour, les ruses du renard, la voix des sirènes; c'est le charlatanisme. Il étudie la faiblesse, les caprices du malade; il écoute ses plaintes; il feint de compatir à sa souffrance. Il a des remèdes tout prêts, d'une efficacité merveilleuse, des témoignages éclatans, irrécusables en leur faveur, de Paris, de la province, de l'Europe entière. Après avoir enflé sa voix, il la modère, il l'adoucit; elle s'insinue dans le cœur du malade, le fait frémir de joie et d'espérance.

Le vieux goutteux s'arme d'un flacon nouvellement arrivé de la capitale de la Gascogne; il avale à longs traits la liqueur qui doit lui délier les membres; il s'endort sur son grabat; il rêve qu'il marche sans béquilles : il court, il vole; le jour paraît à peine, il se réveille avec toutes ses douleurs, il est immobile. Un homme couvert de lèpre veut essayer du fameux *traitement végétal.* Il croit que, nouvel Eson, il va puiser dans ce remède de nouveaux sens, un sang pur comme celui d'un agneau; il attend pendant six mois cette heureuse métamorphose; il maigrit, il s'épuise, il ne mange plus, il ne dort plus; il est oppressé, haletant, il va mourir. Un pauvre paralytique a essayé de toutes les méthodes qui guérissent; mais, par une étrange fatalité, lui seul n'a pu guérir; il lui reste pourtant une graine à essayer, c'est la moutarde blanche : elle a fait entendre des sourds, parler des muets, danser des paralytiques; pourquoi n'a-t-on pas débuté par là? Un paquet, deux, trois, quatre, six, douze paquets ne peuvent atteindre la paralysie; mais l'irritation intérieure produite par cette graine s'est propagée jusqu'au foie, et la jaunisse est venue faire alliance avec la paralysie : au lieu d'une maladie il en a deux.

» Écoutez cet hypocondre que la constipation tourmente. Son médecin n'entend rien à sa maladie; il le met au régime, il lui donne du petit lait, du bouillon de veau avec des herbes fraîches. Tout cela ne va pas au but. Son médecin temporise, comme Fabius, mais ne sauve pas. Son salut est dans les purgations. Il faut qu'il soit purgé, bien purgé, voilà l'unique objet de ses vœux. Il entre par un jour de pluie dans un cabinet littéraire, et y passe deux heures à parcourir le gros des annonces des journaux. Dieu soit béni! le voilà sauvé! *les pilules stomachiques* triomphent de la constipation la plus rebelle; elles sont approuvées par le gouvernement, les journaux l'affirment; qui pourrait en douter? Les premières doses sont favorables; vivent les pilules stomachiques! Prenons des pilules. Il a eu quatre garderobes, il est léger comme une plume; il court chez ses voisins, il leur montre la boîte merveilleuse; il pleure de joie, il ne sait comment exprimer son bonheur. On l'écoute, on le regarde, on croit qu'il a perdu la raison. Il part comme un éclair, les pilules lui donnent des ailes, le voilà rentré dans son appartement; il a ressenti un mouvement salutaire; il compte sur le prompt effet de son remède, il se dispose... Vain espoir! la constipation est invincible. Il veut continuer ses pilules; elles ne font qu'accroître son mal; le feu lui monte au visage, il a des palpitations, des vertiges; il chancelle, il maudit le marchand de pilules et réclame de nouveau les conseils de son médecin. »

Ce n'est pas assez de guérir les maladies existantes, il importe peut-être plus encore de les empêcher de se former. Le docteur Roques, qui a longtemps pratiqué la médecine avec une supériorité peu commune, et qui en offre les preuves dans les observations intéressantes dont tous ses ouvrages sont semés, le docteur Roques, disons-nous, ne l'a pas oublié. Aussi s'occupe-t-il avec une attention particulière, dans le nouveau traité qu'il publie, de tracer les règles de conduite de l'homme sain pour les circonstances nombreuses qu'il est obligé de traverser. Ce second objet de l'introduction de ce bel ouvrage est traité avec le même talent que le premier objet relatif à l'homme malade; seulement il appuie davantage sur le second point que sur le premier, ne perdant pas de vue que la tâche principale de ce nouveau livre, c'est l'étude des plantes usuelles alimentaires, plutôt que l'étude des plantes en rapport avec l'art médical. L'auteur a déjà consacré un ouvrage à part à l'examen des plantes dans leurs rapports avec la pratique de la médecine, ce qui lui défend d'insister sur cet objet dans celui-ci. M. Roques a pris l'homme sain à sa naissance, et il le suit, de là, jusqu'à la vieillesse, en l'examinant chemin faisant dans les positions sociales les plus saillantes, aux prises avec les influences de toutes espèces, qui se conjurent contre sa santé. Ses observations composent une immense galerie de portraits d'après nature, où l'on voit figurer tour à tour tous les tempéramens physiques, et tous les tempéramens qu'on peut appeler moraux. Dans cette série de tableaux, vivans de leur vie réelle, sous la plume magique de l'éloquent artiste, on ne sait ce qu'on doit le plus admirer, ou de la finesse et de la profondeur des vues, ou de la fraîcheur et de l'énergie du coloris. Quant à nous, nous le dirons sans scrupule, il nous semble qu'on ne trouve nulle part une réunion aussi complète de préceptes solides, de peintures frappantes, et d'un langage aussi pur que passionné. Nous n'en finirions pas s'il fallait signaler tous les passages où cet ensemble de caractères se rencontre; ouvrez au hasard; vous êtes sûr de tomber sur quelqu'une de ces beautés. Citons-en au moins un ou deux traits : « Que dirons-nous de la haine, de l'envie, vices moraux qui s'allient et marchent toujours ensemble pour ronger le cœur de l'homme et l'abreuver de fiel? Si elles appartiennent à tous les peuples, à tous les temps, on peut dire néanmoins qu'elles caractérisent plus particulièrement notre époque.... les places, les honneurs, la fortune; et avec la fortune toutes les jouissances matérielles; voilà l'unique désir, l'unique but du nouvel ordre social créé par nos révolutions. Mais pour tous ces ambitieux qui sollicitent, qui flattent, qui s'humilient, qui crient, qui menacent, qui

déchirent, que pourrait notre régime diététique? Imposer la diète à des gens affamés de plaisirs, pour qui la médiocrité est un supplice! C'est aux ministres à guérir ces nouveaux maniaques, en doublant le budget. Et ne croyez pas qu'ils soient encore satisfaits. Parmi ces hommes que la fortune a placés si haut, il en est dont tous les traits réfléchissent un profond chagrin, mêlé à un sentiment d'orgueil et de colère. Ils craignent constamment de perdre la faveur publique; ils se tourmentent; ils ne dorment point; ils digèrent mal; ils ont l'œil hagard, les lèvres convulsives. Leur figure cuivrée, bilieuse, sillonée de rides, annonce l'état douloureux du foie. Leurs sensations, leurs idées se ressentent de cette irritation viscerale; leur style est désordonné comme les mouvemens du cœur, et pour ainsi dire fébrile. Si la raison pouvait se faire entendre à ces hommes insatiables, on leur dirait : « Abandonnez le pouvoir qui vous échappe, réconciliez-vous avec les muses; choisissez une douce retraite où vous recevrez vos amis injustement oubliés, où vous pourrez vivre et digérer paisiblement. Le repos, le calme des nuits, la sobriété feront taire vos douleurs, ranimeront votre teint, vous donneront une nouvelle existence, etc., etc. »

A cette image si sombre des ambitieux politiques, faisons succéder une image d'une autre espèce : elle donnera une idée de la flexibilité du talent du peintre.

« Il est une passion qui semble s'être exilée du sol où elle régnait jadis en souveraine. Elle a dn moins emporté son esprit, sa grace, ses formes attrayantes, son accent délicieux, son tendre délire, et ne nous a laissé qu'un sentiment machinal, un besoin matériel, des sensations toutes physiques..... un besoin d'aimer et d'être aimé, que la nature a placé dans le cœur de l'homme est un feu sacré émané des cieux, qui anime et renouvelle le monde. Une voix lointaine, le frémissement du feuillage, le murmure des eaux, tout exprime ses accens... Tantôt c'est un sentiment à la fois vif et tendre, qui pénètre jusqu'au fond du cœur, le remplit de délices: c'est la joie, c'est l'espérance, c'est le bonheur, c'est un charme qu'aucun langage humain ne saurait rendre. Tantôt c'est un torrent de feu, une lave brûlante qui dévore l'âme; là, c'est une mélancolie amère et voluptueuse, qui consume les cœurs malheureux, qui les suit partout au milieu du tumulte et dans la retraite, etc. »

Telle est l'introduction du nouveau traité des plantes usuelles. L'espace nous manque pour nous arrêter comme il le faudrait sur l'analyse du corps de l'ouvrage. M. Roques considère les plantes alimentaires en se conformant à la classification par la méthode naturelle. Il donne d'abord pour chacune de celles qui offrent quelque intérêt une détermination précise de leurs caractères botaniques et de leurs principes constituans; il passe ensuite à la recherche de leur action comme substance alimentaire, comme moyen diététique ou thérapeutique et comme assaisonnement. Entre les mains de M. Roques l'histoire botanique des plantes se dépouille de l'aridité des formules scientifiques et se pare de l'attrait attaché à l'étude des fleurs.

Digne émule de Linnée, de Brillat Savarin et de Bernardin de Saint-Pierre, une phrase, un seul mot frappe le lecteur d'une vive image et lui laisse dans l'esprit la trace ineffaçable de la plante qu'il décrit. Voyez comme il peint la perce-neige dans toute sa richesse, la violette qui se dérobe à la vue, la giroflée panachée de rouge et de brun, le cresson qui baigne ses feuilles dans l'onde la plus pure, et le narcisse qui se regarde dans les petits ruisseaux.

Les vertus des plantes et leurs effets sur l'économie ouvrent au docteur Roques une source d'intérêt d'un autre genre. Avec un tact exquis, il saisit dans les qualités des plantes ce qu'elles ont d'agréable ou d'utile, et sépare se qu'elles acquièrent de nuisible soit par leur abus soit par les préparations qu'elles subissent, soit par les préjugés reçus. Une érudition inépuisable et les ressources de ses observations personnelles lui fournissent à l'envi des preuves et des exemples pour chacun de ses exemples ou de ses préceptes. On peut lire comme un échantillon de sa manière de faire ce qu'il dit du café, des vins, du thé, etc., etc. M. Roques ne s'en tient pas à des préceptes et à des exemples; il met pour ainsi dire la main à l'œuvre, et il vous montre en outre comment on peut tirer parti de ses plantes, les combinaisons qui leur sont favorables, la manière enfin de mettre à profit toutes leurs vertus.

Quelques personnes, en lisant certaines de ses pages dans le travail d'une digestion difficile, ont reproché à M. Roques de s'être embarqué dans des détails de pratique culinaire et de n'avoir pas dédaigné de tracer les règles de l'art de formuler quelques plats recherchés. Nous ne partageons pas la responsabilité de semblables reproches : rien n'est indifférent quand il s'agit de la conservation de la santé et des moyens de multiplier les jouissances de la vie. Nous lui saurions bien mauvais gré pour notre compte s'il avait négligé de nous initier au secret des préparations qui sont destinées à mettre le cachet aux avantages des plantes alimentaires, ou faciliter l'assimilation des plantes médicinales par l'intervention opportune des artifices du cuisinier. La médecine ne puise pas toujours ses auxiliaires au sein des officines pharmaceutiques; ses plus puissantes ressources lui viennent des soins du régime; pourquoi donc trouver à redire qu'un ouvrage, chargé principalement d'établir les lois de cette branche importante de la diététique, ne se dispense pas de surveiller attentivement les préparations de nos ragouts? Autant vaudrait trouver à redire aux soins que le physicien ou l'astronome donnent journellement aux instrumens d'observation.

Nous n'avons fait qu'effleurer le beau travail de M. Roques, on pour parler plus juste, nous n'avons fait que montrer du doigt quelques-unes des qualités par lesquelles il se recommande à l'art et à la science. Forcé de nous en tenir à cette ébauche, nous terminons en disant que sous quelques rapports qu'on le considère, le nouveau traité des plantes usuelles promet aux lecteurs de tous les ordres une instruction aussi facile que solide et tout le charme de la plus agréable lecture. Si vous joignez à cela qu'il est édité avec un soin parfait, comme toutes les productions qui sortent de cette librairie, on sera aussi convaincu que nous qu'il renferme au grand complet tous les élémens du succès et de la vogue d'un livre.

VARIÉTÉS.

— LITTÉRATURE MÉDICALE FRANÇAISE. Un journal américain dit que 300 volumes ont été publiés en France en 1836 sur les différentes branches de la médecine. Ajoutez une foule de pamphlets, mémoires et autres petits écrits, et vous aurez un total de plus de 115,000 pages. Ajoutez encore les journaux et quelques autres publications périodiques, et vous arriverez à un total de 80,000 pages; ce qui donne 500 pages à lire par jour à une personne qui aurait la patience de connaître tout ce qu'on publie en médecine en France. Si l'on rapproche ces chiffres de ceux des publications médicales en Allemagne, en Angleterre, en Italie, en Amérique, on sera forcé de conclure qu'il est matériellement impossible qu'un homme lise tout ce qu'on publie chaque année en médecine; de là l'avantage des journaux qui font connaître une foule de choses par extraits.

— NÉCROLOGIE. — Le doyen des chirurgiens américains, le docteur PHYSICK, professeur au collége de Georgia, vient de mourir à un âge très avancé. Le docteur Physick s'était mérité le titre de père de la chirurgie américaine, de Dupuytren d'Amérique. Les sociétés médicales des Etats-Unis viennent d'arrêter que tous les membres prendraient le deuil pendant trente jours.

— EXPOSÉ DES CONDITIONS D'HYGIÈNE ET DE TRAITEMENT PROPRES A PRÉVENIR LES MALADIES ET A DIMINUER LA MORTALITÉ DANS L'ARMÉE EN AFRIQUE, ET SPÉCIALEMENT DANS LA PROVINCE DE CONSTANTINE; suivi d'une théorie nouvelle de l'intermittence et de la nature, ainsi que du siége des maladies des pays chauds; par M. WORMS, docteur en médecine, médecin ordinaire de l'armée d'Afrique; ex-médecin en chef de l'armée expéditionnaire de Constantine; in-8. Prix 4 f.

A Paris, chez J.-B. Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 13.

A Londres, même maison, 219 Regent-Street.

— NÉMÉSIS MÉDICALE, recueil de satires; par le docteur FABRE, phocéen.

La *Némésis médicale* se composera de 24 satires de 300 vers chaque environ. Dans aucun cas le nombre de 24 satires ne sera dépassé.

Les satires qui ont déjà paru sont :

1. Introduction. — 2. L'Ecole. — 3. L'Académie. — 4. Souvenirs du choléra. — 5. M. Orfila. — 6. Le Concours. — 7. Les examens à l'Ecole. — 8. La Patente et le Droit d'exercice. — 9. Les obsèques de Dupuytren. — 10. L'Homœopathie. — 11. Les Professeurs et les Praticiens. — 12. Les Etudians en médecine. — 13. Réveil. Ecole. — 14. Les Charlatans. — 15. Les Spécialités. — 16. Les Sages-Femmes. — 17. Les Hôpitaux et les Cliniques.

Les sujets des autres satires sont ainsi déterminés :

Le Conseil royal de l'Instruction publique. — L'Institut. — Le Magnétisme animal. — Les Lazarets et les Quarantaines. — La Responsabilité médicale. — La Phrénologie. — Les adieux à l'Ecole. Conclusion.

Le bureau est rue du Petit-Lion-Saint-Sulpice, 8. — On souscrit aussi chez Pagnerre, libraire, rue de Seine-Saint-Germain, 14 bis; chez Paul, galerie de l'Odéon, 12; et chez tous les libraires et dans les dépôts de publications périodiques.

Prix des 24 satires, pour Paris, 10 fr. — Pour les départemens, franc de port, 11 fr. 20 c.

Prix de chaque livraison : 50 c.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE DE FÉLIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

Gazette Médicale
DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux réunis*) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°.—Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Poissonnière*, n° 5, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

AVIS A MM. LES SOUSCRIPTEURS.

MM. les souscripteurs dont l'abonnement expire à la fin de ce mois sont invités à le renouveler prochainement s'ils ne veulent pas éprouver d'interruption dans l'envoi du journal. Pour ne pas décompléter les collections, aucun numéro ne sera envoyé aux personnes qui n'auraient pas donné avis de leur renouvellement avant le premier juillet. On s'abonne dans les départemens chez tous les directeurs des postes et des messageries. La quittance d'abonnement sera présentée au domicile de MM. les Souscripteurs de Paris. Vu la difficulté et les frais de recouvrement des mandats de la Gazette médicale, touchés au domicile des Abonnés des départemens, ce mode de souscription ne peut avoir lieu que pour des abonnemens de six mois, de neuf mois et d'un an.

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE INTERNE.

MÉMOIRE SUR L'INFLAMMATION CHRONIQUE ET LES ULCÈRES PERFORANS DU COECUM ET DE L'APPENDICE VERMIFORME, ET DES ABCÈS STERCORAUX QUI EN RÉSULTENT, lu à la société médico-chirurgicale de Londres; par M. John Burne, médecin de l'hôpital de Westminster.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

DEUXIÈME PARTIE.

L'appendice vermiforme du cœcum peut être considéré comme un second cœcum; il est, comme lui, sujet à la maladie que nous venons de décrire; mais les caractères morbides en diffèrent matériellement, à cause de sa conformation particulière et de sa situation variable.

La conformation et la situation de cet appendice varient beaucoup chez les différens individus, circonstance qui n'a point été notée par les anatomistes, et qui influe pourtant considérablement dans les phénomènes de l'affection dont il s'agit. On dit généralement que l'appendice cœcal est flexueux, et que sa situation dans le bassin dépend de ses flexuosités;

Feuilleton.

LE MAGNÉTISME ANIMAL EN ANGLETERRE.

Depuis quelque temps le magnétisme animal occupe assez activement l'attention des médecins anglais pour que nous devions tenir nos lecteurs au courant de ce que font nos voisins sur ce sujet tant de fois et jusqu'ici si inutilement examiné. Déjà plusieurs mémoires, lus devant des sociétés savantes de Londres, ou publiés dans les journaux anglais, sur les formes différentes sous lesquelles s'est montré le magnétisme à diverses époques, annonçaient une direction nouvelle et spécialement portée vers l'étude des phénomènes magnétiques. Mais, aujourd'hui, cette direction n'est plus douteuse, et le fait le plus important, celui qui frappe le plus l'attention générale, et qui, en effet, présente le plus d'intérêt et de nouveauté, c'est la série d'expériences que le docteur Elliotson fait maintenant publiquement sur le magnétisme animal, à l'hôpital de l'Université de Londres, et sur des malades de l'hôpital.

Le docteur Elliotson, dont le nom rappelle d'intéressans travaux de pathologie, et surtout de médecine pratique, paraît s'être occupé de cette étude depuis quelques années, dans l'intention de constater ce que la médecine pourrait en retirer d'applicable au traitement des maladies. Il commença d'abord par le magnétisme minéral, qu'il appliqua avec des succès variés au traitement de quelques maladies nerveuses, et surtout de la névralgie. Nous ne présenterons pas l'historique de ses recherches sur le magnétisme animal; les séances où il vient d'exposer les résultats qu'il a obtenus jusqu'ici ne ressemblent nullement à ces réunions mystérieuses où l'incrédule en fait de magnétisme ne pouvait être admis, et où la pièce ne se jouait qu'entre le magnétiseur et le somnambule. Dans les séances de l'hôpital de l'Université, les faits se sont passés devant un nombre considérable de témoins, dont beaucoup occupent un rang élevé dans les diverses hiérarchies de l'ordre social, et en plein jour. Le docteur Elliotson n'était pas le seul qui agit sur les sujets des expériences; plusieurs des assistans le faisaient aussi, et sans qu'il paraisse possible de soupçonner de connivence entre les divers acteurs de la scène. D'ailleurs, ce n'était pas sur un seul sujet que se faisaient les expériences. A chaque séance, quatre, cinq, six malades sont amenés successivement à l'amphithéâtre, comme lorsqu'il s'agit d'une opération chirurgicale, et soumis aux manipulations magnétiques; enfin, une autre différence qui existe entre la série d'expériences qui se font maintenant à Londres, et celles qui ont eu lieu à des époques plus ou moins récentes, c'est que l'auteur de ces expériences n'a point prétendu montrer immédiatement des choses très extraordinaires, faire prédire l'avenir ou développer de nouveaux sens. Nous ne connaissons pas, il est vrai, son programme, s'il en a un; nous ne savons pas s'il a la prétention d'arriver au développement de ces facultés brillantes dont nos magnétiseurs ne manquent jamais, dès le début de leurs expériences, d'orner leurs somnambules; mais la marche qu'il a suivie nous semble plus philosophique; il a voulu savoir s'il y avait dans le magnétisme quelque chose qui fût en dehors des phénomènes ordinaires de la vie, et il dit y avoir réussi; mais il n'annonce encore que deux phénomènes magnétiques: le somnambulisme et l'action d'un homme sur son semblable; il prétend même reproduire facilement ces phénomènes en public, et de manière à convaincre

plusieurs anatomistes cependant (Winslow, Cloquet) ne parlent pas de cette situation; ils se contentent seulement de dire que l'appendice cœcal naît du cœcum et est lié au bas de ce dernier par un repli du péritoine. D'après mes observations, l'appendice en question est situé le plus souvent au bord externe du grand psoas, sur la *fascia iliaca*, couvert par le cœcum et caché sous lui. Lorsqu'un travail d'ulcération perforante s'établit dans l'appendice cœcal et qu'une péritonite et des abcès stercoraux se forment, les parties qui sont comprises dans ce travail diffèrent selon la situation de l'appendice même. S'il est situé dans le pelvis, les organes pelviens peuvent être impliqués dans le mal; s'il est placé sur le *fascia iliaca*, et au-dessous du cœcum, ce sont la partie charnue du muscle iliaque interne et le tissu cellulaire ambiant qui sont compris dans l'abcès, et la matière s'étend en conséquence. On conçoit de quelle importance il est de tenir compte de ces circonstances. Dans un cas que je rapporterai tout à l'heure, l'abcès s'est ouvert aux lombes, la partie charnue du muscle iliaque interne a été complètement frappée de gangrène, de même que la masse adipeuse de la région lombaire; l'abcès s'est ouvert vers le bord externe du muscle carré des lombes, endroit le moins résistant de la région.

La libre communication de l'appendice cœcal avec le cœcum l'expose à recevoir accidentellement des petites portions de matière alimentaire non digérée, ou d'autres corps arrivés dans la cavité du cœcum. Entré dans l'appendice, le corps ne peut en sortir pour suivre le cours naturel des autres matières que par un mouvement rétrograde. Il est cependant douteux que l'appendice cœcal ait la force d'expulser de son intérieur un corps de quelque résistance. Cette expulsion est impossible si le corps est volumineux et fortement enchassé dans son intérieur; il devient alors une source permanente d'irritation; de là ulcération, perforation, épanchement, et des conséquences désastreuses. Il n'est pas rare de rencontrer sur le cadavre quelques petits corps, comme des pepins de raisin, dans l'appendice en question, sans qu'aucun mal soit résulté de leur présence; la membrane muqueuse qui le redouble étant, comme celle du gros intestin, douée d'une sensibilité propre à résister à la présence des matières irritantes. Ces petits corps, néanmoins, s'ils restent longtemps, finissent par ulcérer la muqueuse, ainsi qu'on le rencontre souvent dans les autopsies, sans occasionner plus de mal que les ulcérations superficielles de toute autre partie du canal alimentaire. Mais si le corps est plus gros que le calibre de l'appendice, comme un noyau de cerise, par exemple, ou une concrétion intestinale, et qu'il y soit forcément introduit par l'action des intestins, il produit non seulement l'ulcération de la muqueuse, mais encore de toutes les autres tuniques, et arrive jusqu'au péritoine, qui tombe en gangrène, crève, et la perforation s'établit. Tant que l'ulcération est bornée à la membrane muqueuse, le mal est de peu d'importance, comme on le voit; mais aussitôt que le péritoine est privé de ses vaisseaux nourriciers, les choses changent de face; la perforation, qui s'en suit, donne lieu à une inflammation de la séreuse abdominale. Cette inflammation peut être limitée à une partie du péritoine, ou bien envahir tout l'abdomen. Dans le premier cas, un abcès se forme; le danger cependant est toujours très grand dans l'un comme dans l'autre cas. Le mal est mortel le plus souvent si la péritonite est générale; l'abcès lui-même produit un tel trouble dans les fonctions, qu'il se termine souvent aussi par la mort. Toutefois, lorsque l'abcès se fait jour en avant, sa terminaison peut être heureuse et le malade guérir. Dans d'autres circonstances, la matière de l'abcès se circonscrit autour du cœcum, elle y reste stationnaire, forme une tumeur profonde dans la région cœcale, occasione une constipation opiniâtre et une réaction sympathique tellement grave que le malade succombe le plus souvent.

GANGRÈNE DE L'EXTRÉMITÉ DE L'APPENDICE CŒCAL; ABCÈS CIRCONSCRIT; MORT.

FAIT V. — Un cocher, âgé de 57 ans, était malade depuis trois semaines; il avait eu d'abord la fièvre, puis des vomissemens, et était constipé. Des purgatifs lui avaient été administrés. Dans le cours de la seconde semaine, il s'était plaint de douleur dans la région ilio-inguinale; on lui a appliqué des sangsues et un vésicatoire. Ensuite, il a été saisi de rétention d'urine.

Lorsque j'ai examiné le malade, je l'ai trouvé couché en supination, très épuisé, langue sèche et brune, pouls fréquent et faible. Il vomissait continuellement, sa constipation était opiniâtre, et il n'y avait que l'huile de croton qui lui procurait quelques garderobes; la rétention d'urine persistait; le ventre était gonflé et tendu. En palpant la région cœcale, où le malade accusait la douleur, j'ai découvert immédiatement une tumeur profonde, dure et circonscrite, du volume d'une petite orange. J'ai diagnostiqué une maladie du cœcum ou de son appendice.

Le malade a survécu encore huit jours, vomissant toujours, étant constipé, éprouvant de la douleur et une rétention d'urine jusqu'à la fin.

AUTOPSIE. La portion inférieure droite de l'épiploon adhère au cœcum par de la fibrine récente et molle. En détachant délicatement l'épiploon, on met en évidence un sac plein de matière; abcès circonscrit entre le cœcum et le muscle iliaque interne. La totalité du cœcum, une partie du colon et l'extrémité cœcale de l'iléon ayant été enlevées soigneusement, on s'assure que le tube intestinal est sain; mais le cœcum est contracté, l'appendice cœcal offre la longueur d'un pouce, et se termine dans le foyer purulent; son extrémité borgne est gangrenée.

Il est plus que probable, d'après ces apparences, que quelque corps étranger s'était introduit dans l'appendice cœcal, avait ulcéré, perforé son extrémité libre, occasionné un abcès consécutif vers ce point et près du cœcum, sur le côté externe du muscle psoas et sur le muscle iliaque interne. Les rapports immédiats de cet abcès avec le cœcum expliquent la constipation et l'irritation gastrique que le malade avait éprouvées et qui ont épuisé la force de son organisme.

ULCÉRATION PERFORANTE DE L'APPENDICE VERMIFORME PAR UNE CONCRÉTION INTESTINALE; PÉRITONITE MORTELLE; AUTOPSIE.

Je dois les détails de ce fait à l'obligeance de mon confrère M. Wray.

FAIT VI. — Un enfant, âgé de 12 ans, est atteint de douleur profonde dans la région ilio-inguinale droite, suivie de fièvre, vomissemens et sensibilité excessive sur tout l'abdomen, comme dans les péritonites aiguës. La marche de cette péritonite a été si rapide, que malgré l'emploi des moyens usités en pareils cas, le petit malade est mort le second ou troisième jour. Le ventre avait été entretenu libre dès le commencement, à l'aide de purgatifs.

NECROPSIE. Effusion de lymphe plastique sur plusieurs endroits de la surface des intestins. L'appendice vermiforme est perforé à la distance de trois quarts de pouce du cœcum par une ulcération gangreneuse à bords irréguliers. Dans cette perforation est engagée une concrétion du volume d'un noyau de cerise. L'appendice ayant été ouvert, on trouve un second ulcère sur sa membrane muqueuse, qui est elle-même vascularisée, molle et gonflée; les ouvertures de ses follicules muqueux sont très distincts. L'intérieur du cœcum offre une portion de membrane muqueuse de la largeur d'un demi schelling, pulpeuse et d'un gris brunâtre. L'iléum présente aussi une partie de sa valvule (un demi pouce)

---

les plus incrédules. Le récit abrégé de ce qui s'est passé à l'une des dernières séances de l'hôpital de l'Université mettra le lecteur à même de juger si les expériences du docteur Elliotson ont mis hors de doute ces deux premiers faits, qui sont la base du magnétisme animal, ou si les séances de l'hôpital de l'Université ne sont que la reproduction de ce phénomène miraculeux dont tant de fois déjà nous avons vu les hommes les plus remarquables et qui passent pour les plus éclairés être dupes. Cependant, on remarquera à la lecture du compte-rendu très abrégé de ces séances, que nous allons présenter, que si le charlatanisme a trouvé le moyen de s'y glisser, il l'a fait sous les apparences d'une investigation sérieuse et vraiment scientifique.

Le professeur de clinique à l'Université ouvrit la séance comme à l'ordinaire, par quelques considérations générales dans lesquelles il exprima surtout la conviction qu'il avait acquise qu'une personne pouvait exercer une certaine influence sur une autre, indépendamment de l'action des sens ou de l'imagination, et entièrement à l'insu de la personne magnétisée; pendant son sommeil, par exemple, ou pendant des convulsions, etc. Dans les faits qui allaient se passer sous les yeux de l'assemblée, on était presque nécessairement forcé de pratiquer les manipulations devant les individus; mais on obtient les mêmes résultats toutes les fois que dans les salles on les emploie sans qu'ils le sachent. Les effets ne sont cependant pas les mêmes dans les différens cas; quelquefois on les attend en vain, tandis que dans d'autres cas ils sont produits immédiatement, mais chez des malades qui ignorent entièrement ce que l'on attend d'eux. « Dernièrement on reçut à l'hôpital deux jeunes gens qui étaient atteints depuis longtemps d'épilepsie. Ayant tenu la main quelques instans au-dessus de la tête d'un de ces jeunes gens, je vis ses yeux commencer à se troubler, et il se trouva aussitôt presque endormi. C'était la première fois qu'on le manipulait. A l'opération suivante, il fut tout à fait endormi, et il en fut constamment de même ensuite que la main fût présentée au front ou à l'occiput; s'il était engagé dans une conversation, l'effet n'était pas produit avec moins de rapidité, et un jour je le fis tomber dans le sommeil pendant qu'il montait un escalier. L'autre jeune homme résista pendant plusieurs jours de suite à tous les moyens magnétiques qui furent employés, et pourtant aucune raison appréciable ne pouvait rendre compte de cette différence, et tous deux ignoraient également ce que l'on attendait de ces expériences. Le premier, qui était sujet à des attaques d'épilepsie depuis longtemps, en avait eu une chaque jour pendant les neuf semaines qui précédèrent son admission. Il fut magnétisé le jour même de son entrée à l'hôpital, et, pendant tout le mois qu'il y resta, il n'en éprouva pas une seule. Il voulut sortir alors, se disant guéri, et bien que je désirasse le conserver encore pendant un mois, pour continuer les expériences magnétiques. L'autre jeune homme, sur lequel les manipulations ne produisirent aucun effet, continua d'avoir ses accès comme auparavant, et demanda sa sortie au bout de six semaines, se regardant comme incurable. »

Après que le docteur Elliotson eut communiqué ces détails cliniques, il ordonna de faire venir dans l'amphithéâtre deux jeunes gens qu'il fit asseoir vis-à-vis du public. Chez ces deux jeunes gens, comme chez ceux dont il venait de parler, les manipulations avaient des effets très différens: chez l'un les effets sont très prononcés, chez l'autre aucun effet n'est produit. Le docteur Elliotson ayant alors tendu les deux mains chacune vers le front de l'un des jeunes gens, au bout de quelques secondes l'un d'eux dormait déjà, l'autre resta éveillé et même se mit à rire. Le premier avait trois ou quatre accès chaque jour avant son admission à l'hôpital, cinq semaines auparavant. Après la première opération, il n'en eut plus qu'un chaque jour, et pendant les huit derniers jours, il n'en

épaissie, spongieuse, très couverte de follicules mucipares. Les glandes mésentériques voisines sont hypertrophiées et rouges.

GANGRÈNE DE L'APPENDICE COECAL; ABCÈS GANGRENEUX; MORT; AUTOPSIE.

FAIT VII. — Mary Ann Hodges, âgée de 19 ans, de bonne constitution, fut reçue à l'hôpital Guy, le 10 janvier 1838. Depuis quatre jours, elle avait été saisie de douleurs intenses dans la région inguinale droite, pour lesquelles elle avait été soignée trois fois; on lui avait appliqué des sangsues et des vésicatoires. A son entrée, cinquième jour de maladie, elle se plaint de grande douleur dans la région cœcale, s'étendant en haut vers l'hypocondre du même côté; elle vomit des matières bilieuses; pouls fréquent et petit; peau chaude et sèche; grande soif. La malade reste couchée en supination, s'inclinant sur le côté droit, les jambes fléchies vers le ventre; le moindre mouvement lui fait jeter les hauts cris et aggrave sa position.

On prescrit 20 sangsues sur le siége de la douleur, un grain de calomel et autant d'opium toutes les quatre heures; lavemens avec huile de ricin. Les sangsues soulagent un peu; plusieurs garderobes.

Le lendemain, 20 autres sangsues.

Le surlendemain (septième jour de la maladie), la douleur persiste, la sensibilité générale continue à être excessive; langue comme glacée au bout (*glazed*), dents un peu fouligineuses; pouls 112. Saignée de 10 onces; calomel, 2 grains avec 1 grain d'opium et antimoine tartarisé demi grain toutes les quatre heures. La douleur n'ayant pas été soulagée par la saignée et le pouls s'étant accéléré, on rouvre la veine deux heures après, et l'on tire 20 onces de sang; le pouls devient très mou.

La nuit suivante est agitée, le hoquet survient; un gonflement avec dureté se déclare dans la région iliaque. On répète la saignée (10 onces), l'opium et le calomel.

Le dixième jour, les traits s'affaissent, la figure devient exangue, fluctuation obscure d'abord, puis manifeste dans la tumeur. On pratique une incision de deux pouces dans la région ilio-lombaire, un peu au-dessus de l'épine iliaque; on arrive jusqu'au péritoine, et l'on perce le foyer purulent. Ecoulement de matière liquide excessivement fétide. La malade a été soulagée, mais elle s'est bientôt affaissée, et est morte le lendemain.

NECROPSIE 3 heures après la mort. Les viscères abdominaux sont sains mais exangues. La partie inférieure de l'épiploon du côté droit adhère au péritoine du cœcum. En détachant cette portion de l'épiploon, on découvre une cavité pleine de matière obscure, excessivement fétide, de consistance et de couleur variables, contenant des portion durcies de matière fécale. On éponge ce fluide dont la quantité remonte à une demi-pinte; on nettoie le foyer qui est formé dans le péritoine des régions iliaque droite et lombaire, cotoyé par l'épiploon, le péritoine, le cœcum, le colon et le lobe droit du foie. Le péritoine qui forme la paroi postérieure du foyer a été poussé en haut, et est de couleur noire; en le coupant, on trouve derrière lui tout le tissu cellulo-graisseux des lombes dans un état gangreneux. La gangrène s'étend jusque derrière les reins, le cœcum et le colon ascendant; les gaz et les fluides putrides de ces parties faisaient bomber le péritoine.

La portion externe du grand psoas et la plus grande partie du muscle iliaque interne sont aussi gangrenées.

Le colon et le cœcum sont sains, mais l'extrémité borgne de l'appendice vermiforme est gangrenée. La portion restante de cet appendice plonge dans le foyer de l'abcès; elle est béante. Le foyer contient de la matière stercorale fluide et jaune. De la matière pareille est rencontrée dans le cœcum. Les reins sont sains, de même que les autres viscères pelviens. La foie est à l'état naturel si ce n'est que son lobe droit adhère au péritoine.

Les muscles abdominaux des régions iliaque droite et lombaire sont séparés entre eux dans l'étendue d'un quart de pouce par de la matière molle, albumineuse, ce qui rend la paroi abdominale plus épaisse qu'à l'état normal et formait partie de la tumeur épaisse, dure et obscurément fluctuante qu'on avait observée durant la vie. C'est à travers ces tissus épaissis que l'incision avait été pratiquée; elle avait pénétré dans la masse gangreneuse du tissu cellulo-adipeux extrapéritonéal, et n'avait point percé cette membrane pour arriver jusqu'au foyer de l'abcès.

Ces lésions permettent de penser que le mal avait commencé par la gangrène de l'appendice vermiforme; de cet appendice gangrené il s'était opéré un épanchement de matière fécale jaune du cœcum dans le péritoine; de là la formation d'un abcès stercoral, la gangrène des muscles psoas et iliaque, du tissu cellulo-graisseux et du péritoine de la région lombaire, etc. Si le mal eût été connu dès le principe et les forces de la constitution du patient ménagées, au lieu d'être épuisées par un traitement antiphlogistique énergique, traitement qui aurait convenu s'il s'était agi d'une inflammation idiopathique ordinaire, le malade aurait peut-être pu être sauvé. Le fait suivant sert à faire voir toutes les ressources de l'art dans ces graves circonstances.

ABCÈS STERCORAL DANS LA RÉGION ILIO-INGUINALE DROITE PAR ULCÉRATION PERFORANTE DU COECUM ET PROBABLEMENT AUSSI DE SON APPENDICE.

FAIT VIII. — Anne Box, âgée de 14 ans, a été reçue à l'hôpital Guy, le 2 novembre dans le service de M. Key. Elle avait été toujours bien portante jusqu'à la Noël de l'année dernière, lorsqu'elle reçut un coup de poing par sa belle-mère dans l'aine droite, ce qui lui causa une douleur intense pendant une semaine; ensuite elle s'est bien portée.

Dans le mois de mai suivant, elle est saisie subitement de douleur profonde dans la région ilio-inguinale droite; cette partie devient bientôt fort sensible au toucher; la malade est constipée, puis elle commence à vomir. Son médecin, M. Hickman, la saigne, lui applique des sangsues et des vésicatoires sur la partie; elle semble aller bien; mais bientôt une tumeur se déclare. Nouvelles applications de sangsues; la tumeur ne fait pas de progrès; mais la partie reste sensible au toucher; la malade sent une petite grosseur en dedans, tellement sensible, qu'elle la défend avec sa main, afin que rien ne la touche. Elle continue dans cet état pendant cinq mois, jusqu'au 24 octobre, lorsqu'une nouvelle douleur d'une plus grande intensité se manifeste dans cette petite grosseur, avec frisson, vomissement et dévoiement. M. Hickman fait une nouvelle application de sangsues qui la soulage; mais la partie augmente de volume et devient rouge. Les envies de vomir et les frissons continuent; le ventre, après avoir été fort relâché, est constipé.

Le 1er novembre, M. Key, ayant examiné la petite malade, a trouvé que la grosseur pourrait bien être un abcès profond. Il y a donc plongé un bistouri, qui a donné issue à quelques onces de matière sanguinolente, épaisse, ayant une odeur stercorale excessivement fétide.

Le lendemain, elle a été reçue à l'hôpital où je l'ai vue et examinée. La ponction avait été faite au milieu de l'espace compris entre le pubis et l'épine iliaque antérieure, supérieure; l'ouverture laissait écouler une grande quantité de matière noire, épaisse, imprégnée de gaz stercoraux fétides. Les régions inguinale et iliaque sont gonflées et dures; la dureté et le gonflement s'étendent en haut et en arrière, dans la direction de l'épine, de l'ilium, et les lombes où la peau est rouge; comme si un abcès allait se former de ce côté; la partie était d'ailleurs tellement sensible, que la malade ne permettait même pas l'approche du doigt.

Le 6, une seconde ouverture est pratiquée près de l'épine antérieure supérieure de l'os des iles, qui a donné issue à beaucoup de matière; la tumeur et l'inflammation lombaires s'affaissent.

Le 7, troisième ouverture au-dessus de la précédente et plus en arrière; écoulement de matières gangreneuses, lambeaux de muscles et de tendons mortifiés. Une sonde ayant été glissée par la première ouverture s'enfonce dans la profondeur de quatre pouces et vers la direction du cœcum.

Depuis l'évacuation des escarres et des autres matières à travers les dernières ouvertures, la rougeur et la tuméfaction de la région lombaire ont disparu, et la malade se sent de mieux en mieux, et bien qu'elle soit encore très faible,

---

avait pas eu un seul. Chez l'autre malade, on avait en vain répété chaque jour les passes pendant une demi-heure; mais comme ses attaques ne venaient qu'une fois toutes les trois semaines, on ne pouvait rien conclure de ce fait. Chez celui qui était endormi le sommeil ne paraissait pas simulé; les paupières étaient fermées, la mâchoire pendante, la tête jetée en arrière, et le corps incliné d'un côté. Le docteur Elliotson fit remarquer que le sommeil n'était pas aussi profond qu'il le paraissait, et qu'il lui serait facile de l'éveiller, et aussitôt il passa les pouces sur les sourcils du malade de dedans et en dehors. Celui-ci ouvrit alors en partie les yeux et regarda autour de lui d'un air stupide; ses paupières s'étant immédiatement abaissées, il dit qu'il ne pouvait les relever. L'opérateur ayant dit que cet effet était ordinaire, dirigea les doigts étendus du côté et très près des paupières qui s'ouvrirent aussitôt, et le jeune homme fut complètement éveillé.

Ces deux jeunes gens ayant été alors renvoyés furent remplacés par une jeune fille et une jeune femme. La première, reçue à l'hôpital le 11 mai, avait des attaques d'hystérie avec trismus qui revenaient tous les deux jours et duraient vingt-quatre heures; l'autre, Anne Ross, avait une attaque d'épilepsie tous les quinze jours, et en outre était sujette à des mouvemens involontaires dans les membres; elle était à l'hôpital depuis six semaines. Chez toutes deux les effets magnétiques sont très prononcés; il suffit de tenir la main tendue vers leur tête pour qu'elles tombent dans un profond sommeil. Trois ou quatre jours après que Ross eut éprouvé le premier accès à l'hôpital, elle fut prise un matin de mouvemens involontaires (dans les bras et dans les jambes) qui l'empêchèrent de se tenir debout; ils revinrent chaque jour pendant deux ou trois heures chaque fois jusqu'à ce qu'elle eût un autre accès. Pendant dix jours les passes magnétiques ne produisirent aucun effet; elle ne fut soumise à aucun autre traitement, et à la longue les mouvemens involontaires diminuèrent, disparurent même complètement à la fin, et depuis un mois elle n'a pas éprouvé d'attaque.

Chez la jeune fille sujette au trismus qui n'a été soumise à aucun autre traitement, les paroxismes ont perdu graduellement de leur longueur sous l'influence des manipulations magnétiques et même ont cessé complètement. Depuis huit jours, elle voulait quitter l'hôpital se disant guérie, mais elle a consenti à rester jusqu'à cette séance.

Les passes magnétiques furent faites alors sur les deux malades; l'épileptique fut endormie presque aussitôt, et bientôt après la jeune fille au trismus.

« Il y a dans l'hôpital, dit le docteur Elliotson, d'autres malades qui ont été magnétisés, mais qu'il est inutile de faire venir devant la réunion. Une fille, qui est actuellement dans la salle de la danse de Saint-Guy, n'a pas subi d'autre traitement que le magnétisme (à l'exception toutefois de deux laxatifs que lui donna la garde de la salle), et bien que les passes magnétiques ne produisissent aucun effet sensible sur elle, cependant la maladie a été continuellement en déclinant, et maintenant cette jeune fille peut déjà se livrer aux travaux de l'aiguille. » Il regarde comme démontré que, dans les maladies nerveuses, le traitement par les passes magnétiques peut amener la guérison, bien qu'elles ne produisent aucun effet sensible sur le malade. Il a traité, par le mesmérisme, une jeune fille atteinte de délire hystérique depuis cinq à six jours; le jour de son entrée, elle avait été saignée et purgée sans amélioration. Le troisième jour ne trouvant chez elle aucun signe d'inflammation, il la soumit aux passes magnétiques qui ne lui procurèrent pas le sommeil, et cependant elle se tranquillisa graduellement, et elle guérit complètement sous l'influence du même moyen; elle a quitté l'hôpital depuis huit jours très bien portante. Dans ce cas la

elle dort tranquillement, a des garderobes faciles tous les jours, et l'appétit commence à reparaître.

Le 10, issue d'un nouveau lambeau gangreneux : c'est une portion de tendon de la longueur de deux pouces. Dès ce moment, les plaies prennent un bon aspect; bourgeonnement de bonne nature; retour graduel des forces; guérison.

La malade est sortie bien portante le 24 du même mois.

CONCLUSIONS.

1° L'ulcération irritative du cœcum est une affection formidable, insidieuse ; elle se manifeste subitement, sans fièvre, au milieu de la meilleure santé, et prend souvent une forme chronique.

2° Les personnes ordinairement sujettes à cette maladie sont celles qui ont l'habitude d'avaler des corps indigestes, tels que des noyaux de fruits, par exemple.

3° La maladie débute généralement par une douleur fixe et profonde dans la région ilio-inguinale droite. Cette douleur est progressive, augmente par les mouvemens du tronc et est suivie de constipation opiniâtre, de maux de cœur, de vomissemens de temps en temps, enfin d'une tumeur dans la même région. Cette tumeur, de nature stercorale et gangreneuse, peut se propager jusqu'aux lombes. Des symptômes de péritonite aiguë accompagnent les progrès de la tumeur et elle se termine souvent par la mort avant l'évacuation de son contenu.

4° Traitée par les saignées générales abondantes, cette maladie acquiert le caractère adynamique et se termine promptement par la mort. Ce qui peut véritablement contribuer à sa guérison, est une médication émollicnte locale, et l'évacuation de la matière irritante, soit à l'aide de légers laxatifs répétés, soit au moyen d'un bistouri plongé avec précaution dans la tumeur. Du moment que la région ilio-inguinale ou lombaire devient œdémateuse ou emphysémateuse, l'opération est urgente, il y aurait danger fort grave à la différer.

5° On peut porter un bon pronostic lorsque le malade a des garderobes avant la déclaration de l'abcès gangreneux et de l'adynamie.

6° La perforation de l'appendice cœcal peut être beaucoup plus grave que celle du cœcum, par suite de sa direction vers la cavité pelvienne et péritonéale.

7° Les symptômes du travail perforant de l'appendice cœcal sont les mêmes que ceux du cœcum, moins la constipation, qui n'est ni aussi constante ni opiniâtre. Bien que le diagnostic différentiel des deux maladies soit souvent impossible, cela importe peu pour le traitement, qui est le même dans les deux cas.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

MÉMOIRE SUR L'EMPLOI DU CHLORE DANS LA BRONCHITE AIGUE ET CHRONIQUE; par M. A. TOULMOUCHE, docteur-médecin à Rennes, membre correspondant de l'Académie de médecine, etc.

Deux prétendues phthisies pulmonaires, que je crus avoir guéries en 1829 par l'administration du chlore aspiré, et qui n'étaient que des bronchites chroniques, l'une avec dilatation des bronches à la partie postérieure du lobe supérieur du poumon droit, ayant donné lieu à une résonnance de la voix analogue à celle de la pectoriloquie et m'ayant induit en erreur; et l'autre avec des symptômes généraux analogues à ceux de cette maladie, me donnèrent l'idée d'essayer le même agent thérapeutique, dans le catarrhe tant aigu que chronique.

En conséquence, je commençai au mois d'août 1831, à la maison centrale de détention de Rennes, où règne habituellement ce genre d'affection (à cause de la position topographique défavorable de cet établissement sur un terrain bas humide, entouré d'eau et submergé une partie de l'hiver par les crues de la Vilaine), une série d'expériences cliniques avec le chlore que je terminai en 1836. C'est à rendre compte de leurs résultats qu'est destiné ce mémoire.

J'ajouterai que dans ma pratique particulière, je soumis au même traitement et avec le même succès, dans la plupart des cas, un très grand nombre de malades.

Je n'ai point à décrire les symptômes et les caractères anatomiques de la bronchite, cette maladie étant trop connue pour que chacun n'ait pas été à même de les étudier, et les travaux de Laënnec, de M. Andral, et de tant d'autres écrivains modernes ne laissant rien à désirer à ce sujet. Lorsqu'il m'arrivera de la faire, ce ne sera que pour constater des différences qui n'auraient été signalées. J'entrerai donc de suite en matière.

L'appareil dont je me suis servi dans toutes mes expériences se composait d'un flacon à large goulot, formé par un bouchon traversé de deux ouvertures; l'une pour y faire passer un tube de verre droit destiné à plonger dans l'eau; l'autre, un second plus volumineux du double, recourbé à angle obtus et légèrement aplati à l'extrémité qui doit être introduite dans la bouche du malade. On remplissait chaque fois ce flacon au quart d'eau chaude, dans laquelle on versait l'eau chlorée par gouttes; on appliquait de suite le bouchon tubulé, et les aspirations étaient commencées. Je les faisais faire de quatre à six fois par jour, pendant dix minutes à un quart d'heure, car plus prologées elles fatiguent les malades.

J'ai pu généralement prescrire le chlore à des doses beaucoup plus élevées qu'aucun médecin, que je sache, ne l'avait fait avant moi. Je n'ai pas remarqué qu'elles agissent alors avec plus d'efficacité. Souvent elles finissaient au contraire par gêner les patiens. La moyenne la plus favorable a été de trente à quarante gouttes, puisque c'est celle qui peut être continuée le plus longtemps. Je faisais commencer par dix et augmenter chaque jour, tantôt seulement de cinq, tantôt doubler, suivant la susceptibilité des sujets. J'avais la précaution de faire recouvrir de papier noir le petit flacon bouché à l'émeri qui renfermait l'eau persaturée de chlore.

Les trois formes de bronchites sur lesquelles j'ai eu occasion d'expérimenter ont été le catarrhe muqueux aigu, le chronique et le pituiteux ou bronchorrée.

Le premier s'est offert à mon observation, tantôt borné à un poumon, alors l'auscultation médiate ne faisait entendre de râle muqueux que de ce côté; tantôt s'étendant aux deux. Plusieurs fois il m'est arrivé de n'en pas percevoir, malgré l'existence de toux et d'oppression. Toutes les fois qu'il était peu étendu, j'ai vu la fièvre manquer. Tandis que lorsqu'il avait envahi les tuyaux et les ramifications bronchiques des deux poumons, il donnait lieu à une dyspnée extrême, à une fièvre intense, à des menaces

---

succès fut complet, et cependant c'est à peine si l'on obtenait de la malade une très légère disposition au sommeil.

On allait alors introduire deux malades sur lesquelles il était utile de dire quelques mots; c'étaient les deux sœurs O'Key qui avaient déjà paru dans une séance précédente; elles étaient toutes les deux épileptiques et étaient en outre sujettes à divers autres accidens nerveux singuliers dont un des plus remarquables était un délire tout à fait particulier, dans lequel elles parlaient un très mauvais anglais, et où elles offraient à la fois des saillies spirituelles et les signes d'un idiotisme très prononcé. Pendant ce délire elles étaient dans un état d'insensibilité presque complète. Dans une circonstance où on les soumit à des chocs électriques d'une telle force qu'aucune autre personne n'eût pu les supporter, elles se contentèrent de rire en voyant tourner le plateau de la machine et remarquèrent qu'elle faisait un singulier bruit. Une bouteille de Leyde fortement électrisée ayant été déchargée sur l'une d'elles, elle s'écria : Oh! j'ai vu l'étincelle, et ne manifesta avoir éprouvé aucune autre sensation (1). Cet état de délire pouvait être produit chez elles sans le secours du magnétisme; mais il pouvait être amené, ou éloigné, par une passe de main ou quelque autre manipulation magnétique.

Le docteur Thomson, qui avait donné des soins à ces deux sœurs, Elisabeth et Jeanne O'Key, avant leur admission à l'hôpital, donna alors quelques détails sur ce qu'il avait observé avant qu'elles fussent soumises au mesmérisme. Cependant il connaissait plus particulièrement Jeanne, qui était entrée la dernière à l'hôpital, et qu'il avait traitée pour une affection cérébrale avec attaques d'épilepsie, qui avaient résisté aux divers traitemens employés. Un jour, il la trouva sans connaissance, semblant privée de tous ses sens, même de la vue, et elle resta dans cet état près de quarante-huit heures; un autre jour, elle était dans un état de délire, qu'il appelle classique, dans lequel elle avait une mémoire extraordinaire pour les noms des maladies et des remèdes qu'on leur oppose. Elle avait vu les prescriptions qu'on avait faites pour elle et se les rappelait. Les deux sœurs étaient très sensibles aux influences externes : une porte fermée avec force suffisait pour les faire tomber en épilepsie. Tous ces accidens se développèrent sans qu'il fût question de magnétisme animal. Elisabeth fut envoyée la première à l'hôpital de l'Université, et, comme on rapporta qu'elle se trouvait bien de l'emploi du magnétisme, Jeanne, dont les accès étaient aussi violens que jamais, y fut envoyée aussi pour être soumise au même traitement.

Avant de rapporter les expériences qui furent faites sur ces jeunes filles, nous dirons quelques mots des divers états dans lesquels elles se présentent tour à tour, suivant les circonstances; et qui sont au nombre de quatre : 1° L'état *naturel*, avec toute la raison et la sensibilité ordinaires, et une légère teinte de mélancolie, comme une personne qui souffre de la tête. 2° *Délire* calme, remarquable par la vivacité, la bonté, la familiarité et la rapidité du discours. Jeanne est si constamment dans cet état qu'on le prendrait pour son état normal. La plus simple passe magnétique peut l'amener à cet état, qui se manifeste par le brillant des yeux, le sourire et une expression de satisfaction, adressée à la

(1) Au moment de mettre sous presse, nous recevons de l'un des abonnés à la GAZETTE MÉDICALE, M. le docteur Defer, de Metz, d'intéressans détails sur des expériences magnétiques auxquelles il se livre en ce moment, et dont nous rendrons compte ailleurs. Il paraît avoir obtenu le même résultat que celui énoncé ici par le docteur Ellioston, et que la somnambule sur laquelle il opère est, comme les sœurs O'Key, insensible aux chocs fournis par une machine électrique en mouvement,

de suffocation, en un mot, à tout l'appareil des symptômes qui caractérisent le catarrhe suffocant. Presque toujours dans ce dernier cas, le râle était bruyant, sonore, entendu à l'oreille nue et à distance, et il fallait recourir, avant l'emploi du chlore, à une médication énergique, telle que vomitifs, ventouses, sinapismes, saignées, etc.

La plupart du temps, la percussion m'a toujours donné un son clair, même dans les points où je n'entendais pas momentanément le bruit respiratoire, excepté lorsque la bronchite s'était greffée sur un engorgement ou pneumonie ancienne de l'un des lobes pulmonaires, on était venue compliquer une pleurésie ou une affection tuberculeuse, encore latente, cas qui s'est offert assez souvent, et dans lequel l'administration du chlore était inutile et promptement discontinuée dès que je m'étais aperçu de ces complications, car l'expérience m'avait appris son inutilité alors.

Les complications qui se sont le plus fréquemment présentées ont été des pleurodynies qui cédaient constamment à une ou deux applications de sangsues et à un large révulsif sur le point douloureux; des aphonies qui résistaient quelquefois pendant plus de quinze à vingt jours.

Le chlore administré en inspirations a, dans le plus grand nombre des cas, été bien supporté. Je n'ai jamais observé qu'il ait augmenté la phlegmasie bronchique. Lorsque les premiers jours il ne pouvait l'être, ce qui a eu lieu bien rarement, il suffisait de le suspendre quelque temps pour qu'ensuite la tolérance s'établît, qu'il put être continué et qu'il amenât la guérison.

Cependant dans les cas où la toux et l'oppression étaient extrêmes, et où l'idyosincrasie du malade semblait repousser son emploi, je l'ai souvent remplacé par des aspirations de vapeur d'eau, versée chaude sur des feuilles de belladone macérées dans une forte dissolution d'opium, ou l'administration, le soir, de poudre de belladone, à la dose de trois à quatre grains au plus, et par l'application de révulsifs aux cuisses chez les femmes, et aux bras chez les hommes.

Il m'est arrivé un grand nombre de fois d'administrer en même temps pour boisson une dissolution d'un demi-gros à un gros de chlorure d'oxide de sodium par pinte d'eau, et de la donner froide sans que le catarrhe fût aucunement aggravé, la guérison s'effectuant comme avec les infusions chaudes de plantes dites pectorales. Néanmoins, comme les malades se fatiguaient et se dégoûtaient promptement de ces dissolutions, à cause de leur goût désagréable, souvent je me suis contenté des dernières n'y attachant qu'une importance bien secondaire; d'autres fois je les ai continuées pendant toute la durée de la maladie.

Le catarrhe chronique règne habituellement dans la maison centrale de détention de Rennes. Il forme avec la phthisie pulmonaire le chiffre le plus élevé des maladies qui alimentent les infirmeries. Deux causes semblent en occasioner la fréquence: l'humidité des ateliers de tisseranderie et l'uniformité de la règle relative au change des vêtemens qui empêche de pouvoir le modifier suivant les exigences des vicissitudes atmosphériques. En outre, un assez grand nombre de vieillards, agés de plus de 70 ans, sortant des bagnes où ils ont passé la majeure partie de leur existence et contracté de vieux catarrhes vient encore en accroître le chiffre.

Chez quelques-uns de ceux qui n'offraient pas la complication d'un emphysème des poumons, le chlore a produit une amélioration marquée dans la sécrétion puriforme, soit sous le rapport de la quantité, suit sous celui de l'aspect. Chez le plus grand nombre, le même agent thérapeutique a échoué, les crachats muqueux plus ou moins jaunis semblant devenus un émonctoire naturel, et provenant des membranes muqueuses bronchiques épaissies et d'un rouge tirant sur le violet et le brun, phlegmasie latente qui ne peut plus être accessible à aucune modification dans les organisations usées d'hommes sur le bord de leur tombe.

J'ai remarqué deux variétés d'aspect dans les crachats caractéristiques du catarrhe chronique: l'une rappelant ceux des phthisiques, par son apparence puriforme, son épaisseur, l'absence de mucosités spumeuses plus ou moins transparentes; l'autre, constituée par ces dernières, abondantes, filantes, d'une couleur louche, légèrement blanchâtre ou diaphane, ressemblant à du blanc d'œuf, au milieu desquelles nagent des portions plus épaisses, d'un blanc jaunâtre. Leur quantité variait d'une livre à une et demie par vingt-quatre heures.

Les signes stéthoscopiques que j'ai rencontrés ont toujours été un râle muqueux plus ou moins marqué; tantôt borné à la racine des bronches; tantôt rencontré par n'importe quel point de la poitrine ou sur certains seulement. Quelquefois une respiration puérile; d'autres fois très imparfaite ou même suspendue momentanément. Enfin, dans plusieurs cas, un râle sonore rappelant, par instans, le roucoulement de la tourterelle, le frottement d'une corde de basse, avec un bruit plus ou moins aigu donnant une modulation monotone plus ou moins sifflante qu'il m'est impossible de décrire, faute de termes assez justes de comparaison.

Les complications les plus fréquentes qui se sont offertes à mon observation ont été 1° l'asthme ou emphysème des poumons, tantôt partiel ou limité; tantôt plus étendu ou général. Dans le premier cas, les aspirations chloreuses ont encore réussi quelquefois; dans le second, jamais. 2° La dilatation des bronches, lésion beaucoup plus rare, contre laquelle j'ai eu trop peu d'occasions d'expérimenter pour statuer si elles seraient utiles ou non. 3° Le développement des tubercules, sous l'influence d'une réclusion absolue, de travaux sédentaires, de passions tristes ou déréglées, d'excès ou de misère avant l'incarcération, et de l'accumulation d'un grand nombre d'individus dans des dortoirs, etc., des ateliers trop resserrés. 4° Enfin, des pneumonies partielles, latentes, ou des engouemens sanguins ou séreux des lobes ou portions de lobes des poumons.

Après avoir reconnu que les traitemens ordinaires consistant dans l'application d'exutoires permanens, l'administration d'infusions de plantes aromatiques ou dites béchiques, de potions oxymellées ou kermatisées, de toniques, de spiritueux, de balsamiques, d'opiatiques, n'étaient au fond que l'expectation appliquée à une maladie chronique, et que la plupart n'agissaient que d'une manière éloignée et tout à fait négative, je cherchai à porter sur la muqueuse bronchique elle-même un agent médicamenteux qui pût en modifier l'état morbide, et le chlore me sembla réunir plusieurs des conditions propres à obtenir ce résultat. En effet, je ne tardai pas à reconnaître qu'il n'excitait pas le plus souvent la toux, qu'il n'augmentait point la dyspnée, qu'il ne déterminait aucune douleur dans la poitrine; mais qu'il finissait par modifier d'une manière plus ou moins directe l'altération de sécrétion qui constitue le caractère principal du catarrhe chronique, et à la ramener à ses conditions normales.

J'en portai la dose de dix gouttes à quatre-vingt dix, cent et au-delà. Mais le plus souvent je la maintenais à trente et quarante. J'obtins de la sorte des durées de traitement beaucoup moins longues que par les autres méthodes, comme on pourra s'en convaincre par le relevé des tableaux cliniques qui ont servi de base à ce travail.

Chez les malades ayant succombé, soit à une bronchique chronique,

---

première personne qui frappe sa vue. Une passe avec le doigt devant la moitié de la face arrête instantanément cette vivacité, et la jeune fille reste dans la position où elle se trouvait, les paupières aux deux tiers abaissées, les yeux dirigés vers le nez, le front légèrement soucieux et la bouche fermée. C'est là le *troisième etat*. Si la passe est faite plus bas et avec toute la main, la stupeur dure bien plus longtemps; si le mouvement de la main est énergique, on si la passe est répétée trois on quatre fois, les paupières se ferment complètement, la tête tombe, les articulations des membres inférieurs cèdent, tous les muscles se relâchent et commence alors un profond sommeil. C'est là le *quatrième etat*, qu'on peut faire cesser en faisant une passe sur les sourcils, en soufflant dans les yeux, et alors la jeune fille se trouve ou dans son état naturel ou dans le délire. Le dernier est facile à obtenir; le premier, au contraire, ne s'obtient qu'avec la plus grande difficulté.

Elisabeth et Jeanne O'Key, âgées de 16 à 17 ans, amenées dans l'amphithéâtre, sont assises sur des chaises en face de l'assemblée et soumises à de nombreuses expériences, dont nous allons reproduire quelques-unes des plus frappantes, en négligeant cependant une foule d'autres d'un moindre intérêt. La naïveté, la hardiesse on la singularité du langage employé par les jeunes filles, qui, dans leur état naturel, s'expriment d'une manière à la fois correcte et décente, nous semblent former le principal charme de ces dernières, et d'ailleurs il serait à peu près impossible de les reproduire dans une traduction.

Pendant que le docteur Elliotson parlait à l'assemblée, M. Wood commença les manipulations derrière Elisabeth O'Key, et sans qu'elle pût le voir. A peine trois ou quatre avaient été faites, qu'elle commença de passer de l'état naturel à celui du sommeil: ses yeux se fermèrent et sa tête tomba en arrière. Une passe sur les sourcils l'ayant éveillée dans le délire, elle se leva et commença à faire une foule de drôleries qui excitèrent l'hilarité des assistans. Au moment où, en regardant l'assemblée, elle venait de dire: « d'où diable venez-vous donc tous? » un des assistans lui ayant fait une légère passe avec la main et par derrière, elle fut immédiatement comme stupéfiée, et M. Wood, placé aussi derrière elle, ayant continué les passes avec la main, elle s'endormit et tomba sur le plancher. On l'éveilla en lui soufflant sur les yeux, et aussitôt elle se mit à chanter des couplets de vieilles chansons. Le docteur Elliotson, trouvant sa gaieté trop vive pour les autres expériences qu'il avait en vue, dit qu'il allait la stupéfier, et, ayant porté un instant un doigt devant la face de la jeune fille, il la fit passer de la joie la plus bruyante à un repos cataleptique parfait. Pendant qu'elle était dans cet état, M. Wood, placé à cinq ou six pouces derrière sa tête, ouvrit et ferma la bouche à plusieurs reprises, et on vit aussitôt la jeune fille agiter ses lèvres comme pour ouvrir et fermer la bouche, et l'effort finit par le sommeil. Cette opération fut répétée deux fois avec un succès partiel. Dans un moment de gaité, elle s'écria: « je vais faire un curé maintenant, » et, en même temps, à l'aide de son mouchoir de poche, elle s'était déjà affublée d'une espèce de soutane, avant qu'on eût pu l'en empêcher, quand le docteur Elliotson la stupéfia par une passe, et l'empêcha de scandaliser un prélat et les hommes religieux qui assistaient à la séance. Pendant qu'elle racontait des histoires qui égayaient beaucoup l'assemblée, on pouvait la pincer sans qu'elle donnât le moindre signe de douleur. Durant le cours des expériences, il fut possible à un bon nombre des assistans de lui faire, au moyen du magnétisme, porter les bras en dehors, se contourner le corps, ouvrir la bouche et cligner les yeux, pendant qu'elle était dans l'état de stupeur. Pendant le sommeil, on ne put obtenir l'état cataleptique, qui est un des phénomènes

soit à toute autre affection co-existante, tantôt je trouvai la phlegmasie de la muqueuse trachéo-bronchique bornée à la trachée-artère et aux grosses bronches; tantôt ayant envahi les moyennes et les petites, ou tout l'arbre bronchique. Dans ces cas, sa tuméfaction et sa rougeur plus ou moins intense, avec sécrétion de mucosités jaunâtres ou rougeâtres assez adhérentes, était quelquefois, bien que rarement, bornée à un seul poumon. Le plus souvent elle s'étendait aux deux, et pendant la vie, l'auscultation avait fait entendre différens râles, tels que le ronflant, le sibilant, l'humide, le sous-crépitant, etc.

Dans la plupart des catarrhes chroniques, il ne se développait de la fièvre que lorsque la maladie tendait à passer à l'état aigu, ou lorsqu'il y avait eu recrudescence par le froid ou l'humidité. Les uns duraient depuis dix à vingt ans; les autres cessaient l'été pour revenir l'hiver. Le plus grand nombre présentait des séries d'exacerbations à des intervalles variables: quelques-uns se compliquaient d'asthme.

Enfin, une troisième variété du catarrhe que j'ai souvent rencontrée, est celui dit *pituiteux*, dénommé par Laennec *phlegmorragie pulmonaire*, et par des auteurs plus modernes, *bronchorrée*. Il ne m'a paru différer des précédens que par l'aspect et la quantité des crachats, qui sont formés de mucosités légèrement troubles, ou plus ou moins transparentes, visqueuses, contenant quelquefois des petits grumeaux blanchâtres; d'autres fois des portions muqueuses plus opaques. Ils ressemblent assez bien à des blancs d'œufs délayés dans de l'eau: leur quantité était souvent considérable, dépassait une ou deux écuelles par vingt-quatre heures.

Cette variété de catarrhe m'a fréquemment signalé le développement des tubercules; elle m'a toujours semblé l'une des plus difficiles à guérir, surtout lorsqu'elle était chronique. Les aspirations de chlore ont échoué un assez grand nombre de fois contre elle. Les signes stéthoscopiques ont toujours été les ronchus ou râles variés, plus ou moins sonores de la bronchite chronique. La pâleur habituelle du visage, l'amaigrissement borné n'ont jamais été en rapport avec l'énorme déperdition quotidienne de salive qui avait lieu.

Quelques-unes de ces bronchorrées ont résisté aux médications les plus énergiques et les plus variées, et n'ont semblé diminuer que sous l'influence du changement des saisons et d'une température plus chaude et plus égale. Je pense que dans de tels cas le médecin devrait envoyer les malades habiter temporairement le midi de la France, ou tout autre climat chaud et sec. Je suis d'autant plus porté à croire à l'efficacité de ce conseil, que le docteur Alègre, qui exerce la médecine dans la ville d'Hyères, a reconnu, par des observations faites pendant plusieurs années, que le climat était aussi favorable aux affections catarrhales chroniques, que funestes aux tuberculeuses, et qu'il en était de même de celui de Nice.

Dans un cas de catarrhe suffocant, chez une femme très grasse, ayant habituellement la respiration gênée et courte, à laquelle je donnais des soins en ville, et qui avait résisté aux traitemens les plus variés, et compromettait gravement l'existence, l'aspiration du chlore fit cesser le danger. Depuis, je n'en retirai que peu d'utilité dans l'asthme, soit sec, soit humide, surtout dans le premier; car, dans le second, elle facilitait souvent la sécrétion bronchique, et finissait même par en modifier l'aspect et en diminuer la quantité.

J'ajouterai que dans un certain nombre de catarrhes suffocans, avec menace d'asphyxie, dans lesquels je voulus d'abord essayer l'action du chlore en aspirations; elle fut insuffisante, à cause de la faiblesse et de la lenteur de ses effets, pour parer aux accidens les plus graves qu'il fallait se hâter de combattre par les vomitifs, les émissions sanguines, les ventouses sur la poitrine, les révulsifs les plus énergiques; mais qu'une fois le premier danger passé, il semblait opérer efficacement et avec plus de promptitude qu'aucun autre moyen.

J'ai expérimenté, depuis le mois d'août 1831, jusqu'à la fin de 1835, inclusivement, ou pendant quatre ans et demi, à la maison centrale de détention de Rennes, l'action du chlore aspiré avec les précautions décrites ci-dessus, sur tous les catarrhes, soit aigus, soit chroniques (qu'ils fussent simples ou compliqués d'autres lésions), qui se sont présentés à mon observation.

Le nombre des malades sur lesquels je l'ai essayé a été de 309, sur lesquels 228 femmes et 81 hommes; savoir, sur 14 des premières depuis août 1831; sur 43, en 1832; 61, en 1833; 54, en 1834; et 32, en 1835. Sur 7 des seconds, depuis le mois de mai 1831; 7 autres, en 1832; 15, en 1833; 24, en 1834; et le même chiffre, en 1835.

On voit déjà, par la comparaison du nombre des catarrheux dans les deux sexes, combien le masculin, malgré que ses travaux soient plus pénibles, se fassent dans des ateliers dont l'humidité est nécessaire à la tisseranderie, et le plus souvent sans veste, à cause de la gêne qu'elle occasionne, résiste bien mieux que l'autre aux causes des bronchites ou de maladies. Car la différence de leur chiffre de population, relativement à celui des femmes (140 à 150 des premiers, sur 170 à 180 des secondes), est trop peu marquée pour en rendre raison. Ce résultat serait donc contradictoire à celui énoncé par la plupart des auteurs modernes, et principalement par M. Andral, *que les hommes seraient plus sujets au catarrhe que les femmes*.

Je m'occuperai d'abord des effets obtenus chez ces dernières par l'usage du chlore; 228 femmes y furent soumises, sur lesquelles 141 étaient atteintes de bronchites aiguës; 65 de chroniques, dont 17 doubles; 4 compliquées d'emphysème pulmonaire; et 22 de phthisie. Sur ce nombre:

23 furent guéries en	2 jours.	3 furent guéries en	17 jours.
11	3	2	18
13	4	3	20
16	5	3	22
20	6	2	23
11	7	3	24
11	8	3	26
12	9	3	27
6	10	2	28
8	11	12	de 30 à 38
6	12	3	de 40 à 50
4	13	2	de 50 à 60
9	14	2	de 60 à 70
3	15	1	de 70 à 80
2	16	1	de 80 à 90
		1	au-dessus de 100.

Le guérisons furent donc, en général, promptes; puisque 117 eurent lieu en neuf jours; 38, en moins de quinze ou plus de la moitié, en en défalquant les 22 phthisiques; et que le nombre de celles qui dépassèrent trente jours fut extrêmement petit, résultats qu'on obtient rarement par les méthodes de traitement ordinaires, la bronchite durant communément de une à deux semaines, et la chronique des années, et souvent toute la

du délire. Les passes faites à la fois par deux personnes pour lui faire porter les bras dans une direction opposée ne produisirent que des oscillations, les membres n'obéissant à aucun des magnétiseurs.

Le docteur Elliotson croit avoir observé certaines lois dans le développement des phénomènes magnétiques. Les effets obtenus sont plus intenses, suivant qu'il magnétise avec un seul, avec deux, trois ou un plus grand nombre de doigts. De même encore, si, au lieu d'agir seul, il établissait une espèce de chaîne en donnant la main à M. Wood, le sommeil était produit avec plus de rapidité et durait plus longtemps. M. Wood ayant également pris la main de lord Wilton, sans que la jeune fille pût le savoir, l'effet fut bien plus prononcé. Il la fit tomber dans le sommeil immédiatement et avec un seul doigt. Il suffisait de presser sur les épaules et sur les clavicules, pour qu'elle se trouvât à l'état naturel après le réveil ce qu'il était difficile d'obtenir par les autres méthodes. C'est elle qui fit connaître ce moyen au docteur Elliotson pendant qu'elle était dans le sommeil.

Comme on avait demandé à Elisabeth O'Key, pendant son sommeil, quel poids elle pourrait soulever, et qu'elle avait prétendu que son nègre (l'esprit dont elle se croit toujours accompagnée, et qu'elle interroge dans de fréquentes occasions) lui avait dit qu'elle enleverait 80 livres, mais en se faisant mal aux côtes, on lui présenta des poids pesant en tout 84 livres; elle ne put soulever, étant à l'état naturel, même un poids de 56 livres, qui, en effet, paraissait au-dessus des forces d'une jeune fille aussi délicate. Après l'avoir plongée d'abord dans le sommeil, puis amenée à l'état de délire, et successivement à celui de stupeur, on lui attacha la corde qui tenait liés les poids montant à 70 livres, avec les précautions convenables, et M. Wood ayant mis la main sur ses bras, et ayant simulé le mouvement de tirer, on vit la corde se tendre, et les poids élevés à la hauteur de trois à quatre pouces, retomber au milieu des pieds des assistans, sans cependant en blesser aucun.

L'une des scènes les plus curieuses est celle où Jeanne, ayant été introduite auprès de sa sœur, dont on l'avait éloignée momentanément, et la trouvant endormie, lui prit la main, puis, malgré l'étonnement que lui inspira le grand nombre des assistans, et quelques phrases très vives qu'elle échangea avec plusieurs d'entre eux, elle se trouva immédiatement endormie; c'est ce que le docteur Ellioston appelle le magnétisme par simple contact. Quelques instans après, Elisabeth ayant été stupéfiée par un des auditeurs, au moment où elle se penchait en avant pour regarder quelque chose, sa sœur Jeanne, la voyant dans cette position, voulut, par moquerie, la prendre également; mais, au grand étonnement de tous, la vue de sa sœur magnétisée suffit pour la fixer aussi dans cette position; et quelques instans après, elle tomba, se trouva endormie, le front appuyé contre celui de sa sœur. Dans un autre moment, où elle feignait de boxer contre une image, deux passes suffirent pour la fixer dans l'attitude d'un pugiliste. Dans une autre expérience, le docteur Elliotson lui dit d'appuyer les mains sur la muraille, et de pousser avec force; ce qu'elle fit, et il n'en résulta rien. L'ayant menée alors près d'une porte, derrière laquelle il avait auparavant, comme derrière la muraille, fait placer le professeur Grant pour la magnétiser, il lui dit de pousser de nouveau, et en peu de secondes elle tomba endormie. Il conclut de cette expérience, et de quelques autres analogues, que le fluide magnétique, ou l'influence ou l'action magnétique, ne traverse pas avec une égale facilité tous les milieux.

(La suite à un prochain numéro.)

vie, ne cessant l'été que pour revenir l'hiver, et offrir de la sorte des séries d'exacerbations.

Des 141 bronchites aiguës traitées par le chlore, 51 furent guéries en cinq à six jours; 33 en sept à dix; 29 en deux ou trois; et 21 en onze à quinze. Le plus grand nombre le fut donc en cinq à huit jours; et le plus petit en onze à quinze, résultat encore de beaucoup supérieur à celui par les traitemens ordinaires.

Des 65 bronchites traitées par le même moyen, sur lesquelles 17 étaient doubles, plusieurs ayant offert les caractères du catarrhe suffocant, et 4 compliquées d'emphysème des poumons, 16 furent guéries en vingt-un à trente jours; 15 en onze à vingt; 13 en deux à dix; 4 en quarante-un à cinquante, 2 en soixante à soixante-dix; et enfin 1 en quatre-vingt-huit seulement. La moyenne des guérisons entralna donc de seize à trente jours. Les deux tiers des malades guérirent même dans l'espace de cinq à vingt-sept jours; sur ce nombre, 4 succombèrent, ou à peu près, le seizième.

Enfin, des 22 bronchites compliquées ou accompagnant la phthisie pulmonaire, sur lesquelles 5 se terminèrent par la mort, et pour lesquelles on essaya les aspirations chloreuses, 6 malades les firent seulement de six à neuf jours; 6 de quinze à trente; 3 de trente à cinquante: 2 de cinquante à soixante-dix; et 1 pendant cent quatre-vingts; ce qui ne l'empêcha pas de périr. Ayant déjà publié un mémoire sur l'inutilité de cet agent médicamenteux dans la tuberculisation pulmonaire, je ne peux qu'y renvoyer. (*Mémoire sur l'emploi du chlore dans la phthisie pulmonaire: Archives gén. de médecine*, n. d'avril 1834.)

Ayant voulu comparativement apprécier ce qu'était la moyenne de durée des catarrhes aigus dans le même établissement, avant l'époque où j'ai pris le service médical, je n'ai pu trouver aucune note de mon prédécesseur propre à m'éclairer à cet égard; en sorte que je ne peux établir de rapprochement que relativement au très petit nombre de femmes que je traitai encore, pendant les sept premiers mois qui suivirent mon entrée, par l'ancienne méthode. Eh bien, sur un total de 24, près de la moitié des bronchites dura de trente à cinquante jours; un tiers de douze à vingt; et très peu de deux à dix.

Mais, d'après des renseignemens qui m'ont été fournis, et d'après ce que j'ai eu occasion d'observer dans la ville, où un grand nombre de catarrheux repugnent, ou n'ont pas la constance de continuer les aspirations chloreuses, je suis fondé à croire que les traitemens ont au moins une durée double ou triple, et que beaucoup plus de bronchites aiguës passent à l'état chronique et deviennent, de la sorte, une cause déterminante de tuberculisation pour les poumons.

Le petit nombre des malades admis communément dans l'infirmerie du département des hommes ne me permit d'expérimenter le chlore, depuis le mois de mai 1831 jusqu'à la fin de 1835, que sur 81 détenus, sur lesquels 65 étaient atteints de bronchites aiguës, 12 de chronique, dont une compliquée d'asthme, et 4 de phthisie pulmonaire.

Des 65 catarrhes aigus qui furent traités par le chlore, 25 furent guéris en trois à cinq jours, 21 en deux, 18 en six et dix, et 3 en onze à treize. Les deux tiers le furent donc en deux à cinq jours et l'autre en six à dix, résultat remarquable. Des 12 chroniques, cinq furent guéris en dix à quinze jours, 3 en vingt à trente et 2 en trente à quarante; les deux tiers le furent donc en dix à trente, et l'autre en trente et quarante, durée, comme on le voit, de beaucoup moindre que par les traitemens usités. Enfin, des 4 phthisies, deux se terminèrent par la mort.

Je dois à la vérité de déclarer que le chiffre des malades sur lesquels j'ai expérimenté le chlore, et qui fait la base de ce travail, est loin d'avoir été le réel, et que je peux, sans exagération, le porter à 400 ou plus pour les femmes, et à 160 ou 180 pour les hommes, la plupart un temps, le pharmacien qui tenait le cahier de clinique ayant omis de marquer les prescriptions de chlore, que les infirmières et infirmiers écrivaient seuls, afin de pouvoir s'en rappeler et exécuter ponctuellement. En effet, des recherches faites sur mes notes particulières, comparativement à celles des cahiers précédens, m'ont donné, dans le département des femmes, pour chiffre total, 319 au lieu de 228, depuis le 1er août jusqu'à la fin de 1835; savoir, en 1831, 55, au lieu de 14; 71, au lieu de 42; en 1833, 27, au lieu de 61; en 1834, 104, au lieu de 54: et, enfin, en 1835, 62, au lieu de 52.

Dans la division des hommes, 103 au lieu de 81; savoir, depuis le mois de mai, en 1831, 24, au lieu de 7; en 1832, 19, au lieu de 7; en 1833, 18, au lieu de 15; en 1834, 14, au lieu de 24; et, enfin, en 1835, 28, au lieu de 24.

Ensuite, relativement à la nature et aux complications des bronchites, pour les premières, 242 catarrhes aigus, au lieu de 141; 61 chroniques, au lieu de 65; sur lesquelles 25 compliquées d'emphysème pulmonaire, au lieu de 4, et 8 catarrhes suffocans. Pour les seconds, 70 bronchites aiguës, au lieu de 65; 25 chroniques, au lieu de 12; 6 emphysèmes et 2 catarrhes suffocans.

Il me reste maintenant à choisir, parmi le très grand nombre d'observations de bronchites traitées par la médication chloreuse que j'ai été à même de recueillir, quelques exemples sur chaque variété de catarrhe et les complications qu'elles peuvent offrir, propres à faire connaître le mode d'administration, les doses et les effets de cette dernière.

PREMIÈRE SECTION. — BRONCHITES AIGUES.

BRONCHITE SUBAIGUE. (Cinq jours de traitement.)

Obs. I. — Lemoine, âgé de 73 ans, atteint de catarrhe aigu, entra le 13 juillet 1834 dans l'infirmerie de la division des hommes. Il toussait beaucoup, expectorait des crachats peu abondans, légèrement muqueux. Sa poitrine, percutée, rendait partout un son clair. Le stethoscope laissait entendre surtout à gauche, un râle muqueux peu intense.

Il commença le 14 à respirer du chlore. Sa boisson fut une dissolution d'un demi-gros de chlorure d'oxide de sodium dans une pinte d'eau.

15. Le malade se plaignait de douleurs lombaires violentes. Il fut appliqué douze sangsues à l'anus. Il en résulta peu de soulagement. Ce lombago fut combattu le lendemain par un bain de vapeur. La souffrance cessa complétement. Lemoine sortit guéri le 19 juillet.

CATARRHE AIGU. (Cinq jours de traitement.)

Obs. II. — Lucas, âgé de 40 ans, toussant depuis quinze jours, entra le 19 août 1834 dans la salle de pathologie interne.

L'oppression était peu marquée avec léger râle muqueux, la résonnance de la poitrine égale partout, les crachats blanchâtres, peu abondans. Le malade fut soumis aux aspirations chloreuses et prit pour boisson une dissolution dans une pinte d'eau, d'un demi gros de chlorure d'oxide de sodium.

Le 22, la toux était presque nulle, de même que l'expectoration.

Lucas sortit guéri le 25.

BRONCHITE LEGÈRE AVEC COMPLICATION DE LARYNGITE. (Six jours de traitement.)

Obs. III. — Nonet, âgé de 23 ans, entra à l'infirmerie le 18 octobre 1833, pour une phlegmasie légère des bronches et du larynx. Ce dernier était douloureux. Il n'y avait pas de fièvre, mais des quintes de toux. (Fumigations de jusquiame, infusions de fleurs de violettes, pédiluve sinapisé.)

Le 19, toux plus fréquente, irritation laryngienne et aphonie moindres, léger râle muqueux dans le côté gauche du thorax. Je prescrivis des aspirations chloreuses, au nombre de quatre dans la journée, et pour boisson une solution d'un gros de chlorure d'oxide de sodium par pinte d'eau.

Le même traitement fut continué jusqu'au 25. Le malade sortit le 27 complétement guéri.

BRONCHITE SUBAIGUE. (Six jours de traitement).

Obs. IV. — Paty, jeune fille, âgée de 13 ans, atteinte de catarrhe depuis quelques jours, entra le 29 octobre 1834 à l'infirmerie.

On observa de l'oppression, de la fréquence dans le pouls le soir. On percevait à l'aide du stéthoscope et dans chaque côté de la poitrine un râle muqueux, sonore, à grosses bulles. La percussion donnait généralement un son clair. Les crachats étaient filans et spumeux, d'un gris perlé. Je fis commencer les aspirations chloreuses à dix gouttes, et la dissolution de chlorure d'oxide de sodium à un gros.

3 octobre. Crachats presque nuls, toux presque disparue, continuation de la médication par le chlore.

La malade sortit guérie le 5.

BRONCHITE DOUBLE SURAIGUE. (Six jours de traitement.)

Obs. V. — Carion, détenue, âgée de 16 ans, fut admise dans le service médical, le 16 octobre 1832, pour une bronchite double suraiguë, caractérisée par un râle muqueux, sonore, dans chaque côté de la poitrine, de la fièvre, des crachats muqueux, blancs, l'absence de la respiration dans certains points. (Chlore en inspirations, sinapismes volans aux extrémités inférieures.)

Le 17, oppression forte, fièvre, toux fréquente. Le chlore fut continué à vingt gouttes. On y adjoignit une infusion de capillaire et un pédiluve sinapisé.

Le 18, crachats moins muqueux, plus spumeux, moins abondans; difficulté à respirer, presque nulle; fièvre cessée; sommeil pendant la nuit, mieux marqué. (Aspirations chloreuses; pour boisson, dissolution de deux gros de chlorure d'oxide de sodium dans une pinte d'eau.)

Le 20, expectoration spumeuse, presque plus de toux, appétit, mais insomnie. (Même médication, la demi ration.) Les jours suivans, on continua le même traitement.

La malade sortit complétement guérie le 23 octobre.

BRONCHITE DOUBLE SURAIGUE. (Huit jours de traitement.)

Obs. VI. — Poulignain, âgée de 31 ans, entra, le 15 novembre 1832, à l'infirmerie, pour une bronchite double suraiguë, caractérisée par de la fièvre, une oppression extrême, un râle bruyant s'entendant dans chaque côté du thorax. (Aspirations chloreuses, infusion de fleurs de violettes oxymellées.)

Le 16, je prescrivis une solution de tartre stibié et fis continuer le chlore. Les crachats devinrent plus spumeux, l'oppression moindre vers le soir.

Le 17, toux moins fréquente. (Aspirations chloreuses, pédiluve sinapisé, infusion de sauge.)

Le 18, médication chloreuse plus exclusive, en ce qu'on y ajoute la solution de chlorure d'oxide de sodium. Matière de l'expectoration plus chargée de bulles d'air.

Le 20, la malade mangea la demi-ration. Elle ne toussait que le matin et le

soir, malgré que la température fût à un degré au-dessous de zéro. Les crachats étaient très peu abondans et naturels.

Le 21, mieux plus marqué, appétit, sommeil. On porta les alimens aux trois quarts.

Cette femme quitta les salles le 23 totalement guérie.

DEUXIÈME SECTION. — BRONCHITE CHRONIQUE.

CATARRHE CHRONIQUE. (Six jours de traitement.)

Obs. VII. — Lechat, âgé de 28 ans, entra, le 8 novembre 1833, à l'infirmerie, pour une bronchite chronique, caractérisée par l'existence d'un râle muqueux, perçu, dans chaque côté de la poitrine, surtout à droite, par des crachats muqueux, blancs, et une toux fréquente. Il commença le lendemain le traitement par le chlore en inspirations et le chlorure d'oxide de sodium en dissolution à la dose d'un gros par pinte d'eau.

La même médication fut continuée jusqu'au 16 novembre qu'il sortit guéri.

BRONCHITE CHRONIQUE (Neuf jours de traitement.)

Obs. VIII. — Hamon, âgée de 45 ans, fut admise à la clinique interne le 22 octobre 1832, pour une bronchite chronique, offrant les symptômes suivans : oppression, crachats filans, blanchâtres, râle muqueux, toux fréquente, etc.

Les premiers jours, elle fut traitée par les juleps kermétisés ou opiacés, les infusions de plantes dites pectorales par mon collègue qui me remplaçait pour cause de maladie, mais sans aucune amélioration.

Elle ne commença que le 27 les aspirations, à dix gouttes d'abord, et les dissolutions froides de chlorure d'oxide de sodium en boisson. La toux continue à être très fréquente.

Le 31, même traitement.

3 novembre. Quintes plus rares, oppression diminuée, crachats encore muqueux, mais plus spumeux et moins abondans. (Même médication.)

Le 5, l'expectoration était presque nulle ainsi que la toux. La malade ne tarda pas à sortir guérie.

BRONCHITE CHRONIQUE. (Dix jours de traitement.)

Obs. IX. — Marion, détenue, âgée de 36 ans, fut admise, le 3 janvier 1833, dans les salles de pathologie interne. Elle toussait, était oppressée, mais sans fièvre. Les crachats qu'elle expectorait étaient gras, muqueux, d'un blanc jaunâtre. L'auscultation médiate permettait d'entendre un râle muqueux dans les deux côtés du thorax, mais plus prononcé à gauche. La respiration manquait par moment dans ce côté. La poitrine résonnait partout également. Je prescrivis le chlore, un pédiluve sinapisé, et pour boisson une dissolution d'un gros de chlorure d'oxide de sodium.

Le 5, toux diminuée, crachats plus spumeux, mais encore muqueux; sommeil meilleur, plus d'appétit. (Même médication, le quart.)

Le 7, expectoration diminuée des trois quarts, et presque uniquement composée de salive, mêlée de bulles d'air; nulle oppression. (Même traitement chloreux.)

Les jours suivans mieux complet. Cette femme sortit guérie le 11 janvier.

BRONCHITE CHRONIQUE. (Quatorze jours de traitement.)

Obs. X. — Renault, âgée de 33 ans, entra, le 14 juin 1831, à l'infirmerie, pour une bronchite chronique qui fut reconnue à l'aide de l'auscultation médiate.

Les premiers jours le traitement ordinaire n'ayant amené aucune amélioration, les aspirations chloreuses, d'abord à dix gouttes, et quatre fois par jour, furent commencées le 19 et progressivement portées à quarante.

Le 26, crachats diminués des deux tiers, plus spumeux, mais toujours en partie blancs et en partie muqueux. Le stéthoscope appliqué de nouveau fit reconnaître, surtout à droite, un râle sonore plus intense qu'à gauche.

Le 27, je fis ajouter au traitement, pour boisson, une dissolution d'un demi gros de chlorure d'oxide de sodium. La dose du chlore fut portée le lendemain à 50 gouttes.

4 juillet. Expectoration d'un liquide visqueux, ressemblant à du blanc d'œuf délayé dans de l'eau, oppression marquée, toux fréquente surtout la nuit. (Prescription de deux grains de poudre de belladone pour le soir.)

Le chlore provoquant la toux, je fis diminuer la dose de quarante gouttes à vingt.

Le 9, l'expectoration était réduite à peu de chose, la toux moins fréquente; le mieux était marqué. Néanmoins la médication chloreuse fut encore continuée. La malade sortit enfin guérie le 11 juillet.

BRONCHITE CHRONIQUE. (Vingt-deux jours de traitement.)

Obs. XI. — Hamon, âgée de 45 ans, fut reçue à l'infirmerie le 20 juin 1833. L'auscultation médiate fit reconnaître une bronchite chronique, que vint confirmer l'expectoration d'un liquide visqueux, abondant, dans lequel nageaient des crachats muqueux. Cette femme offrait en outre les signes d'une irritation gastrique qui fut combattue par une application de sangsues à l'épigastre, et l'eau gommeuse.

Le 30, oppression moindre, toux moins fréquente, sommeil. Le chlore avait été commencé dès le 24, d'abord à dix gouttes, qu'on avait successivement porté à cinquante. La boisson était une dissolution d'un demi gros de chlorure d'oxide de sodium dans une pinte d'eau.

9 juillet. Crachats encore muqueux, mais diminués; quintes de toux rares. La médication chloreuse fut continuée.

Le 11, mieux prononcé.

La malade quitta l'infirmerie le 17.

BRONCHITE CHRONIQUE. (Vingt-quatre jours de traitement.)

Obs. XII. — Courteil, détenu, âgé de 30 ans, était atteint d'un catarrhe chronique depuis plus de cinq mois, lorsqu'il entra le 16 avril 1831 dans la salle de pathologie interne. Il toussait fréquemment, expectorait des crachats visqueux, blanchâtres, très abondans, était le plus souvent oppressé. Il offrait sous le stéthoscope les signes ordinaires de la bronchorrée.

Il commença les aspirations de chlore à dix gouttes, le 18. Il les augmenta progressivement jusqu'à soixante, quatre fois par jour. L'expectoration et la toux diminuèrent peu à peu, et il sortit enfin, le 12 mai, complètement guéri.

BRONCHITE CHRONIQUE. (Trente-huit jours de traitement.)

Obs. XIII. — Perrine J...., âgée de 28 ans, mariée à un homme dont elle n'avait point eu d'enfans, et ayant perdu successivement sa mère, deux frères, et une sœur, par la phthisie pulmonaire, avait eu plusieurs hémoptysies et toussait depuis cinq à six mois, lorsqu'elle fut soumise à mon examen, le 7 novembre 1829.

Il y avait peu d'amaigrissement, le visage était coloré, la poitrine large, bien conformée ; la langue était rouge, piquetée à la pointe. Il y avait des nausées, de la sensibilité à l'épigastre, de la constipation. La malade se plaignait d'un sentiment de gonflement après avoir mangé, d'éructations, d'avoir peu d'appétit. La toux était fréquente, l'expectoration muqueuse, la menstruation assez régulière. Il y avait des sueurs nocturnes. La poitrine résonnait partout très bien. La respiration, étudiée à l'aide du stéthoscope, était un peu moins forte au sommet du poumon droit, où la voix avait une résonnance particulière. Le cœur était dans l'état normal.

Toutes les apparences de force chez cette femme éloignèrent l'idée de la phthisie pulmonaire, malgré les antécédens de la famille et les crachemens de sang éprouvés autrefois par la malade, qui furent dus, comme tout me porta à le croire, à une déviation menstruelle. En conséquence, je diagnostiquai : *brochite chronique compliquee de gastrite legère.* (Eau gommeuse, cataplasmes sur l'épigastre, pédiluves sinapisés, aspirations quatre fois le jour de chlore.) La dose de ce dernier fut portée à trente gouttes, jusqu'au 20 novembre, qu'elle fut obligée de le suspendre. Elle le reprit à la fin du mois à dix et à quinze gouttes, qu'elle ne dépassa plus.

Le 23 décembre, l'embonpoint était entièrement revenu. La malade était gaie, avait repris les occupations de son ménage, et offrait tous les signes d'une guérison complète.

TROISIÈME SECTION. — BRONCHITES AVEC EMPHYSÈME PULMONAIRE.

BRONCHITE CHRONIQUE AVEC LÉGER EMPHYSÈME. (Quatorze jours de traitement.)

Obs. XIV. — Morel, femme âgée de 32 ans, fut admise à l'infirmerie, pour une bronchite aiguë, greffée sur une chronique, qui datait de cinq mois. Elle était caractérisée par une expectoration muqueuse et spumeuse, une respiration s'entendait très faiblement, malgré que la poitrine rendait généralement un son très clair. L'auscultation fit reconnaître un léger emphysème des poumons. Cette malade était oppressée, toussait souvent.

Je fis commencer les aspirations chloreuses et la dissolution de chlorure d'oxide de sodium, à deux gros, malgré le mal de gorge dont se plaignait la patiente. La toux diminua progressivement, de même que la douleur laryngée.

28, sommeil sans quintes, crachats encore muqueux, mais diminués des trois quarts. Quatre jours après, Morel sortit guérie.

BRONCHITE DOUBLE AVEC EMPHYSÈME DU POUMON GAUCHE. (Quatre jours de traitement.)

Obs. XV. — Jaouen, détenue, âgée de 39 ans, atteinte de bronchite compliquée d'emphysème du poumon gauche, fut admise dans les salles de pathologie interne, le 14 février 1833. L'oppression était extrême, le visage rouge, vultueux, la sueur générale. La respiration s'entendait seulement au sommet du poumon gauche, à peine antérieurement et dans les deux tiers inférieurs, tandis que du côté droit on l'apercevait forte et accompagnée de râle muqueux. Les crachats étaient visqueux, filans, un peu spumeux et assez abondans. Je prescrivis des sinapismes, des aspirations de chlore, et pour boisson une dissolution d'un gros de chlorure de sodium.

15. Expectoration aussi abondante, oppression un peu moindre. (Même médication, chlorose, ventouses sur la poitrine.)

17. Crachats diminués des deux tiers, nulle orthopnée, toux cessée, appétit, sommeil.

18. La malade, étant parfaitement bien, sortit le même jour.

BRONCHITE DOUBLE AVEC EMPHYSÈME ET D'AUTRES COMPLICATIONS, TERMINÉE PAR LA MORT. (Sept jours de traitement.)

Obs. XVI. — Cazan, détenue, âgée de 50 ans, entra à l'infirmerie le 11 octobre 1834, offrant les symptômes suivans :

Visage rouge, avec légère teinte violacée, respiration excessivement difficile, position presqu'assise, dans la crainte de tousser, toux, sonorité très grande de la poitrine, râle muqueux, bruyant dans l'un et dans l'autre côté, expectoration nulle, peu de fièvre, battemens du cœur naturels. Je diagnostiquai : *bronchite double avec emphysème des poumons.* (Saignée de 14 onces, potion vomitive immédiatement après, sinapismes.)

12. Même oppression, nul soulagement. Je fis commencer les aspirations chloreuses.

13 (Nouvelle saignée de 14 onces, infusion de capillaire.) Le lendemain, je prescrivis six pilules, composées chacune de trois grains de savon et de deux de scille; les aspirations de chlore étaient continuées.

15. Menaces continuelles d'asphyxie, coloration du visage aussi intense, toux, expectoration muqueuse peu abondante, râle sonore et muqueux, toujours le même. Vers le soir, tous les symptômes s'aggravèrent. La rougeur de la face devint encore plus forte, la position assise dans le lit. Je fis appliquer des vési-

catoires à la partie interne du bras et continuer le chlore le lendemain; les pilules furent administrées, mais modifiées et composées d'un grain de protochlorure de mercure, d'un de poudre de scille, de trois de savon médicinal, et d'un de poudre de digitale pourprée.

18. Je n'avais rien gagné sur la maladie. La suffocation était aussi imminente, l'expectoration presque nulle. (Potion avec 30 grains d'ipécacuanha, application de trois ventouses sèches sur chaque côté de la poitrine.)

La patiente mourut le lendemain, dans un véritable état d'asphyxie, après huit jours de maladie.

Les lésions trouvées à l'ouverture du cadavre, relativement aux organes de la respiration, furent les suivantes :

La cavité droite du thorax contenait à peu près une pinte de sérosité jaunâtre limpide. Le poumon de ce côté était adhérent par la partie moyenne de son bord postérieur, à la plèvre costale par de l'albumine jaune transparente, analogue à une belle gelée. Son tissu était généralement emphysémateux. Il surnageait aux deux tiers au-dessus de l'eau, dans laquelle on le plongea. Il était généralement sec et d'une teinte rosée. Le long de son bord inférieur existait comme une traînée de petites duretés, formées par des ramifications bronchiques dilatées, de la section desquelles il sortait, à la moindre pression, des gouttelettes de mucosité puriforme. On rencontrait, en outre, çà et là, dans les lobes supérieur et moyen quelques tubercules gris.

La muqueuse qui tapissait les bronches était épaissie d'un rouge intense, offrait des fibres longitudinales plus marquées que de coutume et était tapissée par un mucus fortement sanguinolent. A la base de l'organe existaient plusieurs glandes bronchiques noirâtres, indurées, tuméfiées et d'aspect tuberculeux.

La cavité pleurale gauche ne contenait pas de sérosité. Le poumon correspondant était adhérent à la partie postérieure; il était emphysémateux. Le tissu de son lobe supérieur était plus rouge que dans les autres points; on apercevait çà et là la plèvre pulmonaire soulevée par de l'air, formant des bulles de trois à quatre lignes de diamètre. Vers le centre de l'organe, le parenchyme était atteint d'un commencement de pneumonie légère. La muqueuse bronchique était d'un rouge aussi intense que dans l'autre.

J'omets à dessein les autres détails de cette autopsie cadavérique comme étrangers à mon sujet.

BRONCHITE CHRONIQUE GREFFÉE SUR UNE PNEUMONIE LATENTE DU LOBE INFÉRIEUR DU POUMON DROIT. (Seize jours de traitement chloreux.)

Pelletan, femme âgée de 31 ans, fut admise à l'infirmerie pour une bronchite chronique ou catarrhe pituiteux, caractérisé par des crachats analogues à du blanc d'œuf délayé dans de l'eau, filans, spumeux et très abondans, une toux fréquente, de l'oppression. Cependant il y avait absence de râle muqueux, matité de la région inférieure du côté droit de la poitrine, et l'auscultation de ce point y fit reconnaître l'absence de tout bruit respiratoire. En conséquence, j'ajoutai au diagnostic : *pneumonie latente du lobe inférieur du poumon droit.* (Application de 18 sangsues à l'anus.) Le lendemain, je fis commencer les aspirations chloreuses. 26 crachats plus spumeux, moins abondans, toux moins fréquente. La respiration s'entendait mieux vers la partie supérieure et antérieure droite du thorax, tandis que la partie moyenne et postérieure continuait à rendre un son mat. Je fis appliquer un large emplâtre épispastique sur ce point et continuer le chlore.

30. Expectoration diminuée des trois quarts; mieux prononcé.

8 février. Convalescence; appétit marqué. La toux avait cessé peu à peu, ainsi que l'oppression et les crachats; et cette malade sortit complètement guérie le 10.

BRONCHITE CHRONIQUE COMPLIQUÉE DE PLEURO-PNEUMONIE. (Vingt-trois jours de traitement.)

OBS. XVIII.—Louast, âgé de 17 ans, qui avait été, quinze jours avant, traité d'une bronchite chronique par les aspirations chloreuses, et était sorti complètement guéri, rentra à l'infirmerie le 13 janvier 1835, avec la même bronchite devenue aiguë et greffée sur une pleuro-pneumonie du côté droit, qui semblait plus dilaté que l'autre, et rendait à la percussion un son plus mat.

La dernière maladie fut combattue par de larges révulsifs sur le côté affecté, qui furent plus tard remplacés par deux cautères sur ce dernier. Le chlore fut repris et continué.

Le malade, après un séjour de près d'un mois dans les salles, sortit presque entièrement guéri, puisqu'il ne toussait presque plus, et que l'expectoration avait cessé. La suppuration des exutoires fixes fut entretenue encore pendant un certain laps de temps, jusqu'à l'entière consolidation de la guérison.

La fréquence des pleuro-pneumonies ou pneumonies latentes, rencontrées à l'ouverture des cadavres d'un assez grand nombre de détenus qui avaient succombé à des affections en apparence étrangères à ces lésions, frappa mon attention, lors des huit premiers mois de mon service médical dans la maison centrale de détention de Rennes. En conséquence, je me mis à explorer avec le plus grand soin la poitrine de femmes reçues dans les infirmeries, comme atteintes de bronchites chroniques, d'asthmes ou de phthisie pulmonaire. Je ne tardai pas à reconnaître que la plupart de ces toux rebelles, avec expectoration tantôt jaunâtre ou blanchâtre, tantôt plus visqueuse, incolore, plus abondante, et avec fréquence du pouls ou fièvre le soir, qui résistaient à toutes les médications, étaient entretenues par des pneumonies ou pleuro-pneumonies devenues latentes, à la suite de traitemens vicieux. En effet, ils avaient consisté dans les seuls vésicatoires aidés de boissons insignifiantes, les émissions sanguines étant presque toujours rejetées, en sorte que ces phlegmasies, méconnues la plupart, parce qu'on ne se servait pas de l'auscultation médiate, et mal traitées, ne s'étaient point terminées par résolution, mais avaient passé à l'état chronique. On ne saurait donc être trop en garde contre cette cause si fréquente d'erreur.

BRONCHITE CHRONIQUE COMPLIQUÉE DE LARYNGO-TRACHÉITE LÉGÈRE. (Quarante-six jours de traitement par le chlore.

OBS. XIX.—Doualin, détenu, âgé de 67 ans, entra le 15 juillet 1834 à l'infirmerie. Il toussait depuis longtemps.

L'expectoration était muqueuse, peu abondante. Les jours suivans, elle le devint davantage, plus visqueuse et mêlée de crachats jaunâtres. La poitrine résonnait parfaitement; la respiration s'entendait dans chaque côté avec un léger râle muqueux. Le malade se plaignait surtout de douleur à la partie antérieure et inférieure du col, un peu au-dessus de la division des bronches.

16. Je fis commencer le chlore en inspirations, et prescrivis pour boisson une dissolution d'un demi-gros de chlorure d'oxide de sodium. Cette médication fut continuée jusqu'à la fin du mois, et durant la première moitié d'avril.

20. L'auscultation fit reconnaître du râle muqueux, mais peu marqué. Les crachats étaient visqueux, peu spumeux, et il en surnageait quelques-uns de blanchâtres. Les aspirations chloreuses furent continuées à 20 gouttes.

22. Expectoration et toux moindres.

29. Les crachats étaient moins épais et moins muqueux; l'appétit bon Le malade respirait 40 gouttes d'eau chlorurée, et la dissolution chlorurée était continuée. La même médication fut suivie jusqu'à la fin du mois.

Le malade sortit le 1er septembre, toussant encore un peu le matin seulement; mais l'expectoration était devenue tout à fait naturelle.

BRONCHITE CHRONIQUE AVEC LARYNGITE LÉGÈRE. (Quatorze jours de traitement par le chlore.)

OBS. XX.—Lonast, jeune homme âgé de 17 ans, toussait beaucoup depuis huit jours, lorsqu'il fut monté dans les salles de pathologie interne, pour un mal de gorge assez intense.

Cependant, à l'examen de l'arrière-bouche, je ne remarquai aucune rougeur des amygdales et de la muqueuse pharyngienne. La poitrine résonnait d'une manière égale. L'auscultation médiate permettait de distinguer un râle muqueux, plus marqué à droite. Les crachats étaient visqueux, filans et spumeux; quelques-uns blanchâtres très épais y étaient suspendus.

2. Malgré la douleur du larynx, je fis commencer les aspirations chloreuses et la solution chlorurée. J'ajoutai des sinapismes à la prescription.

5. Toux moindre. Le malade se plaignit d'une douleur à l'épigastre, qui força à suspendre la solution avec le chlorure d'oxide de sodium, et à la remplacer par de l'eau gommeuse. Je fis appliquer des cataplasmes émolliens aodinés, et continuer les aspirations chloreuses.

8. Toux seulement la nuit; crachats plus spumeux, parmi lesquels quelques-uns muqueux et blancs. Je fis respirer le chlore six fois par jour, à la dose de 20 gouttes.

10. Loast vomit un ver lombric. Il avait été appliqué la veille, sur le côté gauche, un emplâtre de poix de Bourgogne, pour combattre une douleur résultant d'une chute ancienne.

12. Mieux prononcé; expectoration plus naturelle. La médication chloreuse fut continuée; et, enfin, le 15, la sortie eut lieu.

BRONCHITE CHRONIQUE COMPLIQUÉE D'HÉMOPTYSIE. (Trente-trois jours de traitement par le chlore.)

OBS. XXI. — Georges, âgée de 57 ans, fut montée le 28 mai 1834 à l'infirmerie. Elle crachait le sang, était oppressée, avait de la fièvre. La matière de l'expectoration était blanche, jaunâtre, épaisse et assez abondante. Ces symptômes graves furent combattus par la saignée et le nitrate de potasse à haute dose, qui finit par provoquer des vomissemens, et qu'on fut obligé de suspendre. On y joignit des révulsifs.

10 juin. Je fis commencer les aspirations chloreuses; mais elles ne purent être supportées; et, le 12, on les remplaça par celles de jusquiame.

16. Retour de l'hémoptysie, que je combattis de nouveau par la saignée et le nitre à haute dose qui, cette fois, fut bien supporté. Le crachement de sang cessa.

20. Le chlore fut repris.

Le 28, l'expectoration avait diminué des deux tiers, bien qu'encore muqueuse et jaunâtre. (Solution d'un demi-gros de chlorure d'oxide de sodium pour une pinte d'eau en boisson.) Sommeil meilleur. La dose du chlore était de 40 gouttes chaque fois.

Le 2 juillet, la convalescence était presque complète, Georges passa dans le service chirurgical pour une tuméfaction des os métacarpiens de l'index et de l'annulaire de la main droite, due à une diathèse scrofuleuse. J'obtins que le traitement chloreux y fût continué.

22. Crachats d'un blanc jaunâtre, mais diminués de plus des trois quarts. La malade ne toussait plus que le matin. La dose du chlore était de 20 gouttes.

Au bout de quelques jours, la guérison étant complète, la médication chloreuse fut supprimée le 24 juillet.

BRONCHITE CHRONIQUE COMPLIQUÉE D'ULCÉRATIONS DU LARYNX ET DE TUBERCULES DANS LES POUMONS, TRAITEMENT CHLOREUX, MORT.

OBS. XXII. — Martin, âgé de 40 ans, avait beaucoup abusé des femmes, et était entré dans le service de chirurgie où il avait subi un traitement mercuriel assez prolongé, lorsque le 26 décembre 1833 il fut envoyé dans mes salles. Il se plaignait de mal à la gorge, prétendait n'être pas guéri de sa maladie vénérienne, et était obsédé de l'idée d'une mort prochaine. Il toussait, avait beaucoup maigri.

La poitrine explorée avec le stéthoscope, je reconnus une pectoriloquie évidente à droite, une pneumonie lobulaire du même côté, et une bronchite

chronique. Je fis commencer les aspirations chloreuses et appliquer un emplâtre épispastique sur le côté droit.

Les jours suivans, Martin continua à accuser une douleur continue au côté gauche du larynx et de la difficulté à avaler. L'auscultation de cette partie faisait entendre un souffle tubaire mais sans râle, et la voix avec la résonnance qui lui imprime communément le conduit laryngien.

Cet homme se trouvant néanmoins bien mieux demanda sa sortie. Mais dès le 21 janvier, il rentra à l'infirmerie se plaignant des mêmes souffrances à la gorge, toussant, expectorant des crachats jaunâtres et muqueux.

Tout le côté droit du thorax rendait un son mat. Le stéthoscope y fit reconnaître une pectoriloquie évidente au sommet et une pneumonie lobulaire.

En conséquence, je diagnostiquai : *infiltration tuberculeuse dans le poumon droit, excavation, pneumonie lobulaire, ulcération du larynx, surtout à gauche.*

Je prescrivis de nouveau les aspirations de chlore et un julep narcotique.

Martin avait la conscience d'une mort prochaine qui eut lieu en effet le 26 janvier.

L'autopsie cadavérique, qui fut faite vingt quatre heures après, fit voir le poumon droit adhérent par toute sa surface, son sommet occupé par une excavation tuberculeuse, dont une partie des parois se déchira dans les tractions exercées sur l'organe pour l'enlever. Elle était anfractueuse, tapissée d'une membrane rougeâtre assez molle. On rencontra, vers la partie antérieure et inférieure du même organe, une tache blanchâtre de la plèvre, légèrement froncée; qui formait la paroi externe d'une vaste caverne anfractueuse, laquelle communiquait avec une seconde située à la partie supérieure et externe du lobe inférieur. Leur surface interne était irrégulière, traversée çà et là par des portions de tissu pulmonaire induré, tapissée d'une membrane rougeâtre, adhérente à celle plus blanche et comme fibro-cartilagineuse qui lui était inférieure. Un grand nombre de tuyaux bronchiques y aboutissaient. Leurs orifices béans étaient comme coupés en travers et remplis par un mucus puriforme rougeâtre; leur muqueuse rouge.

Le tissu intermédiaire aux points infiltrés de tubercules était dans tout cet organe rouge, grenu. (Pneumonie lobulaire.)

Le poumon gauche était également infiltré de masses tuberculeuses grisâtres ou déjà d'un blanc opaque, et son sommet creusé d'une excavation de même nature. Il résultait des petites branches à la section du sang pur provenant d'une infiltration sanguine du tissu pulmonaire de la partie postérieure du lobe inférieur qui était comme splénifié et gorgé de sérosité sanguinolente.

La membrane muqueuse du pharynx était, immédiatement au-dessus de l'épiglotte, épaissie, indurée, inégale, les bords de cette dernière ulcérés. La cavité du larynx était convertie en un vaste ulcère, beaucoup plus profond du côté gauche, où il avait détruit la corde vocale supérieure, et formé plusieurs cavités sygmoïdes encore remplies de pus, que du droit.

Dans la trachée artère, on n'observait rien de semblable; seulement la muqueuse était rouge, injectée et tapissée de mucus puriforme.

Les autres lésions qui furent trouvées étant étrangères à mon sujet, je ne les relaterai point.

QUATRIÈME ET DERNIÈRE SECTION. — BRONCHORRÉES.

BRONCHORRÉE. (Vingt-deux jours de traitement.)

Obs. XXIII. — Poulequen, âgée de 34 ans, fut admise le 19 octobre 1834, à l'infirmerie, pour un catarrhe pituiteux chronique, caractérisé par la toux, une oppression considérable, du râle muqueux, une abondante quantité de crachats visqueux, incolores, transparens, écumeux, semblables à du blanc d'œuf délayé dans de l'eau et battu, des quintes de toux revenant par accès, etc.

Je lui fis commencer le lendemain les aspirations chloreuses, et donner pour boisson la dissolution de chlorure d'oxide de sodium à un gros; mais elle ne put supporter les premières.

Le 28, elle les essaya de nouveau et la tolérance s'établit.

Le 31, expectoration plus spumeuse, mais toujours copieuse, toux moins fréquente, orthopnée moindre, appétit plus prononcé. J'accordai la demi-ration.

3 octobre. Crachats toujours filans et transparens, envies de vomir, quintes de toux. (Un vomitif fut prescrit.)

Les jours suivans, la médication chloreuse fut continuée.

La toux avait diminué, de même que la quantité de la matière expectorée qui était plus spumeuse. Peu à peu elle se tarit, les forces revinrent, l'appétit augmenta et permit de donner les trois quarts. Enfin, la malade sortit le 11 novembre, ne toussant plus qu'un peu le matin et le soir, et ne tarda pas à guérir entièrement.

BRONCHORRÉE. (Vingt-deux jours de traitement chloreux.)

Obs. XXIV. — Hellechette, âgée de 33 ans, fut admise dans les salles de clinique interne, le 20 juin 1831, pour un catarrhe pituiteux qui datait de quatre à cinq mois, caractérisé par une extrême oppression, l'expectoration très abondante de crachats filans, visqueux, analogues à de la salive, composés de mucosités diaphanes et un râle muqueux devenant parfois sibilant.

Je fis commencer le 21 le traitement chloreux.

Le 26, le stéthoscope fit reconnaître le râle décrit, d'une manière plus marquée à droite qu'à gauche. Expansion du même liquide, filant, spumeux et très abondant; accès d'orthopnée.

Le 29, la patiente respirait le chlore à la dose de quarante gouttes chaque fois. On y avait adjoint la solution chlorurée à un demi gros. Le lendemain, je fus obligé de faire diminuer la dose du chlore inspiré et de la réduire à vingt, à cause de l'irritation qu'elle occasionnait.

Le 30, l'expectoration avait diminué des trois quarts; la toux était moindre, le sommeil meilleur.

2 juillet. Le mieux continuait. (Même médication chloreuse.)

Le 9, crachats plus spumeux, mais encore copieux; quintes de toux moins fréquentes; tout indiquait une guérison prochaine.

Cependant, je fus obligé de renvoyer Hellechette avant qu'elle pût être complète, cette femme devant partir trois jours plus tard pour Brest, et devant se préparer à cette longue route à pied par de l'exercice dans les cours.

BRONCHORRÉE. (Vingt-quatre jours de traitement par le chlore.)

Obs. XXV. — Gigon, âgé de 38 ans, entra le 9 juin 1834 à l'infirmerie, offrant les symptômes d'une bronchorrhée ancienne, caractérisée par l'expansion d'une énorme quantité de crachats visqueux, filans, translucides, troubles, une oppression prononcée, etc.

Dès le lendemain, je fis commencer les aspirations de chlore, dont il ne résulta pas de bons effets. Il fallut y substituer le 13 des fumigations avec des feuilles de jusquiame macérées dans une forte dissolution d'opium.

Le 19, le malade recommença à respirer le chlore, qu'il supporta très bien. Au bout de quelques jours, la matière de l'expectoration était plus spumeuse et deux fois moins abondante. L'auscultation de la poitrine laissait encore entendre un râle muqueux léger. Le chlore était respiré à quarante gouttes, quatre fois par jour.

Le 27, je fis ajouter au traitement une dissolution d'un demi-gros de chlorure d'oxide de sodium par pinte d'eau pour boisson.

Le 30, le chlore fut porté à cinquante gouttes; toux moindre; les symptômes diminuèrent progressivement sous l'influence de cette médication, et Gigon sortit enfin guéri le 4 juillet.

J'aurais pu multiplier bien davantage les observations relatées dans ce mémoire, mais c'eût été y accumuler des répétitions fastidieuses et lui donner beaucoup trop d'étendue, défaut qu'on peut déjà lui reprocher. Je me suis donc borné au choix de celles qu'on y a lues.

La multiplicité de beaucoup d'autres que j'ai recueillies et que je conserve en portefeuille engagera sans doute les médecins d'hôpitaux à expérimenter comme je l'ai fait la médication chloreuse dans les affections catarrhales, surtout dans celles chroniques, genre de maladie qui fait souvent leur désespoir, à cause de la longueur de durée des traitemens ordinaires et de la fréquence de leurs insuccès.

En publiant les résultats des expériences cliniques auxquelles je me suis livré pendant cinq années sur les effets du chlore dans le catarrhe, j'ai cédé à l'espèce de devoir que m'avait en quelque sorte imposé l'Académie de médecine, lorsqu'en 1833 elle rendit un compte flatteur d'un travail que je lui avais adressé sur l'inutilité du même agent thérapeutique dans la phthisie pulmonaire, et qu'elle m'engagea, par l'organe de son rapporteur, M. Louis, à donner plus d'étendue à quelques essais que j'y relatais de l'emploi du même moyen contre la bronchite chronique.

Je désire que ce travail puisse lui prouver qu'à défaut de talent j'y ai apporté toute la sévérité d'observation qu'elle était en droit d'attendre de mon zèle et de mes efforts pour tout ce qui peut concourir à hâter les progrès de la science médicale.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ITALIENS.

I. GIORNALE DE PROGRESSI DELLA PATOLOGIA E DELLA TERAPEUTICA, publicato in VENEZIA.

Le cahier du premier trimestre de cette année contient les articles originaux suivans : 1° *Mémoire sur un cas de transposition complète des viscères abdominaux et thoraciques;* par M. G. Guarda (Fait intéressant mais n'offrant rien d'inconnu); 2° *Statistique et topographie médicale de Sommarino;* par M. Bergonzi (Intérêt de localité); 3° *Cas remarquable de méningite spinale;* par M. Liberali, médecin en chef de l'hôpital de Treviso; 4° *Plusieurs cas d'éclampsie chez des femmes en couche, et hystérotomie vaginale pratiquée avec succès;* par M. Santello (Rien de bien neuf. L'hystérotomie dont parle l'auteur consiste dans un léger débridement du col dans un cas d'accouchement difficile); 5° *Constitution médicale qui a régné à l'hôpital de Venise pendant le premier trimestre de cette année;* par M. Trois, médecin en chef de cet hôpital.

MÉNINGITE SPINALE PAR SUITE DE PELLAGRE; par M. LIBERALI, médecin en chef de l'hôpital de Treviso.

Dans un ouvrage que l'auteur a publié sur la pellagre, il a prouvé par un grand nombre d'autopsies que la folie et l'hémiplégie qu'on observe souvent à la suite de la pellagre dépendent généralement d'une inflammation chronique des méninges et en particulier de l'arachnoïde cérébrale. Il avait été conduit à penser que la paraplégie et les paralysies qui succèdent à l'affection pellagreuse tiennent à un travail phlogistique des méninges de la moëlle épinière; mais M. Liberali n'avait pas encore eu l'oc-

casion de s'en convaincre par l'autopsie, attendu que ces paralysies des membres soit supérieurs soit inférieurs guérissent généralement sous l'influence d'un traitement antiphlogistique. Le fait suivant accompagné de nécropsie a confirmé la présomption de l'auteur.

OBS. — Thérèse Rusato, âgée de 36 ans, bonne constitution, tempérament sthénique, avait été pendant plusieurs années infirmière à l'hôpital de Treviso; ayant été ensuite atteinte de pleurésie grave, elle en est sortie guérie, et est allée à la campagne passer la convalescence.

Le 14 juin 1837, elle est revenue à l'hôpital se faire traiter d'une paralysie des membres inférieurs : le mouvement de ces membres est entièrement aboli, mais la sensibilité n'est pas éteinte, car la malade sent le contact de la main qui les touche. Les mouvemens des bras ne sont pas francs. La malade laisse échapper les fèces et les urines sous elle à son *insu* : maigreur extrême; tremblemens musculaires fréquens dans toutes les régions : caloricité inégale; douleurs sourdes le long de la colonne vertébrale; langue rouge; fièvre; respiration courte; voix faible. On diagnostique une spinite arrivée à une période avancée.

PRESCRIPTION.—Deux sétons latéraux à la colonne cervicale, point de départ de la douleur spinale. Potion de tartre stibié. Eau cohobée de laurier-cerise.

Après quelques jours de ce traitement, pas d'amélioration : on prescrit l'usage du rus radicans et de la strychnine, sans plus d'avantage. Les symptômes persistent et font des progrès : diarrhée consomptive. On applique deux moxas aux lombes, Contractions spasmodiques des membres déterminées par la strychnine. Mort le 31 juillet.

NÉCROPSIE. Corps fort émacié; escarres au sacrum; plaies des moxas de couleur livide. On ouvre soigneusement tout le canal rachidien : la dure-mère adhère fortement aux vertèbres en arrière dans tout le trajet de la colonne. La même membrane adhère fortement en avant aux os de la région cervicale. Vers la cinquième vertèbre cervicale, on observe une grosseur sous les enveloppes de la moëlle, de couleur livide comme une echymose, s'élevant en pointe dans le milieu, du volume d'une noix, très dure au toucher. Vers la région dorsale, la moëlle est très gonflée, et présente une fluctuation aqueuse au-dessous de ses tuniques. On incise ces membranes, il s'écoule beaucoup de liquide aqueux par la queue de cheval ; les membranes adhèrent fortement aux os sur ces points. Cette adhérence est aussi très prononcée au dos où la dure mère est fort injectée en dehors. On ouvre les enveloppes de la moëlle ; l'arachnoïde est un peu injectée immédiatement au-dessus du nucléon mentionné : vers les dernières vertèbres lombaires, la moëlle est convertie en bouillie, conjointement aux membranes qui l'enveloppent, avec une diminution considérable des parties, dans l'étendue de plus d'un pouce: au-dessous de cette portion désorganisée l'injection est plus prononcée. A l'endroit du nucléon, on trouve du pus sur plusieurs points, la moëlle baignait dans ce liquide et le nucléon lui-même y nageait; ce corps, du volume d'une double fève, est dur et épais; sa substance crépite sous le tranchant du couteau; dans son centre, il offre une petite cavité remplie de pus.

L'auteur compare cette observation à plusieurs autres analogues et trouve avec raison la sienne fort remarquable, à cause du haut degré auquel les lésions matérielles étaient arrivées. Les adhérences générales, les épanchemens séreux et purulens, le ramollissement pultacé de la moëlle étaient effectivement arrivés à un degré extrême, et, sous ce rapport, le fait mérite d'être enregistré; mais il est à regretter que l'auteur ait borné son autopsie à la moëlle épinière, et qu'il n'ait pas fait connaître l'état du reste de l'organisme, et en particulier l'encéphale.

CONSTITUTION MÉDICALE DE L'HÔPITAL CIVIL DE VENISE, DURANT LE PREMIER TRIMESTRE DE CETTE ANNÉE ; par M. TROIS, médecin et directeur de cet établissement.

Parmi les faits contenus dans cet article, le suivant nous a paru offrir quelque intérêt.

EMPOISONNEMENT PAR L'INFUSION DE LA RACINE ET DES FEUILLES DU NERIUM OLEANDER.

OBS. — Trois femmes trouvent quelque part une bouteille contenant une liqueur qu'elles prennent pour de l'eau-de-vie; c'était de la teinture alcoolique ancienne de *nerium oleander;* elles en boivent chacune trois travers de doigts d'un verre à table, et la trouvent d'un goût peu agréable, ce qu'elles attribuent à sa détérioration; leur gosier en éprouve une forte irritation. Peu d'instans après, ces femmes commencent à se plaindre de chaleur à l'estomac, puis de douleurs avec resserrement. A ces symptômes succèdent des nausées, puis des vomissemens, froid général, sueur froide, vertiges, étourdissemens. Deux heures après, douleurs abdominales, garderobes liquides. On leur administre d'abord un émétique et du lait en abondance. Quatre heures après, elles offrent une prostration générale très grande, extrémités froides, contraction très prononcée des membres supérieurs vers le thorax, des inférieurs vers l'abdomen; le menton est adapté contre le sternum; vomissemens très fréquens de petites quantités de matières muqueuses, bilieuses et sanguinolentes; douleurs intestinales; garderobes douloureuses et sanguinolentes; pouls vacillant, petit, intermittent, et par momens insensible; tremblemens des poignets; visage pâle; œil immobile; pupille dilatée; tendance au sommeil chez la plus jeune.

PRESCRIPTION. — Emulsions oléagineuses ; boissons gommeuses ; lavemens émolliens; sinapismes. Soulagement, amélioration progressive.

La plus âgée, qui était en même temps la plus robuste, a été la première à se rétablir. Chez la plus jeune, les symptômes intestinaux et nerveux ont duré plus longtemps. Il lui est resté pendant quelque temps de la chaleur ardente à l'estomac; tuméfaction fort sensible à l'epigastre; langue rouge et sèche ; soif inextinguible; voix rauque. On a insisté sur l'usage des remèdes adoucissans, et elle a fini par guérir comme ses compagnes.

Il est impossible de ne pas voir dans ce fait la véritable action du poison et les données par conséquent d'après lesquelles il faut combattre cet empoisonnement. Les symptômes que les trois femmes ont présentés décèlent dans le *nerium oleander* une action débilitante très marquée, analogue, sans le moindre doute, à celle du venin de la vipère, du serpent à sonnettes et d'une foule d'autres substances que Rasori, Borda, Giacomini, et plusieurs autres ont rangées dans la première classe des substances contre-stimulantes. Lorsqu'on arrive aux premiers momens de l'accident, il est clair que ce qu'il faut faire avant tout est l'évacution du poison à l'aide de la pompe gastrique, ou du vomissement provoqué à l'aide des attouchemens de la luette avec la barbe d'une plume. Le tartre stibié n'a pas généralement d'action dans ces cas ou son action augmente l'effet du poison. Quelques heures après cependant, et aussitôt que les effets dynamiques généraux se déclarent, le vomissement artificiel ne remplit aucune indication; ce sont alors les effets dynamiques que le médecin doit combattre à l'aide de remèdes stimulans. L'empoisonnement par la morsure de la vipère en fournit un exemple : que fait-on? on stimule la constitution; on élève la vitalité déprimée de l'organisme à l'aide de l'ammoniac, et l'on en triomphe le plus souvent. Les alcooliques, le rhum, le vin, l'eau-de-vie, les éthers, etc.; tels sont les moyens qui conviennent en pareils cas jusqu'au moment où la réaction a été obtenue; des modificateurs d'un autre genre peuvent être alors nécessaires; il est vrai que la force de la constitution suffit quelquefois à dompter les effets toxiques comme dans le cas de M. Trois; mais souvent aussi elle succombe par l'hyposthénie extrême de la vitalité générale.

II. BULLETTINO DELLE SCIENZE MEDICHE DI BOLOGNA.

Les cahiers des mois de mars, avril et mai de cette année contiennent les articles originaux suivans : 1° *Deux cas de pellagre guéris principalement par l'usage de frictions de pommade stibiée;* par M. Barbieri; 2° *Bons effets de la pommade de deuto-phosphate de mercure, comme moyen résolutif des bubons;* par M. Albano; 3° *Cas remarquable de fracture compliquée du crâne, suivie d'encéphalocèle et de guérison;* par M. Orioli; 4° *Deux cas singuliers de hoquet;* par M. Gamberini; 5° *Abcès gangreneux du foie;* par M. Malvani.

ENCÉPHALOCÈLE IRRÉDUCTIBLE; CIRCONSTANCES REMARQUABLES; GUÉRISON; par M. ORIOLI, chirurgien à Terni.

OBS. — Un jeune homme, âgé de 14 ans, robuste, très intelligent, essuie un violent coup à la tête et tombe sans connaissance. A l'examen, M. Orioli trouve une double fracture avec enfoncement à l'os pariétal; un trou dans le milieu laisse voir le cerveau à nu; pouls petit, pupilles dilatées, paupière supérieure prolapsée. Il débride la plaie, extrait quelques fragmens osseux, et en relève quelques autres qui étaient déprimés. Les parties enfoncées cependant n'ont pu être toutes redressées : une consultation a lieu : on applique une couronne de trépan et les os sont relevés à l'aide d'un levier; d'autres excisés. Il en est résulté une vaste brèche qu'on a pansée simplement. Réaction intense, délire, saignées, tartre stibié, fomentations émollientes. La suppuration s'établit et marche bien. Puis retours du délire; le malade croit qu'on veut le tuer. Tisane gommeuse et eau de laurier-cerise.

Le fond de la plaie offre des lignes noirâtres, les bords en sont tuméfiés et très douloureux. Sangsues, fomentations émollientes,

Les choses vont assez bien jusqu'au quinzième jour, lorsque le malade ôte tout l'appareil du pansement et veut rester la tête nue à l'air; il ne veut même pas qu'on couvre la plaie avec un mouchoir ni de la charpie. Bientôt le cerveau s'hypertrophie sur ce point et forme une tumeur sortant du crâne, ayant six pouces en circonférence, deux en profondeur, formée uniquement de substance cervicale, environnée serrément à la base par les membranes du cerveau et les bords de la brèche osseuse. Par sa force expansive, cette tumeur avait rompu les cicatrices tendres de la plaie. M. Orioli essaie de la réduire, mais sans succès; il attend un moment plus favorable pour la réduction, mais peu de jours après il s'aperçoit que la tumeur a acquis des adhérences à la base avec les membranes du cerveau, et que la réduction est impossible. Une consultation a lieu : l'ablation de la tumeur est jugée indispensable ; mais la manière de l'exécuter est embarrassante; l'excision, la ligature, la cautérisation paraissent offrir des inconvéniens et des dangers à cause du volume considérable du mal. M. Orioli imagine et emploie le moyen suivant.

Il relève la partie postérieure de la tumeur de la surface de l'os et engage des boulettes de charpie jusqu'au pédicule; met d'autre charpie au dessus et comprime graduellement tout le fongus entre ces deux couches, de manière à le mortifier; il a évité de la sorte l'hémorragie qui pourrait résulter de l'excision et l'irritation trop grande qui pourrait suivre la ligature. La réaction a été légère. Saignée générale et locale.

Le lendemain, la tumeur est couverte de sang noir : on ne serre pas davantage l'appareil. Diète, boissons rafraichissantes, purgatif.

Les quatrième et cinquième jours, plusieurs portions de la tumeur sont mortifiées; on les excise à l'aide de ciseaux. Mêmes pansemens. La plaie se déterge et s'affaisse; ses bords se rapprochent et une bonne cicatrice a lieu.

Quelques autres soins ont été plus tard nécessaires; mais enfin le petit malade a parfaitement guéri; la cicatrice est restée pulsante, ainsi que cela est d'ordinaire en pareils cas; une plaque défensive lui a été appliquée. L'intelligence n'a rien perdu de sa netteté primitive, et aujourd'hui l'enfant se porte très bien.

La science possède un certain nombre d'exemples d'encéphalocèles par suite d'ablation de quelques parties de la boîte cranienne. Les mémoires de l'Académie de chirurgie en offrent plusieurs; on en trouve ailleurs plusieurs autres. On en voit cependant assez rarement de nos jours; cela tient probablement à la manière plus méthodique de traiter les plaies de la tête, et surtout à la sobriété bien entendue de l'usage du trépan. Il n'est pas, pour nous, bien évident que le trépan était indispensable dans le cas de M. Orioli; mais la pratique que ce chirurgien a suivie dans l'ablation de l'encéphalocèle est ingénieuse, sage et digne d'imitation.

DEUTO-PHOSPHATE DE MERCURE COMME REMÈDE RÉSOLUTIF DES BUBONS; par M. ALBANO.

Prenez : Deuto-phosphate de mercure .... 5 grains.
Suif purifié.................................... 55 grains.

Mêlez très exactement sur porphyre avec une spatule de verre, et conservez cette pommade dans un pot de porcelaine.

L'auteur donne cet onguent comme le meilleur résolutif des bubons vénériens. Le malade en prend un peu tous les matins sur le bout du doigt, et il frictionne l'aîne correspondante à la tumeur. Ce moyen n'empêche pas, bien entendu, d'employer en même temps les autres remèdes d'usage, tels que sangsues, cataplasmes, etc., si on les croit convenables. Peu de jours après l'usage de la pommade, des taches érythémateuses et des boutons miliaires se forment sur les points frottés, ce qui ne doit point inquiéter. La guérison est constante, au dire de l'auteur, après qu'on en a employé un ou deux gros.

DEUX CAS REMARQUABLES DE HOQUET; BONS EFFETS DE L'ACUPUNCTURE ET DU GALVANISME; par M. GAMBERINI.

OBS. I. — Albina, âgée de 18 ans, servante, tempérament nerveux, bonne constitution, est prise de coliques très vives vers le mois d'août 1837. Plusieurs remèdes sont employés pendant deux jours; enfin elles se calment. Aux coliques, cependant, succède un hoquet accompagné d'une sorte de hurlement particulier, qui se répète par accès prolongés, ce qui tourmente beaucoup la malade. Elle est reçue au grand hôpital de Bologne, dans le service du professeur Medici. On lui fait plusieurs saignées, on lui prescrit des remèdes antispasmodiques, des révulsifs, des courans électriques, sans beaucoup d'avantage. On la soumet à l'acupuncture aux régions cervicale et interne des cuisses, sans plus de bien. On implante les aiguilles à l'épigastre, à la région précordiale; la malade témoigne une sensibilité exquise : les accès de hoquet diminuent, sont moins intenses. Aussitôt que M. Medici réimplante les aiguilles, le hoquet s'arrête et ne reparait point, tant qu'il laisse les aiguilles en place; aussitôt ôtées, il se manifeste de nouveau. M. Medici a alors pris le parti de laisser les aiguilles à acupuncture en place toute la journée et d'ordonner à la malade de se promener dans l'hôpital. Les accès de hoquet ont été entièrement déroutés et enfin dissipés, mais la malade éprouvait de temps en temps des défaillances par la présence des aiguilles, quelquefois aussi des espèces d'extases cataleptiques. La guérison a été complète et durable.

OBS. II. — Susanna, âgée de 26 ans, domestique, tempérament nerveux, habituellement bien portante, n'ayant jamais eu de maladie nerveuse, a été reçue à la clinique de M. Comelli. Elle éprouve, depuis trois ans, un hoquet fort incommode, qui revient de temps en temps. Cette incommodité s'est déclarée à la suite de chagrins violens et de la suppression des règles, qui existe depuis trois ans. Bien que les accès de hoquet chez cette femme fussent moins fréquens que chez la femme précédente, le hurlement qui les accompagnait était beaucoup plus fort. Durant ce temps, la malade a été deux fois saisie de fièvre catarrhale, avec crachement de sang, dont elle a guéri par une médication antiphlogistique. Cela n'a pas empêché le hoquet de persister. Plusieurs remèdes antispasmodiques, cependant, l'avaient un peu calmé, pendant quelque temps, mais les règles n'avaient pas reparu. Ayant ensuite été soumise à l'usage des frictions de la pommade Autenrieth sur l'épigastre, elle a éprouvé une éruption boutonneuse abondante sur cette région et le hoquet a disparu; mais, six mois après, il s'est reproduit sans cause appréciable; la femme accusait une sensation de piqûre dans la direction de l'insertion du diaphragme. On applique des sangsues et un vésicatoire *loco dolenti*; on prescrit les calmans et les emménagogues. Les règles reparaissent, mais en petite quantité et sans soulagement.

On la soumet ensuite à l'usage de quelques remèdes propres à augmenter la quantité du sang des règles; cela n'a pas changé l'état du hoquet. On a recours à la galvano-puncture. Des aiguilles sont implantées à la région douloureuse, d'autres au pubis, et mises en communication avec les deux pôles d'une pile, moyennant deux fils métalliques. Soulagement. Pour faire mieux agir le galvanisme, on dénude la peau à l'aide d'un vésicatoire sur les points douloureux, on pose sur l'une des plaies une plaque de cuivre, sur l'autre une plaque de zinc, qu'on fait communiquer entre elles, moyennant un fil métallique. Le hoquet s'est complètement dissipé et n'a plus reparu depuis. L'appareil précédent a été maintenu en place pendant quinze jours.

Le fait le plus saillant qui résulte des deux observations précédentes est l'effet salutaire de l'acupuncture et des courans galvaniques. Nous venons de voir que, dans le cas de M. Medici, les aiguilles implantées judicieusement par cet habile praticien vers la région précordiale coupaient nettement et instantanément l'accès du hoquet; et qu'enfin la continuation non interrompue de ce moyen s'est opposée d'une manière durable au retour du mal, et la guérison a eu lieu. Or, il est prouvé aujourd'hui que les aiguilles de l'acupuncture qu'on implante dans les chairs développent de l'électricité galvanique, et il est très probable que leur efficacité dans certaines maladies n'est due qu'au dégagement du fluide qu'elles occasionnent. Ce qui confirme cette manière de voir, c'est la seconde observation où l'effet du galvanisme n'est point douteux; un grand nombre d'autres faits analogues pourraient être invoqués au besoin.

Il est à regretter qu'une ressource thérapeutique aussi puissante (la galvano-puncture et les courans galvaniques) soit encore si peu employée et si peu comprise. Nous obtenons journellement, par l'usage de cet agent, des effets tellement salutaires, soit dans les affections nerveuses des yeux et des organes des sens, soit dans certaines atonies fonctionnelles de toutes autres parties du corps, que nous ne nous étonnons plus de la guérison de quelques maladies qu'on avait crues incurables. Pour en retirer tout l'avantage possible, les courans galvaniques doivent être dirigés à des profondeurs considérables, et d'après certaines données anatomiques fournies par la région malade. L'expérience nous a appris qu'en appliquant le galvanisme au moyen du balancier d'une pendule en mouvement, l'impulsion saccadée se communique aux parties les plus profondes des tissus musculaires, et l'action thérapeutique en est beaucoup plus énergique que lorsque le courant est continu et *non cadencé*. Nous aurons l'occasion de revenir sur ce sujet, et de nous expliquer avec plus de détails, surtout relativement à la manière dont nous nous servons pour transmettre dans l'économie, à l'aide des courans galvaniques, certains médicamens, ainsi que cela avait déjà été fait par Fabré-Palaprat.

ABCÈS GANGRENEUX DU FOIE; par M. MALVANI.

OBS. — Une femme, blanchisseuse, âgée de 34 ans, robuste, tempérament sanguin, bien réglée, mère de plusieurs enfans, souffrait depuis quatre mois de douleurs fort aiguës à l'hypocondre droit qui l'empêchaient de goûter un instant de repos : des saignées répétées, des applications de sangsues, des purgatifs, des vésicatoires, des fomentations émollientes, des opiacés avaient été employés sans avantage lorsque M. Malvani a été appelé. A l'examen, il trouve au-dessous des dernière côtes à droite une petite tumeur; il y applique un caustique; la chute de l'escarrhe ne change pas l'état des choses; la tumeur et les souffrances sont dans le même état. La femme est extrêmement maigre; fièvre continue, abdomen proéminent à droite; douleur insupportable vers ce côté, augmentant par la pression, surtout si l'on agit en arrière dans l'intervalle des onzième et douzième côtes.

Antérieurement, dans le même espace intercostal, vers la partie cartilagineuse, on voit une tumeur fluctuante, du volume d'une petite orange, couverte d'une plaie, excessivement douloureuse. M. Malvani plonge un bistouri dans le centre de cette plaie et donne issue à quatre livres de pus; ce pus est jaunâtre, inodore, mêlé à des lambeaux celluleux de couleur jaune. On glisse une bandelette de linge dans le foyer.

Le lendemain, l'appareil est sec, la tuméfaction s'est reproduite. La malade cependant avait été soulagée et avait passé une nuit assez bonne. On ôte la bandelette du fond de la plaie, pas de pus; en comprimant, on en fait seulement sortir quelques gouttes.

Le chirurgien dilate la plaie avec un bistouri boutonné, coupe transversalement le cartilage de la onzième côte, tombe dans un second foyer et fait sortir une nouvelle quantité de pus. Pansement *ut supra*. Le soir l'appareil est sec, mais la malade est mieux. On panse à plat. A chaque pansement on ne peut faire couler du pus qu'à l'aide d'un stylet qu'on introduit dans le foyer, et au moyen duquel on écarte une sorte de valvule; la matière paraît venir de très loin. On y fait des injections à l'aide d'une sonde. Frisson, fièvre très violente revenant par accès; on le coupe par le sulfate de quinine. Puis la diarrhée se déclare : opiacés; mieux.

Quelques jours après, nouvelle recrudescence, froid général, syncope, mort subite.

NECROPSIE 48 heures après. Maigreur extrême, peau légèrement jaunâtre. On introduit une sonde dans le foyer par l'ouverture existante; pas d'écoulement de matière. On ouvre l'abdomen; le foie a un volume double du naturel, sans avoir changé de forme ni de couleur; seulement sa teinte est un peu plus claire qu'à l'état normal. Son lobe gauche occupe presque tout l'hypocondre du même côté. L'estomac est très ample et contient une demi-livre environ de liquide; il est poussé en bas à deux ou trois pouces au-dessous de l'ombilic.

Le lobe droit du foie se prolonge en bas vers la crête iliaque; il adhère à la paroi abdominale moyennant une fausse membrane de la largeur de la paume de la main qui s'étend depuis la face convexe et supérieure du lobe et les dernières fausses côtes, précisément à l'endroit où l'ouverture extérieure avait été pratiquée. La pointe de ce lobe est convexe et de couleur bleue. Une fluctuation manifeste indique qu'un abcès existe sur ce point : on y plonge un bistouri et l'on donne issue à de la matière grise, noirâtre, de consistance pareille à celle du lait, très fétide. En élargissant l'ouverture, on trouve un foyer étendu,

irrégulier, non circonscrit, rempli de matière putréfiée; les parois sont évidemment formées d'escarrhes gangreneuses et ne communiquent point avec le foyer purulent qu'on avait ouvert durant la vie. Le foyer purulent est circonscrit et tapissé d'une membrane fibreuse, tandis que le gangreneux n'a point de tissu particulier qui le tapisse. Les filamens nerveux du plexus hépatique sont plus volumineux qu'à l'état naturel. La vésicule hépatique contient très peu de bile, plus fluide qu'à l'état naturel. La rate est d'un tiers plus volumineuse. La veine cave est gorgée de sang caillé. Pas d'altération à la veine porte. Cerveau légèrement injecté. Le reste de l'organisme n'offre rien de particulier.

La gangrène spontanée du foie est une maladie formidable dont l'histoire est encore à tracer. Le mal, dans le cas précédent, était parfaitement circonscrit, et peut en donner une idée exacte. La tumeur purulente était évidemment une maladie antérieure que la femme faisait remonter à une forte contusion reçue dans la même région, neuf mois auparavant. Les conditions, en effet, de son foyer indiquent manifestement que le mal était ancien. Cela ne doit point étonner, quand on se rappelle que des abcès phlegmoneux du foie existent souvent sous forme chronique; on en connaît plusieurs exemples. L'abcès gangreneux formait donc une maladie distincte, suraiguë, entée sur la première. L'auteur appelle judicieusement l'attention sur les symptômes de fièvre pernicieuse que la malade a présentés, symptômes qui ont d'abord été combattus avec avantage par le sulfate de quinine, et dont le retour a occasionné la mort presque subite durant la période de froid, ainsi que le font les fièvres pernicieuses de la plus mauvaise espèce. On dirait que la putréfaction du foie a agi sur l'organisme, comme certains miasmes qui ont la propriété de produire ces sortes de fièvres. Il est à regretter que l'auteur n'ait point trouvé dans l'étude de ce fait intéressant des données qui indiquassent, *à priori*, la nature de la maladie; il ne dit même pas si la peau de l'hypocondre était œdématiée, ainsi que cela s'observe toujours dans les abcès de l'organe hépatique.

III. REPERTORIO DELLE SCIENZE FISICO-MEDICHE DEL PIEMONTE.

APOPLEXIE RACHIDIENNE; par M. SACHERO, professeur de clinique à l'université de Turin.

OBS. — Un jeune homme, âgé de 18 ans, veut traverser le Pô sur une vache. Pendant la traversée, il tombe, et ce n'est qu'avec beaucoup de peine qu'on le retire de l'eau, à moitié mort; il reste sans parole pendant plusieurs heures, puis il revient et se rétablit petit à petit, mais il conserve une grande faiblesse. Peu de temps après, il est saisi d'accès épileptiformes, dont l'intensité augmente de jour en jour. Une dernière fois, il tombe comme une masse par terre, avec les apparences d'apoplexie. On le transporte à la clinique de M. Sachero. On lui pratique plusieurs saignées coup sur coup. A l'examen, il présente les symptômes suivans: visage pâle, abattement, yeux mobiles; le malade les tourne du côté où on lui parle; aphonie; respiration difficile; palpitation violente du cœur, avec bruit de soufflet; déglutition presqu'impossible, froid général; extrémités immobiles; pouls cardiaco-spinal, non céphalique, serré et fréquent (1).

On diagnostique une apoplexie de la portion supérieure de la moëlle épinière, compliquée d'hypertrophie du cœur, et probablement aussi de rétrécissement de l'ouverture aortique. Ce diagnostic a été basé: 1° sur l'absence du caractère céphalique du pouls; 2° sur ce que le malade tournait les yeux du côté où on lui parlait, avec expression d'intelligence; 3° sur l'existence de l'aphonie et de la disphagie, ce qui fait présumer une lésion du nerf accessoire de Willis, dont l'origine est à la moëlle cervicale.

PRESCRIPTION: Six ventouses scarifiées à la nuque.
Vingt sangsues à la région cervicale.

M. Sachero a déclaré aux élèves que, si son diagnostic était exact, on verrait, sous peu de jours, la faculté de parler et de déglutir reparaître à mesure que le sang épanché serait résorbé. Cela n'a pas manqué; mais les membres inférieurs ont offert des mouvemens convulsifs; les battemens du cœur augmentèrent. Saignées du bras répétées, sangsues aux hypocondres. Des symptômes d'hydropéricardre se déclarent. L'usage général de l'esprit de mindérère produit de grands soulagemens. Le malade fait une imprudence de régime, a une indigestion et meurt.

NÉCROPSIE. L'auteur se contente de dire qu'on a vérifié à l'autopsie l'exactitude du diagnostic qu'il avait porté, sans donner de détails sur l'état de la moëlle.

Malgré l'absence de ces détails essentiels, l'observation qui précède nous a paru offrir assez d'intérêt pour être reproduite.

IV. IL FILIATRE SEBEZIO.

ABCÈS CRITIQUE COMMUNIQUANT AVEC L'ŒSOPHAGE; CIRCONSTANCES REMARQUABLES; par M. MARINO, médecin à Molise.

OBS. — Un ecclésiastique, âgé de 56 ans, de constitution nerveuse, goutteux, a été saisi du choléra; les symptômes ont été peu intenses et leur durée n'a été que de trois jours.

Le lendemain, le malade éprouve une raideur dans le cou et un engorgement aux régions mastoïdiennes. Cet engorgement va en augmentant, au point que le huitième jour la face se trouve comme enfoncée au milieu des deux oreillons; ceux-ci s'étendent en haut jusqu'à la tempe, en bas jusqu'à la moitié du cou; ils ressemblent à deux énormes mamelles, sont pâteux et mous au toucher. Les oreilles semblent déplacées par la présence des tumeurs; leurs conduits laissent écouler de la matière dense. Les mâchoires sont serrées et immobiles; de la matière épaisse s'écoule d'entre les dents. Déglutition impossible.

M. Marino ouvre largement les tumeurs à la hauteur des angles de la mâchoire. Ecoulement d'une livre environ de matière purulente, épaisse; issue de plusieurs lambeaux de tissu cellulaire mortifié. Pansemens simples. Les tumeurs se dégorgent, leurs foyers commencent à se montrer à l'œil, les dents se desserrent petit à petit. Usage d'une potion stibiée.

Quelques jours après, le malade peut ouvrir la bouche; on s'aperçoit que cette cavité communique avec les foyers purulens par des trous multiples qui existent sur la muqueuse. Un stylet introduit dans le méat auditif droit sort dans le foyer; un autre, introduit dans le gauche, passe aussi dans le foyer correspondant, descend et s'insinue jusque dans l'œsophage, provoque des vomissemens et une toux convulsive. M. Marino croit convenable d'élargir les ouvertures extérieures, afin de mieux explorer le fond de chaque tumeur: les muscles de la même région sont comme disséqués; les foyers sont très profonds et tortueux: une sonde de gomme élastique ayant été introduite dans le foyer du côté gauche est sortie dans l'œsophage où on a pu la toucher avec un doigt introduit par la bouche; l'ouverture œsophagienne est à un pouce au-dessous de la limite inférieure du pharynx. L'autre foyer communique avec l'oreille, mais pas avec l'œsophage. En faisant boire le malade, une partie du liquide passe dans le foyer gauche et s'écoule au dehors par l'ouverture correspondante. Un examen attentif fait découvrir une carie à l'angle maxillaire, l'apophyse mastoïde est dénudée; le pavillon auriculaire est en partie décollé du périoste sous-jacent, la carotide correspondante est presqu'à nu.

M. Marion a combattu tous ces désordres graves à l'aide d'un traitement intérieur approprié à l'état du malade et de pansemens méthodiques et variés. Des débridemens profonds ont été nécessaires pour favoriser le bourgeonnement oblitérique; le muscle omo-ioïdien qui traversait le foyer a dû être coupé; cette opération a donné lieu à des hémorragies inquiétantes. Injections détersives. Lotions toniques. Cautérisations répétées. Enfin les choses ont tourné pour le mieux et la cicatrisation a été complète. Guérison parfaite après cinquante jours de traitement.

L'histoire des abcès pénétrans de l'œsophage est encore à faire, comme on sait. La rareté de cette maladie rend probablement raison de cette lacune qu'on rencontre dans les livres de chirurgie. On connaît, il est vrai, un assez grand nombre de cas de blessures pénétrantes de l'œsophage, suivies ou non d'abcès autour de ce canal; d'abcès de la paroi postérieure du pharynx rencontrés par Dupuytren et par d'autres, avec ou sans carie vertébrale; de perforations du tube œsophagien par l'action comprimante de tumeurs anévrismales ou autres, mais ces sortes de lésions ne peuvent être rigoureusement confondues avec celle dont il est question dans le fait intéressant et rare de M. Marino. Il s'agit ici d'un double abcès critique, dont l'un a perforé le canal de l'œsophage, comme certains abcès de l'excavation pelvienne perforent le rectum.

Le traitement suivi par l'auteur est d'autant plus digne d'imitation, qu'il a été suivi d'une guérison parfaite dans un temps assez court.

V. IL RACCOGLITORE MEDICO DI FANO.

FONGUS DE LA DURE-MÈRE; OPÉRATION; GUÉRISON; par M. PECCHIOLI, professeur de clinique chirurgicale à Pise.

OBS. — Le 27 juin 1835, le nommé Giovanni Baldi a été reçu à la clinique de M. Pecchioli. Il est âgé de 46 ans, de bonne constitution, cultivateur de profession, et offre une vaste tumeur à la région syncipitale droite. Cette tumeur a un pouce et demi de hauteur au dessus du niveau du crâne, et occupe presque toute la région sus-indiquée; sa surface est ulcérée, couverte de petites végétations, et fendillée sur plusieurs points; la moindre pression laisse échapper du sang par ces fissures. Sa forme se termine en pédicule assez étroit; on peut la comparer à celle d'un champignon à grand chapiteau. Sa partie évasée adhère aux parties molles du crâne, la moindre pression y produit de la douleur.

Le commémoratif a appris que le mal avait été précédé de grands maux de tête, deux années avant la manifestation extérieure de la tumeur. Ensuite, une petite grosseur au-dessous de la peau du crâne s'est manifestée, laquelle s'est bientôt ulcérée par suite d'une chute que le malade a faite sur cette partie. Enfin, la végétation a franchi les tégumens, et s'est fait jour au dehors, en prenant la forme ci-devant indiquée. La masse sécrète depuis son existence de la matière ichoreuse âcre et présenta des pulsations analogues à celles des tumeurs anévrismales. En la comprimant sur plusieurs points, M. Pecchioli s'est assuré qu'on pouvait en diminuer les douleurs si l'on déterminait des symptômes d'accablement cérébral; il a diagnostiqué un fongus cancéreux de la dure-mère. Une consultation ayant décidé que l'opération était indispensable pour sauver la vie du malade, M. Pecchioli l'a pratiquée le 29 du même mois.

OPÉRATION. Incision et dissection des tégumens de la tumeur, de manière à

(1) Les médecins italiens appellent pouls *céphalique* celui dans lequel l'artère au poignet bat en s'élevant et en formant un angle presque droit sous les doigts qui l'explorent; en outre, le pouls céphalique est plein, lent, inégal, intermittent, plus développé au poignet qui correspond au côté du corps apparemment sain.

mettre celle-ci parfaitement à nu, jusqu'à la base. On y voit deux ouvertures irrégulières à la voûte du crâne, qui donnent issue à la tumeur, dont l'une offre un pouce, l'autre un demi-pouce de diamètre. En pressant sur ces points, on produisait des symptômes de compression cérébrale. Les bords de ces ouvertures sont frangés, coupés en bec de flute aux dépens de la lame interne. M. Pecchioli fait sauter l'entre-deux de ces ouvertures à l'aide de la gouge et les convertit en une seule brèche. Cela lui a permis de voir les limites de l'implantation de la tumeur. Il applique trois couronnes de trépan autour de cette brèche, enlève les angles de ces ouvertures, et toute la base du fongus se trouve en évidence; elle adhère à la dure-mère. M. Pecchioli la relève, la dissèque et l'excise exactement avec une partie de la dure-mère.

L'opération a été longue et douloureuse; mais le malade l'a bien supportée. On arrête le sang, on régularise la plaie, le cerveau n'est couvert que par l'arachnoïde sur le point de l'excision. On panse en couvrant la plaie d'un morceau de toile fine, imbibée d'huile d'amandes douces. On répète les mêmes pansemens les jours suivans. Quelques jours après, le bourgeonnement du fond de la plaie est tellement abondant qu'on est obligé de le réprimer à l'aide de la cautérisation. Pansement avec de la charpie sèche. Les bords osseux de la brèche se nécrosent; exfoliation considérable. Le malade va de mieux en mieux; la cicatrisation s'accomplit. Guérison parfaite. Calotte en cuir bouilli pour défendre la cicatrice. Le malade a été revu depuis; la guérison a été durable.

Sous le rapport de l'anatomie pathologique, les fongus intra-craniens ne laissent que peu de chose à désirer; mais il en est autrement sous le point de vue thérapeutique; ici, tout est à faire. Toutes les fois que la maladie avait été attaquée par la main du chirurgien, elle avait constamment donné lieu à une réaction encéphalique mortelle. M. Pecchioli, cependant, a été plus heureux, et le beau succès qu'il a obtenu fait honneur, et à son habileté, et à l'art de guérir. Quelques considérations, cependant, deviennent indispensables pour bien saisir ce qu'il y a de plus essentiel dans le fait qui précède.

L'anatomie pathologique a appris que quant à leur siège les tumeurs dites fongueuses de la dure-mère offrent trois variétés; les unes naissent des membranes du cerveau; les autres du parenchyme encéphalique; les autres, enfin, du tissu diploïque des os du crâne. Ces dernières sont les plus fréquentes. Elle a appris en même temps que, relativement à leur nature, ces tumeurs sont tantôt des masses érectiles, tantôt composées de tissu encéphaloïde ou carcinomateux.

A quelle espèce appartenait-elle la tumeur que M. Pecchioli vient d'enlever? Il ne s'explique nullement à cet égard; et pourtant c'était là un point essentiel. Si nous prenons en considération 1° le peu d'adhérence de la masse morbide avec la dure-mère; adhérence qui avait toutes les apparences d'être accidentelle; 2° l'absence de compression cérébrale; 3° enfin, le manque de récidive de la maladie; on serait porté à la croire de l'espèce la plus bénigne, savoir une végétation sarcomateuse du tissu diploïque des os du crâne qui aurait, en se développant, acquis quelques adhérences avec la surface de la dure-mère. Cette réflexion n'ôte rien, comme on le voit, au mérite de l'opération de M. Pecchioli, et peut, jusqu'à un certain point, rendre compte du succès ou de l'insuccès des opérations du même genre. Elle explique aussi l'existence ou l'absence de certains symptômes de la maladie.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 25 JUIN.

SUR LES CALCULS D'OXIDE CYSTIQUE.

M. le docteur Civiale présente à l'Académie un mémoire sur les calculs d'oxide cystique, ou de cystine; il s'agit, dit l'auteur, d'une question déjà pendante devant l'Académie, et au sujet de laquelle j'ai recueilli quelques faits propres à l'élucider. Les calculs de cystine sont fort rares; on n'en connait que quinze cas, dont la plupart même sont incomplets. Il s'en est présenté quatre dans ma pratique. Les détails de ces faits pourront intéresser la science, et les échantillons que j'ai réunis mettre la chimie à même de compléter les notions insuffisantes qu'on possède sur la nature et la composition de cette substance.

L'auteur donne un aperçu historique des travaux qui ont été entrepris; il discute les opinions émises spécialement en Angleterre sur la formation et le développement de cette espèce de calculs, et indique plusieurs circonstances propres à induire en erreur, notamment sur la combinaison de la cystine avec les autres ingrédiens de l'urine.

L'histoire des calculs de cystine présente une particularité qui frappe; c'est la rencontre de ces corps dans un petit nombre de familles. Les malades dont parlent Marcet et Prout étaient frères. L'auteur a appris qu'aux environs de Meaux deux malades de la même famille ont eu une pierre de cette espèce, et des quatre qu'il a traités, deux étaient frères. Il paraît assez extraordinaire que, sur dix-neuf cas connus de calculs d'oxide cystique, il y en ait neuf qui se soient présentés dans quatre familles par deux ou par trois, et que, dans trois cas au moins, les malades aient été frères.

Les calculs de cystine se montrent en agglomération confuse de petites masses cristallines, brillantes, translucides et d'un jaune tendre.

Lorsque cette substance est associée à d'autres ingrédiens, les caractères qui lui sont propres sont modifiés selon la nature des combinaisons et peuvent laisser dans l'incertitude. Il y a toutefois un moyen fort simple de la reconnaître; il consiste à projeter la matière calculeuse sur des charbons ardens; la cystine exhale des vapeurs blanches, d'une fétidité remarquable, qu'on a comparée à celle de l'ail ou du phosphore; si on la fait rougir à la flamme de l'esprit de vin sur une feuille de platine, on voit noircir la partie du métal sur laquelle repose le fragment, ce qui annonce la présence du soufre.

On ne sait absolument rien des causes qui amènent la production de la cystine. Mais l'histoire des calculs formés de cette substance présente quelques particularités qu'il importe de noter. La plupart des malades qui en portaient avaient longtemps souffert de la gravelle avant d'être atteints de la pierre proprement dite; plusieurs mêmes n'ont eu que la gravelle.

Tous les malades appartenaient à l'enfance ou à l'âge adulte. Sur dix-neuf cas, il y a eu deux femmes; ils appartenaient à toutes les classes; mais chez aucun on ne découvre rien qui ne se rencontre aussi chez les autres calculeux.

L'expérience a prouvé que les calculs de cystine peuvent acquérir un grand volume, circonstance d'abord mise en doute. Dans deux des cas observés par M. Civiale, chaque pierre avait le volume d'un petit œuf de poule. L'une d'elles, extraite par la cystotomie, pesait trois onces et deux gros.

Ces calculs sont peu durs, ainsi que la plupart des pierres granuleuses, et cèdent facilement aux procédés de la lithotritie.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 23 JUIN. — PRÉSIDENCE DE M. MOREAU.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Etat des vaccinations de la Drôme.
2° *Idem* du Nord.
3° *Idem* de la Marne.
4° Lettre ministérielle, avec envoi d'une recette contre la gangrène, le cancer, etc.
5° Lettre *idem*, avec envoi d'un rapport de M. le docteur Gendron sur une épidémie de pneumonies.
6° Lettre *idem*, même date, avec envoi d'une note sur les sépultures, telles qu'elles se pratiquent en Allemagne.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

1° Lettre sur les fractures du col du fémur; par M. Lasquier.
2° Note de M. Lusardi sur la physiologie de l'iris.
3° Note sur les rétrécissemens de l'uretre, par M. Leroy d'Etyolles.
4° Lettre de M. Gendron en faveur de la contagion de la fièvre typhoïde.
5° Lettre de M. Pigeaire sur le magnétisme animal.
6° Lettre de M. Gaultier de Claubry, en faveur de la contagion de la fièvre typhoïde.

Après le dépouillement de la correspondance, M. Orfila donne des éclaircissemens sur l'épidémie d'Amiens. Le collége en était, à la vérité, le foyer principal; mais le reste de la ville n'en a pas été tout à fait exempt. Ces renseignemens, il les tient de M. le maire.

M. Dubois a dit qu'il avait puisé à la même source. Quoi qu'il en soit, la vérité est qu'à la rigueur il n'y a pas eu d'épidémie à Amiens, excepté au collége; ce qu'il attribue à la mauvaise nourriture des élèves.

NOUVELLES CONSIDÉRATIONS SUR L'ERGOT; PAR M. DEBOURGE.

On se souvient que M. Debourge avait adressé à l'Académie un mémoire sur le même sujet, qui a déjà été l'objet d'un rapport dont nous avons rendu compte dans ce journal. Peu satisfait du jugement qui en a été porté, il a transmis à la même compagnie un nouveau mémoire, où il combat les théories de l'ergot données par MM. de Candolle et Léveillé. Mais ce mémoire étant, au fond, la répétition du premier, la commission ne croit pas devoir s'en occuper.

MÉMOIRE SUR UN PROLAPSUS PARTICULIER DU RECTUM DANS LE VAGIN, OU RECTOCÈLE VAGINAL; PAR M. MALGAIGNE.

Cette espèce de hernie n'est point connue des auteurs, et M. Malgaigne s'en étonne d'autant plus qu'elle n'est pas très rare.

Les femmes qui en sont atteintes éprouvent une constipation opiniâtre, des tiraillemens d'estomac, des coliques, ou un dérangement notable dans les fonctions digestives; mais ce ne sont là que des symptômes équivoques, parce qu'ils sont communs à plusieurs maladies, qui n'ont avec celle dont nous parlons aucune ressemblance. Il est pourtant un signe pathognomonique, et le voici: si on porte le doigt dans le vagin, on sent la saillie qui forme le rectum.

On remédie à cette incommodité par un pessaire d'une forme particulière, et que M. le rapporteur compare à un sablier.

M. le docteur Convers, médecin suisse, donne lecture d'un manuscrit intitulé: *Mémoire sur la cataracte par attouchement*. Nous y reviendrons après le rapport.

CONSIDÉRATIONS SUR LE TOURNIS DES ANIMAUX ET DE L'HOMME, COMPARÉ A L'AFFECTION DU CERVELET ET DE SES PÉDONCULES; PAR M. BELHOMME.

L'auteur se résume en disant que la compression du cervelet et la compression du cerveau donnent également lieu au tournis.

Il rappelle les expériences de M. Magendie, desquelles il résulte que la section d'un des pédoncules cérébelleux détermine l'animal à se rouler sur lui-même, tandis que la section des deux pédoncules met fin à ce singulier phénomène; d'où il conclut que les pédoncules président à une bonne station et à l'équilibre du corps.

Sa dernière conséquence, c'est que les hydatides elles-mêmes ne détermineraient le tournis que par la compression qu'elles exercent sur les pédoncules.

Après ces lectures, M. Gerdy met sous les yeux de l'Académie un plâtre représentant la tête d'un homme auquel il a amputé la mâchoire inférieure pour un cas de nécrose. Il remarque que les amputations pour cette cause entraînent peu de difformité, à la différence des amputations pour cause de cancer.

Le même présente un homme auquel il a extirpé un œil cancéreux qu'il a fait modeler en cire. Le volume en est considérable et la forme hideuse.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

LETTRE SUR LES AMPUTÉS APRÈS LE SIÉGE DE CONSTANTINE; par M. le docteur BAUDINS, chirurgien principal de l'armée d'Afrique.

Lille, le 10 juin 1838.

Monsieur le rédacteur,

Je lis dans le n. 22 de votre estimable journal, 2 juin, article *correspondance*, une note communiquée par M. Guyon, chirurgien en chef de l'armée d'Afrique; cette note est relative à l'influence exercée par le choléra sur les amputés après le siége de Constantine.

Je ne rechercherai pas les intentions secrètes de l'auteur, parce que ces révélations sont sans intérêt pour le lecteur et sans profit pour la science; mais bien que je ne sois désigné que sous le pronom *on*, j'ai cru qu'il m'appartenait plus qu'à tout autre de prendre l'initiative, et de répondre à M. Guyon, moins en mon nom personnel qu'en celui du corps dont je m'honore de faire partie.

Je ne m'arrêterai pas à l'opinion de l'auteur sur l'invasion du choléra à Bone et à Constantine; on peut consulter à ce sujet ma relation de la campagne de Constantine; M. Guyon et moi ne différons pas sur le fond de la question, et les quelques détails qu'il ajoute à ceux que j'ai publiés sont insignifiants.

J'arrive à la statistique des amputés fournie par M. Guyon:

29 amputés dont 6 guéris.

Ce qui fournit à peu près un succès sur cinq revers. Dans l'exposé de cette statistique, M. Guyon consent à faire la part du choléra; mais bien qu'il fût absent, il conclut que le choléra n'a dû enlever que 7 à 8 amputés; nous nous empressons toutefois d'accepter cette déclaration. Des misères supportées par nos blessés, des boues au milieu desquelles nous en avons trouvé bon nombre ensevelis, du dénuement complet où nous nous sommes trouvés, des efforts glorieux et inouïs faits par les officiers de santé et dont il est juste que M. Guyon revendique sa part; de tout cela pas un mot; M. Guyon ne veut pas de preuves atténuantes: 29 amputés, 6 guéris, 23 morts, c'est son dernier mot, et afin qu'on ne s'y méprenne pas, il ajoute: « Ces résultats diffèrent sans doute de ceux qui ont été donnés dans les journaux et les académies; mais les journaux et les académies ne sont pas en Afrique. » Je ne sache pas que les journaux et les académies aient rien publié sur la statistique des amputés de Constantine, mais n'importe.

Le but de la statistique est d'éclairer la science par des chiffres; mais pour que ces chiffres aient une valeur, il ne suffit pas de les énumérer sèchement, il faut en peser toute la portée, les grouper sans les atténuer, et ne pas les grossir avec complaisance. Or je demande si la statistique fournie par M. Guyon peut servir la science; non certainement; elle n'est propre qu'à l'égarer, et à jeter dans les cœurs généreux de la douleur, et sur les chirurgiens dont l'armée a signalé le dévouement une impression fâcheuse qu'il nous sera aisé de détruire.

Puisque dans le chiffre 29 amputés se trouvent compris 3 résections suivies de mort, je suis en droit de comprendre parmi les amputés tous ceux à qui j'ai fait subir de semblables opérations. Or le nombre s'élève à 10 résections; savoir: de la tête de l'humérus, 3; de l'acromion, 1; du corps du cubitus, 4 pouces, 1; du radius, partie moyenne, 3 pouces 1/2, 1; du corps de l'humérus, 3 à 4 pouces, 2; du corps de la mâchoire inférieure, 2 à 3 pouces, 2. Or sur ces 10 opérations de résections, 7 ont guéri, 3 sont morts; sur ces 3 l'un est mort d'hémorragie le quatrième jour, j'en parlerai plus bas; les 2 autres qui étaient en voie de guérison, et déjà se promenaient dans l'hôpital, sont morts du choléra.

En ajoutant 7 résections guéries aux 29 amputés désignés par M. Guyon, et dont il cite 6 guérisons, nous avons le chiffre 36, dont 13 succès et 23 revers. M. Guyon nous accorde 8 amputés morts du choléra: ce qui fait 8 cas neutres pour la science; et en bonne conscience nous pourrions les considérer comme ayant été guéris, puisque M. Guyon a fait un triage parmi les amputés morts du choléra, et qu'il met à part ceux qui vraisemblablement seraient morts nonobstant ce fléau, mais n'importe; ils sont neutres, et nous les ôtons de la statistique des morts, qui de 23 reste à 15; ce qui nous fait 15 morts et 13 guéris. Or notez bien, je le répète, que sans l'invasion du choléra les 8 qui nous ont été enlevés au moment où ils touchaient à leur guérison seraient au nombre des amputés guéris, et au lieu de 13 succès nous en compterions 21; mais afin de ne pas être taxé d'exagération, nous acceptons les chiffres 15 revers, et 13 succès, ce qui donne des résultats bien moins douloureux que ceux annoncés par M. Guyon.

Pour mon compte, j'ai perdu 5 amputés; l'un d'eux, amputé dans l'articulation tibio-fémorale, est mort enseveli dans les boues de Mansoura; enseveli est le mot, il avait de l'eau et de la boue sur tout le corps, et il a été impossible de le secourir pendant plusieurs jours, j'en appelle à M. Guyon: qu'il me dise si cet homme ne présentait pas toutes les chances d'une prompte guérison. (Voir ma relation de Constantine, page 25.)

Deux militaires, l'on amputé dans l'articulation scapulo-humérale, et l'autre dont j'avais réséqué la tête de l'humérus, sont morts d'hémorragie au quatrième jour de l'opération, non à la suite de la torsion, comme le dit M. Guyon, mais par suite de la coupable indifférence des infirmiers dont j'ai tant de fois signalé la conduite immorale. Une petite hémorragie survenue chez le premier de ces amputés, et qui fournit toute la nuit, le fit périr le lendemain; son voisin qui avait subi une résection humérale, vivement ému de la vue du sang qui avait inondé la chambre, fut pris de délire, déchira sa plaie avec ses ongles, et provoqua une hémorragie qui amena la mort après douze heures. Le croira-t-on? L'infirmier témoin de ces scènes resta impassible et ne vint même pas nous demander du secours! Mais rassurez-vous, M. Amussat, la torsion dont je suis partisan, dont je n'ai pas encore essuyé de revers, mais dont je ne suis pas fanatique, et que je n'ose pas encore employer que dans de bons hôpitaux, où j'ai sous la main tous les moyens hémostatiques, n'avait pas été mise en pratique. J'avais employé la ligature chez le premier de ces amputés; et chez le second, comme il n'y avait pas eu d'hémorragie, je n'avais eu recours ni à l'un ni à l'autre de ces moyens; j'avais fait comprimer pendant l'opération avec des pinces laissées à demeure quelques artérioles, et quand j'ai voulu agir sur elles, le sang ne coulait plus.

Mes deux autres amputés sont morts à Constantine par suite du choléra; ils marchaient et se promenaient dans l'hôpital; je suppose que M. Guyon les range parmi les huit que ce fléau nous a ravis.

Sur les quinze militaires morts à la suite d'amputation, cinq m'appartiennent. J'ai expliqué les causes qui les ont fait périr, et je demande si en bonne conscience on peut les ranger dans la statistique des revers signalés par M. Guyon. Je ne crois pas que la science doive procéder ainsi. Je laisse à mes collègues et à M. Guyon lui-même à donner quelques détails sur les dix amputés qui nous restent, afin de pouvoir éclairer la science sur ce point et de fournir une statistique raisonnée et consciencieuse des amputés de Constantine. Je ne doute pas qu'il ne leur soit facile de jeter de vives lumières sur cette question.

En vérité, quand je songe aux misères et au dénuement qui sont venus nous surprendre dans cette mémorable campagne de Constantine, je ne puis me lasser d'admirer le courage et les efforts généreux des officiers de santé de l'armée, et je m'étonne que les résultats chirurgicaux obtenus n'aient pas été plus affligeants. Une grande consolation nous reste, celle d'avoir été dans cette circonstance, comme dans toutes, dignes de nous-mêmes, dignes de nos illustres devanciers dans la carrière, dignes de l'armée.

L. BAUDINS.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

EXPOSITION HISTORIQUE ET APPRÉCIATION DES SECOURS QUE LA MÉDECINE LÉGALE EMPRUNTE A LA PHYSIQUE ET A LA CHIMIE; thèse par P. MALLE, agrégé à la faculté de Strasbourg.

Cette dissertation, qui n'a pas moins de 108 pages, a été soutenue par l'auteur dans le concours pour une chaire de médecine légale, qui vient d'avoir lieu à la faculté de Strasbourg. Elle est divisée en trois parties. La première est consacrée à l'exposition historique des rapports qui lient entre elles la physique et la chimie d'une part, et la médecine légale de l'autre. Dans la seconde partie, l'auteur entre dans le détail du sujet qui lui est échu; il fait passer successivement sous les yeux du lecteur les principales questions dont l'ensemble constitue le domaine de la médecine légale, et montre ce que la physique ou la chimie apporte à chacune d'éléments de solution. La troisième, enfin, sert à résumer, sous forme de propositions, les données émises dans les pages qui précèdent, et présente

une série de conclusions substantielles, qui sont comme une réponse abrégée à la question posée par le jury. Ce plan est aussi simple que philosophique. L'auteur aurait pu, à la vérité, fondre ensemble histoire et critique, esquisser l'évolution simultanée des sciences dont il avait à montrer les contacts, et discuter immédiatement les secours que l'une emprunte de l'autre; mais l'ordre et la clarté gagnent à la marche suivie par M. Malle. Une introduction, qui dénote un esprit familiarisé avec les généralisations scientifiques, est placée à la tête de la thèse; l'auteur y discute le rang que la médecine légale doit occuper dans la hiérarchie des sciences connexes dont se compose la médecine; il distingue avec raison *les sciences absolues* ou celles qui existent par elles-mêmes, qui vivent de leur fonds propre, qui portent le cachet de l'unité; *des sciences relatives*, qui ne sont qu'un arrangement systématique de fragmens hétérogènes; il place la médecine légale dans cette dernière catégorie. Il critique ensuite les divisions que les auteurs ont établies dans cette branche de la médecine; et, ce qui n'était pas une besogne difficile, en fait ressortir l'arbitraire et l'inutilité. On ne sait, en effet, si le plan suivi par Hebenstreit, Ludwies, Plenck, Müller, qui se sont réglés sur la division du droit en canonique, civil et criminel; si l'ordre adopté par Fodéré, qui amalgame l'hygiène publique et la médecine légale, etc., valent mieux que l'espèce de confusion, l'absence de tout ordre méthodique, que l'on peut reprocher au plus récent traité de médecine légale qui a été publié en France. La médecine légale n'étant, aux yeux de M. Malle, que l'application des différentes branches de la médecine à l'administration de la justice et à l'interprétation des lois, c'est à la médecine à fournir elle-même les divisions à suivre dans l'étude de cette science d'amalgame et d'emprunts; tous les problèmes qu'elle agite peuvent se coordonner dans les sections suivantes : prolégomènes, obstétrique ou tokologie légale, chirurgie légale, médecine légale, chimie légale ou toxicologie, psychologie légale. Les questions qui se rattachent entre elles par un lien de parenté se retrouvent ainsi côte à côte, et s'éclairent mutuellement. C'est aussi dans cet ordre que M. Malle a examiné successivement les multiples applications de la physique et de la chimie à la médecine légale. Notre but n'est pas de donner une analyse succincte de son travail; nous nous bornerons à signaler la première partie, qui contient, outre la réponse directe à l'élément historique de la question proposée, des aperçus judicieux sur le développement de la médecine légale aux époques anciennes et modernes. M. Malle combat, à l'aide d'une érudition variée et par le rapprochement des données historiques, l'opinion qui assigne à la médecine légale une origine antique. L'expertise médicale n'existe pas même en germe dans les législations primitives; il n'y a aucun rapport entre la pénalité fondée dans la Bible contre les blessures mortelles ou non mortelles, et l'établissement de l'enquête médico-judiciaire. *Sue* a dépassé les limites d'une saine critique historique, en s'efforçant de placer la médecine légale sous le prestige d'une haute antiquité; et Garrike aurait dépensé moins d'érudition hasardeuse pour nous la montrer florissante chez les Romains, s'il avait réfléchi à la situation sociale des médecins au milieu du peuple-roi. L'intervention de la médecine dans les débats de la justice est un fait qui proclame, et l'autorité reconnue de la science, et l'indépendance sociale de ceux qui la pratiquent : c'est dire que la médecine légale, considérée, non comme une somme d'indications vagues semées çà et là dans les codes des nations, mais comme une pratique sanctionnée par la loi, ne remonte pas au-delà de deux ou trois siècles.

La thèse de M. Malle porte la double empreinte d'une instruction de détail, et d'un esprit philosophique. Le jury de Strasbourg a néanmoins déclaré qu'il n'y avait lieu à nomination; le jury, magistrature temporaire, participe aux priviléges d'un tribunal; ses arrêts souverains repoussent la critique; mais ils ne sauraient défendre les regrets; les nôtres sont acquis à M. Malle, et nous souhaitons que l'avenir lui réserve une trop juste compensation.

ABRÉGÉ PRATIQUE DES MALADIES DE LA PEAU d'après les auteurs les plus estimés et surtout d'après les documens puisés dans les leçons de M. le docteur BIETT; par MM. A. CAZENAVE et H. E. SCHEDEL, docteurs en médecine. — Troisième édition, revue et considérablement augmentée. 570 pages in-8 avec des planches coloriées. Paris 1838, chez Béchet jeune, libraire, place de l'École-de-Médecine, 4.

La meilleure réponse que l'on pourrait faire à ceux qui nient l'utilité des études spéciales appliquées aux maladies de la peau serait de leur montrer les succès qu'obtiennent les ouvrages consacrés chez nous à cette spécialité, et parmi lesquels celui dont nous annonçons ici la troisième édition occupe un rang honorable. Nous convenons bien qu'on a pu, dans quelques cas, exagérer l'importance de certaines altérations cutanées, et négliger par compensation des phénomènes généraux de l'organisme qui avaient plus de valeur; mais ces légères taches sont la faute des hommes et ne doivent point être attribuées à la méthode qui est bonne et a déjà produit d'heureux résultats. Nous croyons même qu'elle en aura de bien plus importans encore lorsqu'elle sera appliquée, avec son observation minutieuse, à des maladies plus graves, à des symptômes d'une plus grande importance que certaines lésions de la peau qui peuvent à peine être considérées comme des maladies; quand, par exemple, on sera arrivé à distinguer avec autant de facilité la diarrhée produite par le développement de tubercules à la surface de l'intestin de celle qui est le résultat d'un excès de sécrétion de la bile, d'un excès de sécrétion de la muqueuse intestinale, d'une inflammation de l'intestin, d'un trouble dans la digestion, etc. Mais pour que la science en arrive à ce point il faut une observation plus attentive et aidée de tous les moyens que l'art met à notre disposition.

L'étude des maladies cutanées est donc d'une grande utilité puisqu'elle habitue à l'observation de ces petites différences qu'on néglige trop souvent ailleurs, et nous constatons avec plaisir les améliorations que les auteurs ont apportées dans leur *Abrégé pratique des maladies de la peau*. Nous citerons en premier lieu le soin qu'ils ont pris d'ajouter à chaque maladie, à chaque variété, une synonymie qui, cependant, aurait pu être plus complète, même pour la classification scientifique, et où on pourrait encore désirer de trouver les dénominations vulgaires les plus usitées.

Les auteurs ont pris soin dans cette troisième édition d'ajouter un formulaire dans lequel ils ont classé méthodiquement toutes les formules que M. Biett emploie, en indiquant avec exactitude les cas particuliers auxquels elles conviennent et les doses auxquelles les médicamens doivent être administrés. Cette addition est sans aucun doute une amélioration dans un travail destiné à l'étude de maladies qui forment un groupe aussi distinct.

Une autre amélioration qui au reste était devenue presque indispensable, c'est l'adjonction de planches qui représentent avec fidélité les principales maladies de la peau, celles dont la connaissance exacte rend plus facile la distinction des variétés et des espèces. Ces planches, au nombre de dix, dessinées par MM. Jader et Flers, et coloriées avec assez de vérité, ajoutent beaucoup de valeur au travail de MM. Cazenave et Schedel.

Nous avons aussi remarqué quelques additions importantes, soit dans les descriptions d'espèces déjà bien établies soit dans l'histoire de quelques variétés jusqu'alors moins connues, et on peut dire que le travail de MM. Cazenave et Schedel a réellement marché avec la science. Il est cependant un point où nous regrettons qu'ils aient oublié un instant qu'il devait être complet et contenir toutes les connaissances que comporte l'étude des maladies cutanées; nous voulons parler de l'historique des maladies, de l'époque de leur apparition, quand elle est connue ou au moins quand elle est l'objet de discussions, de l'énoncé sommaire des ravages qu'elles ont faits à des époques différentes. Cette partie de l'étude des maladies n'a pas reçu, il est vrai, toute l'attention qu'elle méritait dans la plupart des ouvrages publiés parmi nous; mais nous pensons que c'est à tort qu'on la néglige et qu'elle aurait pu entrer dans le plan d'un travail tel que celui que nous avons en ce moment entre les mains, et qui n'est point, comme le titre *Abrégé pratique* pourrait le faire croire, un petit manuel, un résumé étroit de la science, mais qui contient tout ce qui est nécessaire pour l'étude des maladies cutanées et peut dispenser le praticien de l'achat d'ouvrages beaucoup plus volumineux et d'un prix plus élevé.

— M. le docteur Pigeaire est arrivé à Paris avec sa jeune fille somnambule. Des expériences préparatoires ont eu lieu à l'Académie ; on les dit de nature à déconcerter les adversaires systématiques du magnétisme.

— La distribution des prix aux élèves sages-femmes de l'école d'accouchement à Paris, a eu lieu le 23, sous la présidence de M. le comte de Tascher. Le premier prix a été décerné à mademoiselle Fillon, élève aux frais du département de Seine-et-Marne; il lui a été remis une médaille en or. Les élèves qui ont été ensuite le plus souvent nommées sont : Mesdames Sage (Corrèze), Defrennes (Eure), Belin (Allier), Bellamy (Seine), Bourquin (Haute-Saône), Mière (Orne), et Damothe, élève aux frais de l'hospice de Provins.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE DE FÉLIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

Gazette Médicale DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunis) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivant à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Poissonnière*, n° 5, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

ÉPIDÉMIES.

DOCUMENS RELATIFS A LA CONTAGION DE LA PESTE DANS LE LEVANT; communiqués par M. le docteur Floquin, médecin à Smyrne.

Le fait majeur de la contagion ou de la non-contagion de la peste vient d'être remis en question par M. le docteur Chervin, dans une lettre qui figure au n. 16 de la Gazette médicale.

Cette lettre sert de réponse à une antérieure, écrite par M. le docteur Bulard, et publiée dans le numéro précédent du même journal.

Les faits qui ont servi à amener sur le terrain de la discussion ces deux estimables et savans médecins sont, sans aucun doute, de la plus haute importance. Aussi fallait-il tout le talent qui distingue ces deux honorables collègues, joint aux antécédens du premier et à la position actuelle du second, pour établir toutes les garanties nécessaires à l'examen d'une question aussi ardue. C'est donc à eux qu'il appartient de faire surgir au grand jour les données les plus complexes de la question, de les envisager sous toutes leurs faces, et d'en sonder toutes les profondeurs.

Ce n'est donc point à suivre la discussion établie entre ces messieurs que j'aurai à m'occuper ici.

Médecin, et habitant le Levant depuis plusieurs années, j'éprouve seulement un impérieux besoin de conscience d'attirer l'attention générale sur quelques circonstances, sur quelques faits relatifs à la peste, qui se passent journellement sous nos yeux au milieu de ces contrées, et qui ont servi à produire une forte impression sur mon esprit. La part qu'il me sera permis de prendre à l'examen de cette cause ne pourra être que bien faible, sans doute; mais telle est la valeur de la question, qu'aucune des conditions qui lui appartiennent, même la plus minime, ne saurait être dédaignée.

M. le docteur Chervin a dit : « Toutes les maladies transmissibles jusqu'à ce jour le sont, ou par l'intermédiaire de l'air, ou par le contact médiat, ou par le contact immédiat, ou, enfin, par l'inoculation. Or, si en expérimentant par ces différentes voies, de toutes les manières possibles, dans les conditions les plus variées d'individualités, de températures et de circonstances concomitantes ou accidentelles, nous ne parvenons pas à communiquer telle ou telle maladie donnée, nous serons en droit de conclure que cette maladie n'est pas contagieuse, et de modifier par conséquent notre législation sanitaire d'après ces conclusions. »

M. le docteur Chervin ajoute, dans un second passage de sa lettre, qu'il n'a point d'opinion arrêtée sur la contagion ou la non-contagion de la peste, et qu'il serait par conséquent bien aise de voir cette question plus amplement examinée. C'est donc pour la lui faire envisager sous une de ses faces spéciales, et pour lui soumettre quelques faits, sinon nou-

Feuilleton.

LE MAGNÉTISME ANIMAL ET LA PHRÉNOLOGIE A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

En accouplant ces deux choses, nous n'avons certes pas songé à faire une épigramme aux dépens de celle-ci ou de celle-là. Il serait difficile de déterminer quelle est, de ces deux choses, celle qui pourrait faire tort à l'autre. Il y a des magnétiseurs, en effet, qui ne voudraient pas pour tout au monde être accusés de crânioscopie; et il est des phrénologues qui froncent le sourcil dès qu'on leur parle somnambulisme. Il y a aussi des gens qui acceptent, et d'autres qui réprouvent les deux systèmes à la fois. Quant à nous, nous ne sommes *ni si haut, ni si bas*, comme dit le poète; notre position à l'égard de ces deux questions ardues est encore à peu près celle, non de l'indifférence, mais de l'expectation. Chacune nous intéresse, quoique à des degrés différens; mais aucune ne nous paraît encore résolue. Nous ne demandons, pour adopter les faits et les théories qui constituent ces deux problèmes, que des preuves suffisantes. Le rapprochement de ces deux noms ne doit donc faire supposer ici aucune fâcheuse intention. C'est à l'Académie qu'il faut s'en prendre. L'Académie, malgré les tribulations que lui ont causées à diverses reprises le magnétisme animal et la phrénologie, s'est laissée de nouveau engager dans ces interminables affaires. Nous ne l'en blâmons pas; car elle n'est pas académie pour rien, et les questions dont il s'agit, indépendamment de leur importance philosophique, touchent d'assez près à la physique animale pour être apportées à son tribunal. On se souvient pourtant qu'à d'autres époques elle a refusé nettement de s'en occuper, par des raisons plus ou moins péremptoires. Quoi qu'il en soit, il paraît que, sur ce point, sa jurisprudence n'est pas fixée; car elle recommence aujourd'hui le procès comme si rien n'était. Si on trouvait là une contradiction, nous répondrions qu'une académie n'est jamais engagée par des votes de ce genre. Les raisons qui l'ont déterminée, dans d'autres circonstances, à décliner sa compétence et à refuser son concours, pourraient très bien ne plus exister; il se pourrait, en effet, pour nous servir encore du langage de la jurisprudence, qui est ici tout à fait applicable, que, par suite d'un plus ample informé, on eût apporté à l'instruction préparatoire du procès de nouveaux élémens de conviction, et des commencemens de preuves suffisans pour motiver un jugement. Nous ne croyons pas, à la vérité, qu'il en soit ainsi, et nous allons dire pourquoi; mais il suffit que ce motif soit alléguable pour légitimer son intervention toutes les fois qu'elle le jugera à propos, et sans qu'on doive l'accuser de contradiction.

Ceci posé, il nous reste à examiner jusqu'à quel point et sur quelles bonnes raisons l'Académie a pu se croire autorisée, dans l'intérêt de la science, à recommencer un examen tant de fois abandonné.

Nous commencerons par établir une distinction, selon nous fort importante, et

veaux, du moins présentés avec vérité et ensemble, que je me décide à prendre la plume à mon tour. C'est aussi au jugement de ce savant et consciencieux médecin que j'en appelle particulièrement.

Or, en partant du point de vue du passage que je viens de rapporter, et en appliquant le raisonnement de M. le docteur Chervin à ce qui se passe au Levant, eu égard à la peste, sera-ce dans le sens négatif ou affirmatif de la contagion de cette maladie que doit pencher l'opinion? C'est ce qu'il s'agit d'examiner.

Sur toute la surface de l'empire ottoman, dans vingt cités populeuses, placées sur des points divers et éloignés, offrant par conséquent des différences de sol, de situation, de température, etc., l'on trouve en regard deux grandes sections d'habitans, de race identique, mais divisés de mœurs et de croyances religieuses. Depuis longues années, ces deux grandes divisions de la population agissent et pensent, relativement à la peste, et à l'occasion de ses croyances, précisément en sens inverse; et de leur conduite opposée ils recueillent toujours des résultats diamétralement contraires. Les Musulmans, *fatalistes*, et ne prenant aucune mesure de purification et d'isolement, sont annuellement, et de partout, moissonnés par milliers; tandis qu'au milieu d'eux, des chrétiens *contagionistes*, et se soumettant par conséquent à des mesures quarantenaires, traversent, sains et saufs, trente ou quarante épidémies, chacun pour son propre compte. Un pareil résultat, invariablement obtenu depuis longtemps, et qui jamais n'a failli en principe, est-il de nature à devoir appeler sur lui l'attention, et doit-il constituer un fait digne de remarque?

Quelque part, en effet, où des chrétiens habitent en masse parmi les Turcs, et alors même qu'il n'appartient point à la classe inférieure de cette première section d'habitans de se soumettre à toutes les conditions d'un isolement rigoureux, on observe néanmoins une différence immense dans le nombre d'individus frappés par la contagion au milieu des deux populations respectives. La proportion à établir est d'un sixième. Et que l'on veuille bien remarquer, qu'entre les Turcs et les chrétiens, il n'existe, ainsi que je l'ai déjà dit, aucune différence de *race*; qu'il ne s'agit de noter ni misère d'un côté, ni bien-être supérieur de l'autre; et qu'en fait d'habitudes de propreté, de tempérance, et surtout de quiétude morale, le Musulman ne le cède en rien au chrétien indigène de ces pays.

Faisons maintenant observer que le chrétien *fuit* la peste, et que le Turc ne la redoute ni ne l'*évite*; que le premier s'isole autant qu'il le peut, et que le second se *mêle*, au contraire, par esprit de religion, aux malades, et prend à tâche de suivre tous les convois qu'il rencontre. Le chrétien, dès l'instant que la localité qu'il habite lui en offre les moyens, se ménage un local où il dépose ses co-religionnaires compromis de peste, pour y passer leur quarantaine; et, en même temps, il fait purifier leurs habitations. Le Musulman continue, malgré les ravages du fléau, à vivre au milieu de ses malades, de ses hardes et de ses meubles, et n'emploie jamais aucune mesure de purification. Le chrétien ne voit le plus souvent mourir que le seul individu de la famille qui a été d'abord frappé par la contagion; tandis que la maison du musulman, où la maladie pénètre, se dépeuple, et perd *presque toujours* jusqu'à son dernier habitant.

Et, pour le dire en passant, s'il y a plus de *moralité* dans la conduite du Turc, qui ne s'éloigne pas, il est vrai, de son malade, mais qui s'y prend de façon à voir éteindre la famille de son nom, souvent au bout d'une quinzaine, il y a plus de véritable *sagesse* chez le chrétien qui se soumet avec résignation au sacrifice d'un membre de cette même famille, pour en épargner les autres. Mais l'Evangile a dit au chrétien : « Aide-toi, le ciel t'aidera! »

Notons aussi qu'à mesure que les erremens de la civilisation européenne se sont fait jour dans ces pays parmi la population chrétienne, que cette classe d'habitans a pu acquérir, en toutes choses, des notions plus étendues et plus exactes, et jouir en même temps de quelques concessions nouvelles de la part du gouvernement ottoman, elle s'est étudiée à régulariser davantage ses habitudes sanitaires, et on obtient depuis ce jour des résultats plus avantageux et évidemment supérieurs que par le passé.

Le fait général que nous venons d'indiquer se retrouve partout où les deux populations sont en présence : dans la Turquie d'Europe comme dans la Turquie d'Asie; au milieu des populations roméliotes et de l'Albanie comme dans celles de l'intérieur de la Natolie; en Syrie comme en Egypte; et par occasion dans les îles turques de l'Archipel, où la contagion pénètre, et dans lesquelles les deux populations se trouvent en contact. Mais c'est dans les cités populeuses de l'empire, là où les masses sont agglomérées et confondues sur un étroit espace, que ce fait d'observation surgit plus frappant et plus tranché. Je vais, afin d'en rendre les conditions plus palpables et plus rigoureuses, indiquer ce qui se passe au milieu d'une de ces villes aux époques où sévit la peste, et je choisis naturellement pour sujet d'étude la cité où j'habite.

Smyrne est une ville de 100 à 110,000 âmes. Les chrétiens grecs y sont supérieurs aux musulmans d'après toutes les données probables (1). Mais admettons qu'il y ait parité exacte entre ces deux classes d'habitans et la population se composera de 80,000 Grecs et Turcs; 12,000 catholiques et Européens; ces derniers dans le rapport de 2 sur 12; 6,000 juifs et 3,000 Arméniens. Ces indications ne sont pas, sans doute, de toute exactitude; mais elles sont rigoureusement approximatives. Nous écarterons les juifs de nos calculs (2), et nous aurons d'un côté 41,000 musulmans; et de l'autre 55,000 chrétiens.

Or, voici ce qu'ont fait les chrétiens, et comment ils procèdent toujours en temps de peste.

Les Grecs ont établi à Smyrne un lazaret de purification (λοιμοκαθαρτήριον) et de quarantaine pour leurs compromis de peste, et un hôpital pour leurs malades. Ils déploient dans la direction de ces deux établissemens autant de surveillance et de sollicitude que les localités, les circonstances, et surtout les moyens pécuniaires provenant de leurs propres ressources, leur permettent de disposer. Leur hôpital, surtout, laisse infiniment à désirer : mais aussi faut-il dire, qu'en égard à leur position, il leur devient impossible de pouvoir autrement et mieux faire.

(1) On sait qu'il n'existe point en Turquie de loi sur le recensement de la population. Les moyens insuffisans qui s'y rapportent ne peuvent fournir que des calculs approximatifs. J'avais moi-même donné, il y a quelques années, des chiffres quelque peu différens dans un mémoire sur le *typhus ictérode*, mais j'ai pu, depuis, mieux apprécier les choses sous ce rapport, et rectifier convenablement mes premières estimations.

(2) C'est parce qu'ils flottent entre le désir d'agir comme font les chrétiens, et la crainte d'enfreindre certaines exigences du culte : d'où il résulte l'emploi de quelques mesures incomplètes, et qui n'offrent par conséquent rien de rigoureux à noter. D'ailleurs, leur extrême misère mettrait toujours obstacle à l'exécution bien entendue de moyens quarantenaires *spontanés*, quand même ils en ressentiraient plus franchement le désir.

---

qui domine toute cette matière; et nous mettrons d'autant plus de soin à bien préciser cette distinction, que c'est d'elle, en définitive, que dépendra la bonne ou la mauvaise issue des travaux de l'Académie.

Il semblerait au premier abord que les deux questions que l'Académie est appelée à résoudre sont de la même nature. Voilà, dit-on, des deux côtés, des faits à examiner et à constater. Il semble donc que, dans les deux cas, le rôle de l'Académie serait à peu près le même; et que compétente dans l'un, elle doit l'être aussi dans l'autre. Cependant il n'en est rien, et la différence des deux problèmes (tels qu'ils sont posés devant l'Académie) est si grande, que l'un *doit être* infailliblement résolu; et que l'autre *ne peut pas* absolument être résolu par cette docte compagnie. La question inévitablement soluble est celle du magnétisme animal; la question nécessairement insoluble est celle de la phrénologie.

Cette différence radicale consiste, pour le dire en peu de mots, en ce que, dans un cas (le magnétisme) le fait à constater est un fait particulier, c'est-à-dire un phénomène isolé et contingent, et, dans l'autre (la phrénologie), un fait général; c'est-à-dire une loi de la nature. Pour constater le fait présenté par M. Pigeaire, il ne faut que bien voir et bien entendre; pour constater le fait présenté par M. Voisin, il faut comparer, raisonner et conclure. Le fait magnétique, étant particulier, se suffit, pour ainsi dire, à lui-même; il est complètement circonscrit et indépendant de tout autre fait, et sa réalité ne tient à la réalité d'aucune autre chose. Le fait phrénologique, étant universel, ne peut subsister que par l'accord d'un nombre immense de faits particuliers, et sa réalité, comme loi générale, n'est garantie que par le concours des cas individuels dont elle a été tirée, concours qui n'est aperçu que par l'esprit, tandis que les cas particuliers sont, au contraire, perçus par les sens. L'énonciation d'un fait individuel est *singulière*, comme diraient les logiciens, elle n'exprime que le résultat d'une observation donnée et n'établit aucune règle. Sa formule pourrait être réduite à celle-ci : tel jour, à telle heure, dans telles circonstances, tel phénomène a eu lieu, etc. L'énonciation d'un fait général est *universelle*, c'est une conclusion rationnelle; elle établit une règle, un principe; ses formules sont des théorèmes, comme : tous les corps sont pesans; tout être vivant provient d'un œuf; le quinquina guérit les fièvres intermittentes, etc. Or, pour sortir de l'abstraction, que demande M. Pigeaire, et que demande M. Voisin? Le premier dit à l'Académie : « J'ai à ma disposition une jeune fille qui, les yeux fermés et hermétiquement bouchés, perçoit les objets extérieurs; je vous prie d'être témoins du fait et d'en constater la réalité. » Ici, comme on le voit, le rôle de l'Académie est fort simple; elle n'a qu'à faire venir la jeune fille en question, lui boucher les yeux le mieux possible, et attendre les preuves de l'assertion de M. Pigeaire: Si la jeune fille lit, écrit, joue aux cartes, fait, en un mot, un acte quelconque de vision, ou, si l'on veut, de perception des couleurs, les yeux étant clos de manière à intercepter tout passage des rayons lumineux, et après avoir, comme de juste, pris toutes les précautions contre la supercherie, l'Académie déclarera *le fait*, c'est-à-dire que tel jour, à telle heure, et dans telles conditions, une jeune fille a fait ceci et cela en sa présence, et elle lui donnera les 3000 fr. de M. Burdin; si la jeune fille ne donne aucune preuve de la faculté qu'on lui attribue, l'Académie énoncera de même cet autre résultat, qui sera aussi un *fait*, et gardera les 3000 fr. jusqu'à nouvel ordre. Ainsi donc, quel que soit le résultat, la question proposée aura une solution, car il y aura toujours un fait quelconque de constaté. N'oublions pas, en effet,

Les Européens, ainsi que les catholiques en général, possèdent également un lazaret et un hôpital destinés au même objet. L'hôpital encourt les mêmes reproches que le précédent. Quant au lazaret, il se trouve dirigé avec beaucoup d'activité et un zèle éclairé; et cet établissement, qui a reçu dans ces derniers temps de puissantes améliorations, n'exigerait que l'emploi de fonds plus considérables pour rendre complète toute sa sphère d'utilité.

Les Arméniens ne disposent que de moyens sanitaires très insuffisans, et cette circonstance rendra raison du chiffre supérieur de leur mortalité, eu égard à celui de leur nombre, ainsi qu'on le verra tout à l'heure.

L'on conçoit que dans un pays tel que celui-ci, où il n'y a ni homogénéité de population, ni unité d'action supérieure et d'impulsion centrale, où aucune mesure d'hygiène publique n'était prise jusqu'ici (1), chacun a dû travailler, et *continuera à travailler longtemps* pour son compte, en attendant mieux.

Dès l'instant donc qu'un accident de peste est signalé parmi la population chrétienne, le malade est conduit à l'hôpital, et les individus de la famille compromise au lazaret de leur communion respective. Dans ce dernier local, les compromis sont dépouillés de leurs vêtemens, lavés à l'eau et au vinaigre, vêtus d'habits *propres*, pris dans les magasins des lazarets, et soumis à une quarantaine d'expectation dont le minimum est de quinze jours. Depuis peu de temps, d'ailleurs, cette mesure de temps prévaut généralement.

Les effets d'habillement, d'objets déclarés *susceptibles* sont également lavés ou *scrimés*, et la maison tenue en quarantaine pendant un nombre indéterminé de jours. Mais la famille attend presque toujours pour rentrer chez elle que l'évolution du quarantième jour se soit opérée.

Ces moyens de purification et d'isolement sont employés et maintenus de la sorte jusqu'à l'extinction totale de la maladie.

D'un autre côté, dès que la peste commence à prendre quelque extension, toutes les familles qui en ont la possibilité se mettent en quarantaine chez elles, et cette quarantaine devient plus ou moins stricte, selon que la maladie agit avec plus ou moins d'intensité.

La quarantaine stricte des familles consiste à *passer à l'eau* tout ce qui est susceptible d'être mouillé, à l'air et à la fumée, pendant un temps qui varie suivant la nature de l'objet, ce qui ne peut l'être, et à éviter tout *contact immédiat* avec les gens du dehors. Bien entendu qu'en temps de peste on se borne à se procurer les objets de première nécessité, et l'on évite, autant que possible, de faire entrer dans les maisons toute pièce d'habillement non susceptible de passer à l'eau.

L'*isolement*, dans toute l'étendue du mot, devient donc la règle d'existence des chrétiens qui habitent, en temps de peste, les villes du Levant.

Du reste, pourvu qu'il *s'isole*, chacun demeure tranquillement chez soi, ne concevant aucune appréhension de ce qui se passe à ses côtés. Un quartier, où se trouvent même entassés beaucoup de malades et de mourans, n'en continue pas moins à demeurer pour tout le monde un endroit fort habitable. Nous donnerons tout à l'heure un remarquable exemple de cette singulière confiance et des particularités qui la motivent.

(1) Des mesures quarantenaires viennent d'être décrétées, comme chacun sait, pour toute l'étendue de l'empire ottoman. Dieu veuille, en même temps, qu'elles puissent y devenir réalisables!

Telle est, en général, la conduite des chrétiens aux prises avec la peste.

Celle des musulmans, nous l'avons déjà dit, est opposée. Point de mesures, point de précautions d'aucune sorte parmi eux; mais confiance et résignation entière dans les arrêts du destin! Du moins, telle a été leur conduite jusqu'à ce jour.

Or, dans la dernière épidémie de peste, pendant l'été de 1837, il est mort, dans l'espace de quatre mois, 8,000 Turcs (l'opinion générale porte ce nombre à 12,000); 791 Grecs; 98 catholiques et 190 Arméniens: en tout, 9,179 individus, ce qui donne 1/8 environ de rapport entre les deux populations respectives (1). En indiquant donc plus haut 1/6 de proportion générale, j'ai voulu rester au-dessous du chiffre offert par la mortalité proportionnelle à Smyrne. Ce résultat apparaît le même, ou à peu de chose près, à toutes les époques d'épidémie.

Nous avons déjà insisté sur la parité complète de race, de position et de bien-être relatif des populations musulmanes et chrétiennes. Nous allons maintenant noter, toujours par rapport à la ville de Smyrne, une autre circonstance capitale, et qui est tout à l'avantage des musulmans. C'est que ceux-ci habitent la partie la mieux exposée, et incontestablement la plus saine de la ville. Smyrne, en effet, est divisée en haute et basse. La première, la ville des musulmans, appuyée en amphithéâtre sur les flancs d'une colline, se trouve battue par tous les vents; la seconde, bâtie sur un terrain bas et uni, est traversée par tous les égouts qui descendent de la haute ville, fort mal disposés et horriblement mal entretenus d'ailleurs, et vient se terminer à une plage légèrement marécageuse. Les rues de cette partie de la ville deviennent, dès qu'il tombe un peu d'eau, d'une saleté dégoûtante, tandis que celles de la ville haute sont, au contraire, constamment nettoyées par les pluies, grâce à leur déclivité, et offrent toujours un remarquable état de propreté. Voilà pour les habitations de ces deux classes d'habitans.

A côté de cette circonstance, plaçons-en une autre d'une portée majeure. Nous avons déjà dit qu'une agglomération de mourans et de cadavres sur un point donné n'en rendait pas moins le quartier environnant fort habitable, de l'avis de tout le monde; et en traçant ces mots, ce n'est point de la ville turque et de ses habitans que nous avons entendu parler, puisque là chaque malade est laissé dans sa propre maison; mais bien de la ville basse au centre de laquelle se trouvent situés les deux hôpitaux de pestiférés.

Ces hôpitaux sont placés vis-à-vis l'un de l'autre. Ne tenons point compte de l'hôpital des catholiques où il entre comparativement peu de malades et faisons seulement mention de ce qui a trait à l'hôpital des Grecs.

L'hôpital des pestiférés grecs est attenant à l'hôpital des *propres* (2) de cette même nation, dont il n'est séparé que par un mur mitoyen et un petit enclos. Dans le cours de l'épidémie dernière, on a enterré dans le

(1) J'ai dû prendre pour terme de comparaison le chiffre des morts, et non pas celui des malades, parce que celui-là est le seul que l'on puisse parvenir à connaître d'une manière à peu près précise chez les Turcs. Le rapport ordinaire des guérisons aux malades est d'*un cinquième*. C'est ainsi que les Grecs ont eu 184 guérisons sur 975-791. Les catholiques, 36 guérisons sur 134 malades; 98, etc.

(2) Locution employée dans le pays pour indiquer celui des deux hôpitaux grecs qui n'est point affecté au service des pestiférés.

---

qu'il ne s'agit pas d'autre chose, pour le moment, que de savoir si la fille de M. Pigeaire voit ou ne voit pas les yeux fermés; c'est là ce dont l'Académie veut s'assurer, ce n'est que pour cela qu'elle nomme des commissaires. Or, pour établir le fait de la vision ou de la non vision dans le cas particulier de la demoiselle Pigeaire, il ne faut, je le répète, que de bons témoins, ayant toutes les qualités requises pour bien observer. Quant au parti qu'on pourra tirer du fait constaté, quel qu'il soit, pour ou contre telle ou telle théorie, c'est là une question différente et dont l'Académie n'a pas à s'enquérir. Remarquez, en outre, que ce fait, soit positif, soit négatif, restera tel, quoi qu'il ait pu arriver précédemment, et quoi qu'il puisse arriver ensuite, c'est-à-dire quels que soient les autres faits qui ont pu et pourront se présenter. L'Académie donc n'a à s'occuper dans la question magnétique que de l'examen et constatation d'un fait particulier; c'est ce qui rend son rôle relativement très facile, et c'est ce qui nous a fait dire que la solution de l'un des deux problèmes était certaine.

Revenons maintenant à l'autre question, à la phrénologie.

Que demande M. Voisin? Il a présenté, il y a peu de jours, à l'Académie une douzaine de têtes d'idiots et d'hommes d'esprit, de scélérats et d'honnêtes gens; il a montré sur ces têtes des différences de conformation et de développement; il a annoncé, en outre, qu'il avait à sa disposition d'autres têtes analogues; et il a invité ensuite l'Académie à vérifier l'exactitude de ses assertions. S'agit-il ici, comme dans la question magnétique, de l'examen et vérification d'un ou plusieurs faits particuliers déterminés? M. Voisin veut-il seulement faire constater que sur les têtes apportées par lui et sur deux ou trois autres qu'il désigne se trouvent telles et telles particularités de volume et de configuration? Ce serait là sans doute un fait particulier, tout à fait semblable à celui de la vision, les yeux fermés. Il suffirait de prendre un compas et de s'assurer *de visu* si chacune de ces têtes offre les particularités de dimension et de figure annoncées; mais il est évident que ce serait une puérilité un peu forte que d'assembler une Académie pour lui faire constater que telle tête a vingt pouces de circonférence et telle autre vingt-un. Ce n'est donc pas de cela qu'il s'agit; M. Voisin désire probablement autre chose. Veut-il faire voir qu'il existe entre ces têtes un certain nombre de différences et de ressemblances physiques constantes et déterminées; la vérification de son assertion offrirait déjà d'assez grandes difficultés, se bornât-elle à ces seules têtes, et certainement le *fait* à vérifier ne serait déjà plus un simple *fait* d'expérience sensible, mais un fait de *rapport*, ce qui supposerait des comparaisons et mensurations fort longues et très compliquées, et sur lesquelles les observateurs pourraient très bien ne pas tomber d'accord; en un mot il sortirait de cet examen l'établissement d'une *règle générale*, applicable à *toutes* les têtes examinées, et non un fait d'expérience isolé, comme dans l'exemple du magnétisme. Ainsi donc, je le répète, en restreignant à cela les prétentions de M. Voisin, elles seraient déjà fort difficiles et peut-être impossibles à satisfaire scientifiquement; le *fait* dont il offre la preuve par les têtes ne serait pas un fait *particulier*, c'est-à-dire un phénomène, mais un fait *général*, c'est-à-dire une *loi*; et pour constater ce fait il ne faudrait pas seulement des témoins qui *voient*, mais des philosophes qui *raisonnent*. Réduite à ces termes, la question posée serait peut-être insoluble. Mais en fait, il est certain que M. Voisin va beaucoup plus loin. Il ne se sert des têtes qu'il a apportées que comme d'autant d'exemples particuliers d'une loi générale phrénologique obtenue d'ailleurs et fondée, suivant lui, sur une masse énorme de faits empruntés à toutes les sources de l'observation et de l'expé-

cimetière de cet hôpital, qui a tout au plus quatre-vingts pieds de long sur autant de large, 791 cadavres dans l'espace de quatre mois et pendant les chaleurs de l'été. Les inhumations y ont été toujours faites d'une façon fort irrégulière et sans l'emploi bien entendu d'aucune mesure d'hygiène, l'exiguité du local et d'autres circonstances ne permettant pas peut-être que l'on y procédât avec plus d'attention. Quand, à cette même époque, M. le docteur Bulard vint répéter à Smyrne sa courageuse épreuve et se placer en permanence dans cet hôpital, nous pûmes à peine, nous qui allâmes le visiter, supporter la fétidité de l'atmosphère ambiante, placés que nous étions au milieu de l'enclos de séparation de deux corps de logis formant les deux hôpitaux. Ce médecin employa dès son entrée des moyens désinfectans, mais ne parvint jamais à faire complètement cesser les émanations putrides du cimetière. Ces émanations se répandaient dans les rues les plus rapprochées et incommodaient sensiblement l'odorat des habitans; ce même inconvénient s'est toujours manifesté à chaque nouvelle épidémie et se renouvellera sans doute encore. Les voisins pourtant ne désertent point leurs maisons, et ne conçoivent, ainsi que nous l'avons déjà dit, aucune appréhension d'un tel rapprochement, confians qu'ils sont dans l'immunité que leur garantit leur isolement et leur quarantaine. Si les habitans de ce quartier étaient plus exposés que d'autres à contracter la maladie, nul doute que, en temps de peste, ces rues ne devinssent promptement abandonnées et désertes! Or, il n'en est pas ainsi et chacun demeure chez soi. Moi-même, j'habite depuis cinq ans à trois cents pas de cet hôpital, et l'un de mes voisins qui en est beaucoup plus rapproché, qui occupe depuis quarante ans la même maison, qui y a élevé une nombreuse famille, et qui a ainsi marché côte à côte avec vingt épidémies tout en ne cessant de se plaindre de *son atmosphère impure*, n'a jamais pourtant songé qu'il avait lui, plus que personne, à redouter quelque danger spécial de son singulier voisinage. Cinquante autres habitans de ce quartier agissent et pensent comme lui, en toute impunité. Bien plus, l'hôpital des propres qui appuie sur celui des pestiférés et qui contient en permanence trois ou quatre cents habitans (malades, vieillards, aliénés, domesticité, etc.), toujours au reste, placé en quarantaine stricte au moindre soupçon de peste, n'a jamais vu pénétrer la maladie dans son intérieur autrement que par une infraction au règlement sanitaire, que par un *contact immédiat* clandestin, et aussitôt un nouvel isolement et de promptes mesures de purification ont immédiatement rendu raison de l'accident. Pareil événement est arrivé pendant la dernière épidémie : un *seul* individu a été atteint, et la nouvelle n'en a pas même été connue en ville. Ce que je viens d'avancer serait au besoin certifié par l'administration de cet hôpital et par toutes les autorités ayant-cause. Faisons remarquer en outre qu'un tel événement est infiniment rare; qu'il n'est pas arrivé deux fois dans le cours de pareilles épidémies, et que celui dont nous venons de faire mention a été dû à des circonstances particulières qui ont forcé l'administration de se relâcher un peu l'année dernière de la rigueur habituelle de la quarantaine.

Faut-il maintenant reconnaître à la peste, après tout ce qui précède, les allures d'une maladie transmissible par l'intermédiaire de l'air, transmissible *à distance* au moyen d'un foyer d'*infection*, provenant d'une agglomération de malades et de cadavres répandant des émanations?

Un autre ordre de faits peut servir actuellement de terme de comparaison. La fièvre jaune et le choléra se conduisent-ils ainsi qu'il vient d'être exposé pour la peste? Non; car nous aussi nous avons été visités par le choléra, et nous pouvons également faire mention de notre fièvre jaune. Parlons d'abord de cette dernière maladie : de la nôtre, bien entendu. Depuis dix ans que j'habite cette ville, j'y ai fort souvent vu le typhus ictérodé exactement semblable par sa symptomatologie à la fièvre jaune d'Amérique, mais mitigé, moins violent et n'atteignant jamais au degré d'une forte et violente épidémie. Ordinairement il agit en qualité de maladie sporadique, et tel il existe au moment où j'écris ces lignes. Pourtant, dans l'épidémie précédente, il revêtit un caractère non habituel de propagation et alarma d'autant plus les habitans de la ville basse qu'il sévit presque exclusivement dans leurs quartiers. Les habitans du quartier Franc surtout en furent spécialement atteints, et parmi eux les gens de la classe aisée paraissaient être choisis de préférence. Cette même année le typhus ictérodé se montra avec un caractère de violente mortalité; plusieurs individus succombèrent dans les quarante-huit heures; un petit nombre dans les vingt-quatre. Et tandis que la maladie se comportait ainsi avec rigueur sur ce point, les Musulmans de la haute ville en offrirent à peine de loin à loin quelques exemples. Depuis cette époque, cette maladie a toujours débuté dans la ville basse, et toujours les gens de la classe aisée en ont paru, proportion gardée, frappés de préférence. Trois individus appartenant à cette catégorie viennent d'être attaqués du typhus ictérodé et ont succombé tous trois dans l'espace d'une quinzaine, tandis qu'aucun malade de la classe inférieure ne s'est encore présenté à l'hôpital grec.

Et maintenant encore le typhus ictérodé doit-il être considéré comme maladie contagieuse, et par contre la peste est-elle une maladie épidémique, transmissible par l'intermédiaire de l'air?

Que l'on veuille bien prendre note que depuis dix ans que nous nous trouvons à Smyrne sept épidémies de peste se sont succédé dans cette ville; que pendant ce laps de temps aucun Européen de la classe aisée n'a été atteint par la contagion, et qu'à peine dix ou douze chrétiens de marque en ont été frappés au milieu d'une population de cinquante-huit mille ames, tandis que dans le seul été de 1826, au-delà de quatre-vingts individus appartenant à l'élite de cette population ont été ou malades ou victimes du typhus ictérodé.

Dès l'instant que le typhus ictérodé apparaît en ville, chacun demande aux médecins ce qu'il doit faire, ce qu'il doit éviter dans le but de s'en préserver. Jamais personne ne demande à un médecin quelle doit être la règle à suivre en égard à la peste : c'est que l'expérience en a, depuis des siècles, sanctionné le conseil.

C'est qu'aussi le typhus ictérodé trouve des conditions d'endémicité dans la ville basse, et qu'alors cette maladie est sollicitée par un excès d'intempérance, des passions d'ame, une brusque suppression de sueur, tandis que la peste.... Mais j'oublie que je ne suis que simple narrateur et que je n'ai point à tirer de conclusions : *quæ ipse vidi*, et que chacun juge.

Venons au choléra. Cette maladie a débuté à Smyrne, pendant l'automne de 1831, parmi les juifs qui habitent le point intermédiaire entre les deux divisions de la ville. Ces individus, en général, misérables, sales, mal vêtus et mal nourris, étaient bien venus pour éprouver les premières atteintes de cette maladie. Le choléra est parti de là pour passer d'un côté la ville des Turcs, de l'autre les quartiers des chrétiens. J'ignore quelle a été sa ligne de direction dans la haute ville, mais je pourrais donner jour par jour un itinéraire dans la ville basse. De son point central d'appari-

rience. Il ne présente ces cas particuliers, c'est-à-dire ces 8, 10, 12 têtes que comme des spécimens choisis et frappans, propres à allécher en quelque sorte l'Académie et à attirer son attention sur ce point de science. C'est donc la question générale de la phrénologie que l'Académie est appelée à résoudre, et c'est à quoi elle s'engage, qu'elle le sache ou non, en nommant une commission. En effet que pourra venir dire à l'Académie cette commission? Dira-t-elle seulement qu'elle a vérifié les faits allégués par M. Voisin, c'est-à-dire que la tête de Voltaire, celle du général Foy, celle de tel ou tel détenu ont chacune tant de pouces de longueur, de largeur, de hauteur, et telle particularité de conformation? Dans ce cas son rôle serait très facile, et sa sentence infaillible; mais je ne crois pas que ces faits et des milliers de faits individuels de ce genre vaillent la peine d'être constatés, si d'ailleurs on n'en tire aucune conclusion, et la commission n'est évidemment pas nommée pour cela. Que si, par contraire, elle veut annoncer que le fait général indiqué par M. Voisin, savoir la coïncidence existante et universelle de certaines formes et dimensions du crâne avec certaines habitudes et qualités morales et intellectuelles, est vrai ou faux, elle aura résolu un des plus importans et des plus difficiles problèmes de la philosophie; mais qu'elle sache bien que pour motiver un jugement sérieux et scientifique, elle aura bien autre chose à faire qu'à consacrer deux ou trois séances à l'examen des plâtres de M. Voisin; il lui faudra recourir à tant de preuves de diverses natures, consulter tant de livres, palper et mesurer tant de têtes, satisfaire à tant d'objections, se livrer, en un mot, à tant de recherches de physiolologie, d'anatomie et de philosophie, qu'elle devra renoncer à une si pénible tâche. Ce sont ces considérations qui nous ont fait dire que la question phrénologique était, académiquement parlant, insoluble.

On voudra bien remarquer que dans tout ce qui précède, nous faisons abstraction de la vérité ou de la fausseté des doctrines en question. Nous n'avons examiné que la possibilité relative de leur examen et vérification; et nous avons trouvé que pour le magnétisme animal cet examen et cette vérification étaient possibles et même faciles; et que pour la phrénologie, ils étaient ou très difficiles, ou même impossibles.

Il suit, de ce que nous venons de dire, que l'Académie peut se promettre quelques succès dans la question magnétique; et qu'au contraire, elle n'en doit attendre aucun dans la question phrénologique. Nous regrettons, en conséquence, qu'elle ait cru devoir accéder aux vœux de M. Voisin; et nous sommes encore à chercher en quoi les prétendus faits apportés par ce médecin sont assez nouveaux et assez frappans pour motiver cette détermination de l'Académie. Il est évident que des têtes de scélérats ne ressemblent pas à des têtes de saints, et que le génie a une autre physionomie que l'imbécillité; ces différences sont connues depuis des siècles; depuis des siècles même on a essayé de systématiser ces différences; mais toujours en vain. Aristote a fait une physiognomonie copiée par toute l'antiquité et par tout le moyen-âge; Lavater en a fait ensuite une autre qui n'a pas eu un meilleur sort. Gall a aussi fait la sienne. On dit qu'elle est meilleure, plus sûre, plus scientifique, moins arbitraire, soit; mais jusqu'à présent, il a été impossible d'établir, d'après ses principes, une règle qui ne souffre des milliers d'exceptions; c'est-à-dire qu'on n'a pu établir de règle. M. Voisin n'en sait pas plus là-dessus que Gall, disons même, pour lui être agréable, qu'il en sait autant, et nous ne serons pas plus avancés. Il a apporté dix têtes à l'Académie, destinées à prouver la réalité de certains rapports; le premier qui voudra contester pourra apporter dix autres têtes, qui prouveront la

tion, le choléra a gagné, en suivant une ligne courbe, le quartier des Arméniens placé à l'une des extrémités de la ville, et de là il a cheminé de rue en rue en venant aboutir au quartier Franc, situé sur le bord de la mer. Tous les jours une rue nouvelle était envahie par une marche en avant de l'épidémie. Dans de pareilles allures, j'aperçois en effet quelque chose qui se meut et qui se déplace successivement. Que l'air serve d'intermédiaire à ce mouvement, quelle qu'en soit la cause occulte, à cela il n'y a aucun doute; que le choléra arrivé sur un point donné, il y trouve plus d'alimens et y cause plus de ravages, tandis qu'il effleure à peine des points environnans, c'est encore là un phénomène qui est à la connaissance de tout le monde. Mais toujours est-il que cette maladie n'a fait grace à personne, pas plus au riche qu'au pauvre, à l'âge, au sexe, et que nulle part elle n'a été déviée de sa route par des obstacles de main d'homme. Quarantaines, isolemens, cordons sanitaires, n'ont été nulle part du moindre secours. L'individu qui, pendant la durée de cette maladie, suivait un régime sévère, s'enveloppait le corps de flanelles, etc., se couchait en santé parfaite et se relevait une heure après anéanti et frappé par la peste! Nos chrétiens aisés, nos habitans du quartier Franc, notre population d'élite en un mot, qui se tient hardiment debout, et sans être nullement entamée, au milieu des plus violentes et des plus meurtrières épidémies de peste, n'en a pas moins payé son tribut et généreusement à cet ennemi qui n'a rien voulu entendre à tout l'attirail d'isolement et de moyens quarantenaires qu'on essayait vainement d'élever contre lui. Et à ce sujet, faisons observer que l'Européen, qui séquestre ses enfans et ses domestiques en temps de peste, car il ne doit point se fier à eux, n'en sort pas moins, lui, chef de famille, pour vaquer à ses affaires, et qu'il va et vient au milieu des rues, ne se soumet à aucun régime spécial, se nourrit au contraire aussi largement qu'à son ordinaire; il n'appréhende rien, ne redoute aucune chose, pourvu que tout ce qu'il lui *faudra toucher* passe au préalable à l'eau, et qu'en marchant dans les rues, il évite *tout contact immédiat*. Et cette dernière condition à remplir n'éprouve aucune difficulté; car ici elle est chose convenue, indispensable, et tout le monde agissant dans un sens identique, le but en est aisément atteint. Bien entendu toujours qu'en temps de peste l'Européen ou le chrétien aisé ne s'amuse pas à courir dans les quartiers des Turcs.

En résumé, nous avons indiqué les analogies et les différences remarquables que l'on observe parmi les deux populations qui, dans toute l'étendue de la Turquie, se trouvent en présence de la peste; nous avons pris à tâche de faire ressortir l'opposition de leur conduite eu égard à cette maladie, et nous avons dit quels en étaient pour chacune d'elles les résultats contraires; nous avons essayé de préciser, du moins autant que les limites d'une lettre pouvaient nous le permettre, ces diverses données en les réunissant toutes sur les habitans d'une cité populeuse où sévit habituellement la peste; nous avons voulu mettre en regard des habitudes de cette maladie, celles de la fièvre jaune indigène et du choléra, afin de faire davantage saisir les dissemblances que l'on remarque dans le mode spécial de propagation de chacune de ces formes morbides.

Nous rappellerons maintenant une partie du passage rapporté de la lettre de M. le docteur Chervin où il est dit « que toutes les maladies reconnues transmissibles jusqu'à ce jour le sont ou par l'intermédiaire de l'air, ou par le contact médiat, ou par le contact immédiat, » et nous demanderons à cet honorable collègue dans laquelle de ces catégories il serait disposé à ranger la peste. Nous lui demanderons, en outre, si toutes les données que nous nous sommes efforcés de placer sous les yeux ne sont pas de nature à fournir une série d'*expérimentations* offrant quelque valeur et ayant quelque rapport avec celles qui se trouvent réclamées dans ce même passage de sa lettre.

Nous n'ajouterons rien à ces deux questions. Nous n'avons voulu, nous le répétons, être que simples rapporteurs dans cette cause, et quoiqu'il ne nous ait point été donné de l'aborder dans son ensemble, nous avons pu du moins fournir à M. le docteur Chervin quelques pièces qui s'y rapportent. A lui, du reste, à en préciser la valeur et à les classer suivant leur mérite.

Nous passons, avant de terminer, à une ou deux dernières observations.

En parlant des expériences sur la peste que M. le docteur Bulard voudrait entreprendre au Levant, M. le docteur Chervin les récuse d'avance, parce que, dit-il, « *Ces contrées ne sont jamais libres de peste, et que cette maladie y existe toujours à l'état sporadique.* » Nous assurons bien M. le docteur Chervin que cette proposition est parfaitement inexacte. La peste apparaît et s'éteint toujours *dans ces contrées* après avoir parcouru ses phases diverses, quitte à reparaître bientôt après s'il y a lieu. *Mais des années entières s'écoulent successivement pour chaque localité sans qu'il y paraisse trace de cette maladie.* Smyrne a été complètement libre de peste de 1821 à 1830, pour ne pas remonter plus loin, et l'Egypte put jouir également vers la même époque de cinq à six années de répit; au point que, lorsqu'en 1829 la commission médicale française vint débarquer dans ce dernier pays pour y étudier la peste, elle la chercha vainement dans toute la vallée du Nil et se vit obligée de courir jusqu'à Tripoli pour en observer quelques rares exemples. Aurait-il été si difficile à la commission, quelque part où elle eût mis d'abord le pied en Levant, d'y rencontrer aussitôt la peste, si cette maladie *y existait toujours*, ainsi que l'assure M. le docteur Chervin, *à l'état sporadique?* M. le docteur Dumont, l'un des membres de la commission, qui vint dans ce même temps à Smyrne, doit fort bien se rappeler qu'il n'y était pas plus question de peste qu'en Egypte, ainsi que dans la Caramanie, l'Anatolie et la Turquie d'Europe.

M. le docteur Chervin prétend en outre et certainement sur la foi d'autrui, que des individus arrivés en Egypte y ont été atteints par la peste *avant d'avoir eu le temps de communiquer avec qui que ce soit.* Pour le coup nous conviendrons avec notre honorable collègue qu'il suffirait d'un seul cas de pareille nature *bien et duement constaté* pour opérer une fameuse brèche dans les preuves fournies par les contagionistes; car, sans aucun doute, un homme qui arrive à peine dans un pays et qui s'y trouve attaqué de peste « avant d'avoir eu le temps de communiquer avec qui que ce soit » a été atteint de la maladie régnante à bord de son navire, et dès lors il s'en suivra d'un tel fait l'épidémicité de la peste, sa transmissibilité par l'intermédiaire de l'air et à grande distance: en un mot, la répétition de l'atmosphère *inquinée* des Antilles. Mais pour admettre toutes ces choses en qualité de preuves, il faudrait que l'individu malade n'eût point non seulement quitté son navire, mais encore que ce navire, tout en ne communiquant *avec qui que ce soit*, n'eût en même temps communiqué *avec aucune chose* venant de la ville. Et si l'individu avait au contraire débarqué, s'il avait déjà séjourné pendant

---

non-existence de ces mêmes rapports. M. Voisin n'a rien dit à l'Académie qu'on ne lui eût déjà dit précédemment; à moins qu'on ne considère comme un progrès ou une nouveauté dans le système phrénologique, les vues mystiques, et le sentimentalisme philantropique de ce nouvel adepte.

Quant au magnétisme animal, le cas est différent. Si l'Académie veut bien se contenter d'être spectatrice des faits qu'on lui annonce, il est à espérer qu'elle *verra* quelque chose; et n'aura autre chose à faire qu'à *raconter* ce qu'elle *aura vu*. On a parlé de quelques expériences dites préparatoires, faites en présence d'un grand nombre de savans, desquelles il résulterait, dit-on, que le prix Burdin serait très probablement gagné par mademoiselle Pigeaire. Mais ces expériences n'ont pas été faites en présence de la commission officielle de l'Académie; elles devront être répétées dans son sein pour avoir force de loi. On nous a dit encore que la commission se proposait d'imposer à la somnambule des conditions déterminées sans l'observation et l'accomplissement desquelles toute expérience serait réputée nulle. Si la commission prend ce parti (ce que nous ne pouvons croire), elle agirait en sens inverse de sa mission, et au lieu de favoriser la découverte de la vérité, elle l'empêcherait nécessairement; elle doit observer les faits tels qu'ils se produisent et quels qu'ils soient, et les enregistrer dans toute leur simplicité et pureté. Ils signifieront ensuite ce qu'ils pourront. Mais exiger que le fait se produise de telle manière ou de telle autre, ce serait aller au-delà de ce qu'exigent la saine logique et la bonne observation. Ainsi, par exemple, nier un fait constaté parce qu'un autre fait qu'on suppose dépendre du premier ne se montrerait pas, ce serait fort mal raisonner, mais nous n'avons pas le temps d'agiter aujourd'hui ces questions préparatoires et qui ne sont pas sans importance pour l'issue des prochaines expériences magnétiques. Nous aurons bientôt occasion d'y revenir.

— M. le docteur Itard, médecin en chef des sourds et muets, vient de succomber à l'âge de 68 ans. M. Itard, connu dans toute l'Europe par ses recherches sur les maladies de l'oreille, était un des membres les plus distingués de l'Académie royale de médecine.

— Une épidémie de variole règne en ce moment à Bar-sur-Aube.

— M. Diday, ancien interne des hôpitaux de Paris, vient d'être nommé chirurgien en chef désigné de l'hospice de l'Antiquaille de Lyon, à la suite d'un brillant concours.

— CONCOURS POUR 60 PLACES DE CHIRURGIEN - ÉLÈVE DANS LES HÔPITAUX MILITAIRES D'INSTRUCTION. Un concours s'ouvrira le 1er août prochain à Paris, Metz, Nancy, Strasbourg, Besançon, Lyon, Toulon, Toulouse, Bordeaux, Rennes, Lille, Bastia, Bayonne et Perpignan, pour 60 places de chirurgien-élève dans les hôpitaux militaires d'instruction de Metz, Strasbourg et Lille.

Les candidats devront se faire inscrire à l'intendance militaire de celle de ces villes où ils désirent concourir. Les conditions d'admission au concours ont été insérées au *Journal militaire* et au *Moniteur* du 26 avril dernier.

Le registre d'inscription sera clos définitivement le 23 juillet.

quelques heures dans une cité pestiférée, comment s'assurer que cet homme arrivé dans un pays où sévit la peste, et n'ayant peut-être aucune expérience pratique des *garanties* sanitaires, n'eût pas déjà commis plus d'une erreur de conduite, alors qu'il demeurait parfaitement convaincu de n'en commettre aucune? J'ai souvent vu de pareils exemples et c'est pourquoi j'en parle.

Un dernier mot. M. le docteur Chervin, tout en félicitant M. le docteur Bulard d'être parvenu à faire accepter au gouvernement ottoman le principe de la législation sanitaire de l'Europe, ajoute pourtant ces paroles: « Si malgré l'emploi des mesures sanitaires, la peste ravage ENCORE l'empire ottoman, nous serons EN DROIT DE CONCLURE que ce fléau *n'est arrêté ni par les lazarets ni par les quarantaines*, et que dès lors ces établissemens ne sont utiles qu'à ceux qu'ils font vivre aux dépens de la société. »

M. le docteur Chervin a donc une bien large foi dans la volonté de l'homme et dans la puissance de ses désirs innovateurs pour croire d'une façon aussi rigoureuse que les montagnes s'abaissent du moment où il leur sera dit de courber leurs têtes! Il ne tient donc aucun compte des obstacles suscités toujours et de partout, en regard de brusques changemens, d'un côté par l'opposition née des croyances religieuses, des superstitions qu'elles entraînent à leur suite, des vieux préjugés enracinés depuis des siècles dans l'esprit des peuples; en un mot, de toute cette antique habitude, devenue une seconde nature; et, d'une autre part, et surtout pour les cas dont il s'agit, par l'inexpérience jointe à l'aversion des metteurs en œuvre, subalternes eux-mêmes, et du défaut absolu de leur compétence éclairée en matière d'innover! M. le docteur Chervin s'attend-il donc à voir l'Orient recueillir dans un avenir très prochain le fruit déjà mûri de ses tâtonnemens du jour en législation sanitaire? Mais l'Orient ressemblera, sous ce rapport, bien longtemps encore, à l'enfant qui s'essaie à marcher, tréhuche à chaque mouvement, et ne parvient à acquérir, qu'après bien de faux pas et de chûtes nombreuses, la faculté de se servir avec sûreté de ses jambes. Les velléités de législation sanitaire ne sont encore en Orient que des idées en germe, destinées à subir bien des essais infructueux et un long emploi de temps, avant que, par une persévérance soutenue dans les moyens, elles puissent raisonnablement prétendre à des applications efficaces.

L'Europe chrétienne, qui prenait son point d'appui sur les principes de liberté et de progrès promulgués par l'Évangile, a mis des siècles pour organiser avec fruit ses dispositions quarantenaires, et l'on espère que la Turquie va arriver d'un bond à cet immense résultat! Et si, par l'application d'un système sanitaire incomplet, qui, pour un tel cas, équivaudrait à une négation absolue, l'observateur demeurait libre de recueillir dans ces pays la succession des mêmes faits que par le passé, l'on se croirait pour cela fondé à nier, en principe, la validité des moyens quarantenaires bien entendus, et M. le docteur Chervin lui-même s'empresserait de rejeter bien loin de son esprit toute idée de contagionabilité de la peste; fort d'un résultat qu'il aurait prévu, et indiqué d'avance, il se ferait un devoir, sans doute, de solliciter l'autorité, de toute la puissance de son talent, de toute l'énergie de ses moyens, à mettre un terme à des mesures que *l'expérience* aurait démontrées désormais *inutiles et onéreuses*; il opinerait, dès lors, en conscience, pour la complète abolition de toute législation sanitaire, quelque part où elle ait existé jusqu'ici.

Il nous semble pourtant que de pareilles déductions seraient loin d'être logiques.

Citons un événement qui parvient à notre connaissance au moment où nous terminons cette lettre. La nouvelle en est authenthique.

Il y a un mois, une première commission sanitaire, partie de Constantinople, a traversé notre ville à Echelle-Neuve, où la peste existe en ce moment. A peine cette commission avait-elle fait connaître le but de ses travaux et en avait-elle commencé l'exécution, qu'elle se vit obligée de monter précipitamment à cheval, une belle nuit, et de s'éloigner de la ville à toute bride. Une troupe de femmes turques, qui devaient s'adjoindre de jeunes garçons, avait pris heure pour LAPIDER la commission le lendemain, à la sortie dans ses rues. Un pareil fait n'a pas besoin de commentaires.

Smyrne, 28 mai 1838.

F. FLOQUIN, D. M. M.

PATHOLOGIE INTERNE.

OBSERVATIONS D'OTORRHÉE CÉRÉBRALE, SUIVIES DE RÉFLEXIONS; par M. A. TOULMOUCHE, docteur-médecin à Rennes, membre correspondant de l'Académie de médecine, etc.

Un article du n° 21 de la GAZETTE MÉDICALE sur l'othorrhée cérébrale, par M. le professeur Alberts de Bonn, ayant appelé l'attention des praticiens sur cette maladie encore peu connue dans sa cause, et dont le diagnostic est, sous ce rapport, bien souvent obscur, j'ai cru devoir vous adresser les deux observations qui vont suivre recueillies dans mon service de pathologie interne de la maison centrale de détention.

Si vous les jugez dignes de fixer l'attention du public médical, veuillez les publier. Elles serviront au moins de matériaux, en égard à l'étendue et à la multiplicité des lésions pathologiques qui y sont relatées, pour quelque travail à venir plus complet sur ce point difficile de la science.

OTORRHÉE CÉRÉBRALE PRIMITIVE; CARIE DU ROCHER GAUCHE; RAMOLLISSEMENT CORRESPONDANT DE L'HÉMISPHÈRE DU CERVEAU; LÉSION DU LOBE GAUCHE DU CERVELET; VASTES EXCAVATIONS TUBERCULEUSES DANS LES POUMONS; ANCIENNE PÉRICARDITE; KYSTES PÉRITONÉAUX OU DIVERTICULES NOMBREUX; ULCÉRATIONS DE LA MEMBRANE MUQUEUSE DES INTESTINS GRÊLES; MORT.

OBS. I. — Bindel, détenue, âgée de 26 ans, entra à l'infirmerie au mois de février 1832, offrant les symptômes suivans: céphalalgie, douleurs extrêmes dans tout le côté gauche de la tête, écoulement purulent et séreux par l'oreille correspondante qui tachait le linge, comme le fait la matière fournie par la carie des os; paralysie de la portion du nerf de la septième paire qui se distribue aux muscles de la bouche et de la joue droite, en sorte que la commissure gauche était fortement tirée en arrière et en dehors et le buccinateur droit comme gêné dans son action, ce qui oblige la malade à ramener souvent et mécaniquement, à l'aide de sa main appuyée contre la joue, le bol alimentaire sous les arcades dentaires, lors de la mastication. La langue ne partageait pas cette paralysie. Elle pouvait être tirée parfaitement droite. Il y avait des envies de vomir sympathiques, des menaces fréquentes de congestion.

Bindel rougissait tout à coup d'une manière extrême; elle s'inquiétait vivement de son état. Il n'y avait pas de fièvre. Je diagnostiquai: ramollissement de la partie inférieure et un peu externe de l'hémisphère cérébral gauche, dépendant d'une carie de la face supérieure et antérieure du rocher.

Pendant plusieurs mois que la malade séjourna dans les salles, je combattis cette lésion grave par les émissions sanguines, soit à l'aide des sangsues, soit à l'aide de la saignée par la lancette, par des révulsifs successivement placés aux extrémités inférieures, à la nuque, sur la joue, le front; par l'application sur la tête d'emplâtres d'opium sur le trajet du nerf trifacial, par celle d'un séton à la nuque; en même temps, je faisais administrer à l'intérieur des antispasmodiques, des boissons adoucissantes, des purgatifs.

Toutes ces médications qu'on exécutait plutôt pour relever le moral de la malade que dans l'espoir de réussir furent vaines. Cependant le temps sembla diminuer peu à peu la gravité des symptômes, soit que le cerveau lui-même ressentît moins énergiquement le contact de la lésion des os du crâne, soit que Bindel eût fini par s'habituer à ses souffrances. Elle rapportait avoir éprouvé, un an ou deux avant, une fièvre ataxique ou cérébrale d'un caractère très grave, qui avait mis sa vie dans le plus grand danger, et à la suite de laquelle étaient survenus les accidens ci-dessus. Les injections les plus variées dans le conduit auditif furent tout aussi vainement essayées.

L'appétit ayant progressivement augmenté et la malade se sentant mieux sortit de l'infirmerie vers la fin d'avril; elle y rentra au mois de juillet, offrant tous les symptômes d'une gastrite et le même état du cerveau avec paralysie du nerf trifacial droit ou au moins d'une de ses branches.

En outre, l'œil gauche était un peu plus proéminent que l'autre, et la cornée poussée inférieurement en avant par les humeurs de l'œil dans toute sa moitié inférieure qui était légèrement blanchâtre et un peu érodée. Cette surface donnait lieu à une sécrétion comme purulente; les vaisseaux de la conjonctive étaient injectés, la vision tout à fait perdue.

La malade avait de la fièvre, de l'altération. Je combattis l'irritation gastrique par la diète, les émissions sanguines, les révulsifs, tels qu'emplâtre de poix de Bourgogne saupoudré d'émétique appliqué sur l'épigastre, et ensuite un second épispastique et des boissons gommeuses légèrement acidulées.

Le 15 août, elle eut une pleurodynie du côté gauche qui nécessita l'application sur cette partie de douze sangsues et de cataplasmes, et quelques jours après, à cause de la persistance de la douleur, l'apposition d'un emplâtre de poix de Bourgogne saupoudré de cantharides.

Plus tard, Bindel fut remise à un régime lacté et à l'eau gommeuse.

Le 30, il survint un peu de diarrhée qui fut combattue, eu égard à la faiblesse générale, par un large emplâtre de poix de Bourgogne sur le ventre, l'eau de riz gommée, la diète et des tiers de lavement narcotique qui la firent cesser.

La malade demandait sans cesse à manger. Mais dès qu'on augmentait l'alimentation jusqu'à la demi-portion, il fallait aussitôt revenir au bouillon, les symptômes phlegmasiques s'exaspérant bientôt; cependant elle parvint à supporter cette quantité, et le 12 septembre elle demanda de nouveau sa sortie.

Elle remonta à l'infirmerie le 30 octobre, oppressée, toussant beaucoup, ayant de la fièvre le soir, toujours le même écoulement par l'oreille et les mêmes maux de tête. Seulement elle avait beaucoup maigri. Je reconnus par l'auscultation médiate une pectoriloquie évidente. Il y avait peu d'appétit. Je pres-

crivis successivement des infusions de capillaire, de lierre terrestre, des juleps narcotiques, scillitiques ou kermétisés. Je fis appliquer un vésicatoire au bras; je fus obligé plusieurs fois de combattre l'oppression par des applications de sangsues à la base de la poitrine. La malade mangeant les trois quarts sortit de nouveau le 10 novembre.

Le 12 janvier 1833, Bindel fut encore remontée à l'infirmerie. Je la soumis à un nouvel examen. Je constatai les progrès de la phthisie pulmonaire, par une pectoriloquie plus évidente dans la fosse sus et sous épineuse droite, et, en outre, des symptômes de gastrite qui furent combattus par l'application de douze sangsues à l'épigastre, l'eau gommeuse, un julep narcotique et un régime approprié.

Le 25, les aspirations de chlore furent commencées; mais elles ne purent être continuées long temps, parce qu'elles fatiguaient.

Dans le mois de février, il fallut plusieurs fois recourir aux emplâtres d'opium appliqués sur les tempes ou les apophyses mastoïdes, pour combattre la céphalalgie ou les douleurs névralgiques de la face. Du reste, l'écoulement par l'oreille persistait, ainsi que le tiraillement de la commissure gauche de la bouche. La toux était fréquente et nécessitait, chaque soir, une pilule d'opium.

Pendant le reste du mois, la phthisie continua à faire des progrès. L'expectoration était plus copieuse, l'amaigrissement plus considérable, les sueurs nocturnes plus fortes; cependant l'appétit se soutenait, la malade mangeait la demi-ration.

4 mars. L'irritation gastrique ayant reparu, je fus obligé de la remettre à la diète, à l'eau gommeuse, et de faire appliquer huit sangsues à l'épigastre. L'appétit ne reparut plus. Des nausées et des efforts pour vomir étaient provoqués par chaque quinte de toux.

11. Je fis recouvrir le devant de la poitrine d'un large emplâtre de poix de Bourgogne saupoudré de cantharides, continuer les pilules d'opium et le demi-quart.

15. Un point pleurétique survenu à gauche nécessita sur cette partie une application de 12 sangsues et de cataplasmes; et le 21, celle d'un emplâtre épigastrique. L'oppression diminua un peu; mais l'expectoration resta la même et les progrès de la phthisie continuèrent. J'essayai sans succès des fumigations avec les feuilles de jusquiame, pour diminuer une douleur du larynx dont se plaignait Bindel, et qui cessa naturellement au bout d'une huitaine de jours.

2 avril. La diarrhée reparut. La malade réduite à un état squélettique, et continuellement couchée sur le côté, fut menacée d'excoriations des portions de peau recouvrant les saillies osseuses sur lesquelles son corps reposait. L'oppression était extrême. Le soir, on s'efforçait de la diminuer par des sinapismes volans appliqués aux extrémités inférieures. Je prescrivis de nouveau des tiers de lavement opiacé, l'eau de riz gommée, et des pilules d'opium.

Il survint à la même époque des hémorragies par l'oreille gauche, huit ou dix jours avant la mort. Je fis pratiquer dans le conduit auditif des injections narcotiques. Le dévoiement persista jusqu'aux derniers momens. La malade expira enfin le 11 avril à cinq heures du matin.

Autopsie cadavérique faite 25 heures après la mort. État extérieur. Maigreur très prononcée; oreille gauche souillée de sang en partie coagulé dans le conduit auditif et mêlé à un peu de pus. L'œil du même côté offrait une lésion de la cornée, consistant dans un amincissement de celle-ci, son opacité, et un véritable relâchement qui faisait bomber les humeurs de l'œil dans ce point : ces dernières étaient dans l'état le plus normal.

Crane. Les tégumens de la tête étaient très minces, ses os assez durs; le cerveau comme affaissé sur lui-même, en sorte qu'il semblait ne pas remplir complètement la capacité de la boîte osseuse. Il existait au-dessous de la dure-mère un peu de sérosité limpide. L'arachnoïde et la pie-mère étaient saines, seulement le long de la grande scissure, surtout en arrière; la première était adhérente à la dure-mère, blanchâtre, épaissie, et les glandes de Pachioni très prononcées.

Toute la substance du cerveau était ferme, nullement sablée. En soulevant l'hémisphère latéral gauche, on apercevait une petite nappe de sang noir caillé, reposant sur la partie interne de la dure-mère, à la partie postérieure de la fosse temporale interne. La face inférieure du lobe correspondant offrait à l'endroit qui correspond au rocher, une teinte bleuâtre d'une forme ovalaire, allongée; et vers la partie antérieure de celle-ci, un ramollissement marqué avec érosion de la pulpe cérébrale, correspondant à une ulcération arrondie de la dure-mère, épaissie et endurée au pourtour d'un point carié de la face supérieure du rocher. La substance du cerveau était ramollie dans toute la portion qui avait une teinte plombée, et presque en deliquium dans celle où existait l'érosion, en même temps qu'elle était un peu plus jaune. Les ventricules latéraux contenaient la quantité ordinaire de sérosité.

La protubérance annulaire et les pédoncules étaient sains. Le cervelet présentait sa substance un peu ramollie dans la partie correspondante à la partie supérieure du rocher, ou la partie postérieure de la face temporale gauche interne.

La carie avait détruit les deux tiers externes du bord antérieur de la portion pierreuse du temporal, la moitié externe de sa face supérieure, la partie antérieure et supérieure de l'apophyse mastoïde, dont toute la portion centrale antérieure de la substance spongieuse avait été isolée par le pus, et était restée détachée et mobile au milieu de l'excavation cariée décrite.

Toutes les parois supérieure, interne et postérieure du conduit auditif avaient été détruites, en sorte que la membrane qui le tapisse était ulcérée, trouée, et en majeure partie détruite supérieurement et postérieurement.

Les osselets de l'ouïe, la cavité interne de l'oreille, celle du limaçon, manquaient et avaient été entraînés par la suppuration. Les hémorragies survenues quelques jours avant la mort avaient été le résultat de l'érosion d'artérioles, et la surdité complète de la même oreille, celui de la destruction ou de l'altération profonde du nerf acoustique. La carie avait envahi la partie externe de la face postérieure du rocher, en sorte que la grosse veine du sinus latéral n'était protégée que par un épaississement de la portion de périoste qui le tapisse.

Thorax. Le poumon droit était intimement adhérent par toute sa surface et tellement vers le sommet, qu'une partie de l'organe se déchira, et laissa attachées aux côtes des portions de son tissu induré, qui formaient les parois de vastes excavations tuberculeuses, dont tout le lobe supérieur était criblé. Le tissu intermédiaire était infiltré, d'une teinte opaline, bleuâtre, transparente, et interrompu par des masses de tubercules, tantôt gris ou blanchâtres, tantôt ramollis et excavés. Le lobe inférieur en contenait également. Mais son tissu rougeâtre était encore, par endroits, perméable à l'air et un peu crépitant.

Le poumon gauche, tout aussi intimement adhérent par les divers points de la périphérie, formait une masse compacte dont le lobe supérieur était en quelque sorte disséqué par de vastes excavations tuberculeuses encore à moitié pleines de mucosités jaunes, puriformes. Les parois de la plupart de celles qui avoisinaient la surface de l'organe n'étaient protégées que par une lamelle très mince de tissu pulmonaire gris, et la plèvre épaissie. Elles étaient tapissées par une membrane d'apparence muqueuse et rouge superposée à une plus profonde, d'un aspect blanchâtre ou bleuâtre, fibro-cartilagineuse. Le tissu pulmonaire intermédiaire était rouge, légèrement induré. Celui du lobe inférieur plus ou moins crépitant : il était infiltré çà et là de tubercules.

La cavité du péricarde contenait à peu près une once et demie de sérosité jaune, légèrement trouble. Le cœur était dans l'état normal.

Abdomen. Sa cavité renfermait peu de sérosité. On observait sur une grande partie de la membrane péritonéale une quantité innombrable de petites taches rondes, noirâtres, de la grosseur d'un grain de millet, et quelques-unes d'un grain de chenevis, ayant leur siège dans son épaisseur, et analogues à la matière mélanique peu foncée.

Dans l'excavation du petit bassin, l'entortillement et les adhérences des portions d'intestin qui y plongeaient, soit entre elles, soit avec divers points du pourtour de cette cavité, l'adhérence assez intime de toute la surface convexe du foie avec la portion correspondante du péritoine et l'épaississement de cette membrane, indiquaient l'existence d'une ancienne péritonite guérie par résolution.

Je remarquai une disposition tout à fait extraordinaire de la portion de la même membrane qui tapisse le mésentère et la circonférence des intestins. Elle consistait, sur un grand nombre de points de ces derniers, dans des relaxations telles, qu'elles formaient des poches hémisphériques ou globuleuses, ou quelques-unes pyriformes, à parois parfaitement diaphanes, remplies presque toutes d'une sérosité jaune, limpide, et quelques-unes seulement d'un même liquide coloré par le sang. Parfois, ces espèces de kystes étaient accolés et comme soudés par une face, comme on le voit, des bulles formées à la surface d'un liquide chargé de savon qu'on insuffle dans un vase. Dans ce cas, elles ne communiquaient pas l'une avec l'autre. D'autres fois (et l'on observa surtout cette disposition à la face inférieure du mésentère), ce soulèvement de la partie péritonéale avait lieu en étendue, formait comme deux poches aux extrémités, tandis qu'un canal intermédiaire permettait de chasser de l'une à l'autre la sérosité, tantôt jaune clair, tantôt rougeâtre, d'une manière aussi apparente qu'on l'exécute dans l'instrument appelé niveau d'eau. Enfin, dans deux points, la séreuse, après avoir formé une poche, s'allongeait en un canal de plus en plus capillaire, qui, à une longueur de trois à quatre pouces, se renflait légèrement et se terminait en forme de larme, en sorte que par une pression ménagée, on faisait avancer le liquide dans ce conduit capillaire, de manière à vider ou distendre à volonté les réceptacles des deux extrémités. L'un de ces appendices était flottant dans la cavité abdominale; l'autre était venu contracter des adhérences par son extrémité qui était épaissie, formée d'un tissu grisâtre, infiltré, avec un point opposé des parois intestinales, et avait jeté ainsi comme une espèce de pont, au-devant et dans les intervalles d'autres portions. Le grand épiploon se repliait promptement sur lui-même, de manière à former un bourrelet allongé, au lieu d'une espèce de tablier, au-devant des intestins, comme il le fait ordinairement.

L'estomac contenait une assez grande quantité d'un liquide verdâtre, trouble. Sa membrane muqueuse était généralement pâle et tapissée d'un enduit muqueux. Le duodénum était sain. Le jéjunum renfermait une matière fluide, pulpeuse, d'un blanc jaunâtre supérieurement, et d'un jaune plus prononcé inférieurement, de même que plus épais et mélangé de mucosités demi-concrètes, blanchâtres. Toute la membrane interne était, en général, saine. Cependant, on remarquait une injection fine des capillaires sous muqueux, sur les valvules.

L'iléon contenait des matières fécales jaunes, plus épaisses et mieux liées dans certaines parties que dans d'autres. On remarquait çà et là quelques ulcérations circulaires très petites, à bords taillés à pic, mais pâles, ainsi que le fond; et une plus grande, à deux pouces de la valvule iléo-cœcale, ayant érodé toute l'épaisseur des tuniques, en sorte que la nature avait prévenu un épanchement dans la cavité péritonéale, en établissant au pourtour une inflammation adhésive avec un autre point des intestins. La membrane muqueuse du cœcum était saine. La portion ascendante du colon laissa voir, ainsi que la transversale, quelques petites ulcérations. Celle descendante et l'S iliaque étaient occupées par des matières fécales jaunes et molles, et atteintes de phlegmasie de leur muqueuse qui était épaissie, demi-rouge violacé sur les valvules. Leur cavité était étroite, leurs parois épaisses. Ces intestins formaient, dans l'excavation du petit bassin, une sorte d'agglomération dépendant des adhérences de leurs surfaces.

Le rectum était enveloppé par deux tumeurs tuberculeuses formées des ovaires convertis dans ce produit morbide. Cet intestin était sain, de même que les glandes mésentériques.

Le foie, d'un bon volume, était intimement adhérent par toute sa face convexe à la portion correspondante du péritoine. Son tissu était jaune, homogène, sa vésicule ensevelie sous des fausses membranes; ses parois étaient blanches extérieurement. Sa cavité contenait une bile d'un vert indécis et filante; sa membrane interne était teinte en un vert sale et comme veloutée.

La rate était assez grosse, son tissu rougeâtre et très ferme. Le pancréas était sain.

Les reins étaient volumineux, très gorgés de sang; les deux substances très distinctes; la vessie presque vide et contractée.

Dans cette observation, on a pu suivre la gradation des lésions successives qui amenèrent les désordres effrayans rencontrés à l'autopsie cadavérique. L'origine de la maladie dut remonter à une ou deux années. En effet, tout porte à croire que la fièvre cérébrale ou ataxique, qui, de l'aveu de Bindel, eut lieu à cette époque, ne fut qu'une double phlegmasie de la dernière, des autres membranes du cerveau et de la portion correspondante de ce dernier organe du côté gauche.

Plus tard, la lésion s'étendit au rocher, y détermina une carie, qui, de proche en proche, gagna l'oreille, y détruisit les divers osselets de l'ouïe. Ensuite, le ramollissement du cerveau s'opéra, du moins les douleurs externes de tout le côté gauche de la tête, les envies fréquentes de vomir, attribuées à tort à une gastrite, que l'absence de phlegmasie de la muqueuse stomachale, à l'ouverture du cadavre, démontra n'avoir pas eu lieu, l'indiquèrent.

Quant à la paralysie d'une portion du nerf trifacial droit, dénotée par le défaut d'action du buccinateur de ce côté, laquelle obligeait la malade, lors de la mastication, à y suppléer par l'application de la main sur la joue pendant cette fonction et par le tiraillement de la commissure gauche de la bouche, elle ne put s'expliquer par les lésions trouvées dans le cerveau, qu'en admettant que ce dernier a une action croisée sur les nerfs, dont la cause siégerait dans les centres nerveux. En effet, le ramollissement, qui avait son siége du côté gauche de cet organe, et qui avait détruit en tout ou en partie la branche faciale du trijumeau correspondant, laquelle, placée à côté et au-devant du nerf auditif, le suit jusqu'au fond du conduit acoustique, où elle l'abandonne après avoir fourni plusieurs rameaux à l'oreille interne, n'avait cependant point occasionné de paralysie dans le masséter et le muscle buccinateur, auxquels se distribue le rameau cervico-facial, puisque l'action de ce dernier était intacte, et que la commissure des lèvres, au lieu d'être tirée à droite, l'était à gauche, tandis que ce phénomène morbide aurait dû avoir lieu, s'il en était autrement.

Les hémorragies par l'oreille, qui survinrent durant les sept ou huit jours qui précédèrent la mort dépendirent probablement de l'érosion d'artérioles de l'artère méningée ; du moins une petite nappe de sang reposant sur la partie postérieure de la fosse temporale interne semblerait l'indiquer.

Comme anomalie, je signalerai l'absence de contracture et de paralysie dans les membres du côté droit, malgré le ramollissement d'une notable portion de l'hémisphère cérébral gauche.

Dans ce même exemple, la suppuration des membranes du cerveau et de la région correspondante de ce dernier, portée jusqu'au deliquium et à l'érosion, caria le rocher, la portion mastoïdienne voisine du même os, se fraya une issue par l'oreille interne, après en avoir détruit toutes les parties constitutives, et enfin par le conduit auditif externe : *l'otorrhée fut donc cérébrale et primitive.*

J'observai, comme dans le cas qui fait le sujet de la seconde observation, rapportée par M. Alberts de Bonn, une forte tuméfaction de la cornée de l'œil du côté malade. J'avoue ne savoir à quelle cause attribuer le défaut de résistance de cette membrane, à moins que ce ne soit à l'altération secondaire des filets nerveux qui s'y distribuent, la cornée elle-même devenant ensuite malade consécutivement.

La surdité et l'écoulement par l'oreille existèrent du côté où le cerveau était malade : la première, par suite de la destruction du nerf auditif, qu'elle ait eu lieu, à son origine, par le ramollissement de la portion de cerveau dont elle naît, ou qu'elle se soit effectuée dans la cavité de l'oreille interne, en vertu de la destruction par la suppuration des os de la pulpe nerveuse ; le second, par suite de la carie de ces derniers. En effet, les phénomènes morbides cérébraux s'étaient manifestés longtemps avant que l'oreille eût été atteinte. Ils avaient seulement offert de temps à autre des intermittences ; mais toujours les douleurs de tête, les menaces de congestion, etc., avaient dénoté le travail phlegmasique qui s'opérait sourdement dans l'encéphale, jusqu'à l'époque où sa véritable nature vent se dévoiler par l'écoulement de l'oreille, la surdité, la paralysie d'une partie du côté de la face, etc. Enfin, cette observation est encore curieuse sous le rapport de la disposition si singulière des nombreux diverticules formés par le péritoine et rendus si évidens par l'existence de la sérosité limpide qu'ils contenaient. Elle offrira aux anatomo-pathologistes un exemple assez rare de ce genre d'anomalie, qui naguères a été rencontré beaucoup plus borné.

OTORRHÉE CÉRÉBRALE CONSÉCUTIVE ; DOUBLE CARIE DES PORTIONS PIERREUSES DES TEMPORAUX DES OS DE L'OREILLE INTERNE ET DES ARTICULATIONS TEMPORO-MAXILLAIRES ; ALTÉRATION CORRESPONDANTE DE LA DURE-MÈRE ET DU CERVEAU ; NOMBREUX TUBERCULES DANS CET ORGANE, SURTOUT DANS L'HÉMISPHÈRE GAUCHE ; LÉSION DU CERVELET ; MORT.

OBS. II. Trochu, détenu, âgé de 19 ans, entra, le 26 juin 1837, à l'infirmerie pour une otite accompagnée de surdité. Elle fut combattue par une application de huit sangsues derrière les oreilles, des pédiluves sinapisés, des injections narcotiques ; mais je n'obtins aucun soulagement.

8 juillet. Je fis appliquer un seton à la nuque. Il existait un double écoulement par les oreilles, des douleurs vives dans ces parties. Néanmoins, le malade mangeait la livre. Des fumigations sulfureuses furent dirigées dans les conduits auditifs et continuées pendant cinq jours, mais elles n'eurent aucun effet sur la surdité.

20. L'écoulement puriforme par les oreilles étant abondant, et les souffrances continues, je fis faire au-dessous et derrière chacune d'elles une application de cinq sangsues, et le lendemain des injections narcotiques alternées avec des fumigations de même nature. Dès cette époque, je diagnostiquai : une carie du rocher et des os de l'oreille interne du côté droit, et une semblable lésion à gauche, mais à un moindre degré.

28. Je fis essayer des injections chlorurées et opiacées, mais elles provoquèrent de la douleur. L'appétit se maintenait.

Durant le mois d'août, Trochu put encore continuer à manger les trois quarts de la ration, mais son état empira.

11. Je prescrivis un bain de vapeur, afin de m'assurer si les douleurs n'étaient point de nature rhumatismale ; mais il n'y eut aucun soulagement ; elles restèrent les mêmes. L'appétit avait diminué, on ne donnait plus que le quart. Un second bain le surlendemain fut suivi de résultats aussi négatifs.

Le 14, engorgement ou empâtement des ganglions situés au devant de l'oreille droite. (Le quart, bouillie de froment, hydro-chlorate de baryte à l'intérieur, limonade, frictions sur la partie avec une pommade faite avec l'hydrochlorate d'oxide de barium.) Ce traitement fut continué pendant six à huit jours sans aucun effet. Il fallut revenir aux fumigations et aux injections narcotiques et à deux pilules d'un grain chacune d'opium pour la nuit.

Le 24, huit sangsues furent de nouveau appliquées derrière les oreilles. Nulle fièvre, odeur infecte de carie, appétit plus prononcé, nul sommeil. Les préparations d'opium et le séjour au lit produisaient une constipation habituelle qu'on était obligé de combattre par des tisanes laxatives données tous les trois à quatre jours.

Pendant le mois de septembre, Trochu éprouva le 4, pour la troisième fois, un accès d'épilepsie qui dura dix minutes, fut accompagné de convulsions des muscles du visage, de perte de connaissance. L'amaigrissement était rapide, le visage très pâle. Il existait de l'engourdissement dans le bras droit. L'écoulement par les oreilles était plus considérable, l'engorgement au-devant du conduit auditif droit plus prononcé. (Décoction de lichen, fumigations narcotiques, deux pilules avec nitrate d'argent, un demi-grain.)

Le 10, douleurs vives dans le bras droit avec commencement de paralysie, que j'attribuai à un ramollissement des parties de la base de l'hémisphère gauche du cerveau contiguës au rocher. Elles furent combattues sans succès par l'application d'un vésicatoire sur ce membre. Les pilules furent continuées jusqu'au 14 et cessées ensuite.

Le 15, hémorragie par l'oreille droite, faiblesse plus grande, amaigrissement plus prononcé. Le malade s'emportait sans cesse contre l'impuissance de la médecine, jurait et criait comme un sourd. L'écoulement de sang continua le lendemain. Trochu prenait chaque nuit deux grains d'opium sans pouvoir obtenir le moindre calme. On remarquait que la constipation augmentait les souffrances et les accès épileptiformes. Aussi fallait-il donner tous les trois jours une potion purgative : l'appétit se soutenait.

Le 23, pour calmer les douleurs du bras droit, je le faisais envelopper de compresses trempées dans une forte dissolution d'opium et comprimer à l'aide d'une longue bande, c'était le moyen qui le soulageait le plus. (Tartre stibié, deux grains.)

Le 24, engourdissement du membre thoracique moindre, hémorragie par l'oreille droite, moins de titubation en marchant, nul sommeil, pas de fièvre. Le malade mangeait toujours les trois quarts.

Les jours suivans, je recommençai à donner deux pilules avec demi-grain de nitrate d'argent.

Le 27, contracture des doigts médius et annulaire de la main droite.

Le 30, hémorragie nouvelle par l'oreille.

1 octobre. Douleurs auriculaires aussi vives, engourdissement du bras droit, contractions convulsives de l'œil du même côté avec éblouissemens.

Le 5, amaigrissement effrayant, peau terreuse, tuméfaction du côté droit de la tête, surtout dans la région temporo-maxillaire. (Baume tranquille, pilule d'opium.)

Le lendemain, engourdissement dans les deux bras avec légère contracture qui me fit croire à un ramollissement de chaque portion de la base du cerveau répondant aux rochers.

Le 8, trois accès d'épilepsie durant la journée, les deux premiers à une heure d'intervalle ; hémorragie par l'oreille droite. Le malade était glacé de terreur à l'idée de nouvelles attaques. Il mangeait encore la livre de pain. On continuait les injections narcotiques. Le lendemain les mouvemens de la jambe droite étaient difficiles.

Le 14, délire vers le matin, odeur infecte.

Le 17, les douleurs d'oreilles et l'engourdissement du bras étant plus prononcés, je fis appliquer douze sangsues à la base du crâne et diminuer les alimens. Il n'y eut aucun soulagement.

Le 22, nouvelle attaque d'épilepsie. Je fis appliquer des ventouses le long de l'épine dorsale.

Le 23, fluctuation au-devant de l'oreille droite et tuméfaction plus prononcée. Abcès que j'engageai à ouvrir ; mais le chirurgien de l'établissement ne le fit pas et attendit malgré ma volonté. (Pilules composées de valériane et sous-carbonate de fer, 2 grains, et oxide de zinc, 1 gr.) Il était survenu depuis quelque temps un écoulement par l'oreille gauche avec douleurs vives. Nul sommeil, accès épileptiforme le soir. Les pilules furent continuées les jours suivans au nombre de trois.

Le 27, je fis lever Trochu. Il marchait avec difficulté, *chancelait, tombait en avant*, traînant davantage la jambe droite que la gauche. Les cataplasmes furent continués sur la tumeur. Le pus se fit jour à travers le conduit auditif,

ainsi que je l'avais prévu, en même temps que les craintes que j'avais eu qu'il n'y eût carie ou nécrose à la tête, à la mâchoire, à la cavité glénoïdale, furent confirmées par sa nature et son odeur.

3 novembre. Mouvemens convulsifs du bras droit continuels; rien ne put les maîtriser. La collection purulente avant de se faire jour avait fortement proéminé et rendu l'ouverture de la bouche impossible.

Le 5, hémorragie nasale.

Le lendemain, le pouls donnait 102 pulsations par minute, rougeur vive des joues, écoulement abondant de pus par l'oreille droite communiquant avec l'abcès situé au-devant sur lequel on exerçait une compression continue; difficulté à parler.

Le 6, attaque d'épilepsie, douleurs vives dans le bras droit, contracture, cessation momentanée de la fièvre, car quelques jours après elle devint continuelle avec une légère rémission vers le matin. (Le quart, lait, injection chlorurée, opiacée, lavemens purgatifs de temps en temps.)

Le 14, les mouvemens convulsifs du bras avaient cessé depuis dix à douze jours.

Le 17, double attaque d'épilepsie, pâleur du visage, odeur infecte sortant de la bouche.

Le 18, prononciation plus difficile, parole lente, affaissement plus marqué, écoulement par les oreilles presque nul, mouvement latéral de la tête fréquent. Trochu fut vivement affecté par la mort de l'un de ses voisins; il pleura amèrement. Il ne pouvait plus se lever et se soutenir sur ses jambes.

Le lendemain, retour des mouvemens convulsifs dans le bras droit, parole embarrassée, plaintes continuelles, maigreur plus prononcée.

Le 20, accès d'épilepsie, assoupissement, yeux hagards.

Le lendemain, il en eut trois nouveaux dans la journée. Conjonctive droite injectée, affaissement, raideur et difficulté à étendre le bras droit, nulle toux, ni oppression.

Le 22, attaque épileptique, mouvemens convulsifs dans le membre thoracique. Ecoulement par les oreilles, constipation, fièvre le soir, rougeur vive des pommettes.

Le lendemain, nouvel accès.

Le 25, tuméfaction au-devant de l'oreille droite (le quart orge). Ecoulement plus abondant le lendemain par les conduits auditifs et plus de calme.

Le 28, peau sèche et terreuse, mouvemens convulsifs du bras droit avec vives douleurs, difficulté à parler, prononciation lente et confuse. Le malade se plaignait de vives souffrances dans les oreilles.

Le 30, mouvemens du bras gauche presque nuls (commencement de paralysie), langue embarrassée, difficulté de la parole, fièvre, affaissement extrême.

1 décembre. Hémorragie par l'oreille droite (le côté correspondant du nez), impossibilité presque complète de proférer le moindre mot, odeur infecte.

Le 3, nouvel écoulement de près d'une chopine de sang par l'oreille gauche et seulement puriforme par la droite; plaintes continuelles, peau terreuse, perte totale d'appétit, respiration lente et suspirieuse, bras droit plié fortement avec contracture, tête toujours penchée à gauche, pouls filiforme.

Le lendemain, la mort était imminente : ce malheureux expira, en effet, à minuit.

AUTOPSIE CADAVÉRIQUE FAITE QUATORZE HEURES APRÈS LA MORT. — HABITUDE EXTÉRIEURE. Cadavre amaigri extrêmement, pâleur générale.

CRANE. Les tégumens étaient minces, exangues, les os secs et assez durs.

La dure-mère était adhérente à la face supérieure du rocher à droite, dans une étendue d'un pouce et perforée vers son centre, de manière qu'elle communiquait avec l'intérieur de la partie pierreuse du temporal, qui était cariée.

Toute la portion adhérente était tapissée d'une couche albumineuse, concrète, d'aspect puriforme. A gauche, elle était décollée dans une bien plus grande étendue, et jusque dans la fosse occipitale correspondante, où elle était séparée des os par une couche de matière noire et liquide, d'une odeur infecte; elle était tapissée dans toute cette portion altérée et donnait passage, comme à droite, à un tubercule cérébral de la grosseur d'une noisette. Après avoir enlevé cette membrane, on apercevait à la face supérieure des hémisphères cérébraux, surtout dans toute la moitié postérieure; un certain nombre de tubercules jaunes, se décélant par leur forme ronde ou ovoïde. L'arachnoïde était injectée à la base de l'encéphale.

L'hémisphère gauche de ce dernier contenait un très grand nombre de tubercules, développés la plupart dans la substance corticale, ayant depuis le volume d'un très petit pois jusqu'à celui d'une petite noix. Leur forme était le plus souvent ronde, ensuite ovalaire; leur substance, blanche, homogène, ferme, excepté au centre, où le plus ordinairement elle offrait un commencement de ramollissement. Un certain nombre conservait une fermeté égale partout. La substance cérébrale était, en général, faiblement ramollie dans le voisinage. Aucun ne s'était formé de kyste, excepté dans un point du lobe moyen de l'hémisphère droit. Le centre ovale n'en renfermait pas, tandis que le point précédent en présentait un assez volumineux, vis à vis l'altération de la dure-mère, à l'endroit de la portion cariée du rocher à laquelle il adhérait. En outre, toute la substance corticale correspondante avait contracté une teinte ardoisée, mais sans ramollissement.

L'hémisphère cérébral droit contenait de sept à neuf tubercules. Ils étaient plus nombreux vers la partie supérieure et externe, où on les apercevait sous la forme de taches jaunes, rappelant l'albumine concrète. Souvent, dans la substance grise, ils existaient entre deux circonvolutions. On en rencontra un du volume d'une grosse noisette, à peu près au milieu du centre ovale, accompagné de quelques autres plus petits; enfin, un dernier, très dur, adhérent à la portion cariée, de la face antérieure et supérieure du rocher, et passant à travers l'ouverture de la dure-mère.

Les ventricules latéraux ne contenaient que fort peu de sérosité. Les corps striés et les couches optiques étaient sains, de même que les autres parties de la base du cerveau.

Le cervelet offrait, vis à vis la fosse occipitale gauche, et dans toute la face externe de son lobe correspondant, une teinte bleuâtre ardoisée de sa substance corticale, qui néanmoins n'était nullement ramollie. Cette coloration était probablement le résultat de l'imbibition. Le reste de cet organe était sain; il s'écoula une petite quantité de sérosité par le canal rachidien.

En incisant au-devant de l'oreille les tégumens, dans le point où avait existé l'abcès, on parvint dans une cavité au fond de laquelle on apercevait la face externe de la branche ascendante du col et du condyle de la mâchoire inférieure dénudée, grisâtre, baignant dans un pus noirâtre infect. Ce dernier était érodé, entièrement dépouillé de son fibro-cartilage, qui avait été détruit par sa macération dans le pus. La partie postérieure et antérieure de la portion cartilagineuse du conduit auditif l'avait été également, en sorte qu'une sonde introduite dans l'orifice externe arrivait immédiatement sur le condyle et la portion cariée de la partie externe de la face inférieure du rocher. Le ganglion articulaire antérieur était tuméfié. La parotide bornait en arrière et en bas le foyer de l'abcès décrit, dont l'étendue verticale était beaucoup plus considérable que la transversale.

Après avoir détaché la branche correspondante de la mâchoire, on trouvait le fond de la cavité glénoïdale carié, criblé de trous; la paroi osseuse antérieure du conduit auditif dans le même état; la cavité de l'oreille interne remplie de pus, dans lequel flottaient, détachés, les osselets de l'ouie.

La face interne de la branche de la mâchoire était aussi devenue rugueuse : elle baignait dans le pus.

Une incision pratiquée pareillement au-devant de l'oreille gauche n'offrit rien de semblable. Ce ne fut qu'en approchant du condyle et de la branche de la mâchoire, qu'on pénétra dans une cavité remplie d'un liquide noirâtre, infect, qui n'était que du sang décomposé mêlé à du pus, et occupée par la tête de l'os, grisâtre et légèrement nécrosée à sa face externe seulement, tandis que toute la portion pierreuse du temporal, formant une partie du fond de la cavité glénoïdale, et la paroi antérieure du conduit auditif, était érodée, rugueuse, criblée de trous. La moitié externe de celle postérieure du même conduit, dénudée de son périoste, et toute la surface externe de l'apophyse mastoïde, étaient également nécrosées.

THORAX. Le poumon gauche était adhérent par un tissu cellulaire ancien. Son parenchyme était infiltré d'un assez grand nombre de très petits tubercules miliaires, gris, diaphanes. Il était rose et assez crépitant dans le lobe supérieur, d'une couleur rouge noirâtre dans l'inférieur, laquelle dépendait de l'engouement cadavérique sanguin.

Le poumon droit adhérent par quelques points de sa surface externe, et surtout par son sommet, y offrait une sorte de froncement aboutissant à une masse de tubercules agglomérés. En général, le tissu du lobe supérieur était emphysémateux antérieurement, d'une couleur rosée, et sec; tandis que celui des lobes moyen et inférieur était plus rouge et œdémateux. Car il s'en écoulait abondamment à la section une sérosité spumeuse, légèrement sanguinolente. Un point de la partie postérieure du dernier était recouvert d'une pseudo-membrane albumineuse, jaune, infiltrée de sérosité. (Légère pleurésie survenue dans les derniers temps de l'existence.)

La membrane muqueuse du larynx, de la trachée artère et des bronches, était saine et tapissée, dans ces dernières, de mucosités spumeuses.

La cavité du péricarde ne contenait qu'un gros et demi de sérosité. Le cœur était de volume normal; l'oreillette et le ventricule droits occupés par une concrétion polypiforme récente; les cavités gauches vides, leur tissu pâle.

ABDOMEN. L'estomac, d'une vaste capacité, renfermait une assez grande quantité d'un liquide coloré en vert par la bile. Le duodénum et le jejunum étaient sains; leur cavité contenait des matières jaunes un peu plus épaissies dans l'iléon. Tout le gros intestin était dans l'état normal; le colon contracté çà et là sur des magdaléons jaunes, très durs. En général, les premiers étaient distendus par des gaz : les glandes mésentériques étaient saines.

La rate très longue, volumineuse, à bord antérieur trilobé, flasque, offrait un tissu rougeâtre peu foncé, comme sale, qui s'écrasait sous la moindre pression.

Le foie était sain, sa vésicule très petite, presque vide, puisqu'elle ne renfermait qu'une très petite quantité de bile d'un noir verdâtre intense.

Les reins étaient dans l'état normal; leurs substances étaient pâles et peu distinctes l'une de l'autre : les parois de la vessie étaient hypertrophiées.

Dans cet exemple, la maladie commença, à l'inverse du précédent, par l'oreille interne, s'étendit au rocher, puis à la dure-mère et enfin au cerveau lui-même, du moins si l'on en juge par le développement successif des symptômes. En effet, d'abord écoulement par l'oreille et surdité indiquant une otite interne chronique, ensuite douleurs plus profondes, écoulement d'aspect et d'odeur dénotant la carie des os; accès épileptiformes, marquant que la phlegmasie gagnait les membranes du cerveau, ou qu'à cette époque des tubercules s'y développaient; et enfin, engourdissement du bras droit avec douleurs vives et contracture, traduisant le ramollissement de la portion d'encéphale qui répondait au rocher gauche.

Une hémorrhagie survenue par l'oreille droite, la contracture du bras gauche et l'écoulement puriforme par le conduit auditif du même côté, y indiquèrent la même lésion, de même que la marche chancelante du malade expliquait une double lésion de la base du cerveau.

Les contractions convulsives de l'œil droit avec éblouissement, celles continuelles du bras du même côté, et l'envahissement du membre abdominal correspondant par la paralysie, dénotèrent l'accroissement du ramollissement cérébral à gauche; en même temps que la fréquence plus grande des attaques d'épilepsie s'expliquait très-bien par l'augmentation du nombre et du volume des tubercules dans l'encéphale.

La fièvre devint continue, lorsque le vaste travail de suppuration qui s'opérait dans toutes les parties cariées des oreilles, des articulations

temporo-maxillaires, et les portions contiguës du cerveau, s'accrut, en même temps que la prononciation devint plus difficile, le mouvement latéral de la tête très-fréquent, les accès épileptiformes plus intenses, l'assoupissement et l'affaissement général plus marqués, et la paralysie du bras gauche complète.

Dans cette observation, comme dans l'autre, des hémorragies par les conduits auditifs, mais surtout le gauche, vinrent démontrer l'érosion de vaisseaux considérables. La carotide interne gauche, en effet, baignait dans le pus ou plongeait dans des portions de tissu cellulaire en suppuration; ses parois étaient ramollies, tuméfiées et comme usées dans un point, en sorte qu'il aura bien pu s'y faire quelque légère perforation qui aura fourni l'hémorragie abondante de l'oreille. Malheureusement le désordre des parties m'empêcha d'acquérir toute certitude à cet égard.

Quant aux lésions des os, elles étaient bien plus étendues du côté droit où le pus avait nécrosé toute la surface externe de la branche ascendante de la mâchoire et plus légèrement une partie de la face interne, le condyle, criblé de trous le fond de la cavité glénoïdale, altéré la lame externe de la portion écailleuse du temporal, carié et perforé toute la moitié externe de la face supérieure de la portion pierreuse et la base de la partie écailleuse du même os. Les osselets de l'ouïe étaient complétement détachés et flottaos dans la cavité de l'oreille interne.

Du côté gauche, toute la paroi antérieure du conduit auditif était nécrosée et criblée de trous; la surface externe de l'apophyse mastoïde rugueuse et le tiers externe de la face supérieure du rocher carié, de même que le fond du sinus latéral correspondant qui est formé, comme l'on sait, par la face postérieure de la même portion pierreuse.

La prédominance des accidens du côté droit s'explique par le nombre plus considérable des tubercoles dans tout l'hémisphère gauche du cerveau; car les portions de cet organe contiguës aux os cariés étaient peu ramollies, ou même peut-être pas.

Faut-il attribuer la marche vacillante de Trochu et l'action de tomber en avant à l'altération observée à la face externe du lobe gauche du cervelet, consistant dans une teinte bleuâtre ardoisée, sans ramollissement? J'avoue ne pas l'oser, lorsque je considère que chez Bindel, sujet de la première observation ou la même portion était un peu ramollie, rien de semblable ne fut observé.

Je ferai remarquer que l'inflammation de la carotide gauche avec altération de son tissu, qui eut lieu chez Trochu, donne à son histoire une grande analogie avec celle décrite par M. Gély, d'un fait qu'il a publié dans le numéro de novembre 1837 des archives générales de médecine, bien qu'il ne l'ait pas considéré du même point de vue que moi.

Si dans mes deux observations la langue conserva tous ses mouvemens, c'est que les nerfs hypoglosses restèrent intacts.

Je pense que M. Bricheteau, comme Morgagni, a été trop exclusif, lorsqu'après avoir fait connaître, dans le numéro de décembre 1834, du journal ci-dessus, un fait de ramollissement puriforme avec foyers du cerveau, d'altération des membranes, de carie de la face supérieure du rocher; des parois du conduit auditif et de la caisse du tympan, avec destruction de toutes les parties constituantes de l'oreille interne, il a conclu *qu'inévitablement la phlegmasie commençait par le conduit auditif, se propageait au cerveau de l'extérieur à l'intérieur, et que jamais* (très-probablement), *la maladie ne procédait de la lésion encéphalique à celle de l'oreille.* Les exemples cités par MM. Alberts de Bonn, Willcmer, Itard, et le premier des miens prouvent le contraire. Le dernier de ces auteurs n'a même pas balancé à décrire cette *lésion primitive* sous le nom d'*otorrhée cérébrale.* Enfin l'opinion du professeur Lallemand, de Montpellier, tendrait vers celle de M. Bricheteau, quoiqu'elle soit bien moins absolue.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

NOTE SUR LE TRAITEMENT DES POLYPES DE L'UTÉRUS PAR L'EXCISION; communiquée par M. le docteur RUFZ, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin à St-Pierre-Martinique.

Si je m'en rapportais à ce que j'ai vu jusqu'à présent, je croirais que les corps étrangers développés dans le tissu de l'utérus sont ici beaucoup plus fréquens que le cancer même de cet organe. Je ne sais si l'inverse a lieu en Europe (1). Pour cinq ou six cas de cancers utérins que j'ai eu occasion d'observer, j'ai bien rencontré vingt ou trente cas de polypes utérins, soit qu'ils se développassent du côté de l'abdomen, soit qu'ils se fussent échappés par le vagin.

Voici cinq cas dans lesquels j'ai pu pratiquer l'opération.

OBS. I.—Une dame âgée de 38 ans, d'une belle constitution, mariée, mais n'ayant jamais eu d'enfant, était bien réglée jusqu'en octobre 1833. A cette époque, les règles devinrent plus abondantes, et presque continues pendant tout le mois. Bientôt se joignirent des envies d'uriner et des douleurs à l'hypogastre; cette dame pâlit et maigrit; en portant le doigt dans le vagin, elle y avait reconnu la présence de quelque chose d'extraordinaire. Nous reconnûmes que c'était un polype qui proéminait entre les lèvres du museau de tanche, comme la pointe de la langue poussée entre les lèvres de la bouche.

Le 12 janvier 1836, ce polype fut saisi avec des pinces-airignes, attiré aussi bas que possible, et son pédicule fut coupé avec des ciseaux courbes. La tumeur avait la forme et le volume d'une de ces petites poires dites poires d'Angleterre. Le pédicule ne fut pas coupé très près de la racine. Cessation des hémorragies; écoulement de quelques mucosités purulentes pendant cinq ou six jours. Cependant, la malade continua à éprouver de fréquentes envies d'uriner. Les urines ont toujours un dépôt. Un mois après, les règles ont lieu, mais en grande abondance; alors, je pratiquai une large saignée; je soumis la malade aux pilules de térébenthine; ensuite, bains froids.

Elle a guéri parfaitement; et, il y a aujourd'hui 28 mois, aucun symptôme de récidive ne s'est encore déclaré.

OBS. II.—Une négresse, âgée de 33 ans, d'une forte constitution, a eu plusieurs enfans; le dernier est âgé de 12 ans. Depuis sept ans, elle a des pertes fréquentes et abondantes; elle a pâli et maigri beaucoup. Je reconnus un polype descendu dans le vagin, et aussi gros qu'une pomme de reinette.

Le 23 mars 1836, le polype est attiré en bas avec des pinces airignes; j'en incise le pédicule qui avait 13 lignes de diamètre. Cette incision a lieu très près du corps du polype; de manière qu'il reste encore un assez fort morceau du pédicule.

Aucune hémorragie. Trois semaines après, la négresse avait repris ses travaux.

Deux ans après, j'ai eu occasion de retoucher cette femme : l'utérus était fermé, et son col long d'un demi-pouce.

OBS. III.—Une mulâtresse de 45 ans, médiocrement forte, ayant eu plusieurs enfans (le dernier a 13 ans), éprouvait des pertes depuis six mois, sans aucune espèce de douleurs. Elle avait seulement beaucoup pâli et maigri. L'ayant examinée, je trouvai que la membrane muqueuse du vagin était repoussée en dehors par un corps placé dans l'intérieur de ce conduit; ce corps était mou, rougeâtre; on pouvait facilement le faire rentrer dans l'utérus, ce qui pouvait, au premier abord, faire croire à un renversement de l'utérus; mais la longueur du corps, qui avait près de 3 pouces de long, sa dureté, et, enfin, la circonstance que cette maladie n'avait point succédé à un accouchement, me détournèrent de cette opinion. Le corps fut attiré au-dehors, et son pédoncule incisé aussi haut que possible.

Les hémorragies cessent. Au bout de quinze jours, la malade était levée. Il y a deux mois de cela, la guérison se maintient.

OBS. IV. — Une négresse de 56 ans, très robuste, ayant eu plusieurs enfans (le dernier a 19 ans), depuis quatre ans, éprouve des pertes sans aucune douleur; elle a pâli et maigri. Je reconnais dans le vagin un corps long et pédiculé. Des tractions faites avec les pinces de museux suffisent pour l'arracher.

Aucune hémorragie depuis dix-huit mois. Cette femme est entièrement guérie.

POLYPE ENCORE ENFERMÉ DANS L'UTÉRUS, AMPUTATION PARTIELLE; GUÉRISON.

OBS. V. — Madame ***, âgée de 38 ans, d'une constitution assez forte, mais très débilitée, car elle est d'une pâleur extrême et ses chairs sont molles. Elle n'a jamais eu d'enfans. Depuis l'année 1828, elle éprouve des pertes continuelles en rouge et en blanc, mais sans aucune douleur. Elle a été traitée pour toute sorte de maladie, sans aucun examen. L'ayant touchée j'ai trouvé le col de l'utérus dilaté comme pour l'accouchement. Cette dilatation égalait les dimensions d'une pièce de 2 fr. Le doigt indicateur introduit par là dans l'utérus sentait un corps rond, dur, lisse, dont on pouvait faire le tour, mais sans en atteindre la base, de manière qu'il était impossible de reconnaître si ce corps tenait à l'utérus par une large base ou par un pédicule. A l'hypogastre et par le rectum on sentait que ce corps était volumineux.

Bien que ce polype fût encore enfermé dans l'utérus, je résolus d'en pratiquer l'excision. L'ayant saisi avec des pinces de museux, j'essayai de lui faire franchir le col, ce qui fut impossible malgré les plus fortes tractions. J'incisai le col des deux côtés dans l'étendue de trois lignes de chaque côté. Cette incision ne me servit à rien. Alors tout en faisant tirer sur le corps avec les pinces de museux, je portai mon doigt indicateur gauche dans la cavité utérine aussi haut que possible, et je m'en servis pour guider un bistouri boutonné tenu de la main droite et à l'aide duquel je coupai le polype en différens sens. Je hachai ce corps tout en préservant les parois de la matrice, et je pus en extraire environ neuf onces; c'était un tissu fort dur et très évidemment fibreux. J'évaluai que ce pouvait être la moitié du polype, car je sentais l'autre moitié encore adhérente.

(1) Bayle évaluait à un cinquième le nombre des femmes âgées de plus de 35 ans, chez qui il a trouvé un ou plusieurs corps fibreux. Portal avait trouvé une proportion plus forte; car, sur vingt matrices qu'il examina, treize lui avaient offert des polypes dans leur cavité. M. Dupuytren estimait que le tiers des matrices des vieilles femmes contenait des corps fibreux. (Dans un travail communiqué par M. Loir à MM. Marx et Paillard, sur 40 matrices de vieilles femmes, 15 avaient des corps fibreux.)

Cette opération avait duré deux heures. La malade était affaiblie, quoiqu'elle eût peu souffert et qu'elle n'eût perdu qu'une assiette de sang environ; et comme j'étais moi-même très fatigué, je remis à une autre fois l'extirpation du reste du polype. Par crainte de l'hémorragie, le vagin fut tamponné immédiatement; dans la soirée, la malade eut une fièvre considérable, chaleur, pouls à 120, accablement, sans aucune douleur locale. Le tamponnement détermina une rétention d'urine.

Je fus obligé de sonder trois fois la malade.

Quarante-huit heures après l'opération, la fièvre persiste au même degré; l'affaissement est extrême, la malade ne répond à aucune question. Je défais le tamponnement, je fais pratiquer des injections avec le chlorure de soude, potion avec 25 grains de sulfate de quinine. A partir de ce jour, les accidens se dissipèrent. Il n'y eut point d'hémorragie; pendant trois semaines la malade eut un écoulement purulent, mais sans fétidité et souvent peu abondant. Au bout d'un mois elle était guérie. Six semaines après, les règles reparurent, mais ne se prolongèrent pas en partie. La malade a repris de l'embonpoint; elle jouit d'une belle santé.

Quinze mois après l'opération, j'ai pu la retoucher; l'utérus est entièrement fermé; on ne sent point la portion du corps fibreux qui y a été laissée.

Ces observations peuvent être ajoutées à une foule d'autres que la science possède aujourd'hui et qui démontrent combien l'excision des polypes est une opération peu grave et préférable à toute autre. Dans l'observation 2, le corps fibreux était très volumineux et son pédicule très épais. Il n'y eut pas d'hémorragie; mais peut-on imaginer un cas où cet accident fut plus à redouter que dans l'observation 5? M. Dupuytren avait fixé définitivement ce point de la science. Pour lui, l'excision du polype était presque un axiome chirurgical; cependant on voit journellement dans les recueils scientifiques des exemples où la ligature est employée; on peut même dire que chez la majorité des praticiens cette dernière méthode obtient la préférence, toujours par crainte de l'hémorragie; mais outre que la ligature est d'une extension plus difficile que l'excision, qu'elle prolonge les anxiétés de la malade en attendant qu'elle ait produit son effet, elle a aussi des accidens qui lui sont propres. En 1828, je vis M. Récamier lier un polype descendu dans le vagin, et qui n'était pas plus volumineux que celui dont il est fait mention dans l'observation 2. Le polype fut deux ou trois jours à se détacher. Il s'établit dans le vagin un écoulement de matière fétide, et bientôt après se déclarèrent tous les accidens d'une fièvre de résorption; la malade mourut. On pourrait trouver dans les journaux de médecine d'autres observations semblables. Pour moi je suis porté à croire que si je n'avais pas tamponné dans le cas du n. 5, je n'aurais pas eu à combattre les accidens qui se sont manifestés après et que j'attribue au séjour du liquide putride dans l'utérus.

On voit aussi par ces observations qu'il n'est pas nécessaire d'exciser les polypes au ras de leur racine, cela est surtout visible dans l'observation n° 5, où je fus obligé de laisser la moitié du corps fibreux dans l'utérus. Dans une observation rappelée par le *Journal des Connaissances médico-chirurgicales*, pag. 84, tom. II, M. Lisfranc fit de même. Ces deux cas peuvent être considérés comme des amputations partielles plutôt que comme des excisions. Mais que deviennent les portions de polypes restantes? Sont-elles résorbées, sont-elles fondues par la suppuration, ainsi que le professe M. Lisfranc (*loco citato*)? Cela serait fort difficile à décider. Toujours est-il que chez la malade, dans l'observation n° 5, la suppuration qui suivit l'opération fut peu abondante et peu en rapport avec le volume de la portion laissée dans l'utérus. Cependant quinze mois après, je ne retrouvai plus aucune trace de cette dernière.

De cette observation, ainsi que des observations 1, 2 et 3, dans lesquelles je laissai d'assez longues portions des pédicules, je crois qu'on peut inférer que ce n'est point par les pédicules que les polypes se reproduisent; car, dans aucun des cas dont je parle, il n'y a encore signe de récidive. Lorsque la récidive a lieu, ce sont de nouveaux polypes qui se forment de toute pièce en d'autres points de l'utérus; car il n'est pas rare de trouver deux ou trois de ces corps développés à la fois dans cet organe et ayant des dimensions différentes : voilà pourquoi chez les uns la récidive a lieu, c'est lorsqu'il y a plusieurs polypes, et que, l'un étant excisé, un autre se développe. Chez d'autres, au contraire, la guérison est radicale, parce qu'il n'y avait qu'un seul de ces corps. Ainsi donc, les polypes ne se reproduisent point comme le squirrhe et le fongus en bourgeonnant par leurs portions restantes. Cette opinion n'est pas celle qui règne généralement. Dans un excellent article, publié dans le *Journal des Connaissances médico-chirurgicales*, MM. Marx et Paillard enseignent, d'après M. Dupuytren, que les polypes repoussent par leurs racines; ceci mérite vérification.

L'examen des symptômes et des corps excisés n'a donné lieu à aucune remarque nouvelle. Je ferai remarquer que la difficulté dans l'émission des urines n'a été observée que chez la malade de l'observation 1re, alors que le polype était peu volumineux et à peine proéminent dans le vagin. Cette difficulté tenait à un léger catarrhe de vessie, et non à la compression de l'urètre. La malade était une femme du monde très impressionnable.

OBSERVATIONS SUR L'EMPLOI DES EAUX MINÉRALES DE BAGNOLES (ORNE) DANS LE TRAITEMENT DES HYDROPISIES, communiquées par le docteur ISIDORE POULLAIN, chirurgien-major, chargé en chef du service de santé de l'hôpital militaire des mêmes eaux.

OBS. — Le nommé Bourbonneux, sapeur-pompier, âgé de 33 ans, d'une assez faible complexion, fut envoyé, en 1834, aux eaux de Bagnoles, pour une hydropisie ascite, survenue à la suite d'une gastro-entérocolite, assez intense, à laquelle on opposa dans le principe le traitement antiphlogistique le plus actif et le plus rationnel, ce qui n'empêcha pas l'inflammation d'aller son train et de se terminer, au bout de fort peu de temps, par une collection très abondante de liquide dans la cavité péritonéale. On changea alors de méthode thérapeutique; mais tous les diurétiques et autres moyens recommandés en pareil cas restèrent sans effet. L'épanchement séreux fit des progrès; le malade ne tarda pas à être menacé de suffocation et il fallut recourir à la ponction. On la fit trois fois dans l'espace de deux mois, à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, mais toujours inutilement, et dans le but seulement de soulager momentanément le malade, qui dépérissait à vue d'œil; on se décida alors à l'envoyer aux eaux de Bagnoles, où il arriva le 1er juin 1834, dans un état vraiment désespéré. La face était pâle et légèrement bouffie, les membres supérieurs d'une maigreur extrême, aussi bien que le thorax, sur lequel on pouvait facilement compter les côtes. Le ventre était fortement distendu, le scrotum infiltré, ainsi que la partie supérieure des cuisses; l'urine rare, la respiration difficile, l'appétit presque nul, etc., etc. Il était impossible de se méprendre sur la nature du mal. Je propose au malade une quatrième ponction, mais Bourbonneux s'y refuse obstinément, non qu'il redoute cette petite opération, mais parce que, disait-il, les trois premières n'avaient pas amélioré son état, et que, puisqu'on l'envoyait aux eaux, c'était probablement parce que les eaux devaient le guérir. Je me gardai bien de détruire en lui une idée aussi consolante, bien qu'intérieurement convaincu du contraire. Quoi qu'il en soit, je me décidai à le soumettre à un demi-traitement thermal, c'est à dire à lui prescrire tous les jours un grand bain d'une heure et à 30° R. L'effet des dix premiers fut peu sensible; mais le ventre n'augmenta pas de volume, et c'était déjà quelque chose. Au quinzième, il y eut une légère diminution. Le malade, qui s'amusait tous les jours à se mesurer l'abdomen avec un ruban, me dit que cette diminution était d'un pouce de diamètre, le lendemain d'un pouce et demi, et ainsi de suite, si bien qu'au bout de trente bains le ventre avait diminué de presque moitié. Je continuai à prescrire les bains, mais je n'en obtins plus aucun résultat. La collection resta stationnaire. Je crus, dès lors, devoir y joindre l'usage de la douche sur les parois abdominales, d'abord en arrosoir, ensuite à un seul jet et à une assez forte pression. Le malade en prenait tous les jours une de dix minutes seulement, après son bain; l'effet en fut aussi prompt qu'efficace; car, après la quinzième, le ventre était revenu à son volume normal. Je n'en continuai pas moins les bains et les douches, bien que la résolution du liquide épanché me parût complète, et le malade quitta les eaux, entièrement guéri, le 30 septembre. Il avait pris en tout 90 bains et 33 douches.

Pendant les quinze premiers jours, Bourbonneux ne prenait que deux potages par jour; bientôt l'appétit se fit sentir, et j'arrivai graduellement à la portion entière. La boisson ordinaire était de l'eau minérale coupée avec le vin.

Cette observation n'est pas sans intérêt pour la science; car à supposer que les eaux de Bagnoles n'aient pas toujours la même efficacité dans les hydropisies abdominales, on sera bien forcé de reconnaître ici que leur usage a été couronné d'un plein succès. Malheureusement une cure isolée ne suffit pas pour attester la propriété spécifique de tel ou tel médicament. Il faut que les exemples se multiplient à l'infini pour oser poser des règles fixes à cet égard, et l'expérience seule doit nous servir de guide en pareil cas. Toujours est-il que le fait en question mérite d'être pris en considération, surtout si on le rapproche de deux autres cas d'hydropisies articulaires, également traitées avec succès par les mêmes moyens et dans le même établissement. Ces deux faits doivent naturellement trouver place ici.

OBS. II. — Le nommé Palluel, artilleur, âgé de 22 ans, d'une bonne constitution, fut envoyé la même année aux eaux de Bagnoles pour une hydarthrose de l'articulation fémoro-tibiale, survenue à la suite d'une chute sur le genou. Il en résulta un engorgement très considérable de l'articulation, que l'on traita inutilement, pendant cinq mois, par les applications réitérées de sangsues, les vésicatoires volans, les moxas, les bains sulfureux artificiels et les frictions de toute espèce. Rien n'y fit, si ce n'est de calmer les accidens inflammatoires, et le malade arriva aux eaux avec un genou extrêmement gonflé, sans douleur et sans changement de couleur à la peau. J'examinai l'articulation avec soin, et je reconnus bientôt à la fluctuation que j'avais affaire à une hydarthrose. Je soumis le malade au même traitement que Bourbonneux; mais les bains seuls n'apportèrent aucun changement dans le volume de la tumeur, et il me fallut recourir à la douche sur l'articulation. Il eut d'abord de la peine à la supporter, mais il s'y habitua par degrés, et la résolution fut complète à la vingt-cinquième. Le genou était revenu à son volume ordinaire; la marche était facile, et Palluel quitta les eaux entièrement guéri.

OBS. III. — Le nommé Bouillet, gendarme, âgé de 40 ans, d'une forte constitution, vint prendre les eaux de Bagnoles pour la même affection. Huit mois

auparavant, il avait reçu un coup de pied de cheval dans le genou gauche. Toute l'articulation ne tarda pas à s'engorger. On pratiqua immédiatement deux saignées générales, sans en obtenir un soulagement bien marqué. L'inflammation locale fit des progrès et devint tellement vive qu'il fallut recourir à une application de 180 sangsues sur l'articulation qui en était le siége. Cette saignée locale coupa court aux accidens inflammatoires, les douleurs se calmèrent; mais il n'en fut pas de même de l'engorgement, qui persista jusqu'à l'époque où le malade fut envoyé aux eaux, huit mois environ après l'accident. L'articulation n'offrait plus alors aucune sensibilité, ni au toucher, ni pendant les mouvemens de flexion et d'extension de la jambe sur la cuisse. Mais le liquide qu'elle renfermait se montrait à l'extérieur et sur ses côtés, principalement sous la forme d'une tumeur molle, indolente, sans changement de couleur à la peau, circonscrite, d'ailleurs, par les attaches du ligament capsulaire et offrant des signes de fluctuations manifestes. On ne pouvait s'y méprendre, c'était encore une hydarthrose. Les bains que je prescrivis d'abord n'apportèrent qu'une modification presque insensible dans le volume de la tumeur. Il me fallut recourir à la douche, comme dans le cas précédent; mais les vingt premières restèrent sans effet, et ce ne fut qu'à la vingt-cinquième que la résorption commença à se faire; elle était complète à la trente-cinquième, et le malade quitta Bagnoles complétement guéri.

J'eus occasion de le voir six mois après sa sortie des eaux, il n'avait éprouvé aucune rechute.

Je le mis à la portion entière pendant toute la durée du traitement, et à l'eau minérale coupée avec le vin pour boisson (1).

Bien que ces trois cures n'aient rien d'extraordinaire et que l'on en trouve plusieurs exemples dans les fastes de l'art, l'hydropisie ascite portée à un certain degré n'en est pas moins une maladie fort grave, difficile à guérir, et contre laquelle les remèdes les plus vantés échouent presque constamment. Camper avance que sur plus de cent hydropiques auxquels il a pratiqué la paracentèse, il pourrait à peine en citer six qui se soient entièrement rétablis. Le pronostic de l'hydropisie articulaire du genou n'est guère plus consolant; la résolution du liquide épanché est fort difficile à obtenir, et comme le dit Boyer, on est souvent obligé d'abandonner la maladie à elle-même ou d'avoir recours à une opération dont les résultats sont toujours incertains et quelquefois accompagnés d'accidens graves. Ici, à la vérité, on avait affaire à des sujets bien constitués et dans la force de l'âge; la maladie était récente et sans complication; ce sont là, j'en conviens, autant de chances favorables dont il faut tenir compte, et qui diminuent la gravité du pronostic. Mais à part ces bonnes dispositions où se trouvaient nos malades, il est fort douteux qu'un tout autre traitement que celui qu'ils ont subi eût eu des résultats aussi avantageux; et il est difficile de ne pas accorder la plus grande part de leur guérison à l'usage des eaux de Bagnoles. Prises en bains, ces eaux sont toniques et fortifiantes; c'est là un fait incontestable. J'ai vu souvent ici des personnes âgées prendre soixante bains de suite, sans en éprouver la moindre fatigue; elles se sentaient au contraire plus fortes et plus vigoureuses, tandis que trois ou quatre bains domestiques suffisaient pour les abattre.

Or si, comme le prétend Brown et ses sectateurs, l'asthénie fait le principal caractère des hydropisies, il nous sera facile ici de faire cadrer la théorie avec la pratique. Le bain, en réveillant l'action du système lymphatique en général et celle des vaisseaux absorbans en particulier, a dû nécessairement favoriser la résolution du liquide épanché. Mais outre que la manière de voir de Brown sur les hydropisies nous paraît trop abstraite et trop peu conforme à l'expérience, nous avons vu que les bains seuls chez les trois malades dont on vient de lire l'observation n'avaient pas suffi pour amener la résolution de l'épanchement, et qu'il a fallu constamment y joindre l'usage de la douche. C'est donc la douche qui, selon nous, a le plus contribué à la guérison; c'est à elle aussi que nous donnerions la préférence en pareil cas, si de nouveaux malades se présentaient à notre observation.

Quant à l'eau minérale de Bagnoles prise intérieurement, elle ne jouit pas de propriétés diurétiques assez prononcées pour que nous en tenions compte. Il n'en est pas de même lorsqu'on la prend sous forme de bains; elle pousse vigoureusement à la peau, les malades suent par tous les pores aussitôt qu'ils en sont sortis, et c'est sans doute à cette diaphorèse abondante qu'il faut attribuer la disparition de toutes les douleurs ostéocopes que nous avons à traiter ici. Mais ceci sera l'objet d'un autre article que je me propose de publier en temps et lieu.

OBSERVATION D'ASTHME DIT THYMIQUE OU ASTHME DE KOPP, TERMINÉ PAR LA GUÉRISON; par le docteur LUROTH, médecin cantonnal à Bischwiller.

Un petit nombre seulement de cas de cette affection de l'appareil respiratoire que le docteur Kopp, et après lui d'autres médecins allemands ont fait connaître sous le nom d'*asthme thymique*, a été publié jusqu'à ce jour en France. C'est pour cette raison que le fait suivant, recueilli en février 1837, durant l'épidémie de grippe, m'a paru offrir assez d'intérêt pour être publié.

Obs. — F. Régula, garçon, âgé de treize mois, d'une constitution assez robuste, est l'enfant d'une mère à tempérament éminemment lymphatique et d'un père à tempérament sec et bilieux. Sa naissance a été précédée en trois époques de celle de deux jumeaux venus avant terme, et qui n'ont vécu que peu d'instans; puis de celle d'une sœur dont la dentition a été marquée par des accidens graves (convulsions, abcès critique), et qui est morte d'une violente attaque de croup, à l'âge de trois ans; enfin de celle d'une autre sœur encore vivante, et qui a également traversé une dentition orageuse signalée par des accès de convulsions, des symptômes d'hydrocéphale aiguë et des attaques répétées de croup. A la différence de ses sœurs aînées, le jeune sujet de notre observation a traversé sans accident la première année de sa vie; mais le 18 février 1837, au moment où la grippe régnait dans toute sa force, on m'appelle auprès de lui. J'apprends de ses parens que depuis quelque temps l'enfant commence à retenir la respiration, le plus souvent à l'occasion de quelque contrariété; cette habitude s'est graduellement développée jusqu'au point de provoquer quelquefois des accès de suffocation. Une toux rauque est venue se joindre à ces accès depuis quatre à cinq jours; il n'y a que peu ou point de fièvre, mais un peu de dyspnée; l'inspiration se fait avec un certain effort; un râle muqueux, sonore se fait entendre dans la trachée artère et les bronches. La toux dont les accès sont plus fréquens la nuit que le jour offre le timbre insolite et criard du croup. L'enfant a conservé son appétit, mais ses traits fatigués et son abattement annoncent qu'il est sous l'influence de l'épidémie régnante.

Prescription. Un vomitif composé de parties égales de sirop d'ipécacuanha, d'oxymel scillitique et de vin stibié, administré à petites doses rapprochées, provoque plusieurs vomissemens muqueux, mais n'amène pas de changement notable dans l'état du malade. Continué à titre d'expectorant et à doses plus éloignées jusqu'au 27 février, ce moyen n'empêche pas la respiration de devenir de plus en plus pénible surtout pendant le sommeil, ni la toux de conserver son caractère croupal; les accès d'étouffemens ont augmenté en nombre et en intensité; toutefois la fièvre manque et l'appétit est bon; le ventre est paresseux.

Prescription du 27 février. Un grain de calomel le matin, à midi et le soir; boissons pectorales. Ce moyen ne réussit pas mieux que le premier; les accès asthmatiques augmentent rapidement, et au 6 mars il y en a douze à quinze dans les vingt-quatre heures, chacune d'une durée d'une à trois minutes. Ils surviennent lorsque l'enfant tousse ou crie, ou après le repas et surtout au moment du réveil. Ils commencent par un cri aigu suivi d'une inspiration sifflante ressemblant quelque peu à celle des quintes de la coqueluche; puis il y a suspension de la respiration avec extension générale du tronc et des membres, fixité du regard, teinte bleuâtre de la face passant quelquefois au violet, langue serrée entre les dents comme chez les asphyxiés par submersion; enfin suffocation imminente. A ces phénomènes succède promptement une rémission complète, marquée par un abattement passager et par le retour à l'état normal.

Prescription du 6 mars. Elixir cardui benedict. de Hufeland (1), une once, à prendre quinze gouttes de quatre en quatre heures dans un thé pectoral; frictions avec une pommade d'hydriodate de potasse sur le devant du cou et du thorax.

Ces moyens continués jusqu'au 10 mars semblent amener une diminution dans la fréquence et l'intensité des accès d'asthme; la toux a persisté avec un râle muqueux pendant l'inspiration; le ventre est paresseux.

On ajoute à la liqueur une quantité égale de teinture aqueuse de rhubarbe, et on en augmente la dose jusqu'à effet laxatif.

14 mars. Il y a trois à quatre selles demi-liquides par jour; une amélioration bien prononcée se fait remarquer dans l'état du petit malade; le nombre et l'intensité des accès d'asthme diminue de jour en jour. Le même traitement est continué.

Le 18 mars, la respiration dans l'intervalle des accès est sans râle et presque normale; la toux a diminué; les accès d'asthme ont lieu faiblement et à deux ou trois reprises dans les vingt-quatre heures. L'appétit est excellent; les évacuations alvines sont régulières, mais toujours entremêlées de matières glaireuses. (Mêmes moyens.)

Le 28 mars, l'enfant est en pleine convalescence, les accès asthmatiques ont complétement cessé; la santé générale est bonne.

Au mois d'avril, six semaines après sa première maladie, il a eu, à l'occasion d'une poussée de dents, une attaque de convulsions qui n'a pas eu de suite.

Au mois de juillet suivant, quelques nouvelles mais légères attaques asthmatiques ont semblé vouloir se reproduire. Le conseil que je donnai alors aux parens d'administrer à la première occasion une légère correction, et de revenir au besoin à ce moyen, suffit pour couper court à cette espece de récidive.

Depuis cette dernière époque, notre petit malade a continué de se bien porter. Une émotion un peu vive peut encore donner à sa face une légère teinte bleuâtre, mais la respiration n'en souffre plus d'une manière particulière.

Peut-on dire que le diagnostic qui range le fait ci-dessus rapporté au nombre des cas de l'asthme de Kopp soit juste? je le pense; car les

(1) Ces trois observations faisaient partie du rapport que nous avons adressé en 1834 à M. le ministre de la guerre sur les eaux de Bagnoles. Le double de ce rapport a été envoyé à l'Académie royale de médecine, qui n'aura, sans doute, pas encore eu le temps de s'en occuper.

(1) Cet élixir se compose d'Extrait de chardon béni, un gros.
Extrait de douce-amère, un scrupule.
Eau de fenouil, une once.
Eau de laurier-cerise, un gros.
Mêlez pour l'usage.

caractères principaux assignés par les auteurs à cette forme d'affection des organes respiratoires y ont existé d'une manière non douteuse. Quant à son étiologie, il faut y reconnaître deux ordres de causes, savoir les unes prédisposantes, propres au sujet lui-même, dérivées d'une part de sa disposition héréditaire pour les affections morbides des organes respiratoires déjà manifestée dans ses deux sœurs aînées, et d'autre part de son âge, qui est celui de la dentition, où les enfans sont fréquemment sujets à ces genres d'affections; les autres de ces causes ayant joué le rôle déterminant; et parmi elles figure en première ligne l'épidémie catarrhale, alors régnante. Sous l'influence de cette épidémie l'élément catarrhal est venu se joindre à l'élément spasmodique ou nerveux déjà préexistant, et l'action combinée de ces deux élémens a fait naître une maladie à double face, composée d'un catarrhe croupal avec gêne permanente de la respiration, et en même temps d'accès asthmatiques poussé jusqu'aux limites de l'asphyxie.

Sous le rapport du traitement, on notera que les vomitifs et le calomel sont restés sans effet et les symptômes n'ont commencé à céder qu'après l'administration d'un moyen à la fois calmant, légèrement tonique et évacuant. C'est par un traitement analogue que d'autres praticiens ont obtenu des succès semblables, ainsi que l'on peut s'en convaincre dans les mémoires dont la GAZETTE MÉDICALE a donné l'analyse dans le volume de l'an 1836. Il est donc permis de conclure que ce mode de traitement mérite la préférence sur tout autre, au moins jusqu'à ce qu'un meilleur et plus efficace encore ait été trouvé.

La présente observation ne sera d'aucun secours pour décider la question de la cause organique de l'asthme dit *thymique*, mais le praticien se console aisément de ce désavantage; il préfère la satisfaction d'avoir atteint le vrai but de la médecine, celui de guérir. Je me propose, du reste, de revenir sur cette question dans un mémoire prochain sur la coqueluche et son traitement.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 2 JUILLET.

SQUELETTE DU COLIBRI. CHANGEMENS QUI S'OPÈRENT DANS LA NATURE DU PELAGE DES CHEVAUX EMPLOYÉS DANS LES PROFONDEURS DES MINES.

M. Geoffroy Saint-Hilaire, qui voyage en ce moment en Belgique, adresse à l'Académie quelques observations faites à l'occasion de divers objets d'histoire naturelle existans dans les muséums ou collections particulières des villes qu'il a visitées. Un squelette d'oiseau-mouche, existant dans le cabinet de M. J. Kets, à Anvers, lui a fourni matière à des remarques sur la manière dont la nature, sans s'écarter de la loi d'unité de composition, a pu donner à ce petit oiseau les dispositions organiques pour le genre de vie très singulier qu'on lui connait.

L'animal puise au fond du calice des fleurs les sucs ou les insectes dont il se nourrit, et pendant tout le temps qu'il butine il faut qu'il se soutienne en l'air, les pédoncules des fleurs étant trop faibles pour lui permettre de s'y appuyer. Il faut, par conséquent, qu'il ait et des organes du vol très puissans et une langue très protractile, qu'il tienne, à certains égards des pics, qui dardent sous l'écorce des arbres une longue langue gluante, et, à d'autres égards, des oiseaux grands voiliers, qui, se mouvant sur l'océan, n'ont dans le voisinage des lieux où ils chassent aucun point où ils puissent se reposer. Dans le squelette de l'oiseau-mouche, en effet, nous voyons, comme dans les pics, un prolongement excessif des branches de l'hyoïde, qui se contournent derrière la tête et peuvent, au moyen de muscles convenablement disposés, projeter la langue en avant; et nous trouvons aussi, comme chez les frégates, l'appareil osseux qui donne attache aux pectoraux, le sternum, très ample et offrant une crête extrêmement saillante.

A Liége, M. Geoffroy Saint-Hilaire a vu les ossemens humains trouvés pêle-mêle avec des débris d'animaux antédiluviens, et que l'on avait cru pouvoir appartenir à la même époque. M. Geoffroy ne trouve pas ces pièces dignes d'autant d'intérêt qu'on l'avait d'abord supposé. Il remarque, d'ailleurs, que, dans l'ouvrage publié sur ces découvertes, le crâne humain a été inexactement figuré.

Une autre observation de M. Geoffroy a rapport aux chevaux employés à Seraing, dans des galeries de mines, situées à plus de 1,000 pieds au-dessous de la surface du sol, et qui, pendant treize ans de séjour continu dans ces lieux, n'ont pas éprouvé, dit-on, dans la nature de leurs poils, de modifications notables. L'auteur n'a pu vérifier par lui-même ce fait; mais, le lendemain, se trouvant aux mines de houilles de Van Benoist, où il y avait aussi des chevaux vivant sous terre, il reconnut que chez ces animaux, quoique leur séjour dans les galeries ne remontât pas à plus de deux ou trois ans, il y avait dans leur robe des modifications évidentes dues à cette cause. Leur poil, très touffu, était uniformément noir, et quand on passait dessus la main, il faisait éprouver une sensation analogue à celle qu'on a en passant la main sur la peau d'une taupe.

INFLUENCE DE LA TEMPÉRATURE SUR LA CICATRISATION DES PLAIES.

M. Breschet lit, en son nom et celui de M. Jules Guyot, un mémoire sur les résultats d'expériences à ce sujet, qu'ils poursuivent maintenant à l'Hôtel-Dieu.

Dès l'année 1833, M. Jules Guyot avait fait un grand nombre d'expériences, d'abord sur les animaux, puis sur l'homme, pour résoudre cette question générale : Quelle est l'influence thérapeutique de la chaleur atmosphérique dans la cicatrisation des plaies? Et c'est le sujet d'un mémoire qu'il présenta à l'Académie des sciences en 1835.

Le premier essai, fait en commun par les deux auteurs, ne date que du mois de juin; mais déjà depuis quelque temps ils s'occupaient de la disposition de l'appareil nécessaire pour appliquer la chaleur, appareil qui devait être simple, peu dispendieux, peu volumineux et d'une application facile. Celui qu'ils emploient le plus généralement consiste dans une boîte cubique dont la paroi tournée du côté du moignon est supprimée; une pièce de toile clouée au pourtour en tient lieu.

Cette toile forme une espèce de sac conique dont la base embrasse la boîte, et dont le sommet vient s'enrouler autour du membre et s'y fixer par des cordons lorsque le moignon est placé dans la boîte. La paroi inférieure de cette boîte repose dans le lit; la paroi supérieure s'ouvre et se ferme à volonté; elle est munie d'une vitre pour suivre les progrès de la plaie. Un thermomètre placé en dedans indique constamment le degré de température; la paroi externe reçoit un tube de fer blanc dirigé horizontalement jusqu'à sa sortie du lit, puis descendant verticalement pour s'adapter au verre d'une lampe ordinaire. Au coude, formé par cette cheminée, se trouve une porte à coulisse qui laisse échapper la chaleur excédante produite par la lampe, par une ouverture qu'on augmente ou qu'on diminue à volonté. Tout l'appareil est fixé au lit par de simples robans de fil.

L'appareil est aussi disposé dans le lit et déjà chauffé lorsqu'on y place le moignon du membre amputé immédiatement après l'opération; un coussin de balle d'avoine couvert d'un drap et de compresses, préserve le membre du contact du bois, et élève la plaie libre et sans pansement dans l'air chaud. Cette plaie doit rester sans être touchée, changée ni pansée, dans la température sèche à 36° centigrades jusqu'à parfaite guérison.

Voici maintenant les deux cas dans lesquels l'appareil a été employé.

Le lundi 18 juin, l'opération de l'amputation de la cuisse fut pratiquée sur une jeune fille âgée de 14 ans, Pauline Cartier, qui, depuis l'âge de 7 ans, était affectée d'une carie tuberculeuse des condyles du fémur. Un trajet fistuleux donnait encore, au moment de l'opération, une suppuration abondante et sanieuse. La jambe était fléchie presque complètement sur la coisse. Malgré la constitution éminemment lymphatique de cette jeune fille, l'état de sa santé était satisfaisant. L'opération ne présenta aucune difficulté, et le moignon offrait les meilleures dispositions. Le pansement consista dans le rapprochement de la peau par cinq bandelettes de diachylon très étroites, et dans l'application d'une petite bande roulée autour de la cuisse. La plaie fut ainsi placée à nu dans l'appareil à 35° cent. Pendant les trois premiers jours, il s'en écoula une eau rougeâtre fort abondante. Dans les deux jours suivans, cette eau prit une teinte blanche et un aspect puriforme; elle ne provenait pas de la surface extérieure, mais elle s'échappait par la partie inférieure de la plaie, venant de ses profondeurs.

Les bandelettes et la bande furent ôtées le quatrième jour; la réunion était opérée, excepté inférieurement où l'on avait évité d'établir le contact immédiat; point d'inflammation, point de sensibilité exagérée, point de tuméfaction. Le moignon resta ainsi sans aucun soutien ni rapprochement pendant trois jours où le pus devenait de plus en plus rare et de plus en plus consistant. Le huitième jour on réappliqua une bande roulée et trois bandelettes éloignées de tout contact de la plaie par des compresses graduées. Cette plaie resta toujours sèche dans ses trois quarts supérieurs et couverte d'une croûte. Le neuvième jour, la suppuration était à peu près nulle, le moignon de plus en plus solide, la plaie se rapprochant et diminuant de longueur. Le même progrès se continua jusqu'au douzième jour où les ligatures tombèrent; le quatorzième jour, la suppuration était nulle, et le quinzième jour, aujourd'hui lundi, 2 juillet, dit M. Breschet, la plaie est presque entièrement cicatrisée; elle n'a plus qu'une ligne de largeur et quinze à vingt lignes de longueur.

Ces effets locaux sont sans doute remarquables, mais les effets généraux le sont peut-être plus encore; à peine un mouvement fébrile après l'opération, et aucune fièvre le lendemain; point d'altération dans les traits; aucune diminution dans les couleurs et l'embonpoint, aucun trouble dans les fonctions digestives, puisque, dès le premier jour, la malade prit des bouillons; le deuxième jour, des potages; le troisième jour, du poulet; le quatrième jour, elle était au régime à peu près ordinaire. Le sommeil a été bon toutes les nuits. L'appareil restera appliqué jusqu'au vingtième jour, mais ce sera seulement pour consolider la cicatrice; lorsqu'on enlèvera l'appareil, le moignon sera enveloppé dans plusieurs doubles de ouatte pendant huit à dix jours, pour conserver la chaleur naturelle du membre et préserver le moignon de tout refroidissement.

La seconde épreuve se fait sur un serrurier âgé de 61 ans, le nommé Themain. Cet homme avait eu, à la suite d'une chute, une entorse avec déchirure des ligamens articulaires. Il survint un énorme abcès de l'articulation de la jambe et du pied. Cet abcès fut ouvert par deux incisions latérales, lorsque déjà la couleur terreuse, l'état fébrile continuel, la sécheresse de la langue, la prostration des forces et l'abattement faisaient craindre un commencement de résorption purulente. Le pus qui s'écoulait était très abondant, sanieux, fétide.

L'amputation de la jambe, au lieu d'élection, fut pratiquée le 22 juin 1838. La peau était molle et flasque, infiltrée, les muscles presque sans rétractilité, l'artère tibiale était ossifiée. M. Guyot demanda que la réunion immédiate ne fût point pratiquée, et l'on se contenta de soutenir un peu la peau et les chairs par quatre bandelettes qui laissaient un espace de dix-huit lignes environ entre les lèvres de la plaie. Une simple bande roulée assujétit ces bandelettes, et le malade fut ainsi placé dans l'appareil chauffé à 35°. Le jour même le malade prit de la limonade vineuse et trois bouillons. Le lendemain, il déclara ne plus rien ressentir des vives souffrances qu'il éprouvait auparavant, et qu'il avait un vif appétit. Son pouls, en effet, n'indiquait aucune tendance à la fièvre;

la langue redevenait humide et rose, le teint s'éclaircissait, le visage n'avait plus rien de l'abattement antérieur. On lui fit donner trois potages. Le troisième jour, l'état général était de plus en plus satisfaisant, et l'on accorda du poulet. Ces bonnes dispositions n'ont fait qu'aller en augmentant jusqu'à ce jour; seulement le malade souffre maintenant d'une ulcération au sacrum survenue par suite d'un décubitus prolongé depuis trois mois.

L'état local n'offre pas un progrès aussi rapide que chez la jeune fille; pendant cinq jours le moignon fut couvert de croûtes brunes et adhérentes sans suppuration. Au sixième jour, les croûtes tombèrent, et la suppuration commença; l'aspect de la plaie était très bon, rose, sans inflammation, sans excès de sensibilité. La cicatrisation commence, et rien ne peut faire présumer que le malade, malgré les circonstances défavorables où il se trouvait, n'arrive à guérison.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 5 JUILLET. — PRÉSIDENCE DE M. MOREAU.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Etat des vaccinations du Nord.
2° *Idem* de la Meurthe.
3° Note de M. Moudière, sur un nouveau moyen de diviser le mercure.
4° Recette et échantillon d'un remède contre les hémorroïdes.
5° Rapport du médecin inspecteur des bains de mer de Boulogne.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

1° Mémoire sur un cas d'endocardite aiguë; par M. Gigon.
2° Note de M. Ouvrard sur une pommade contre les ophthalmies scrofuleuses.

Après le dépouillement de la correspondance, M. Cornac rappelle que, depuis longtemps, M. le ministre de l'instruction publique a consulté l'Académie sur un nouveau plan d'organisation de la médecine en France. Une commission fut nommée; elle a lu son travail devant l'Académie; ce travail a été en grande partie discuté; et puis, il est resté là. M. Cornac demande que la commission soit réunie de nouveau, et qu'elle veuille bien reprendre les choses au point où elles ont été laissées.

M. Orfila donne quelques éclaircissements. Une commission, dit-il, existe auprès du ministre de l'instruction publique, laquelle est précisément occupée du même objet. Le travail de cette commission est si avancé, qu'il y a lieu de croire qu'elle se séparera d'ici à six semaines ; néanmoins, je ne saurais trop engager l'Académie à donner suite à la proposition de M. Cornac. Si le travail de l'Académie arrive trop tard pour la commission du ministre, il sera envoyé au conseil royal de l'instruction publique, ou au conseil d'état, ou à la chambre des pairs, qui sera saisie de l'affaire au commencement de la session prochaine. En attendant, je propose d'envoyer de suite au ministre les points discutés et adoptés par l'Académie, et de réunir la commission.

L'Académie adopte.

NOTE DE M. DEBOURGE SUR LE SEIGLE ERGOTÉ. RAPPORT DE M. VILLENEUVE.

On connaît l'opinion de M. Debourge sur les causes du seigle ergoté : nous en avons rendu compte naguère. Il croit qu'un insecte de la classe des téléphores dépose sur le seigle des larves vivantes, lesquelles y trouvant un abri et une nourriture convenables à leur développement, finissent par devenir des êtres semblables à leurs parens.

Telle est l'idée fondamentale de M. Debourge.

La commission ne saurait partager cette théorie.

Et, en effet, dit M. Cloquet, les téléphores n'ont pas d'aiguillons pour piquer: comment l'ergot pourrait-il être l'effet de leur piqûre? Ils ont des mâchoires, et ces mâchoires sont certainement trop faibles pour diviser un corps aussi dur qu'un grain de seigle; en second lieu, ils ne sécrètent pas de liqueur particulière; et, finalement, ils ne se nourrissent pas de végétaux; car ils sont essentiellement carnassiers. Quant à leurs larves, elles vivent sous terre. Ainsi, des trois suppositions faites par M. Debourge, il n'en est pas une seule qui s'accorde avec ce qu'enseigne l'histoire naturelle.

M. Baudelocque a reçu précisément sur le même objet une lettre de M. Léveillé, dont il donne lecture devant l'Académie.

L'opinion de M. Léveillé est que l'ergot dépend, non d'un insecte, mais de la sphacélie de l'ovaire, dont elle empêche la fécondation. A l'appui de cette théorie, M. Léveillé a envoyé à son correspondant des épis de seigle qui sont mis sous les yeux de la compagnie.

M. Rochoux a lu qu'un botaniste danois a dit, comme M. de Candolle, que l'ergot du seigle n'était autre chose qu'un champignon qu'il a appelé d'un nom qu'il ne rappelle pas, de peur de se tromper.

CORSETS DE MADAME VEDEAUX.

M. Capuron fait sur ces corsets un rapport qui n'est pas adopté. D'une part, M. Guéneau de Mussy et M. Mérat lui reprochent d'avoir épuisé toutes les formules de l'éloge pour une chose qui, certainement, n'en vaut pas la peine; et, de l'autre, M. Double fait observer que M. Capuron n'ayant pas communiqué son rapport aux autres commissaires, il n'y a pas lieu à discuter, jusqu'à ce que M. le rapporteur se soit conformé aux usages académiques.

Le rapport est renvoyé à la commission.

QUELQUES RÉFLEXIONS SUR LE SENS DE L'OUÏE ET SUR LES SENSATIONS AUDITIVES; PAR M. DUBOIS D'AMIENS.

Composé à l'occasion des considérations de M. Gerdy sur la prééminence du sens de la vue, ce mémoire en est évidemment la contre-partie; c'est-à-dire que M. Dubois d'Amiens fait pour l'oreille ce que M. Gerdy a fait pour les yeux; l'un aime mieux entendre, l'autre aime mieux voir.

PHRÉNOLOGIE.

M. le docteur Voisin met sous les yeux de la compagnie quelques têtes de malfaiteurs, et, par opposition, quelques têtes d'hommes célèbres par leurs talens. Il appelle l'attention de l'Académie sur les différences de ces têtes, et trouve dans les différences d'organisation la raison de leurs facultés. Ce n'est pas tout, il a visité la maison des détenus, réunis au nombre de 500; sur ce nombre, il y en avait 513 dont le front nœux, fuyant, étroit, est parfaitement semblable au front de ces malfaiteurs qui ont subi le dernier supplice.

Nous reviendrons sur ce sujet après le rapport.

RAPPORT SUR UN MÉMOIRE DE M. MALGAIGNE, RELATIF A UN PROLAPSUS PARTICULIER DU RECTUM DANS LE VAGIN, ET A TRAVERS LA VULVE OU RECTOCELE VAGINAL; PAR MM. P. DUBOIS, MOREAU ET VILLENEUVE (1).

Pour donner une idée aussi parfaite que précise du travail soumis à l'Académie par M. Malgaigne, nous croyons devoir, avant toute analyse, vous citer ses premières paroles sur ce sujet.

« Parmi les affections confondues sous le nom de chute de l'utérus ou du vagin; il en est, dit-il, une toute spéciale; dont je n'ai vu d'exacte description nulle part, et qui paraît cependant assez commune, puisque j'en ai recueilli déjà plus de trente observations. C'est une hernie de la partie inférieure du rectum à travers la vulve; hernie que j'ai constatée à divers degrés, depuis la grosseur d'une noix, jusqu'à celle d'un gros œuf de poule; tantôt accompagnée de cystocèle ou de chute de la matrice, le plus souvent à l'état simple, et offrant des caractères et des indications particulières. »

Avant d'entrer en matière, l'auteur exprime son étonnement de ce qu'à l'époque actuelle, où la chirurgie brille de tant d'éclat, on ait encore une maladie de son ressort à faire connaître d'une manière précise : telle est la hernie dont il s'agit; hernie à peine mentionnée en France par Sabatier, en Italie, par Monteggia; et en Angleterre, par Clarke, qui, encore, selon M. Malgaigne, n'ont nullement connu les conséquences fâcheuses de cette affection, généralement confondue avec le prolapsus du vagin.

A l'occasion de cette remarque, l'auteur établit que le prolapsus vaginal essentiel, celui qui est indépendant d'une descente ou d'un polype de la matrice, est une affection beaucoup plus rare qu'on ne le croit communément. Ainsi, dit-il, en 1836, sur près de 80 femmes atteintes de prolapsus des organes génitaux qu'il a eu occasion d'examiner, il n'a rencontré que trois cas dans lesquels la saillie, d'ailleurs fort légère, de la muqueuse vaginale à travers la vulve paraissait primitive.

A la suite de considérations générales d'une certaine étendue, l'auteur pose en principe 1° que le simple prolapsus de la paroi postérieure du vagin est une lésion toute différente du déplacement du rectum à travers la vulve; 2° que la chute du vagin consécutive à celle de la matrice, est portée au plus haut degré, n'entraîne pas nécessairement la hernie du rectum; 3° enfin, que cette affection a été confondue à tort avec les deux autres par Clarke et Monteggia, et qu'elle a une existence indépendante.

Après avoir posé ces principes indispensables pour établir d'une manière certaine l'étiologie, le diagnostic et le traitement du rectocèle vaginal, M. Malgaigne s'attache à démontrer que cette affection ne saurait avoir lieu par le simple relâchement des parois du canal vaginal; qu'il faut que la partie correspondante de l'intestin dilatée appuie sur le canal, dans l'épaisseur duquel elle forme une saillie à la manière des poches anévrismales. Cette saillie, qui acquiert quelquefois le volume du poing, n'est d'ailleurs jamais formée aux dépens d'une anse complète de l'intestin, dont la paroi postérieure reste toujours adhérente au sacrum.

Rapportons à ce sujet ce que dit l'auteur, qui insiste particulièrement sur cette étiologie.

« Il semble, dit-il, que, dans quelques cas, cette dilatation du rectum se fait d'abord sans que le vagin y prenne part; plus tard, par suite d'un effort, le ressort de la paroi vaginale cède brusquement, et alors la tumeur apparaît à la vulve. C'est ainsi que le rectocèle s'était produit chez une femme de 31 ans. Cette femme était enceinte de 6 mois, lorsqu'elle fit une chute; sur-le-champ elle éprouva de fortes douleurs dans le vagin, et sentit la tumeur rectale qui faisait saillie à la vulve. Dans un autre cas, la femme, étant sur la fin d'une grossesse, souleva un fardeau avec les deux bras; elle sentit un craquement dans le vagin, et eut immédiatement un rectocèle, et, en même temps, un cystocèle. Chez une autre femme, âgée de 42 ans, le rectocèle survint compliqué d'une chute de matrice, à la suite d'un coup de pied qu'elle avait reçu. J'ai encore rencontré, dit l'auteur, un cas de rectocèle accompagné de cystocèle, par suite d'une chute chez une femme qui, dans le moment, n'était pas enceinte. Une autre, également non-enceinte, gagna à la fois une triple chute de la vessie, de la matrice et du rectum, en balayant. »

« Mais, ajoute M. Malgaigne, il n'en est pas toujours ainsi. Le plus ordinairement, la chute du rectum par le vagin arrive peu à peu, sans que la femme puisse préciser l'époque ni la cause de son apparition; en général, le rectocèle survient dans le cours d'une grossesse, ou durant l'accouchement, ou à la suite de couches. »

Quant à l'âge où se manifeste cette hernie, l'auteur a trouvé que sur 13 cas, 12 existaient assez également répartis chez des femmes de 22 à 50 ans. La femme la plus âgée qu'il trouva atteinte de cette affection avait 56 ans. De ces faits, il tire cette conclusion : que la constipation, si ordinaire chez les femmes âgées, n'est pas une cause aussi fréquente du rectocèle vaginal qu'on pourrait

(1) N'ayant pu donner dans notre dernier numéro qu'une indication sommaire du rapport sur le mémoire de M. Malgaigne, nous croyons être utile à nos lecteurs en insérant ce rapport en totalité.

le croire, d'après certaines analogies. Le rectocèle vaginal, dont le volume est variable depuis un simple pli qui dépasse à peine l'orifice du vagin, jusqu'au volume du poing, est d'un diagnostic extrêmement facile: « Si l'on fait faire, dit M. Malgaigne, un effort à la femme, on voit une tumeur plus ou moins considérable dilater la partie postérieure de la vulve; tumeur qui n'augmente pas seulement, comme le croyait Sabatier, quand la malade a été longtemps sans aller à la selle, et qui même, ajoute notre auteur, ne contient que très rarement des matières fécales. Le doigt porté dans le vagin reconnaît que cette tumeur appartient à la paroi postérieure de ce canal, et que la matrice est restée en place. Les affections capables de simuler ce rectocèle seraient le prolapsus de la muqueuse vaginale, un abcès développé derrière cette muqueuse, une hernie intestinale qui aurait glissé entre le vagin et le rectum; ou bien, enfin, un de ces kistes du vagin, dont on connaît depuis deux ou trois ans cinq ou six exemples. Mais un signe pathognomonique non équivoque se tire, dit-il, de l'introduction du doigt dans le rectum; on sent alors que la saillie vaginale répond à une poche de l'intestin, et en recourbant le doigt, on arrive jusqu'au sommet de la tumeur sortie par la vulve, ce qui n'a lieu dans aucun autre cas. »

Dans ce passage, rapporté textuellement, se trouve une assertion que nous n'avons pu comprendre, faute, sans doute, d'une explication nécessaire. L'auteur, ainsi que vous avez pu le remarquer, dit que le volume du rectocèle vaginal qui peut égaler celui du poing, n'est pas dû à la présence des matières stercorales qui, ajoute-t-il, ne se rencontrent que rarement dans ce genre de hernie. Or, si ce ne sont point des fèces qui produisent la distension de l'intestin, ou, si l'on veut, le volume de la tumeur, ce sont donc des gaz? C'est ce que M. Malgaigne aurait dû nous dire, afin de nous éviter une supposition que nous regardons comme fondée, jusqu'à ce qu'il nous ait indiqué quelle est la cause matérielle de cette distension.

Outre les accidens locaux déterminés par le rectocèle vaginal, et dont un des plus graves est une constipation opiniâtre, les femmes qui en sont atteintes éprouvent des tiraillemens d'estomac, des coliques, un défaut d'appétit, de mauvaises digestions, et une altération dans la nutrition qui devient de jour en jour des plus alarmantes, si l'art ne se hâte d'intervenir.

Une chose fort remarquable, c'est que la hernie dont il s'agit est susceptible de guérison spontanée. M. Malgaigne rapporte un cas de ce genre, où la hernie, quoique très prononcée, mais récente à la vérité, disparut complètement pendant que la femme était soignée pour des accidens survenus à la suite d'une rétention du placenta, lors d'un avortement au troisième mois de grossesse. Quoi qu'il en soit, le cas dont il s'agit étant tout à fait exceptionnel, l'art doit intervenir ici d'une manière quelconque. Et d'abord, M. Malgaigne se demande si, soit à l'aide des procédés chirurgicaux proposés et même employés pour remédier au prolapsus utérin, par l'occlusion artificielle du vagin (bien entendu chez des femmes qui ne sont plus réglées), si, soit par le moyen des résections de la tunique élargie du rectum et du point correspondant du vagin, où pourrait se former une cicatrice obturatrice, on ne parviendrait pas à obtenir la guérison complète de cette affection: guérison d'ailleurs fort chanceuse, et à laquelle l'auteur préfère les moyens palliatifs. Ces moyens consistent dans l'emploi de pessaires d'une forme et d'une dimension particulière, et que l'on peut comparer à une sorte de sablier ouvert à ses extrémités, dont l'une est moins évasée que l'autre. L'auteur a reconnu que les pessaires de formes ordinaires ne remédiaient que faiblement à l'accident, étaient souvent expulsés, et, dans le cas contraire, augmentaient la constipation.

Les pessaires dont il s'agit (et qui réussissent aussi dans les cas de cystocèle vaginal) une fois appliqués, la constipation cesse plus ou moins complètement; et les fonctions digestives se rétablissent parfaitement.

Cette courte analyse du travail de M. Malgaigne suffira, nous l'espérons, pour vous donner une idée du service qu'il a rendu à la science et à l'humanité, en établissant, sur des faits assez nombreux et assez bien observés, le diagnostic et le traitement d'une affection qui, quoique peu rare, a été trop longtemps méconnue.

En conséquence, nous avons l'honneur de vous proposer d'en adresser vos félicitations à l'auteur, et d'ordonner le renvoi de son travail au comité de publication, pour en enrichir le recueil de nos mémoires.

Ces conclusions ont été adoptées.

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ PRATIQUE DES MALADIES VÉNÉRIENNES; par M. H.-M.-J. Desruelles, chirurgien de l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, chargé de la direction du service des vénériens, etc. Un gros vol. in-8 de 668 pages. Paris 1836; chez Baillière, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, 13 bis.

Les maladies vénériennes ont été, dans ces dernières années, l'objet de contestations très animées et de recherches nouvelles fort étendues. Jamais peut-être l'hétérodoxie médicale, ou plutôt le scepticisme, n'avait été porté aussi loin. Pendant longtemps la syphilis avait eu, comme la variole, son principe constitutionnel, ou virus, et son antidote spécial ou spécifique. Rien de tout cela, d'après l'école du Val-de-Grâce; cette maladie n'était tout au plus qu'une simple irritation locale; et le mercure, le plus dangereux des poisons: c'était même à l'usage de ce moyen qu'on devait attribuer l'appareil des symptômes syphilitiques consécutifs.

Le premier signalement de cette réforme nous vient de l'Angleterre. A Paris, M. Broussais a été conduit aux mêmes idées que John Hunter. Il y a cependant cette différence entre les deux chefs iconoclastes de la syphilis: le chirurgien de Londres a attaqué, *à posteriori*, le culte du virus vénérien et du mercure; tandis que le professeur du Val-de-Grâce y a été amené *à priori*, d'après son système antidiathésique et de localisation des maladies. Hensler a aussi, en Allemagne, marché contemporainement dans la même voie.

Les écoles de ces trois nations ne pouvaient pas manquer de faire des prosélytes. Aussi a-t-on vu, pendant une vingtaine d'années, paraître une multitude de brochures et quelques monographies sur la syphilis basées sur les doctrines qui précèdent. L'ouvrage le plus considérable qui ait été publié dans ces derniers temps parmi nous est celui de M. Devergie. Elève distingué de M. Broussais, et partisan zélé, consciencieux et éclairé des nouvelles idées sur les maladies vénériennes, M. Desruelles était, plus que d'autres, à même d'écrire, d'après ses propres observations, un traité complet sur cette matière. En publiant cet ouvrage, M. Desruelles s'est proposé d'envisager sous toutes les faces les questions relatives à ces affections, et de porter surtout la conviction sur les trois principes de la nouvelle école; savoir 1° que la syphilis est toujours une maladie locale, de nature inflammatoire, semblable à toutes les inflammations ou irritations ordinaires; 2° que l'idée de l'existence d'un principe spécifique constitutionnel est hypothétique; si des symptômes généraux se déclarent après les chancres, ils doivent être attribués, soit à l'usage du mercure auquel les malades ont été soumis, soit à une action sympathique propre à certains organismes; 3° que les remèdes antiphlogistiques suffisent, en général, pour guérir la maladie.

Afin de ne rien préjuger dans une question aussi sérieuse, nous allons d'abord suivre l'auteur dans le développement de ses idées, et exposer fidèlement les points cardinaux des doctrines.

L'ouvrage de M. Desruelles est divisé en deux sections; dans la première, il expose l'historique et la pathologie générale des maladies vénériennes; dans la seconde, il traite de la pathologie spéciale ou individuelle de chaque espèce et variété de ces affections.

On peut diviser en trois époques l'historique des maladies vénériennes: 1° depuis l'origine connue ou supposée du monde jusqu'au siège de Naples par les Français, en 1495; 2° depuis cette date jusqu'à la fin du dix-huitième siècle, ou jusqu'à Hunter, M. Broussais et Hensler; 3° enfin, depuis ces auteurs jusqu'à nos jours.

Il résulte des savantes recherches de M. Desruelles que les affections vénériennes ont existé de tout temps sur le vieux continent, et que c'est une ridicule erreur d'en attribuer l'importation en Europe à Colomb, ou plutôt à son équipage, de retour de la découverte d'Amérique. La bible, les œuvres de Celse, et une foule de documens tirés de l'ancienne Rome, d'Athènes, et des chroniques antérieures au quatorzième siècle, lui en fournissent la preuve. Cette opinion est déjà admise depuis longtemps par les savans de différentes nations. Le célèbre Cotuni ou Cotugno, de Naples, possédait un ancien manuscrit précieux à ce sujet, qui se trouve aujourd'hui à la bibliothèque royale de son pays. Ce manuscrit est authentiquement reconnu comme antérieur à l'invention de la presse; et, par conséquent, à la découverte de l'Amérique; il est intitulé *De morbo obsceno*; son auteur est un médecin de Rome; il y décrit les maladies galantes de plusieurs cardinaux et du pape de son temps, qu'il avait soignés conjointement avec leurs maitresses. Ce livre fâcha tellement les chefs de l'église qu'on ordonna d'en brûler toutes les copies. Parmi le très petit nombre d'exemplaires qu'on put sauver de cet auto-da-fé, celui de Cotugno est, dit-on, fort beau: ce grand médecin l'aurait reçu en cadeau de l'empereur d'Autriche, et il est impossible de ne pas reconnaître, dans les descriptions qu'il contient, la véritable syphilis locale et constitutionnelle. Ce document, tout à fait décisif, n'a pas été connu de M. Desruelles; mais parmi les auteurs qu'il cite, nous trouvons le nom de Trotula, sans aucune indication d'ouvrage: Trotula était une sage-femme célèbre de l'école de Salerne, qui ne nous a laissé, à ce que nous sachions, qu'un seul ouvrage intitulé *De mulierum passionibus, ante, in, et post partum*; dans ce livre, on ne trouve rien qui puisse se rapporter à la syphilis: nous ignorons, par conséquent, à quel document M. Desruelles fait allusion en citant le nom de cet auteur.

Cette question du reste relative à la véritable origine des maladies vénériennes est peu importante; elle est d'ailleurs aussi obscure que celle de la plupart des autres maladies. Ce qu'il y a de positif à cet égard, c'est que ces affections n'ont été soigneusement observées et généralement décrites que depuis le fameux siége de Naples. Est-il vrai maintenant que le mal ne s'est universellement répandu sur notre continent que depuis cette dernière époque, c'est-à-dire vers la fin du quinzième siècle? Est-il exact de dire, ainsi que le prétend M. Desruelles, que la maladie

n'était pas contagieuse à son origine, et qu'elle ne soit devenue telle que par la dépravation des mœurs, les changemens de climats et de nourriture? Est-il certain enfin, ainsi que l'assure le même auteur, que deux personnes bien portantes de sexe différent, qui abusent du coït, et qui négligent la propreté des organes copulateurs, peuvent contracter la maladie vénérienne? Nous laissons à l'auteur la responsabilité de ces opinions. Quant à nous, nous ne les partageons pas; nous ne comprenons pas en effet comment, par les vicissitodes supposées par M. Desruelles, une inflammation simple puisse à la longue devenir contagieuse et conserver ce dernier caractère depuis plusieurs siècles, dans les différens climats, sexes, constitutions et classes de la société. On ne voit pas alors pourquoi il n'en aurait pas été de même des autres inflammations externes, tels que l'érysipèle, le phlegmon, le pancris, etc., et pourquoi enfin la blénorrhagie et les chancres n'échangent jamais réciproquement leurs caractères morbides ni les apparences microscopiques de la matière qu'ils sécrètent.

Dans ce résumé historique, M. Desruelles s'attache principalement à reprodnire tout ce qui est favorable au système de la non spécificité qu'il a embrassé et par conséquent défavorable à la médication mercurielle.

Entrons dans le fond de la question. Qu'est-ce que la syphilis? Y a-t-il un virus vénérien? Comment peut-on bien guérir cette maladie?

M. Desruelles ne croit pas que la syphilis puisse être définie. Pour lui cette maladie multiforme n'a même pas de symptômes; car le mot symptôme ne s'applique qu'à une maladie générale; ce qu'on voit sur les organes génitaux n'est presque rien à son avis; et ce qu'on observe plus tard quelquefois dans la constitution n'est qu'un phénomène particulier dépendant de la prédisposition du sujet. Et pourtant, M. Desruelles décrit plus loin différentes espèces de chancres vénériens et plusieurs variétés de vérole secondaire. Les termes qu'il emploie dans cette discussion générale sont tellement vagues que peu s'en faut, en vérité, qu'il ne nie complètement l'existence même des maladies vénériennes, auxquelles néanmoins il consacre un énorme volume. Il en est peut-être de ce sujet et de celui où nous allons entrer comme de la question de l'existence réelle des corps ou de la matière: nous avons entendu dernièrement un savant idéologue soutenir comme certaine l'existence de l'ame et nier complètement celle des corps. Mais je me trompe; M. Desruelles est un chirurgien trop éclairé et trop positif pour se perdre dans des divagations; il s'explique clairement dans le paragraphe suivant où il assure que la nature de toute maladie réputée vénérienne consiste dans une irritation des tissus qu'elle attaque.

Malgré son aversion pour les virus, M. Desruelles est cependant obligé d'admettre que les maladies vénériennes sont contagieuses. Mais en quoi consiste leur principe de contagion? Nous l'ignorons complètement; il nous suffit d'en constater l'existence. Maintenant qu'on nomme virus ou autrement ce principe inconnu, peu nous importe; le reste n'est qu'une dispute de mots. Que son mode d'action locale puisse être ou non comparé à une irritation, cela ne change rien au fond de la chose; la syphilis restera toujours une maladie spécifique, comme la variole, etc., quoi qu'en disent les partisans de la doctrine opposée. Ajoutons que les raisons alléguées par M. Desruelles, pour prouver que les symptômes constitutionnels ou secondaires attribués à la syphilis ne dépendent pas de la généralisation du principe de la maladie, n'ont aucunement ébranlé nos convictions. Dans l'état actuel de la science nul ne pourrait dire positivement par quel mécanisme se produit la cachexie cancéreuse, par exemple, ou la constitutionalité du cancer, de la variole, etc.; personne cependant n'ose nier le fait en lui-même. Il en est de même de la syphilis. N'avait-on pas dit aussi que le cancer n'était qu'une irritation, une inflammation locale? Personne n'y a cru; et l'on a bientôt passé à l'ordre du jour.

Arrivons à la thérapeutique générale. Deux indications fondamentales se présentent naturellement dans le traitement de toute maladie vénérienne; modifier l'organisme et modifier les parties malades; ou en d'autres termes il y a un traitement général et un traitement local. M. Desruelles dit judicieusement à ce sujet que le but du médecin se réduit ici: 1° à annihiler l'action des causes organiques qui ont favorisé la contagion, produit les maladies vénériennes et amené leur exaspération; 2° à faire cesser les rapports sympathiques qui se sont réciproquement établis entre les parties malades et les différens organes de l'économie.

Si l'on demande à M. Desruelles la liste des modificateurs propres à remplir les deux indications qui précèdent, il répond qu'il faut diminuer l'irritabilité des tissus de l'organisme et détruire l'irritation des parties malades à l'aide des règles suivantes:

1° Rétablir dans leur état normal les viscères trop influens ou actuellement irrités;

2° Laisser le canal digestif dans un état continuel de sous-excitation;

3° Déterminer l'absorption interstitielle;

4° Exclure toutes les médications qui stimulent vivement la peau et les ouvertures des membranes muqueuses;

5° Eloigner des malades toutes les causes physiques et morales d'excitation;

6° Enfin, appliquer les antiphlogistiques dans tous les lieux où se remarquent les symptômes d'irritation viscérale.

Toutes ces propositions de l'auteur peuvent, comme on le voit, se résumer en celle-ci: les modificateurs locaux et généraux de la syphilis sont les remèdes antiphlogistiques. Ainsi supposons un homme atteint aujourd'hui de chancres vénériens: M. Desruelles le traite comme s'il n'avait qu'une inflammation au doigt, par exemple, c'est-à-dire par les sangsues, les émolliens, la diète et les boissons rafraîchissantes; une année après, il a des ulcères au voile du palais, une névrose aux os palatifs et du nez, une conjonctivite chronique avec boursoufflement des bords palpébraux; ici des exostoses, là des ulcères atoniques et des tubercules syphilitiques à la peau, etc.; M. Desruelles espère-t-il guérir ce sujet par les seuls remèdes antiphlogistiques et sans avoir recours à la médication mercurielle? Il répondra sans doute affirmativement; mais beaucoup de praticiens expérimentés ne le croiront point.

Il y a incontestablement, dans la plupart des phénomènes de la vérole, soit primitive, soit secondaire (chancres et leurs conséquences) un élément inflammatoire, comme dans le cancer, qu'il faut combattre par les antiphlogistiques; mais ce n'est là qu'une partie du traitement, comme on le voit; il existe un second élément, l'élément vérolique, qu'il faut attaquer avec toutes les règles de la saine thérapeutique, par les remèdes dont l'expérience journalière confirme de plus en plus l'efficacité, les préparations mercurielles.

Il y a loin de cette manière de voir à celle de M. Desruelles.

« Pour appliquer, dit-il, avec des succès constans, les règles thérapeutiques que nous venons de donner, et mettre en usage un traitement rationnel contre les maladies vénériennes, il faut:

» 1° Exclure de son esprit toute idée de virus;

» 2° Regarder toutes les maladies vénériennes primitives comme des effets de l'irritation;

» 3° Ne pas envisager cette irritation comme spéciale;

» 4° Considérer comme des résultats de l'irritation les maladies vénériennes chroniques, celles que le mercure produit, et ne tenir compte de la cause de ces dernières affections que pour leur opposer des médicamens dont l'expérience a constaté les bons effets. »

Hâtons-nous d'ajouter néanmoins que dans un long chapitre très bien fait sur les mercuriaux, M. Desruelles ne paraît pas aussi invinciblement opposé à l'administration de ces remèdes que les principes précédens pourraient le faire croire. Il en conseille même l'usage; mais alors, en guérissant, le mercure n'agit, d'après lui, que comme remède révulsif ou perturbateur général.

La seconde partie de l'ouvrage de M. Desruelles est consacrée aux descriptions particulières et au traitement de chaque espèce et variété de maladie vénérienne soit primitive soit secondaire. Cette partie est écrite avec beaucoup de talent et de précision.

Au total, le livre dont nous venons de rendre compte, à part l'exagération des données, est une bonne monographie de la syphilis, et nous la recommandons à nos lecteurs. S'ils n'y trouvent pas un code pratique formulé d'après l'observation et l'expérience, ils y trouveront au moins des descriptions nosologiques faites avec soin; et des réflexions sages propres à les garantir contre les abus du mercure.

VARIÉTÉS.

— L'auteur de la *Némésis médicale* vient de faire paraître une nouvelle satire sur le *magnétisme animal*. Cette dernière production du Phocéen est tout à fait de circonstance; de plus elle est remarquable par une foule de traits d'un excellent comique.

— Nosographie des maladies vénériennes, ou Etude comparée des divers agens thérapeutiques qui ont été mis en usage pour combattre ce genre d'affection; par J.-G. Human, D. M. S. Un vol. in-8, 600 pages. Paris, 1838, chez Béchet jeune.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

IMPRIMERIE DE FÉLIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 28. (TOME VI. — 1838.) SAMEDI 14 JUILLET 1838.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunis) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivant à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Poissonnière*, n° 5, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE.

Considérations pathologiques et chirurgicales sur les blessures de la moelle épinière. Mémoire lu devant la société médico-chirurgicale de Londres; par sir Benjamin Brodie, chirurgien de l'hôpital Saint-Georges, etc.

En réfléchissant que la moelle épinière est une appendice du cerveau; que les fonctions de l'un de ces organes sont intimement liées à celles de l'autre; que leur organisation est la même, l'un et l'autre étant composés de fibres médullaires et de substance grise, enveloppés des mêmes membranes et protégés de fortes boîtes osseuses, il semblerait raisonnable de penser que ces deux organes doivent éprouver des effets pareils par les mêmes lésions traumatiques. Les auteurs en effet de pathologie et de chirurgie semblent presque tous avoir eu la même pensée à ce sujet, car ils ont décrit avec de grands détails les effets des plaies et contusions de la tête, et ils ont à peine dit le mot des conséquences non moins importantes des mêmes lésions sur la colonne vertébrale. C'est dans le but de remplir cette lacune de la pathologie chirurgicale que je présente à la société le résultat de mon expérience et de mes recherches à ce sujet. Afin de ne pas trop étendre ce travail, je m'arrêterai de préférence sur les résultats des faits, et j'omettrai à dessein certains détails qui leur servent de base.

Les blessures qui atteignent immédiatement la moelle épinière, je veux dire qui perforent les membranes de cet organe et lèsent sa propre substance, sont presque invariablement mortelles après un temps très court. Les exemples connus de guérison sont en très petit nombre, et ils ne conduisent à aucun précepte important de pratique. Mon expérience à ce sujet n'offre rien de neuf à faire connaître.

§ I. — Variétés.

Pour faire comprendre les autres variétés des blessures de la moelle épinière et qui sont plus communes, je crois devoir procéder en prenant pour base les résultats des nécropsies des sujets morts peu de temps après leur accident. On peut classer de la manière suivante ces lésions :

1° Fracture des vertèbres sans déplacement des fragmens;

2° Fracture avec dépression osseuse, diminuant le calibre du canal vertébral et occasionant une compression sur la moelle;

3° Fracture compliquée de luxation;

4° Luxation sans fracture. — Les luxations des vertèbres sans fracture ont été niées par des chirurgiens d'un très grand mérite; M. Lawrence

Feuilleton.

DISCUSSION A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE SUR LES SENS.

Nous avons tort peut-être d'appeler ce qui s'est passé dans la dernière séance une discussion : c'était plutôt une conversation. Le sujet, quoique fort intéressant, était un peu en dehors des occupations et méditations d'un bon nombre de nos confrères académiciens; et c'est ce qui pourrait expliquer en partie comment il est sorti si peu de véritable lumière de tant de paroles. Nous ne disons pas que la question des fonctions des sens soit absolument, par sa nature, étrangère à la science médicale; car cette question est, sous une de ses faces au moins, entièrement physiologique; mais le point de vue physiologique y est tellement subordonné au point de vue psychologique et métaphysique, qu'il doit être, à la rigueur, considéré comme accessoire; et c'est ce qui nous fait croire que cette conférence aurait été peut-être mieux placée à l'Académie des sciences morales et politiques. Au reste, depuis quelque temps, notre Académie semble vouloir empiéter un peu sur les travaux de cette dernière. Le magnétisme animal, la phrénologie et la physiologie des sens se disputent tour à tour son attention; et, depuis quelques jours, on y entend citer les noms de Locke, de Condillac, de Gall et de Cabanis, plus souvent que ceux d'Hippocrate, de Stoll et de Sydenham. A Dieu ne plaise que nous l'en blâmions! L'Académie ne saurait, certes, employer son temps à des travaux plus nobles, plus profitables, et plus dignes; seulement, il est à regretter que ceux qui posent ces sortes de questions, et ceux qui les discutent, en parlent quelquefois de manière à faire croire qu'ils improvisent ce qu'ils en savent; or, ce sont là des matières fort difficiles, fort ardues, sur lesquelles les plus grands esprits se sont épuisés depuis des siècles; il ne faut pas s'imaginer pouvoir les apprendre en une matinée, et encore moins pouvoir en rien dire qui n'ait été dit et mieux dit. Il faut même une étude longue et tout à fait spéciale de ces sujets pour se douter de toutes les difficultés qu'ils renferment; et lorsqu'on s'y jette *ex abrupto* et sans préparation, comme nous le voyons faire parfois, c'est faire preuve de ce qu'on appelait en grec : *πάντολμος ἀμάθεια*.

Nous nous garderons de tomber dans la même faute en agitant, dans un feuilleton de journal, une question qui exigerait un volume. Nous nous bornerons à rappeler les points les plus importans de la discussion de l'Académie, et à y joindre de courtes remarques.

C'est à l'occasion du mémoire sur les sens de M. Gerdy, lu dans la séance du 19 mai, et de celui de M. Dubois (d'Amiens) sur l'ouïe, présenté postérieurement, que l'Académie s'est occupée de ces disquisitions philosophiques. M. Gerdy avait tâché de prouver que le sens de la vue est celui qui nous apporte le plus d'instruction, celui qui nous fait connaître le plus de choses et nous donne le plus d'idées, et qu'il est, en un mot, selon ses expressions, le roi des sens.

cependant, dans un mémoire publié dans le treizième volume de vos transactions, a prouvé leur existence d'une manière incontestable, non seulement pour la région cervicale mais encore pour la dorsale et la lombaire. Dans un cas que j'ai vu, les quatrième et cinquième vertèbres cervicales étaient complètement séparées l'une de l'autre, de manière à exposer le canal rachidien dans l'étendue d'un pouce et demi. Des cas semblables de diastase ont été décrits par sir Charles Bell et M. Lawrence.

5° Extravasations de sang à la surface des membranes de la moelle. — Bien que rares, ces extravasations existent quelquefois dans une extension très considérable, et ne sont pas du tout à comparer avec celles qui ont lieu dans la boîte cranienne par suite de rupture de la substance du cerveau ou de lacération de l'artère méningée moyenne.

6° Petit caillot de sang extravasé dans la substance même de la moelle. Ce caillot bien que fort peu volumineux peut produire des symptômes graves à cause de la place particulière qu'il occupe.

7° Lacération de la moelle et de ses membranes. Cette lésion offre des variétés qu'on ne peut reconnaître qu'à l'autopsie; ainsi la moelle peut être déchirée en totalité ou en partie, sur un point plutôt que sur un autre, etc. M. Ollivier rapporte le cas d'une déchirure de l'origine des nerfs d'un côté seulement, ceux du côté opposé étant restés intacts.

8° Commotion de la moelle. L'organisation délicate de la moelle peut être altérée par suite d'un coup porté sur la colonne sans luxation ni fracture et sans que ses membranes soient aucunement intéressées. A l'autopsie faite peu de temps après l'accident, l'on trouve la partie centrale de la moelle plus molle que dans l'état naturel; elle a perdu son apparence fibrillaire et est convertie en substance semi-fluide. Si le malade survit quelque temps cette altération de structure envahit toute l'épaisseur du cylindre médullaire dans la longueur d'un à deux pouces au plus; et plus tard elle fait des progrès et se termine par la dissolution complète.

Cette désorganisation, ce ramollissement et la dissolution finale de la moelle sont la conséquence la plus commune de ses blessures, et les symptômes les plus dangereux que ces accidens entraînent doivent lui être attribués dans la majorité des cas. Cela ressemble assez aux effets de la contusion des parties molles superficielles, et peut être regardé comme la conséquence d'une violente commotion des fibres médullaires délicates et de la substance grise dont se compose la moelle épinière.

Dans un mémoire que j'ai communiqué à l'assemblée en 1828, et qui a été inséré dans le quatorzième volume de vos transactions, j'ai fait remarquer qu'on n'était pas autorisé à dire que dans la commotion cérébrale il n'y avait pas de lésion organique, parce que l'autopsie ne démontre rien; et j'ajoutai: « Qu'il est difficile de comprendre de quelle autre manière la commotion cérébrale peut agir pour produire les effets que tous les chirurgiens connaissent. Si nous considérons que la structure primordiale du cerveau est tellement fine qu'elle échappe à la pénétration de nos sens, on conçoit que dans la commotion la substance encéphalique peut subir des changemens sérieux sans que notre scalpel puisse les déceler. La prompte dissipation des symptômes de la commotion qu'on observe dans quelques cas ne contredit pas cette opinion. Une plaie profonde par arme tranchante dans d'autres parties du corps peut, dans certaines circonstances, être complètement et solidement réunie dans l'espace de vingt-quatre heures, et il est facile de supposer que les effets d'une lésion beaucoup plus légère puissent se dissiper en moins de temps. » Ces remarques ne sont pas moins applicables aux cas de commotion du cylindre médullaire de l'épine qu'à ceux de la commotion encéphalique. On ne peut douter que la lésion ne soit la même dans les deux cas; il faut cependant admettre que les conséquences de la commotion de la moelle sont beaucoup plus graves que celles de la commotion cérébrale; si le malade échappe à la mort dans le premier cas, sa guérison est plus difficile; et s'il meurt, les lésions matérielles qu'on rencontre à l'autopsie sont plus grandes. Ces différences s'expliquent aisément. Le cerveau et ses membranes remplissent complètement la cavité cranienne, tandis que la moelle épinière et ses enveloppes ne remplissent qu'en partie le canal vertébral; cela étant, il ne faut pas une grande masse de connaissances de mécanique pour comprendre que le même degré de commotion doit produire un plus grand désordre à la moelle épinière qu'au cerveau.

L'effet d'une commotion violente sur la moelle épinière est de déranger, et même de détruire ses fonctions; quelquefois aussi elle cause la mort dans l'espace de quelques heures. La question qui se présente naturellement est celle-ci: Quelle est donc la nature de cette lésion de la moelle, si légère en apparence, si grave en réalité, qui produit de si importantes et de si dangereuses conséquences? La réponse est possible; mais il faut avoir recours à l'expérience ou plutôt à l'observation directe, en préparant soigneusement la moelle d'un homme qui est mort peu de temps après la commotion de cet organe, en suivant scrupuleusement ses fibres après les avoir fait durcir dans l'alcool et voir en quoi elles ont changé de leur condition naturelle; c'est pourtant ce que j'ai négligé de faire jusqu'à ce jour.

Le travail par lequel s'opèrent le ramollissement et la dissolution de la moelle épinière après la commotion a été regardé, je le sais bien, comme la conséquence de l'inflammation; mais les raisons suivantes m'empêchent d'admettre une pareille opinion: 1° l'examen scrupuleux de la portion blessée de la moelle démontre que le travail du ramollissement commence à une époque antérieure à celle de la réaction inflammatoire; 2° la portion ramollie de la moelle n'offre pas d'augmentation dans la vascularité naturelle de la partie; 3° dans les cas mêmes où le ramollissement est arrivé au point de désorganisation complète de la moelle, les membranes de cet organe s'offrent le plus souvent à l'état naturel; on n'y voit ni vascularité morbide, ni épanchement de lymphe, de sérum, ni de pus à leur surface; 4° enfin les symptômes qui dénotent le progrès du ramollissement ne sont, ainsi que nous le verrons tout à l'heure, qu'une continuation de ceux que la commotion spinale avait produits au premier moment et ne présentent aucune connexion avec l'inflammation.

Il est vrai de dire pourtant que la désorganisation de la moelle épinière n'a jamais lieu sans une dilatation sensible des petits vaisseaux; ce qui a fait croire à une inflammation: cela s'observe dans le progrès de toutes les maladies. Cette règle ne souffre pas d'exception. Un squirrhe, une tumeur graisseuse ne sont pas le résultat d'une inflammation; néanmoins l'inflammation se déclare tôt ou tard par le progrès de la végétation morbide. Rien n'est plus éloigné de l'inflammation que les névralgies à leur début, et pourtant un léger degré de phlogose ne manque jamais de s'y joindre lorsque la névralgie a été constante et a duré long-temps. Dans ces cas comme dans plusieurs autres que je pourrais facilement indiquer, l'inflammation n'en est pas la cause, mais bien l'effet ou une maladie concomitante de l'affection, quelle qu'elle puisse être.

Ajoutons à l'appui de ce qui précède qu'il existe une ressemblance manifeste entre le ramollissement de la moelle épinière, à la suite de lé-

---

M. Dubois, par contraire, a revendiqué la même supériorité en faveur de l'ouïe. M. Castel a paru scandalisé qu'on prétendît attenter à la vieille autorité du toucher. Le combat, d'abord engagé entre ces sens seulement, n'a pas tardé à devenir général, et l'on en est venu bientôt à examiner le rôle des sens dans l'acquisition de nos connaissances, c'est-à-dire à traiter la question de l'origine de nos idées. Toutes les opinions qui ont divisé jusqu'ici les philosophes ont eu des défenseurs. Ainsi M. Rochoux, fidèle à ses précédens, et en bon disciple d'Epicure et de Condillac, a soutenu que *toutes* nos idées, sans exception, nous viennent des sens. M. Adelon a pris la thèse diamétralement opposée, c'est-à-dire que les sens ne nous fournissent proprement *aucune* idée, et il s'est appuyé à tort, selon nous, de l'opinion de Gall. D'autres membres ont semblé incliner soit vers l'une, soit vers l'autre de ces opinions extrêmes. Un seul, M. Gueneau-de-Mussy, nous a paru se tenir, sur ce point, dans un juste milieu plus raisonnable et surtout savoir un peu mieux que la plupart des interlocuteurs de quoi il s'agissait. On a vu ainsi en petit, dans le sein de l'Académie, et dans quelques heures de discussion, se développer tous les points de vue qu'on retrouve dans l'histoire entière de la philosophie; tant il est vrai qu'en métaphysique, et plus généralement dans toutes les hautes spéculations sur la nature, l'esprit humain est forcé de choisir entre un très petit nombre de solutions, qui s'offrent tout d'abord, et dont il lui est impossible de sortir: c'est ce qui fait que les problèmes philosophiques, et en particulier celui des sens, n'ont pas changé de nature, depuis Thalès jusqu'à M. Gerdy, et ont reçu les mêmes solutions dans tous les temps.

Quant à la supériorité d'un sens sur un autre, c'est, comme nous le disions, une bien ancienne dispute. Aristote, pour ne pas remonter plus haut, donnait la prééminence à la vue et à l'ouïe, comme étant de préférence les véhicules des idées du beau et du bien; tandis que les autres sens, et en particulier le toucher, sont plus directement au service de nos besoins animaux. Epicure, sans s'expliquer positivement sur ce point, et regardant même chaque sens comme parfait, paraîtrait pourtant avoir eu quelque prévention en faveur de la vue, qui se prêtait mieux que tous les autres à son hypothèse des simulacres détachés des corps pour expliquer la sensation. Il semblerait que les stoïciens, à en croire M. Rochoux, qui depuis quelque temps fréquente leur école, avaient de graves préventions contre la vue qui, disaient-ils, a le tort quelquefois de faire voir rond ce qui est carré; mais on ne sait pas s'ils avaient plus de confiance aux sens. Ces opinions ont reparu dans toutes les philosophies. Les philosophes du dix-huitième siècle ont en général préconisé le toucher qui seul, disent-ils (Condillac, Destutt de Tracy, etc.), peut nous révéler le monde extérieur, et il en était de même, par d'autres raisons, dans la physiologie toute mécanique de Descartes. Ainsi donc les autorités les plus nombreuses sinon les plus imposantes seraient peut-être du côté de M. Castel.

Quant au rôle des sens en général dans l'acquisition de nos connaissances, toutes les écoles se sont divisées en deux grandes sectes à la suite d'Aristote et de Platon, dont le premier accorde beaucoup à la sensation, mais moins cependant que M. Rochoux, et le second très peu, quoiqu'un peu plus que M. Adelon; entre ces deux systèmes qui, poussés à leur dernière conséquence, ont pour résultat: l'un, la négation de toute réalité dans l'expérience sensible, et l'autre, de toute vérité dans les connaissances rationnelles, se débattent une foule de systèmes mixtes qui, ne voulant sacrifier ni les sens à l'entendement, ni l'entendement aux sens, cherchent à faire sa part à chacune de ces facultés dans

sions traumatiques, et le ramollissement spontané du même organe et du cerveau, si bien décrit dans ces derniers temps, particulièrement par M. Rostan. M. Andral rejette avec raison l'idée qui attribue le ramollissement à un travail inflammatoire : « Nous voyons effectivement, dit-il, des ramollissemens sans aucune apparence de congestion sanguine, ni d'effusion purulente ni d'autre sécrétion morbide; tout ce qu'on y observe c'est une simple diminution de consistance, etc. » (1)

Bien que le ramollissement de la moelle épinière ne soit pas la conséquence d'une inflammation, nous ne devons pas omettre de faire remarquer qu'il coexiste quelquefois avec l'inflammation de ses membranes quelque soit d'ailleurs le degré de la première lésion. L'inflammation doit être regardée comme un des effets secondaires de la blessure; son appréciation complète appartient à un autre endroit de ce travail.

§ II. — Symptomatologie.

Les symptômes immédiats ou primitifs des blessures de la moelle peuvent être rapportés 1° à la commotion; 2° à la lacération ou division de sa substance; 3° à la compression produite par un déplacement osseux ou par épanchement de sang. Viennent ensuite les symptômes réactionels par l'inflammation des enveloppes et autres parties; ce sont là des phénomènes secondaires.

Considérés d'une manière générale, ces symptômes varient 1° selon la partie de la moelle qui a été blessée; 2° selon la nature de la blessure; 3° enfin selon plusieurs circonstances indéterminables ou accidentelles qui rendent les suites plus ou moins longues, plus ou moins fâcheuses. La diversité de ces symptômes est telle dans la pratique qu'on essaierait en vain de les comprendre dans un seul tableau.

D'un autre côté, on s'exposerait à des répétitions fastidieuses si l'on voulait exposer ces variétés sous différens chefs et dans autant de tableaux symptomatologiques particuliers. Après avoir mûrement réfléchi sur ce sujet j'ai trouvé que la méthode suivante est celle qui est le moins exposée à des inconvéniens et qui permet en même temps de traiter d'une manière complète et scientifique les symptômes propres aux lésions traumatiques de l'épine.

A. Paralysie des muscles volontaires. — Un des effets les plus communs des blessures de la moelle est la paralysie des muscles volontaires sous-jacens à la région blessée. Si la moelle est divisée dans toute son épaisseur, considérablement lacérée, ou bien fortement comprimée, la paralysie est immédiate et complète. Si, au contraire, la lésion n'est que partielle, il n'y a de paralysé que certains muscles; les autres conservent leur faculté motive.

La commotion de la moelle produit souvent aussi la paralysie complète, mais plus fréquemment partielle. Un membre peut être paralysé sans l'autre; ou bien, dans un même membre, certains muscles seulement sont paralysés; les autres obéissent à la volonté. Dans quelques cas, le malade peut se servir de son membre tant qu'il est dans la position horizontale; il cesse de le pouvoir étant debout. Le degré même de paralysie peut varier dans les différentes périodes; la paralysie peut être complète d'abord; ensuite, trois ou quatre jours après, elle l'est moins, les parties ayant repris un peu de force; puis, plus tard, cette force disparaître, et la paralysie redevenir complète. Quelquefois, quoique la paralysie soit complète ou presque telle au prime-abord, le malade guérit avec une telle promptitude qu'il peut marcher trois ou quatre semaines après, ou même plus tôt. Dans d'autres occasions, le contraire a lieu : le malade n'éprouve d'abord qu'une simple faiblesse musculaire, qui se convertit ensuite en paralysie, soit par degrés, soit presque subitement au bout de quelques semaines.

La paralysie s'observe plus souvent aux membres inférieurs qu'aux supérieurs. Dans quelques cas, lorsque la blessure atteint la partie inférieure de la moelle cervicale, les membres inférieurs seuls sont paralysés; les supérieurs ne l'étant point ou ne l'étant que légèrement. Cela s'explique aisément, en considérant que l'origine du plexus brachial tire à peine des filets de ce niveau. Ce phénomène, cependant, est remarquable et contraire à ce qu'on observe dans la carie des vertèbres cervicales. Dans ce dernier cas, en effet, il y a constamment paralysie des membres thoraciques, qui devient complète dans l'espace de quelques semaines à peu près, et avant que la même lésion se déclare aux membres inférieurs. Dans toute ma pratique, je n'ai rencontré qu'un seul cas de blessure de la moelle cervicale qui ait été suivi de paralysie complète des muscles des membres thoraciques, sans que les extrémités pelviennes aient été aucunement affectées. M. Stafford a fait connaître un cas dans lequel il y avait paralysie des membres supérieurs et inférieurs, par suite d'une blessure aux lombes, avec fracture et luxations des vertèbres de cette région; et j'ai observé moi-même un cas dans lequel il y avait paralysie des membres supérieurs à la suite d'une contusion de la partie moyenne des vertèbres dorsales. Je suis obligé de conclure que les faits de cette espèce ne sont autre chose que des exceptions à la règle générale, qui veut que la paralysie soit bornée aux parties sous-jacentes à la région frappée de la moelle. Il est cependant facile de comprendre qu'en même temps que les vertèbres, par exemple, des lombes ou du dos se fracturent ou se luxent, ou que du sang s'extravase sur l'un ou l'autre de ces points du canal vertébral, un autre point de la moelle, à la région cervicale, par exemple, éprouve les effets de la commotion.

La paralysie qui suit les blessures de l'épine est toujours un symptôme dangereux; beaucoup de ces malades, néanmoins, guérissent. Un gentleman tombe de cheval et reçoit au dos un violent coup de pied par cet animal : cinq semaines après, il devient paralytique des membres inférieurs; quinze semaines plus tard, il reprend petit à petit l'usage de ses membres, et peut marcher à l'aide d'une canne; une année environ après l'accident, j'ai été consulté. J'ai connu plusieurs autres cas semblables ou analogues à celui-ci. Un malade de l'hôpital St-Georges était paralysé des membres inférieurs, après un violent coup qu'il avait reçu à l'épine; dans l'espace de trois ou quatre semaines, il a recouvré toute sa faculté locomotive. J'aurai l'occasion de revenir sur ce sujet; je dois, en attendant, faire observer qu'il n'est pas difficile de comprendre comment une paralysie qui est produite par du sang extravasé peut se dissiper par la résorption du coagulum; il en est de même de celle qui ne reconnaît pour cause que la commotion. Morgagni rapporte le cas d'un jeune homme qui, ayant été blessé d'un coup de poignard au cou, a éprouvé immédiatement une paralysie de toutes les parties sous-jacentes à la blessure; néanmoins, il a commencé à regagner l'usage de ses muscles en moins de six semaines, et, au bout de quatre mois, il a commencé à marcher lentement. L'histoire de la chirurgie contient des faits de ce genre qui sont encore plus

(1) *A treatise on pathological anatomy by G. Andral, translated by D. Townsend and D. West;* vol. II, page 748. 1831.

---

le résultat total de la connaissance, et à déterminer son rôle précis. L'école écossaise, parmi les modernes, s'est particulièrement distinguée dans cette recherche; mais cette distinction est extrêmement difficile, car la nature n'offre jamais ces deux choses séparées, et les distinctions de l'analyse sont d'ordinaire plutôt logiques que psychologiques, c'est-à-dire plus verbales que réelles. On ne pense qu'à condition de sentir, mais on ne sent aussi qu'à condition de penser. La sensibilité et l'intelligence se confondent dans une indivisible unité. Pour faire cette distinction de rôles, si curieusement poursuivie par les philosophes, il faudrait que la nature les donnât séparés, mais c'est ce qu'elle ne fait jamais; car si elle semble quelquefois présenter des exemples de cette division, ce sont des exemples tronqués et nullement concluans. Ainsi la nature fait des sourds-muets et des aveugles de naissance; mais il est facile de voir, qu'indépendamment de la difficulté qu'il y a à observer directement le mécanisme intérieur de la pensée chez de tels êtres, on trouve toujours chez eux au moins trois sens en activité. Ce jeune écossais, nommé Mitchell, dont l'histoire a été racontée par Spurzheim et rappelée par M. Adelon, n'était pas rigoureusement aveugle et sourd; dès sa naissance, il avait toujours distingué la lumière des ténèbres, et perçu les couleurs éclatantes; à quatorze ans, l'opération de la cataracte lui permit de voir assez distinctement les objets extérieurs. Les hypothèses imaginées par quelques philosophes, pour obtenir des exemples plus complets de la séparation de ces deux ordres de faits, comme la statue de Condillac, sont des fictions tout à fait chimériques et sans valeur, parce que dans ces suppositions inventées pour expliquer la connaissance humaine, on commence par anéantir le sujet même de l'observation, c'est-à-dire l'homme réel, tel qu'il est sorti des mains de la nature avec l'ensemble des facultés organiques et intellectuelles qui le caractérisent. Pour pénétrer le mystère de ce phénomène complexe et un, l'analyse est obligée souvent de faire comme Condillac, d'interroger une statue au lieu de l'homme, car elle doit isoler des facultés que la nature fait agir toujours en bloc. Placer d'un côté les sens, de l'autre l'entendement, et chercher à découvrir ce qui résulte de l'application d'une de ces choses à l'autre, ou de leur action isolée, c'est supposer ce qui est en question; car l'acte sensitif le plus simple ne saurait être conçu sans la coopération de l'intelligence. Ainsi, pour citer un fait, une sensation ayant toujours et nécessairement quelque durée, l'intervention de la mémoire paraît indispensable pour la faire arriver à la conscience, et si l'on admet en outre, comme il semble qu'on le doive, que nulle sensation ne peut avoir lieu sans quelque degré d'attention de la part de l'être sentant, on est forcé d'impliquer aussi la volonté dans la production du phénomène, etc., etc.

Voilà une partie, et une petite partie seulement, des difficultés du sujet. M. Gerdy ne les a pas abordées dans son mémoire en faveur de la vue : il s'est tenu toujours, pour ainsi dire, aux environs de la question, et c'était, au reste, le parti le plus sage. Nous avons trouvé dans son mémoire une opinion digne de remarque, c'est celle qui attribue à l'œil la perception des trois dimensions de l'étendue et, par conséquent, des distances; et la connaissance des déplacemens des corps. Cette opinion n'est pas neuve, car c'est, avec certaines modifications et restrictions, celle de Locke, de Lecat, de Buffon et de Gall; mais elle a été fortement combattue et renversée, selon nous, par d'autres philosophes, tels que Berkley, Condillac, Reid, Spurzheim, etc. M. Gueneau de Mussy a fait très bien valoir le raisonnement de ce dernier, et montré que, toute

remarquables: on rapporte des cas dans lesquels la moelle aurait été complètement divisée, sans que la paralysie s'en suivît ni immédiatement, ni consécutivement. (*Mém. de l'Acad. de chir., et Journal de Desault*, cités par Velpeau.) De pareils faits, cependant, sont rares, et jusqu'à ce que de nouvelles observations les confirment, il est permis de douter de leur réalité; il est probable que cela tient à l'examen peu minutieux de la partie blessée. Ces faits sont loin d'être éclaircis par l'analogie fournie par d'autres rapportés par Magendie et Velpeau, dans lesquels une partie de la moelle avait été réduite en bouillie semi-liquide, sans que les muscles sous-jacens fussent paralysés : dans cette circonstance, il restait assez de fibres saines de la moelle pour transmettre l'influence nerveuse des parties supérieures aux inférieures.

B. Spasmes musculaires. — Un gentleman tombe de cheval dans le mois d'octobre 1827; son corps reste sous le cheval; sa tête n'a point été frappée; la lésion principale qu'il a éprouvée a été à la partie inférieure de l'épine. Au moment même de la chute, ses cuisses se sont fléchies spasmodiquement vers le tronc, et ont été saisies de tremblemens involontaires s'étendant jusqu'aux pieds. Ensuite les membres inférieurs ont été frappés de paralysie, et ont continué dans cet état pendant deux mois. Au bout de ce temps, il a commencé à recouvrer la mobilité, et j'ai été consulté une année environ après l'accident; alors, il marchait déjà à l'aide d'une canne.

Dans les considérations sur les blessures du cerveau que j'ai communiquées à la société (*Trans.*, t. 14), j'ai rapporté quelques faits qui paraissent établir que les convulsions qui ont lieu quelquefois à la première période des blessures de la tête dépendent d'une légère extravasation de sang suffisante pour irriter le cerveau; mais insuffisante pour détruire l'influence fonctionnelle de cet organe. L'observation décidera si les convulsions qui ont lieu dans cet instant ont une pareille origine, ou bien si elles dépendent de désorganisation de la moelle épinière qui cause la paralysie après la commotion. Les mêmes symptômes s'observent aussi quelquefois à une époque plus avancée: un homme, âgé de 45 ans, tombe d'un échafaudage dans le mois de janvier 1825, et se blesse au dos; toutes les parties sous-épigastriques se paralysent immédiatement; neuf jours après, on observe pour la première fois un léger mouvement involontaire des muscles des cuisses, toutes les fois qu'on touche accidentellement ces parties. Ensuite des crampes violentes et des convulsions douloureuses se déclarent chaque fois qu'on touche son corps ou qu'on bouge ses couvertures. Ces symptômes deviennent presque constans, de manière à l'empêcher de dormir. Neuf mois après l'accident, il est mort; l'autopsie a fait connaître une fracture de la quatrième vertèbre dorsale, avec déplacement osseux et compression légère de la moelle. Il y avait en outre un abcès, contenant quatre à six onces de pus, communiquant avec la fracture, et s'étendant dans le médiastin postérieur. Les membranes de la moelle épinière et la moelle elle-même étaient à l'état naturel à leur face externe; mais ayant été divisées longitudinalement la partie centrale a été trouvée ramollie, au point qu'ayant été mise à macérer pour peu de temps dans de l'eau, elle a complètement disparu.

Un enfant a été reçu à l'hôpital en septembre 1827, avec une fracture des troisième et quatrième vertèbres lombaires, accompagnée de déplacement tellement considérable que l'épine présentait une difformité évidente. Les membres inférieurs étaient paralysés. On a essayé de réduire les vertèbres déplacées; mais on n'a obtenu qu'un demi-succès. Un mois après, il a été pris de légers mouvemens involontaires aux membres inférieurs, et en même temps il a commencé à recouvrer la faculté de les mouvoir volontairement. Dans le mois de janvier suivant, il a quitté l'hôpital, et je n'en ai plus entendu parler.

Dans chacun de ces cas, il y avait évidemment compression légère de la moelle, et je suis porté à croire que c'était là la cause des mouvemens spasmodiques des muscles; car je ne sache pas qu'il existe d'autopsie qui prouve que ce symptôme se présentait conjointement à la désorganisation de la moelle, ou indépendamment de sa pression.

C. Lésion des nerfs du sentiment. — Si la moelle épinière est lacérée, ou considérablement comprimée, il y aura destruction complète de la sensibilité des parties sous-jacentes. Si la blessure existe au niveau de la sixième ou septième vertèbre cervicale, la destruction de la sensibilité n'est souvent que partielle aux extrémités supérieures, tandis qu'elle est complète au tronc et aux membres inférieurs. Mais si la lésion existe à deux vertèbres au-dessus, le malade présente, durant le court espace de temps qu'il a à vivre, le phénomène extraordinaire d'une tête vivante, dépourvue de puissance musculaire, et attachée à un tronc insensible fourni d'extrémités également insensibles.

Dans les commotions de la moelle, on observe les mêmes variétés de lésion de la sensibilité et de la mobilité volontaire. Quelquefois elle est partout complète; dans d'autres occasions, elle est complète dans une partie, incomplète dans une autre, ou bien les sensations sont obtuses dans chaque partie du corps, sans être totalement détruites. Quelquefois la peau paraît insensible, le patient ayant néanmoins la conscience d'une pression qu'on y exerce jusqu'aux parties les plus profondes.

Il n'est pas rare que les malades accusent des sensations extraordinaires dans les parties dont les nerfs sont incapables de transmettre au sensorium les impressions causées par des agens mécaniques ou par la chaleur. Quelquefois ils se plaignent de se sentir comme violemment brisés, ou bien ils accusent un sentiment de brûlure, de resserrement, de constriction. Dans beaucoup de cas, la destruction de la sensibilité est incomplète d'abord, puis elle devient complète à mesure que le travail de ramollissement fait des progrès. Lorsque la guérison a lieu, le retour de la sensibilité précède ordinairement celui de la mobilité volontaire, de sorte que le malade peut très bien avertir les impressions extérieures sans pouvoir encore se servir à volonté de la partie. Ces considérations s'appliquent également dans tous les cas, soit que la moelle n'ait été que commotionnée, soit qu'elle ait éprouvé de la compression par déplacement des vertèbres.

D. Lésion de la respiration. — Tout le monde sait que, si la moelle épinière est divisée ou lacérée au-dessus de l'origine des nerfs phréniques, c'est-à-dire au-dessus de la troisième vertèbre cervicale, la mort a lieu sur le champ. Dans ce cas, il y a suspension de l'influence nerveuse au diaphragme et aux autres muscles de la respiration, et la mort arrive comme par strangulation. Si la respiration peut être reproduite artificiellement, l'épanouissement des poumons réveille et soutient l'action du cœur et permet à la vie de se prolonger pour quelques heures.

La compression de la partie supérieure de la moelle, par suite de la luxation ou fracture est suivie du même résultat. J.-L. Petit nous a conservé un cas de cette nature; par suite de la luxation de la seconde vertèbre, la mort a été instantanée; plusieurs autres semblables ont été rapportés par sir Charles Bell et M. Stafford. Ce dernier auteur a fait con-

seule, la vue ne nous donne que les couleurs, et deux dimensions. Une théorie que M. Gerdy n'a, certes, empruntée à personne est celle de la presque infaillibilité du sens de la vue, qui, dit-il, ne nous trompe pas, même dans le cas où son témoignage semblerait le plus infidèle; par exemple, dans l'exemple si souvent cité de l'allée d'arbres, dont les plus éloignés paraissent plus petits que les plus rapprochés. M. Gerdy pense que, dans ce cas, il n'y a pas illusion d'optique, *quoi qu'on en ait dit*, et que cette petitesse relative des arbres est une réalité. M. Gerdy ne veut, sans doute, pas dire par là que les derniers arbres sont réellement et substantiellement plus petits que les premiers, mais seulement que cette apparence n'est pas un mensonge, attendu qu'en fait l'image dépeinte au fond de l'œil par les uns est réellement et mathématiquement plus petite que celle des autres. Mais il aurait dû remarquer que c'est cette différence même de la grandeur de l'angle visuel qui constitue ce qu'on appelle l'illusion d'optique. Si son explication n'était pas un simple jeu de mots, elle serait une absurdité notoire, que nous nous gardons bien de lui attribuer. On a été aussi un peu étonné et presque scandalisé de la manière dont M. Gerdy a parlé de Cabanis. Cabanis a des erreurs, sans doute; mais à tout prendre, c'est un penseur et un philosophe d'un ordre trop élevé pour être ainsi traité de haut en bas. Mais passons sur cet épisode.

M. Rochoux, partisan déclaré de l'hypothèse condillacienne, que toute idée et toute connaissance prend son origine dans les sensations, a été très bien réfuté par M. Guéneau de Mussy, lequel a fait voir qu'il existe des idées évidemment non-sensibles, et dont la formation doit être rapportée directement à l'entendement et à la raison. Cette dernière opinion n'a pas seulement pour elle l'autorité des métaphysiciens purs tels que Platon, Leibnitz, Descartes, Kant et Reid, autorité dont M. Rochoux fait très peu de cas; elle a encore celle de Gall et de Spurzheim qui sont pourtant des matérialistes orthodoxes. D'un autre côté, M. Adelon a soutenu de la manière la plus absolue que les sens ne nous apprenaient rien immédiatement, et il a cité Gall pour garant de cette opinion; il y a ici deux erreurs : une de doctrine, qu'il est inutile de réfuter; une de fait, savoir que Gall a soutenu cette insoutenable thèse. La vérité est que Gall est tombé précisément dans l'excès contraire en conférant aux sens et notamment à la vue des pouvoirs trop étendus, erreur reconnue plus tard et réfutée par Spurzheim lui-même. (*Observations de phrénologie*, p. 239.).

Il est un point sur lequel tout le monde a paru tomber d'accord, ce qui est fort rare dans toute discussion ; et, par surcroît de bonheur, ce point accordé de tous est une vérité, savoir : la complète indépendance et la perfection absolue de chaque sens dans sa spécialité. Cette indépendance a été plus ou moins méconnue, surtout par l'école de Condillac, qui voulait que les sens pussent se rectifier mutuellement; et, à ce propos, je remarquerai en passant qu'il n'est pas d'école qui ait plus mal observé les fonctions des sens que celle-là même qui a fait de la sensation l'objet presque unique de ses recherches; il n'y en a pas qui ait plus mal connu la nature du phénomène sur lequel elle fondait toute la philosophie de l'esprit humain. Quoi qu'il en soit, sur ce point important toutes les opinions se sont réunies à celle d'Epicure, qui disait il y a déjà longtemps, et en beaux vers, la même chose, par la bouche de Lucrèce. « Les oreilles pourront-elles rectifier les yeux, ou le toucher les oreilles? Les yeux, les narines, le goût réfuteront-ils le toucher? Je ne le pense pas. Chacun de ces sens a un pouvoir et une force à part. C'est donc une nécessité que ce qui est dur ou mou, froid ou chaud, soit senti comme tel par un acte séparé ; il faut

naître deux cas de mort subite par fracture de la seconde et troisième vertèbres cervicales. J'ai donné des soins à un jeune homme affecté de carie à la partie supérieure de la colonne vertébrale, et qui a expiré subitement en voulant changer de position dans son lit, après avoir pris, de bon cœur, un dîner copieux. L'autopsie n'a pu être faite, mais j'ai tout lieu de croire qu'il a éprouvé une luxation de l'apophyse odontoïde de la seconde vertèbre, d'où il s'est suivi la compression de la moelle.

Les luxations de la première et de la seconde vertèbre ne tuent pas toujours de cette manière. Un cas très remarquable a été dernièrement communiqué à la société par M. Phillips; la luxation avait été la conséquence d'une violence accidentelle. Un enfant, âgé de 4 à 5 ans, est reçu à l'hôpital Saint-Georges, offrant tous les symptômes d'une carie des vertèbres cervicales; la respiration était altérée. Peu de temps après, il est saisi de symptômes semblables à ceux de l'hydrocéphale, et il meurt avec les signes d'une compression cérébrale. A l'autopsie, les ventricules du cerveau sont pleins d'eau et distendus : le ligament transverse de la seconde vertèbre cervicale est détruit ; l'apophyse odontoïde fait une saillie considérable dans le canal médullaire. La dure-mère pourtant est intacte et a empêché la luxation de devenir complète. La compression qu'éprouvait dans ce cas la moelle n'était pas suffisante pour détruire ses fonctions, mais elle l'était assez pour irriter cet organe et déterminer l'épanchement de sérosité dans les ventricules du cerveau. Un antre sujet, âgé de 16 ans, traité à l'hôpital Saint-Georges, a présenté absolument les mêmes circonstances.

Lorsque la moelle est blessée sérieusement à la partie inférieure du cou, c'est-à-dire au-dessous de l'origine du nerf phrénique, ou vers la partie supérieure du dos, l'action normale du diaphragme n'est point altérée, mais les muscles intercostaux et les muscles expirateurs sont paralysés. Les côtes restent immobiles et l'air est expulsé des poumons, non par la contraction des muscles abdominaux, mais par l'élasticité des parois abdominales et l'action des viscères abdominaux sur la partie inférieure du diaphragme, quand ce muscle est relâché. On peut présumer que, dans ces circonstances, l'expiration n'est jamais aussi complète que lorsqu'elle est le résultat de l'action musculaire. Du reste, il est bon d'observer que le malade ne peut expectorer le mucus, s'il en existe dans la trachée. S'il tousse, sa toux a quelque chose de particulier; il y a d'abord inspiration forcée, puis relâchement subit du diaphragme ; s'il s'assied de manière à ôter la compression des viscères abdominaux sur le diaphragme, il respire beaucoup plus difficilement que quand il reste couché. Tous ces symptômes doivent être regardés comme très graves. Une respiration aussi imparfaite est insuffisante pour l'entretien de la vie; il est rare que le malade dépasse le cinquième ou sixième jour ; le plus souvent il succombe en moins de quarante-huit heures après l'accident. La guérison dans ces cas est extrêmement rare. Les blessures de la moelle à la partie inférieure du cou ne sont pas toujours cependant suivies de ces résultats. La compression de la moelle peut être si légère, la commotion si passagère que les muscles de la respiration n'en éprouvent aucun effet fâcheux à aucune période de la blessure, ou bien ils peuvent ne rien ressentir dans les premiers momens et éprouver une réaction plus tard. Dans un cas que j'ai observé, il y avait fracture de la septième vertèbre cervicale, un ramollissement diffluent de la moelle, et pourtant la difficulté de la respiration ne s'est manifestée que le douzième jour ; la mort a eu lieu trois jours après.

— Plus la blessure de la moelle est éloignée de la région cervicale, moins la respiration est affectée. Dans un cas de fracture de la sixième vertèbre dorsale, j'ai observé (chose à laquelle on doit facilement s'attendre) que, bien que l'expiration s'exécutât facilement, néanmoins les muscles abdominaux n'agissaient pas dans l'expiration. Quel que soit, du reste, l'endroit de la blessure, il faut toujours s'attendre, quelque temps après, à de la toux, avec expectoration muqueuse abondante. Dans un cas de fracture de la septième vertèbre dorsale, suivie de ramollissement de la moelle sur le même point, la toux et l'expectoration se sont manifestées dès le troisième jour, et la toux était excitée au moindre changement de position. Néanmoins ce malade a pu vivre jusqu'à la fin de la cinquième semaine.

E. Priapisme. — Ce symptôme est très-ordinaire après les blessures de la moelle, et il est bien remarquable que l'érection du pénis, qui se rallie dans l'état normal à une impression sensoriale, survienne ici constamment en union de la paralysie. Le priapisme a lieu après la commotion comme après la compression de l'épine. Ce phénomène cependant paraît se joindre plutôt aux blessures de la partie supérieure que de l'inférieure de la moelle; du moins je ne me rappelle pas l'avoir observé dans aucun cas où la lésion existait au-dessous de la sixième vertèbre dorsale. Ce symptôme est ordinairement primitif; il se montre généralement vers le deuxième ou le troisième jour, et il est rare qu'il continue après la première quinzaine. Il s'observe même dans les cas où la sensibilité des parties est totalement détruite, et peut être provoquée par une simple irritation mécanique, comme par l'introduction de la sonde, par exemple, sans que le malade ait la conscience de cette opération. Cette circonstance m'a été démontrée, il y a quelques années, par le professeur Macartney, à Dublin, et j'ai eu depuis l'occasion de la vérifier moi-même plusieurs fois dans la pratique.

F. Lésion de l'appareil urinaire. — La paralysie de la moitié inférieure du corps est nécessairement accompagnée de l'impuissance de la vessie; l'usage de la sonde devient indispensable. Dans la grande majorité des cas, le malade n'accuse aucune incommodité pour cette rétention; il ne s'aperçoit pas du tout que sa vessie est pleine d'urine et distendue par ce liquide. Il existe pourtant des exceptions à cette règle : il y a des sujets qui éprouvent, par cette rétention, des incommodités, des souffrances, comme dans les rétentions ordinaires, mais à un moindre degré. L'impuissance d'émettre les urines est ordinairement un symptôme primitif; et dans les cas graves, il se continue jusqu'à la mort. Lorsque la guérison a lieu, complète ou incomplète, la faculté de vider volontairement la vessie reparaît plutôt que celle de la mobilité des membres inférieurs. Si l'on ne fait pas usage de la sonde, l'urine coule involontairement comme dans les autres cas de regorgement. Dans quelques circonstances, le malade présente un égouttement continuel des urines par la verge, bien que la vessie soit fort contractée ; l'introduction de la sonde ne donne pas issue à de l'urine en pareille occurrence.

Parmi les conséquences des blessures de la moelle épinière, aucune n'est plus remarquable que celle de l'altération de la sécrétion des reins et de la vessie. Mon attention a été appelée sur ce sujet depuis l'année 1807. Mon expérience subséquente m'a permis de faire les remarques suivantes.

Le premier effet de la blessure de la moelle est assez souvent la diminution de la sécrétion de l'urine. Cela s'observe surtout lorsque la lésion

---

que les couleurs et les qualités qui y sont associées soient perçues aussi à part; et pareillement les saveurs, les odeurs et les sons; et, par conséquent, il est impossible que les sens se puissent rectifier, soit les uns par les autres, soit par eux-mêmes. Ils méritent, en effet, tous, la même confiance; leur témoignage est vrai en tout temps. »

An poterunt oculos aures reprehendere ? an aures
Tactus ? an hunc porro tactum sapor arguet oris ?
An confutabunt nares, oculive revincent ?
Non, ut opinor, ita est : nam seorsum quoique potestas
Divisa est; sua vis quoique est; ideoque necesse est,
Quod molle aut durum est, gelidum fervensve, seorsum
Id molle aut durum, gelidum fervensve videri;
Et seorsum varios rerum sentire colores;
Et quæcumque coloribus sunt conjuncta, necesse est;
Seorsus item sapor oris habet vim, seorsus odores
Nascuntur, seorsum sonitus : ideoque necesse est
Non possint alios alii convincere sensus.
Nec porro poterunt ipsi reprendere sese;
Æqua fides quoniam debebit semper haberi :
Proinde, quod in quoque est his visum temporè, verum est.

Nous pensons que cette citation fera plaisir à M. Rochoux.

Nous terminerons par là cet article. Si nos lecteurs trouvent, ce qui est probable, qu'il n'avance en rien la question, et qu'il ne leur apprend pas grand chose, nous les prierons de se rappeler que nous avons déclaré, en commençant, n'être pas plus en état que l'Académie de résoudre les difficultés du sujet.

— Le choléra a reparu à Calcutta et y sévit avec violence; plus de 1,000 personnes ont succombé dans la ville et les faubourgs.

AVIS.

Les personnes qui feront des communications à l'Académie de médecine, et qui désireront qu'il en soit rendu compte dans la Gazette Médicale, sont priées d'en adresser l'analyse au bureau du journal, au plus tard le lendemain de leur lecture. Nous faisons la même invitation aux auteurs qui nous adresseront des ouvrages, et les prions de joindre à leur envoi l'exposé succinct des faits nouveaux et des idées nouvelles renfermés dans leurs publications. Cette mesure a pour but de hâter le compte-rendu des ouvrages, et d'assurer la plus grande exactitude dans l'exposition des idées et des travaux des auteurs.

atteint la partie inférieure du cou et qu'elle est, par conséquent, suivie d'une grande gêne de la respiration. Un malade de l'hôpital Saint-Georges chez lequel il y avait en séparation forcée des cinquième et sixième vertèbres cervicales, et fracture avec enfoncement osseux et lacération de la moelle, n'a offert à la sonde appliquée vingt-quatre heures après l'accident, que quatre onces d'urine; et, après sa mort, vingt-six heures plus tard, la vessie ne contenait qu'une pareille quantité de liquide, malgré que le malade n'en eût pas rendu dans l'intervalle. Le même phénomène cependant peut exister si la blessure n'a lieu qu'à la partie inférieure de la colonne. Un monsieur a reçu un coup aux lombes; à l'instant, paralysie des membres inférieurs; il n'a pas éprouvé de difficulté pour uriner; mais, pendant les premières vingt-quatre heures, la sécrétion de ce liquide a été presque complètement suspendue. Quelque temps après, j'ai été consulté et je n'ai pas eu de peine à croire exact ce récit, qui m'a été fait par le malade lui-même.

Dans quelques cas, l'urine qui est sécrétée après la blessure, bien qu'acide et sans mucus, offre une odeur dégoûtante particulière; dans d'autres, elle est fort acide, d'une couleur jaune opaque, et dépose un sédiment jaune amorphe. Chez un malade, la matière jaune était si abondante qu'après la mort on a trouvé que les membranes de la vessie en étaient imprégnées, sans que cette couleur fût jointe à la moindre marque d'inflammation du même organe.

Mais le changement le plus commun que les lésions traumatiques de l'épine produisent sur l'urine est le suivant. Le liquide est privé d'ammoniac et trouble; en se refroidissant au repos il dépose une grande quantité de mucus adhésif, et, éprouvé au papier tournesol, il est fortement alcalin. Après quelque temps, on trouve dans le mucus une grande quantité de matière blanche (phosphate de chaux) et une teinte sanguinolente. Plus tard une quantité considérable de coagulum sanguin est mêlée au mucus et à l'urine. Ces conditions se montrent assez souvent au deuxième ou troisième jour de l'accident, quelquefois cependant pas avant la fin de la première semaine, ou du huitième au neuvième jour. Je n'ai pas observé que la blessure d'une partie de l'épine soit, plus qu'une autre du même organe, capable de produire ces changemens. Leur durée pourtant offre des variétés. Dans les cas graves, ces changemens de l'urine continuent quelquefois jusqu'à la fin, même si l'individu survit plusieurs semaines ou des mois. Dans d'autres circonstances, ils se continuent pendant deux ou trois semaines, puis ils déclinent, l'urine redevient transparente, mais elle reste acide. Il y a des circonstances où l'urine change presque d'un jour à l'autre sans raison appréciable; elle est tantôt alcaline, déposant du mucus, tantôt claire et acide, puis de nouveau alcaline, et ces changemens peuvent avoir lieu plusieurs fois chez le même individu.

Les pathologistes savent que l'existence du mucus adhésif dans l'urine n'est pas sécrétée par les reins; il ne forme, par conséquent, pas partie intégrante de l'urine, sa sécrétion n'étant due qu'aux uretères et à la vessie, surtout à cette dernière lorsqu'elle est enflammée. L'un des effets, par conséquent, des blessures de l'épine est, dans beaucoup de cas, d'enflammer la muqueuse de l'appareil urinaire, et les restes de cette inflammation, lorsque l'urine a continué à être alcaline et chargée de mucus jusqu'à la mort, sont très manifestes à l'autopsie. La membrane muqueuse vésicale, urétérique, du bassinet et de l'infundibulum rénal est très vasculaire; chez quelques sujets, la vessie est enduite de phosphate de chaux que le mucus a déposé à sa surface. Quelquefois on trouve aussi des taches formées par du sang extravasé dans la substance glandulaire des reins, et des masses libres de sang coagulé dans les bassinets rénaux et dans la vessie.

Une question intéressante se présente ici, c'est de savoir si l'inflammation muqueuse vésicale est une maladie primitive ou secondaire; en d'autres termes, si la blessure de la moelle agit directement sur la membrane muqueuse, ou bien sur les reins, altérant la composition de l'urine, et cette dernière enflammant la muqueuse par son contact irritant. C'est à l'observation à répondre.

G. Lésions des organes digestifs. — Dans les premiers temps, quelle que soit la blessure de la moelle, il y a toujours torpeur intestinale; les malades sont constipés, et ce n'est qu'à l'aide de forts purgatifs qu'on peut les faire aller à la garderobe. L'abdomen est tympanisé, et dans les cas graves ces symptômes continuent jusqu'à la mort à un degré plus ou moins prononcé. La même condition du système nerveux qui produit la constipation occasionne l'incontinence des fèces qui sont déjà arrivés dans le rectum; cette incontinence fait que les matières sortent involontairement et sans que le malade s'en aperçoive. Dans les cas où la blessure existe à la portion cervicale et où la mort a lieu en deux ou trois jours, le malade éprouve souvent des envies de vomir, ou même des vomissemens. Un malade que j'ai soigné et qui se trouvait dans ce cas n'a fait que vomir jusqu'à la mort de la matière noire; un autre, qui est mort le cinquième jour, a eu, dans les deux derniers jours, des vomituritions continuelles et des déjections de matière morbide.

Dans les cas les plus graves, il y a des évacuations alvines de couleur noire, semi-fluides, semblables à du goudron et de la thériaque, et d'une fétidité particulière.

On n'a pas encore cherché, à ce que je sache, à déterminer la nature de ces matières si fétides, et les principes qui constituent leur couleur noire. Cette dernière circonstance tient assurément à un mélange de sang extravasé; ce sang est probablement fourni par les vaisseaux de l'estomac et des intestins; c'est là peut-être aussi la source de la couleur des matières noires qu'on vomit quelquefois vers la fin des fièvres typhoïdes et des plaques noires qui s'attachent aux dents et aux gencives dans certaines maladies. Je n'ai porté mon attention sur ce sujet que depuis deux ou trois ans, et de nouvelles recherches sont encore nécessaires pour l'éclaircir complètement.

H. Altération de la température vitale. — M. Chossat a publié un travail sur cette matière d'après des expériences faites sur des animaux; il a trouvé que la division de la portion supérieure de la moelle produit un développement remarquable de chaleur animale, de sorte qu'il y a augmentation de la température naturelle. J'ai fait moi-même des expériences semblables à celles de M. Chossat; et j'ai observé plusieurs fois chez l'homme que les blessures de la moelle produisent aussi le même effet. Le plus remarquable sous ce rapport parmi ceux que j'ai vus est celui d'un homme reçu à l'hôpital Saint-George; il avait éprouvé une séparation traumatique des cinquième et sixième vertèbres cervicales, avec épanchement de sang dans le canal vertébral et lacération de la partie inférieure de la moelle cervicale. La respiration ne s'exécutait que par l'action du diaphragme seulement et d'une manière très imparfaite. Il mourut vingt-quatre heures après l'accident; vers la fin de sa vie, il respirait à très longs intervalles, le pouls était très faible et la face livide. A la fin, il n'y avait que cinq ou six inspirations par minute. Néanmoins lorsque la boule du thermomètre était placée entre le scrotum et la cuisse le mercure montait à 111° de l'échelle Fahrenheit. Immédiatement après la mort la température au même endroit marquait le même degré.

En 1812, j'ai publié le résultat de quelques expériences que j'avais faites sur des lapins. En stupéfiant ces animaux à l'aide du poison Woorara, bien qu'ils consommassent la même quantité d'oxigène en respirant que dans l'état sain, leur organisme ne produisait que peu ou pas de chaleur animale. Dans le fait que je viens de rapporter le contraire avait précisément lieu: la respiration était si imparfaite que la consommation de l'oxigène était très minime, néanmoins la production de la chaleur animale était excessive.

I. Gangrène. — Un des faits des blessures de la moelle est une diminution de la force vitale des parties externes, de sorte que la gangrène s'en empare aisément, des escarrhes se forment à la moindre pression. La disposition à la gangrène est évidemment une conséquence directe de la blessure de la moelle, puisqu'elle arrive également, que l'action du cœur soit forte ou faible, et est limitée aux parties sous-jacentes à la blessure.

Lorsque la lésion a porté sur la portion cervicale de la moelle, les escarrhes commencent à se former non seulement sur le sacrum et les fesses mais encore aux chevilles à compter du second jour. Dans cette dernière région, nous pouvons assister au début et à la marche des escarrhes. La peau devient d'abord pourpre; puis elle se couvre de vésicules remplies d'un liquide noir; et les tissus sous-jacens perdent immédiatement leur vitalité. Lorsque la blessure porte sur la portion dorsale de la moelle, les escarrhes sont généralement, mais pas toujours, bornées aux parties fortement comprimées, c'est-à-dire au sacrum et aux fesses, et elles n'ont lieu que plus tard. Il est bon de remarquer que dans ces derniers cas la séparation des escarrhes commence promptement et de nouvelles escarrhes se forment immédiatement après.

K. Affection du sensorium. — Je ne mentionne ici que l'effet produit sur le sensorium immédiatement après la blessure. J'ai rarement observé le sensorium matériellement affecté dans ces cas, si ce n'est dans les circonstances où la lésion de la moelle a porté sur la portion cervicale. Ces effets du reste sont variables.

Un individu avait essuyé une fracture des cinquième et sixième vertèbres cervicales avec déplacement des fragmens et lacération de la moelle; les fonctions sensoriales n'étaient aucunement troublées, le malade raisonnant et sentant parfaitement. Un autre avait éprouvé une rupture et dilacération pareille; il est devenu comateux immédiatement après; on l'a saigné du bras, le coma s'est dissipé; mais ce symptôme a reparu douze heures après, et s'est continué jusqu'à la mort qui a eu lieu dix heures plus tard. Un troisième offrait une fracture des quatrième et cinquième vertèbres cervicales avec ramollissement de la moelle; il était d'abord parfaitement sensible.

En moins de vingt-quatre heures, il tombe dans une sorte de stupeur, puis il a le délire et continue ainsi jusqu'à la mort qui a lieu trente-six heures après l'accident. Un quatrième était atteint d'une extravasation sanguine dans le centre de la moelle, à la hauteur des cinquième et sixième vertèbres cervicales; il mourut quarante-huit heures après ayant conservé toute sa connaissance jusqu'à la fin, mais les pupilles étant contractées.

L. REMARQUES ADDITIONNELLES. — Le premier effet qu'une blessure intense de la moelle produit sur la circulation est de diminuer l'action du cœur et de mettre l'organisme dans une sorte de collapsus; le pouls devient très faible, concentré et à peine perceptible. Des frissons ont lieu de temps en temps.

Lorsque la lésion existe à la partie inférieure du cou, le blessé meurt le plus souvent avant la réaction complète; le pouls reste faible jusqu'à la fin; s'il bat distinctement, il ne dépasse pas les 50 ou 60 pulsations par minute. Dans la majorité des cas, néanmoins, après les premières vingt-quatre heures, le pouls s'élève à 90 ou 100 par minute; mais il est toujours faible et concentré, et indique plutôt un état de grande faiblesse générale que de maladie inflammatoire. L'état de la langue correspond à celui du pouls, et il n'est pas rare de la trouver, au bout de vingt-quatre heures, sèche et parcheminée, couverte d'une couche brune, qui se convertit bientôt en croûte noire comme dans la dernière période des fièvres continues. Si la blessure existe à la partie inférieure du cou, mais pas de manière à produire la mort dans les trois ou quatre premiers jours, ou bien si elle porte sur la portion, soit dorsale, soit lombaire, et que le malade ne meure pas promptement; ou qu'il finisse par guérir, le pouls reste ordinairement plus fréquent qu'à l'état naturel pour quelque temps, variant de 90 à 120 par minute, mais faible et contracté; la langue devient en même temps plus propre et humide que dans le premier cas. Si l'on tire du sang dans ces circonstances, le coagulum est volumineux et peu consistant; souvent n'exhibant aucune apparence d'inflammation; quelquefois offrant une légère couenne dans le premier cas; mais aucune ensuite. Ces observations s'appliquent, autant que j'ai pu en juger, à tous les cas dans lesquels l'effet de la blessure se réduit au ramollissement de la moelle avec ou sans dissolution consécutive, et sans inflammation des membranes du même organe. Ces faits confirment l'opinion que j'ai émise, concernant la nature du travail de ramollissement de la moelle, indépendant de l'inflammation. L'inflammation des membranes de la moelle est, sans contredit, une conséquence beaucoup plus rare des blessures de l'épine que la méningite encéphalique après les lésions traumatiques de la tête. Dans les cas de ce genre qui se sont présentés à mon observation, le travail de ramollissement et de dissolution de la moelle a marché simultanément avec l'inflammation des membranes, et il y a eu, durant la vie, tous les symptômes propres à la dernière de ces affections; plus, des sueurs abondantes et des attaques de frissons, indices de suppuration. Il y avait en même temps des mouvemens spasmodiques des muscles volontaires; mais pas avant qu'on pût raisonnablement supposer que du pus existât en suffisante quantité dans la moelle pour comprimer cet organe. J'ai déjà fait mention de cas dans lesquels la pression produite par d'autres causes produisait le même effet.

Sir Charles Bell a rapporté deux cas, dans lesquels l'inflammation et la suppuration des membranes de la moelle survenues après une blessure de l'épine, non liées à du ramollissement médullaire, ont produit des symptômes presque semblables à ceux qui accompagnent l'inflammation et la suppuration des mêmes membranes par d'autres causes. Dans le premier de ces cas, il s'agissait d'une fracture de la septième vertèbre dorsale; le malade était atteint de délire, son pouls était fréquent. La circonstance la plus remarquable a été la persistance des mouvemens volontaires. La mort a eu lieu le cinquième jour par des symptômes typhoïdes. Dans l'autre cas, la blessure existait au niveau des vertèbres cervicales inférieures et premières dorsales; à l'autopsie, on a trouvé toute la moelle épinière baignant dans du pus, depuis la blessure jusqu'à la partie lombaire inférieure. Pendant les huit premiers jours, il n'y avait pas de symptômes graves; ensuite le malade a été pris de convulsions violentes, fièvre et délire. Jusqu'au dixième jour, il n'y avait pas de symptômes de paralysie, alors le malade a éprouvé de la difficulté à élever son bras; deux jours après, les membres inférieurs se sont paralysés. La mort a eu lieu vers la troisième semaine de l'accident, et par des symptômes typhoïques. Ces faits sont d'un grand intérêt; parmi ceux qui me sont propres, et dont j'ai conservé des notes, je n'en trouve pas qui leur ressemblent précisément.

J'ai rencontré un cas dans lequel l'inflammation des membranes de la moelle a eu lieu avec des circonstances particulières; elle a été, non un symptôme primitif, mais secondaire de la blessure.

Un homme a été reçu à l'hôpital pour être traité d'une fracture de la sixième vertèbre dorsale, suite d'une chute d'un échafandage très haut : il est mort au bout de six semaines, et a présenté un ramollissement de la moelle, dans l'étendue de deux pouces, à l'endroit même de la fracture; les symptômes n'ont offert rien de particulier. Le dixième jour de l'accident, des vésications contenant du sérum noir se sont déclarées sur un pied, et une escarrhe a commencé à se former aux tégumens du sacrum. Le travail de mortification s'est étendu rapidement, et une semaine avant la mort une large escarrhe est tombée, comprenant la plus grande partie du muscle grand fessier. A l'autopsie, nous avons trouvé, indépendamment du ramollissement médullaire déjà mentionné du milieu du dos, les circonstances suivantes : le travail gangreneux s'était étendu dans toutes les parties molles de la région sacrale et ses environs; la peau, les ligamens de la partie postérieure du pelvis et des vertèbres lombaires étaient gangrenées. Le canal spinal était par conséquent en évidence; une quantité considérable de pus avait été déposée entre les vertèbres et la dure-mère. Cette membrane ayant été divisée, on a trouvé une couche de lymphe coagulable adhérant à la face interne de cette membrane et à la face externe de l'arachnoïde. Cette lymphe était plus abondante vers la *cauda equina*; mais elle s'étendait jusqu'au niveau des dernières vertèbres dorsales. Depuis ce point jusqu'au milieu du dos, où la moelle était à moitié dissoute, la moelle elle-même et ses membranes n'offraient aucune trace de maladie. Si l'on en excepte la transpiration abondante, aucun symptôme particulier n'a existé qui pût être attribué à l'extension de la gangrène dans les tissus profonds du canal vertébral.

En réfléchissant aux conséquences diverses des blessures de la moelle épinière, nous ne trouvons rien de plus remarquable que la circonstance suivante, savoir : que la moelle soit lacérée ou comprimée, ou fortement commotionnée, ses symptômes n'offrent aucune différence matérielle entre eux, quant à leur forme, ni à leurs terminaisons.

Il y a une autre circonstance non moins digne de considération. C'est que le plus grand nombre des symptômes sont les mêmes, quel que soit d'ailleurs l'endroit lésé de l'organe. Cette observation s'applique à l'état de collapsus qui suit immédiatement la blessure, à la paralysie des muscles volontaires, à la perte de la sensibilité, au priapisme, à la disposition à la gangrène, à l'altération de la sécrétion rénale, à l'inflammation de la muqueuse de la vessie et à sa sécrétion de mucus adhésif, au dérangement des fonctions digestives indiqué par la tympanite, les évacuations noires et fétides, etc.

Il y a cependant un ordre de symptômes qui offre une grande différence, suivant que la blessure existe dans telle ou telle partie de la moelle. Si les fonctions de la moelle sont interrompues à l'origine des nerfs phréniques, la respiration cesse immédiatement, et la mort s'ensuit sur-le-champ. Si la lésion existe à la partie inférieure du cou, ou supérieure du dos, la respiration ne s'exécute qu'à l'aide du diaphragme seulement. Si elle a lieu au milieu ou à la partie inférieure du dos, les muscles inspirateurs seuls restent intacts, les expirateurs sont paralysés. Ces faits ont déjà été exposés; mais ils méritent d'autres considérations; car ils expliquent pourquoi et comment la vie est d'autant plus en danger que la blessure est haute et voisine du cerveau. D'après mon expérience, lorsqu'une blessure considérable a été produite à la partie inférieure de la moelle cervicale, ou dans les voisinages de celle du dos, de manière à paralyser tous les muscles de la respiration, le diaphragme excepté, le blessé survit rarement plus de quatre ou cinq jours; tandis que dans la majorité des cas, il meurt plus tôt. Le cas suivant que j'ai déjà eu l'occasion de citer peut à peine être regardé comme une exception. Je veux parler du malade qui avait une fracture de la septième vertèbre cervicale. La respiration n'était pas affectée d'abord chez lui; le douzième jour, il devint tout à coup dyspnéique, ne pouvant respirer que par le diaphragme seulement; le lendemain, il est mort. A l'autopsie, on a vu que le déplacement osseux était léger et insuffisant pour comprimer la moelle; cet organe était ramolli dans l'étendue d'un pouce et demi; mais ce ramollissement n'était pas encore arrivé au degré de dissolution, comme dans beaucoup d'autres cas à la même époque. Je conclus que la moelle n'avait éprouvé, dans le premier cas, qu'un léger degré de désorganisation, et que ce n'a été que parce que l'effet de la commotion a été violent que la difficulté de la respiration s'est déclarée.

Dans un cas traité par M. Green à l'hôpital Saint-Thomas, et consigné dans la *Gaz. méd. anglaise* (vol. 1, p. 224), il y avait eu fracture et luxation de la septième vertèbre cervicale; le patient a vécu dix-sept jours. On a constaté que la respiration était difficile et qu'elle s'exécutait par l'action du diaphragme, et par un léger mouvement des muscles intercostaux. La respiration est devenue ensuite plus difficile, mais on n'a pas noté l'époque à laquelle ce changement a eu lieu. Dans un autre cas appartenant aussi à M. Green et publié dans le même recueil (vol. vi, p. 190), il s'agissait d'une blessure à la hauteur de la troisième vertèbre dorsale; il y a eu d'abord paralysie des membres inférieurs, et le malade, dit-on, ne respirait que par le diaphragme. Cette dernière observation est évidemment erronée; car l'auteur ajoute que le malade respirait facilement

et que les côtes exécutaient nn léger mouvement, ce qu'il attribuc à l'expansion du poumon. La respiration par le senl diaphragme est toujours très difficile, et l'expansion des poumons à chaque abaissement du diaphragme est tont à fait insuffisante pour mouvoir les côtes. Le malade guérit.

Il n'est pas très rare de voir la guérison avoir lieu après des blessnres de la moclle jugées même fort graves. La guérison pent être complète s'il ne s'est agi que de commotion; cela a lieu dans l'espace de quelques semaines à un an au plus. Si la moelle a été dilacérée ou beaucoup comprimée par un déplacement osseux le blessé peut vivre, mais sans guérir de la paralysie : dans ces circonstances la vie peut se prolonger indéfiniment. Un homme reçu à l'hôpital Saint-George en janvier 1823 avait été blessé dans le mois d'août précédent par suite d'une masse de chaux qui avait tombé sur lui pendant qu'il travaillait dans une fosse à chaux. M. Hardwicke, d'Epsom, ayant été appelé le premier, a trouvé une saillie de la première vertèbre dorsale; il a réduit cet os, quoique avec difficulté; la réduction s'est effectuée avec une sorte de bruit comme dans la réduction des os des membres. Lorsqu'il est entré à l'hôpital il pouvait faire aller ses membres dans le lit, mais il ne pouvait marcher ni se tenir debout, et il ne pouvait vider sa vessie sans la sonde. Pendant deux mois de séjour à l'hôpital son état n'a point changé. Deux ou trois ans plus tard, je l'ai revu, mais aucun changement ne s'était opéré chez lui; il continuait à vivre comme auparavant.

§III. — Traitement.

En faisant cette communication à la société, je ne m'étais d'abord proposé que d'analyser et de coordonner méthodiquement les changemens pathologiques et les symptômes auxquels les blessures de la moelle donnent lieu. Je reconnais maintenant que je ne puis laisser ce travail incomplet en omettant complètement le traitement; je serai cependant fort court sur ce chapitre.

Quand un os est luxé ou bien fracturé et luxé à la fois, la première question que le chirurgien doit se faire, c'est de savoir s'il doit en essayer la réduction et comment.

Les luxations des vertèbres cervicales et les fractures de la même région avec déplacement sont toujours mortelles immédiatement. Je ne puis pas dire cependant qu'il n'existe pas de circonstances qui autorisent des tentatives de réduction dans ces cas; mais il est évident que dans une pareille tentative, il faut agir avec la plus grande précaution; car Boyer décrit un cas dans lequel un enfant a expiré durant les manœuvres de réduction.

Il ne peut cependant y avoir de doute que quand la blessure porte sur la partie inférieure de l'épine il ne faille essayer hardiment la réduction; elle pent être heureusement accomplie. Comme preuve de cette assertion je citerai le cas de M. Hardwick, d'Epsom, que j'ai déjà rapporté. Dans un antre, dont j'ai déjà parlé, le malade a été soigné par moi à l'hôpital Saint-George; il y avait fracture avec grand déplacement des troisième et quatrième vertèbres lombaires. Lorsque le malade est revenu de l'état de collapsus dans lequel l'avait jeté le choc de l'accident, j'ai fixé son thorax, fait étendre doucement le bassin et j'ai remis les vertèbres à leur place naturelle : cette opération a été suivie d'un certain succès, et il n'est rien de mauvais résulté de la manœuvre.

Quelques discussions ont en lieu dans ces dernières années depuis que M. Henry Cline a proposé d'appliquer le trépan sur le cercle osseux des vertèbres, en cas de fracture avec intropression. Cette question n'a jusqu'à présent été examinée que superficiellement. Si toute ou presque toute une vertèbre est poussée en avant la dépression de sa partie postérieure diminuera le calibre du canal rachidien; mais l'enlèvement d'une partie de la vertèbre accessible au trépan ne sera que de peu d'utilité; car l'irrégularité dans la partie antérieure du canal occasionnée par le déplacement du corps de la vertèbre restera toujours la même après l'opération.

S'il n'y a que fracture simplement de chaque côté de l'apophyse épineuse, avec dépression de la portion libre ou intermédiaire de l'os, le canal vertébral sera rétréci; mais comme ce canal est beaucoup plus large que le cylindre médullaire qu'il renferme, il ne s'en suit pas de compression; par conséquent le trépan, en enlevant la portion déprimée, ne produira pas un grand changement dans les symptômes. Supposons cependant que la moelle soit comprimée réellement; nous avons démontré qu'un degré de violence beaucoup moindre que celui qui est nécessaire pour produire une fracture de l'épine, peut produire la commotion, le ramollissement et enfin la dissolution de la moelle avec un train de symptômes qui est pis que celui qu'occasionne la simple pression. Or, aucune opération ne peut être utile dans cette circonstance; au contraire, l'application du trépan sur la région ne peut qu'augmenter le désordre matériel déjà existant et aggraver l'état du malade.

Si ces considérations sont exactes, il est évident que les cas dans lesquels l'opération en question pourrait être raisonnablement appliquée doivent être fort rares, et que même dans les circonstances les plus favorables il est douteux que le trépan ne fasse plutôt de mal que de bien.

D'un autre côté, si je considère les résultats que l'expérience a fait connaître jusqu'à ce jour, je ne vois pas que je pourrais tirer d'autre conclusion que la précédente. Je ne veux point dire par-là que les opérations de trépan pratiquées sur le rachis n'aient dans aucun cas prolongé la vie ou soulagé des symptômes les plus importans.

Dans le traitement des lésions traumatiques en général rien n'est plus important que le repos absolu des parties; cette règle est surtout indispensable dans le traitement des blessures de l'épine. C'est dans ce but qu'on doit tenir les sujets couchés horizontalement sur un matelas et sur le dos. Nous pouvons par cette position satisfaire mieux à leurs besoins que par toute autre; sans cela il serait plus utile de les coucher à plat ventre, l'épine regardant à haut, comme la tête qu'on place sur un oreiller élevé chez les sujets frappés d'apoplexie ou de commotion cérébrale.

J'ai démontré que, dans quelques cas, les blessures de l'épine sont suivies d'inflammation de ses membranes; de là la nécessité des saignées du bras qu'on doit quelquefois répéter plus ou moins. L'état du pouls doit servir de guide au chirurgien pour le degré d'activité à donner au traitement, et l'état du sang après la saignée aidera son jugement dans la détermination de l'abondance de ces évacuations.

L'expérience cependant m'a démontré que c'est une grande erreur de croire que la saignée soit toujours indiquée dans ces circonstances. Dans la majorité des cas l'état du pouls est tel qu'il contre-indique l'emploi de la saignée, et d'ailleurs l'aspect du sang n'offre rien de semblable à celui de l'inflammation. Je n'ai pas de raisons pour croire que la saignée arrête le travail de ramollissement et de dissolution de la moelle; j'ai trouvé au contraire que ce moyen hâtait singulièrement la marche de la fusion de la moelle. La fréquence et la contraction du pouls, la disposition à la gangrène, la qualité alcaline de l'urine, la couleur noire et la fétidité des matières fécales, l'état brun ou noir de la langue, sont dans d'autres circonstances regardés comme autant de signes d'hyposthénie, réclamant par conséquent l'usage des moyens stimulans plutôt que des antiphlogistiques. D'après ce que j'ai vu, je ne puis douter qu'on a produit beaucoup de mal en appliquant aux blessures de la moelle le traitement des blessures de la tête.

J'ai fait remarquer qu'une sorte de torpeur des intestins accompagne constamment les blessures de l'épine, et que les malades ne vont pas à la garderobe sans de forts purgatifs. J'ai trouvé généralement que la combinaison de l'ammoniac facilite leur action et que l'on peut obtenir ainsi des garderobes. Il faut faire attention à la coloration noire et à l'odeur infecte des matières; la rétention de ces substances ne peut qu'être nuisible à la constitution.

L'usage de la sonde est nécessaire dès le commencement, dans tous les cas de paralysie de la partie inférieure du corps. Cela n'empêche cependant pas l'urine de devenir alcaline, ni la sécrétion du mucus adhésif de la vessie. Quand ces changemens ont lieu, la vessie doit être vidée plusieurs fois par jour; il serait même convenable d'injecter, dans quelques cas, de l'eau tiède dans la poche urinaire, afin d'y empêcher le séjour du mucus. Le mucus est lui-même le produit de l'inflammation, mais son séjour irrite davantage la vessie et augmente la maladie elle-même.

Dans le traitement des blessures de la moelle suivies de gangrène de décubitus, les difficultés sont plus grandes, la moindre pression produisant des conséquences effrayantes. Tout ce que nous pouvons faire dans ce cas est d'étendre la pression sur une grande surface et d'augmenter la force du cœur par l'administration prudente de quelques stimulans.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS DES DÉPARTEMENS ET DE LA BELGIQUE.

I. RECUEIL DES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX.

Les cahiers des mois de mars, avril et mai contiennent les articles originaux suivans : 1° *Observations pratiques;* par M. Dubreuilh; 2° *Cas de hernie crurale étranglée et opérée;* par M. Gaubric; 3° *Cas de diabètes sucré, suivi d'autopsie;* par M. Gué; 4° *Faits relatifs à des fièvres graves;* par M. Lamothe; 5° *Compte-rendu des faits chirurgicaux observés à l'hôtel-dieu de Bordeaux, depuis le mois d'octobre* 1837

au mois de janvier 1838; par M. Bermond; 6° *Observations sur le seigle ergoté;* par M. Gaubric; 7° *Anévrisme consécutif guéri par la compression et les astringens;* par M. Bernet; 8° *Observation de placentite;* par M. Putegnat.

DIABÈTÈS SUIVI DE MORT, SANS ALTÉRATION DU CÔTÉ DES REINS; par M. GUÉ, D. M. P.

OBS. I. — Mlle X..., âgée de 17 ans, habituellement bien portante, quoique les règles ne fussent pas encore complètement établies, fut prise, en 1834, des premiers symptômes du diabètès, affection à laquelle un de ses frères venait de succomber en 20 jours seulement. La menstruation s'arrêta subitement à l'occasion de cette mort foudroyante, et dès-lors aux symptômes diabétiques s'ajoutèrent progressivement ceux de la chlorose et d'un amaigrissement rapide. Les sangsues appliquées en haut des cuisses et les martiaux furent inutilement employés pendant les trois premiers mois; d'ailleurs la malade s'opposait constamment à l'emploi des médications proposées, et se renfermait obstinément dans son genre habituel de vie, c'est-à-dire *l'usage immodéré des boissons, l'abus des raisins* qui composaient presque toute sa nourriture.

M. Gué appelé auprès d'elle, au bout de sept mois, en octobre 1834, la trouve dans l'état suivant: maigreur arrivée au dernier degré de marasme, pâleur cadavérique, impossibilité de se tenir sur les jambes, de faire entendre sa voix. Toute la muqueuse buccale d'un rouge vif est recouverte d'une exsudation blanchâtre qui se dilate à chaque repas, ce qui rend la mastication horriblement douloureuse. Soif inextinguible, constipation opiniâtre; aucune douleur ni tuméfaction dans la région des reins. La malade prend en boisson environ six bouteilles par jour et rend la même quantité d'urines. Cette urine qui a une odeur fade et une saveur sucrée très prononcée contient pour une livre, cinq onces et demie, deux onces deux gros de principe sucré. On prescrit une alimentation exclusivement animale, et surtout l'usage du lard; l'eau vineuse pour boisson pendant et entre les repas; un gargarisme fait avec décoction de cochléaria, et quelques gouttes d'acétate de plomb, trois gros par jour de phosphate de soude dans du petit lait; envelopper tout le corps d'un caleçon et d'un gilet de toile cirée.

Le sixième jour l'amélioration était évidente, la quantité des boissons ingérées et des urines avait diminué; et la quantité d'urine indiquée ci-dessus ne contenait plus que douze gros de sucre au lieu de dix-huit. Mais ce jour-là, la malade voulut se peigner, ce qu'elle n'avait pas fait depuis long-temps, et le fit près d'une fenêtre ouverte, par un temps froid et pluvieux, et la porte de sa chambre étant ouverte à chaque instant.

Le lendemain à midi elle accuse un sentiment de froid général et de la toux; le soir à neuf heures, la toux était fréquente avec dispnée très pénible, et râle humide, mais sans expectoration. Cinquante respirations par minute, et cent-cinquante pulsations. La mort arrive au bout de vingt-quatre heures, malgré l'application de vésicatoires, de sinapismes, etc.

AUTOPSIE. Le larynx, la trachée et les grosses bronches sont remplies et hermétiquement closes par un liquide écumeux, sanguinolent. Les deux poumons offrent une hépatisation rouge dans tout leur lobé inférieur, et qui se prolonge assez haut postérieurement par des traces de tubercules ou d'adhérences. Le cœur petit et pâle contient à droite un peu de sang noir à peine coagulé. La rate est exangue, petite et comme carnifiée. Le sang est partout pâle comme celui des chlorotiques.

Le gros intestin contient une grande quantité de matières fécales dures. L'estomac et l'intestin grêle n'offrent rien d'anormal. Les deux reins sont dans un état d'intégrité parfaite sous le rapport de leur volume, de leur consistance et de leur couleur. Les membranes propres se détachent assez facilement et sans se déchirer de la substance corticale; divisées longitudinalement, elles n'offrent pas l'odeur urineuse. Le calice, le bassinet ont une pâleur évidente.

Les artères rénales sont doubles pour chacun des organes. Les uretères dont l'intérieur est pâle ont un peu de volume. La vessie à l'état normal contient très peu d'urine. La matrice et ses dépendances n'offrent rien de particulier.

Cette observation nous fournit une nouvelle preuve que ce n'est ni dans l'étendue, ni dans le grand nombre des altérations anatomiques qu'on doit chercher les causes des divers états morbides, et que la lésion organique du diabètès est encore à trouver. En attendant qu'elle le soit, il nous semble plus probable d'admettre que le diabètès est le résultat d'une maladie générale, ou au moins des organes assimilateurs que celui d'une lésion de l'organe sécréteur de l'urine.

MALADIE ÉPIDÉMIQUE QUI RÈGNE ACTUELLEMENT DANS LE DÉPARTEMENT DES LANDES; par MM. les docteurs LAMOTHE et LESPÈS.

La maladie épidémique du département des Landes, sur laquelle nous trouvons deux communications dont nous allons présenter les résultats réunis, afin d'en pouvoir donner une description plus complète, est assez grave pour devoir fixer d'une manière toute spéciale l'attention des hommes de l'art. Bien qu'elle n'ait commencé ses ravages que depuis une année, on ignore déjà son point de départ. Selon les uns, elle se serait montrée d'abord dans les terres, au sein de la Lande, et loin des grandes rivières; selon les autres, elle aurait cheminé en remontant le cours de l'Adour, maltraitant les populations qui habitent la vallée parcourue par le fleuve et s'engageant dans les bassins de ses principaux affluens. Quelques personnes prétendent qu'elle aurait été importée de l'extrémité occidentale des Pyrénées. C'est dans les communes de Narrosse, de Candresse et d'Izosse, situées dans les marais environnans la ville de Dax, qu'a principalement sévi cette épidémie. Jusqu'à son apparition, on n'avait rien remarqué de particulier dans les maladies habituelles du pays, qui sont, comme tout le monde le sait, des fièvres d'accès, à la suite desquelles les malades conservent des obstructions viscérales, un teint ictérique, qu'ont la plupart des habitans, et les prédispositions aux affections asthéniques.

L'itinéraire suivi par l'effluve épidémique n'offre pas de caractères assez remarquables pour qu'on lui attribue une étiologie matérielle et appréciable; ainsi, l'Adour n'avait pas débordé, et la vaste plaine qu'il arrose semblait être dans les conditions les plus favorables pour la santé publique.

Ce qui étonne le plus les populations et les gens de l'art, c'est la promptitude avec laquelle cette maladie atteint, et souvent tue ses victimes. Tout à coup, sans prodrômes, l'individu est pris d'une céphalalgie extrêmement violente, telle que les malades disent n'en avoir jamais éprouvé de semblable; quelquefois, ce symptôme est précédé ou accompagné de douleurs dans les reins, dans les membres, aux doigts, aux orteils. En même temps, il survient de violens efforts de vomissemens, des contractions expulsives de l'intestin. Le malade perd la vue, l'ouïe, la connaissance; d'autres fois, il y a exaltation des sens, et surtout de la sensibilité tégumentaire, qui s'élève alors à un degré surprenant, au milieu du collapsus général des facultés cérébrales. Ces divers phénomènes se montrent avec plus ou moins d'ensemble et de constance. Alternative de coma, de stupeur et de délire; le tétanos, ordinairement précédé d'agitation, de mouvemens musculaires involontaires, convulsifs, automatiques, vient compliquer et aggraver la scène sous des aspects et avec des siéges variables.

Certains malades sont foudroyés et meurent en quelques heures; d'autres se traînent longtemps, recouvrant certaines facultés, tandis que d'autres ne se rétablissent pas. Parmi ces dernières, il faut surtout citer l'usage de tel ou tel sens, et la nutrition qui ne s'exerce que mal ou pas du tout. Dans ces cas, les malades succombent, après un ou plusieurs mois, dans le marasme le plus complet.

Le pouls semble, au début, demeurer étranger à ce qui se passe; parfois il se montre lent; ensuite il prend de la fréquence, et cette fréquence, il la conserve jusqu'au bout. Pendant que les accidens nerveux dominent et procèdent par paroxismes, la circulation reste la même.

Cette maladie est très meurtrière, et dépeuplerait un pays si elle se généralisait comme le font d'autres épidémies. Beaucoup d'individus qui ont été atteints qu'à un degré modéré se sauvent; mais quand elle se manifeste avec la réunion de tous les signes qui la caractérisent, les cas de guérison sont rares.

Quand on saigne les malades dès le début, la fibrine domine dans le sang; bientôt il devient remarquablement couenneux.

Toutes les altérations qu'ont révélées de nombreuses autopsies semblent être le résultat d'un raptus violent d'irritation sanguine, ou d'un travail inflammatoire du cerveau, de ses annexes et de leurs membranes. Les autres organes n'ont offert aucune lésion constante.

Malgré quelques dissidences, la plupart des praticiens du pays ont adopté le traitement par les antiphlogistiques, les révulsifs, les dérivatifs et les réfrigérans; la marche paroxistique des symptômes les a aussi presque tous conduits à essayer les antipériodiques; on a usé et abusé, dit le docteur Lespès, de l'emploi de ces moyens; mais presque toujours sans succès. Nous analysons deux observations rapportées par le docteur Lamothe.

OBS. I. — Au mois de janvier 1838, je fus appelé à Narrosse pour y voir un homme qui était, me dit-on, depuis six heures du matin dans un délire violent avec renversement de la colonne en arrière.

Arrivé près de lui à sept heures du soir, je trouvai un homme âgé de vingt-cinq ans, dans des mouvemens convulsifs si violens que trois hommes pouvaient à peine le contenir dans son lit; quand je m'approchai de lui il se calma un peu, et je pus explorer le pouls que je trouvai, à mon grand étonnement, petit, égal, réglé, présentant cependant par intervalles quelques oscillations produites sans doute par les efforts musculaires. La face était pâle, couverte d'une sueur froide; les yeux tantôt brillans, tantôt disparaissant sous la paupière supérieure. (Deux lavemens purgatifs, bains de pied sinapisés, sinapisme aux extrémités inférieures, limonade stibiée.)

On ne put faire boire la limonade au malade tant les mâchoires étaient fortement appliquées l'une contre l'autre. Le malade resta dans le même état d'insensibilité et mourut une heure après ma visite.

L'auteur pense que, dans ce cas, les remèdes furent appliqués trop tard, et s'appuie surtout sur le fait suivant qui fut plus heureux.

OBS. II. — Le lendemain je fus appelé pour un malade que je trouvai dans le même état que le précédent; mais il était au début de la maladie. (Deux lavemens purgatifs à quatre heures de distance, bains de pied fortement sinapisés, sinapismes promenés sur les extrémités inférieures, large vésicatoire à la nuque pour combattre le spasme des muscles de la partie postérieure de la région cervicale, la tête étant fortement renversée en arrière.)

Après le second lavement, le spasme diminua, et le malade put ouvrir la bouche et avaler une limonade stibiée.

Le lendemain, lorsque je le vis, on avait enlevé le vésicatoire, et la courbure était moins forte. Le pouls étant le même et le ventre souple, je continuai un lavement purgatif et donnai six gouttes d'huile de croton tiglium sur du sucre.

Le lendemain, troisième jour, détente générale, le pouls était plein et fort, la face chaude et rouge. Je fis pratiquer une saignée de pied, et tous les symptômes s'amendèrent promptement. Le malade prit aussitôt des bouillons et du vin; car, malgré les superpurgations qu'il avait eues, l'abdomen était souple et indolent. L'amélioration fit de rapides progrès, et en moins de huit jours la convalescence était assurée.

Ce succès m'enhardit, dit l'auteur, et me détermina à suivre la même conduite dans les cas analogues, et je n'ai eu encore qu'à m'en féliciter.

Dans quelle classe du cadre nosologique faut-il placer cette maladie, qu'on appelle dans le pays *fièvre cérébrale*? Il est évident qu'on ne peut la regarder comme une pyrexie; puisque les phénomènes pyrétiques manquent presque absolument, et que les phénomènes spasmodiques dominent, au contraire. En attendant de nouveaux documens, nous pensons qu'on doit plutôt chercher en quoi elle diffère des autres maladies, que de faire des efforts pour la rattacher à un ordre du cadre nosologique avant qu'elle soit mieux connue. Il est probable que c'est encore là une de ces affections épidémiques et *sui generis* qui apparaissent de temps en temps, et qu'on s'efforce à tort de vouloir rapprocher et confondre avec les maladies ordinaires. Le passage suivant, emprunté au docteur Lamothe, et qui terminera cette notice, prouvera suffisamment qu'elle a suivi la marche croissante et décroissante, dans l'intensité des symptômes que présentent toutes les maladies épidémiques.

« Les dernières observations que j'ai recueillies me prouvent que, dans le moment actuel, l'épidémie ne se présente plus sous le même aspect. Il n'y a plus de délire; mais les malades se plaignent d'une forte céphalalgie et de quelques douleurs vagues le long de la colonne. Du reste, le pouls est petit, égal et réglé; mais la face a une couleur jaune verdâtre; la langue est pâle; il n'y a pas de douleurs épigastrique, ni dans aucune autre partie de l'abdomen. L'appétit est nul; les excrétions naturelles; aussi la médication est plus simple et moins active. »

NÉVROPATHIES DU LARYNX ET DU TUBE DIGESTIF, LIÉES A L'ACTE DU COIT; par M. VENOT, D. M. P.

Les deux faits suivans, rapportés par l'auteur de cette communication, offrent quelque intérêt rapprochés l'un de l'autre, bien que dans l'état actuel de la science ils échappent à toutes les explications.

Obs. I. — Eulalie D. éprouva, en juin 1832, une affection phlegmasique de l'arrière-gorge, avec douleurs cervicales profondes; enrouement assez prononcé, toux sèche et état fébrile, se manifestant surtout vers le soir, et caractérisé par une vive exacerbation de tous ces symptômes.

Le repos et les émolliens conseillés par le docteur Venot eurent bientôt fait disparaître cette affection.

Quinze jours après, mêmes symptômes, même traitement, même résultat. Deux fois encore la même indisposition revint et disparut de la même manière. Exposée souvent à la syphilis, elle n'en fut jamais atteinte; mais elle était très nerveuse, et elle eut souvent des crises convulsives occasionnées par de violentes secousses morales et deux fois par l'abus des liqueurs alcooliques.

Le 17 décembre 1837, retour des mêmes accidens qu'elle avait éprouvés cinq ans auparavant, avec une immobilité douloureuse du cou, une teinte livide de toute la cavité pharyngienne. L'enrouement des anciens accès avait fait place à une aphonie presque complète; la malade articule avec peine quelques sons rauques; son visage est tumultueux, ses yeux sont brillans, le pouls vif et rapide, la respiration accélérée et comme haletante. (Saignée de douze onces, lavement avec le séné et l'assa-fœtida, infusion de tilleul pour boisson, diète sévère.) Au bout de peu de jours, tous les symptômes avaient disparu.

Le 19 janvier 1838, nouvelle aphonie avec tous les caractères précédens. La malade éprouvant un retard de cinq jours pour l'apparition des règles, une forte application de sangsues est prescrite à la vulve. Pour le reste du traitement la même prescription que ci-dessus; le soulagement arrive avec la même promptitude.

Frappé du retour bizarre de ces phénomènes morbides, M. Venot interroge la malade avec soin et apprend alors que liée depuis long-temps avec un individu qu'elle aimait par dessus tout, elle avait observé que chacun des rapports un peu suivis qu'elle avait eus avec lui semblait avoir déterminé ses crises. Depuis cinq ans, toute relation avait cessé entre eux par un voyage de long cours que cet individu avait entrepris. Dans l'intervalle, Eulalie s'est livrée à de nombreux excès et avec divers hommes sans que jamais rien de semblable à ce qu'elle a jadis éprouvé et à ce qui lui arrive encore aujourd'hui que son amant est de retour, lui soit advenu.

Si les faits attestés par Eulalie D.... sont authentiques, et tous les praticiens savent avec quelle défiance on doit croire les faits rapportés par les femmes, lorsqu'ils ont quelque chose d'extraordinaire, et qu'ils se rattachent à leurs affections, cette observation nous paraît d'une assez grande importance; peut-être pourrait-on la rapprocher de ce caractère particulier qu'offre la voix chez les filles publiques qui pratiquent leur état depuis quelque temps.

Obs. II. — M. N., âgé de 32 ans, d'une stature grêle et sèche, d'un teint bilieux, d'un regard triste et mal assuré, d'un moral parfois sombre, souvent expansif et affectueux, connaît depuis quinze ans une femme avec laquelle il contracta en 1825 un chancre syphilitique; tous deux furent soumis à un traitement rationnel renouvelé pendant trois ans.

Il y a trois ans, M. N. éprouva, pour la première fois, après un coït assez violent, les symptômes suivans: céphalalgie vive, sécheresse de la bouche, haleine brûlante, douleurs gastro-intestinales, borborygmes, selles liquides, âcres, mordicantes, presque corrosives, fièvre, langueur, inappétence. Ce malaise s'apaisa graduellement, et au bout de quatre jours il n'en restait plus de traces.

Nouvelles relations avec la personne, réapparition de tous les symptômes, et cela autant de fois que l'expérimentateur se livre à ces étranges tentatives. M. N., croyant que l'ancienne maladie n'était pas guérie chez la femme avec laquelle il vivait, la soumit et se soumit aussi lui-même à un nouveau traitement bien complet, et au bout de quelques mois, il crut pouvoir reprendre ses rapports avec elle; mais les mêmes accidens se reproduisirent, et ils ont pris depuis un caractère bien plus fâcheux. M. N. pour être atteint des cruelles douleurs entéritiques que lui procurait autrefois le coït n'a besoin maintenant que de se trouver en contact très innocent avec cette dame; de simples caresses, une conversation un peu vive suffisent pour amener chez lui le cortège des souffrances énumérées ci-dessus. Lorsqu'il a des relations avec d'autres femmes, rien ne l'affecte, rien n'invite au retour de ces symptômes qui paraissent inhérens à la personne avec laquelle il a vécu pendant quinze ans; celle-ci au surplus n'éprouve jamais rien d'analogue.

M. N. s'est décidé à rompre toute espèce de rapports avec cette dame, et depuis deux mois il n'a rien éprouvé; jamais il ne s'était aussi bien porté.

On n'a pu soupçonner, dans ces deux cas, de lésion organique; on en est donc réduit à attribuer les phénomènes morbides présentés par les deux malades aux sympathies qui existent entre divers organes, et surtout entre l'appareil génital et celui de la phonation; et, sous ce rapport, la première observation rentre plus facilement dans la catégorie des faits qu'on observe chaque jour; car on sait toutes les modifications qu'éprouve le larynx, par suite des changemens survenus dans l'appareil génital chez l'homme et chez la femme.

II. BULLETIN MÉDICAL DU MIDI.

CAS REMARQUABLE DE POLYPE MUQUEUX DU NEZ; EXTIRPATION; par M. BERMOND.

Obs. — Une femme, âgée de 58 ans, portait un polype de volume considérable dans les deux fosses nasales. Le mal datait de quatre ans et avait débuté par des céphalalgies opiniâtres. D'abord la tumeur n'existait que dans la narine gauche, ensuite elle s'est prolongée dans la droite, le voile du palais a été déprimé sur la base de la langue par l'extension de la maladie. Respiration par la bouche, bouche béante, sécheresse de cette cavité, abolition complète de l'odorat, dureté d'oreille par la compression des trompes d'Eustache, déglutition difficile, parole fort altérée. Ces symptômes s'exaspèrent pendant les temps humides. En soulevant légèrement la narine gauche, on voit saillir une tumeur lisse, molle et jaunâtre; dans la narine droite, on constate la présence d'une autre tumeur à l'aide d'un stylet. Le doigt introduit dans la bouche fait sentir une masse volumineuse à surface lisse, obstruant complètement en arrière les fosses nasales.

Opération. « A l'aide de pinces à polype, j'essayai, à plusieurs reprises, d'amener au dehors la tumeur par la narine gauche; mais elle résista à mes tractions de manière à me faire renoncer aussitôt à cette voie et à tenter l'extraction par l'arrière-gorge. De longues pinces à polype, recourbées, allèrent saisir la tumeur derrière le voile du palais et parvinrent à la faire descendre jusqu'au contact avec la base de la langue; son aspect gélatineux, sa consistance molle, me faisaient craindre une rupture; je m'aidai des pinces de Museux, dont les mors vinrent s'implanter dans la masse morbide, à un pouce environ au-dessus de ce point, saisi par les pinces à polype; et en combinant l'action des deux instrumens, je vis bientôt se détacher en bloc le corps étranger, qui vint remplir toute la cavité buccale et s'échapper au-dehors. » Guérison complète.

Il est rare que les polypes dits muqueux du nez parviennent à un volume tellement considérable à produire des lésions fonctionnelles aussi graves que celles qu'on vient de lire dans le fait précédent. Ordinairement ces polypes existent à l'état multiple, comme les hydatides: dans le cas en question, au contraire, la tumeur était unique et elle remplissait les deux fosses nasales à la fois. Ce qui rend, en outre, ce fait digne de remarque, c'est le procédé que M. Bermont a mis en usage pour l'arrachement du polype. L'idée d'agir à la fois avec deux pinces, dont l'une par le nez et l'autre par la bouche, de manière à expulser la tumeur par cette dernière cavité, est, sans contredit, très heureuse, et ce procédé est préférable à celui adopté par Manne, qui consiste à fendre le voile du palais pour atteindre librement la tumeur. Il est juste d'ajouter pourtant que, dans certains cas de polypes charnus, la pratique suivie par ce dernier chirurgien offre des avantages réels sur toutes les autres.

NOTE SUR UNE PHRÉNOLOGIE DU MOYEN-AGE; LETTRE ADRESSÉE AU CERCLE MÉDICAL DE MONTPELLIER; par le docteur MICHALOWSKI.

On sait que l'idée de localisation de différentes facultés de l'esprit dans diverses parties du cerveau avait été indiquée longtemps avant que Gall eût fait de ce sujet l'objet de recherches spéciales; l'auteur de cette note nous fait connaître un auteur, maintenant à peu près ignoré, qui a cherché à revêtir d'actions isolées les différens organes contenus dans le crâne. C'est Jean de Glogow (Jean Glogowczik, en polonais), mort en 1507, professeur de l'Académie de Cracovie, et chanoine de St-Glorian, savant très célèbre au quinzième siècle, et auteur d'une quarantaine d'ouvrages sur la philosophie d'Aristote. Dans l'un de ces ouvrages, imprimé à Metz, sous le titre suivant: *Quæstiones librorum de anima mag. Joannis Versoris*, etc., et qui, au témoignage de Bentkowski, a eu sept éditions, on trouve non-seulement l'idée mère de la phrénologie, mais une phrénologie tout entière, avec une tête d'homme gravée et désignation par des cercles des différens siéges des facultés intellectuelles.

Cette phrénologie, il est vrai, n'appartient pas au savant polonais, mais au médecin Gordon, et est empruntée au traité publié par ce dernier, sur la manière de deviner les facultés animales, de distinguer les sens internes, et d'expliquer comment l'un d'eux peut être lésé, sans que les autres cessent d'être à l'état normal.

Voici maintenant comment le docteur Gordon distribuait les différentes cases du cerveau; qu'il divisait d'abord en trois cellules placées dans les parties antérieure, moyenne et postérieure. La première est divisée en deux loges, dont l'antérieure est occupée par le *sens commun*, et la postérieure par la *fantaisie*, qui conserve les images reçues par le sens commun, dont elle constitue le trésor.

La cellule moyenne est également partagée en deux loges, où sont, en avant, l'*imagination*, et en arrière, l'*instinct*, qui juge des idées qui ne viennent pas par les sens, comme l'amitié et l'inimitié.

Enfin, à la partie postérieure du cerveau, est la cellule de la mémoire, dont la fonction est d'arrêter et de conserver les images des acquisitions faites par les autres facultés. Il arrive quelquefois, dans le système du docteur Gordon, que l'imagination est saine alors que d'autres facultés sont lésées.

Mais, en outre, chez l'homme, au-dessus de toutes ses facultés, il en est une immatérielle, indépendante de tout organe : c'est l'*intelligence*. Elle est servie par les autres facultés, qui sont inséparables du corps et de l'organe où elles siégent.

Ce système, où l'on trouve à la fois le bon sens, la naïveté et les croyances du quinzième siècle, nous paraît tout aussi raisonnable et aussi solidement appuyé que ceux où de nombreux organes accumulés sur un petit espace viennent se chasser successivement, à mesure que de nouvelles découvertes sont faites dans le champ des facultés.

HÉMIPLÉGIE DE LA FACE; FRICTIONS AVEC L'HUILE DE CROTON TIGLIUM; GUÉRISON; par le docteur BOILEAU, de Castelnau.

Tous les praticiens sont d'accord aujourd'hui sur le peu de gravité de la paralysie de la face quand elle est entièrement isolée; c'est-à-dire quand elle ne dépend que d'une lésion du nerf facial lui-même, et non d'une altération du cerveau; mais l'accord n'est plus le même lorsqu'il est question du traitement, et, malgré de hautes prétentions, il n'est que trop vrai que bien des cas se montrent indociles à toute espèce de traitement, et que la guérison ne s'opère que par les efforts de la nature après des mois ou même des années. Dans le fait suivant, la guérison a suivi si promptement la médication employée, qu'on ne peut douter de son efficacité.

OBS. Mlle ***, âgée de 18 ans, tempérament lymphatique, bien portante, s'étant échauffée par un exercice violent, se refroidit et fut prise de paralysie de la face, qu'on qualifia de fausse attaque, et pour laquelle elle fut traitée en conséquence. Lorsque nous la vîmes, les traits étaient contractés à droite et relâchés à gauche; la bouche était divisée à droite; si on la priait de l'ouvrir, l'angle gauche restait aigu; impossibilité de porter l'angle gauche en arrière. La langue sortait droite et jouissait de tous ses mouvemens. L'ouverture des paupières gauches était plus ronde que du côté opposé, à cause du relâchement de la paupière inférieure. Du reste, Mlle *** n'avait éprouvé aucune autre lésion. Quelques sangsues appliquées sur le trajet de la portion dure de la septième paire ne produisent aucun effet.

Au bout de quinze jours, aucun changement n'étant survenu dans l'état de la face, nous fîmes, avec quatre gouttes d'huile de *croton tiglium* des frictions sur la naissance du nerf facial, en les prolongeant sur la joue. Elles devaient être faites pendant huit à dix minutes, jusqu'à extinction du liquide. Le lendemain, 16 août 1837, érythme avec tuméfaction légère et phlyctènes de la dimension d'un grain de semoule et très rapprochées. Le 19, l'éruption est réduite à quelques squammes sèches. Le 29, nouvelles frictions; l'éruption fut moins intense. Le 31, frictions avec six gouttes; l'éruption fut peu marquée. L'amélioration, peu sensible jusqu'à ce jour, devient manifeste. Cette jeune personne pouvait contracter le muscle du côté malade; le rire commençait à être plus régulier.

Le 13 septembre, les mouvemens étaient aussi libres qu'à l'état normal. Les traits étaient réguliers, et depuis elle n'a pas eu la moindre atteinte de son mal.

III. ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE GAND.

Les cahiers des mois de mars, avril et mai contiennent les articles originaux suivans : 1° *Histoire d'une métrite aiguë survenue à la suite de la répercussion d'une dartre et guérie par la réapparition de cette maladie cutanée*; par M. van Overloop; 2° *Mémoire sur l'action thérapeutique du mercure*; par M. Dumont; 3° *Observations sur les scrofules traités par l'hydriodate de potasse*; par M. de Brabant; 4° *Note relative au redressement d'une courbure double de la colonne épinière*; par M. van Ooteghem; 5° *Mémoire sur l'unité de composition du foie et des poumons*; par M. Burgraeve; 6° *Considérations sur la guérison d'un anus anormal à l'aide d'un nouveau procédé*; par M. Rayé; 7° *Fracture du fémur; guérison malgré la présence d'un morceau de fer entre les fragmens osseux*; par M. Vogelvanger; 8° *Amputation de la jambe nécessitée par une brûlure chez une personne épileptique*; par M. Hœheke; 9° *Nouvelle aiguille à séton*; par M. Chizelle; 10° *Sur quelques maladies cholériformes*; par M. Goossens; 11° *Gangrène du poumon chez les aliénés*; par M. Guislain.

RECHERCHES SUR L'ACTION DU MERCURE; par M. DUMONT.

Le but que l'auteur s'est proposé dans ce travail c'est de prouver que le mercure est un remède antiplastique, c'est-à-dire qu'introduit dans la masse du sang, il rend celui-ci plus liquide, moins coagulable, et par conséquent moins susceptible de congestion inflammatoire; de là la conclusion que les mercuriaux sont des remèdes antiphlogistiques de premier ordre. Pour prouver que cette vertu le mercure ne la doit qu'à la faculté dont il jouit de diminuer la plasticité du sang, M. Dumont a eu recours à l'expérience. Il a opéré d'abord sur l'homme : ayant mis dans un vase une solution de deuto-chlorure de mercure (dix gr. par once d'eau) il y a fait tomber le sang d'une saignée d'une personne malade; en même temps il a recueilli une autre quantité de sang de la même saignée dans un autre vase sans aucun mélange.

« Le lendemain, dit l'auteur, deux des tasses contenaient un caillot nageant dans une assez grande quantité de sérum; mais celle dans laquelle j'avais mis la dissolution de sublimé ne contenait qu'une masse épaisse, siropeuse et noire dans laquelle on ne pouvait distinguer de caillot. » Cette expérience a été répétée sur quatorze malades atteints d'affections hypersthéniques ou enflammatoires avec le même résultat. De cette première série de faits, l'auteur conclut qu'introduit dans l'économie animale « le mercure porte une action spéciale sur le sang, d'où résulte la fluidification de cette humeur. »

Passant ensuite sur les animaux vivans, M. Dumont a administré à des chevaux atteints de morve jusqu'à une demi-once de calomel par jour dans du miel. Le sang, qui avant l'expérience se prenait en caillot fort et conenneux dans le bassin, est devenu tout à fait liquide lorsqu'on a répété la saignée chez le même animal après quelques jours de l'usage du calomel et lorsque l'animal avait éprouvé les effets de l'intoxication mercurielle. Donc, dit l'auteur, le mercure agit sur le sang, il le dissout, lui ôte la plasticité inflammatoire.

Arrivant enfin aux faits thérapeutiques connus, M. Dumont fait voir que le mercure n'a été réellement utile que dans les maladies dont la nature était inflammatoire, et toujours, d'après lui, cela a eu lieu par la déplasticité que le remède a opérée sur le sang. Telle est la substance du long travail que nous avons sous les yeux. Le mémoire de M. Dumont touche à un sujet trop important pour que nous ne nous arrêtions pas aussi sérieusement qu'il l'a fait lui-même, le mercure jouant aujourd'hui un rôle éminent dans le traitement d'une foule de maladies tant aiguës que chroniques.

Deux questions se présentent d'abord : 1° Quelle est la véritable vertu thérapeutique de ce remède; en d'autres termes, les mercuriaux sont-ils des médicamens antiphlogistiques, excitans, calmans, désobstruans, spécifiques, etc. ? 2° Le mercure a-t-il la faculté antiplastique que plusieurs auteurs, et M. Dumont en particulier, lui attribuent? Des questions secondaires se rattachent à celles-ci.

Pour éclaircir le premier point, trois voies se présentent; l'expérience chez les animaux vivans; l'expérience chez l'homme bien portant; enfin l'observation clinique. Or ces trois genres d'épreuves démontrent 1° que quelle que soit la préparation mercurielle qu'on emploie, le remède ne

déploie son action qu'après avoir été résorbé et être passé dans le sang; 2° que cette action se manifeste par le ralentissement de toutes les fonctions, l'abaissement de la vitalité générale de l'organisme; 3° que par conséquent cette action est incontestablement hyposthénique, analogue à celle de la saignée; 4° que l'intoxication mercurielle n'est qu'un phénomène d'hyposthénie générale qui se termine constamment par la mort, s'il est poussé au-delà de certaines limites, et qu'on ne peut combattre avantageusement qu'à l'aide de remèdes stimulans, tels que l'eau-de-vie, le vin, l'opium, etc. Ces propositions sont basées sur les expériences d'Annesley sur les chiens, de M. Giacomini sur les lapins, de M. Dupuy sur les chevaux, de Rhodes sur des animaux divers et sur une multitude de faits observés chez l'homme. A côté des phénomènes constans d'hyposthénie durant la vie se joignent les observations nécropsiques qui les confirment. Si vous ouvrez en effet les cadavres soit d'hommes soit d'animaux qui ont péri par l'empoisonnement mercuriel, vous trouverez les organes intérieurs blancs, flasques et presque exangues comme dans toutes les morts par hyposthénie exagérée. Les faits publiés par Pearson, par Ramazzini, par Vedekind, par Hoffman et par une infinité d'autres observateurs ne laissent pas le moindre doute à ce sujet. Si vous consultez enfin les observations cliniques publiées depuis Hunter jusqu'à nous, surtout en Angleterre et en Amérique, et dernièrement aussi en France, vous trouverez que soit qu'on l'administre intérieurement, soit qu'on l'applique extérieurement sous forme de pommade, le mercure jouit d'une vertu antiphlogistique très marquée, vertu qui est analogue à celle de la saignée, et opposée à celle de l'opium et des autres remèdes reconnus stimulans. Nous aborderons tout à l'heure la question de la fièvre dite mercurielle, de l'inflammation des gencives, etc. Il reste donc prouvé que l'action dynamique, générale, ou vitale des mercuriaux est hyposthénique ou contre-stimulante. Le travail de M. Dumont est parfaitement d'accord avec notre manière de voir sur ce point, et il a cité un assez grand nombre de faits cliniques pour prouver l'efficacité réelle des mercuriaux dans le traitement des maladies inflammatoires. On peut consulter d'ailleurs un magnifique chapitre sur ce sujet dans le troisième volume du traité de matière médicale de M. Giacomini de Padoue.

Le second point ne porte à la vérité que sur une question de doctrine. M. Dumont, cependant, en a fait une question fondamentale. D'après lui, l'effet antiphlogistique du mercure ne serait que secondaire à la déplasticité du sang. Cette hypothèse avait été imaginée et répandue par plusieurs savans de l'Allemagne; M. Dumont l'a prise au sérieux, et a su lui donner une portée scientifique réelle. D'abord, que doit-on entendre par plasticité du sang? M. Dumont est très clair à ce sujet: « La quantité plus ou moins grande, dit-il, de cette fibre essentiellement vivante dans le sang des animaux (savoir la fibrine) constitue le plus ou moins grand degré de plasticité de ce fluide; c'est-à-dire de tendance à l'organisation. « Cette plasticité, ajoute-t-il, est la cause de la solidité du caillot; elle augmente dans tous les cas où la vitalité est augmentée, soit localement, soit généralement. En effet, dans les inflammations, surtout lorsqu'elles sont intenses, le caillot se contracte quelquefois à un tel point, qu'il devient pour ainsi dire sphérique; il est alors très petit et très dur. Cette plasticité diminue, au contraire, dans le scorbut, dans l'anémie, dans la faiblesse constitutionnelle, etc. » Ainsi donc, le mot plasticité exprime la quantité de fibrine que le sang contient, et c'est cette fibrine elle-même qui, modifiée d'une certaine manière dans les maladies inflammatoires, constitue les différentes formes de la couenne. (V. GAZ. MÉD., 1837, p. 820 et suivantes.)

Maintenant, les expériences de M. Dumont prouvent-elles que le mercure ôte au sang sa plasticité, sa fibrine? Aucunement; elles prouvent seulement qu'une solution de sublimé, mélangée dans un bassin à du sang sortant de la veine agit sur lui chimiquement ou physiquement, et empêche la séparation de la fibrine d'avec le sérum. M. Dumont ne s'est pas assuré si d'autres substances mêlées au sang ne produiraient pas le même effet. D'un autre côté, quand vous avez donné à un cheval du calomel à haute dose pendant plusieurs jours, et qu'au bout de ce temps vous avez trouvé le sang moins fibrineux qu'avant, cela est loin de prouver que le médicament agit directement sur la plasticité de ce liquide. Tous les moyens reconnus hyposthéniques produisent le même effet, mais par d'autres raisons. Saignez plusieurs fois un animal, de manière à le rendre très faible, vous verrez son sang devenir de moins en moins plastique, uniquement parce que les solides qui le renouvellent incessamment ont été affaiblis. Donnez à un animal de l'extrait de belladone; à un autre de la jusquiame; à un troisième de l'acétate de plomb; à un quatrième de l'acide prussique, de la digitale, du tartre stibié, etc., vous obtiendrez chez tous le même résultat qu'avec les mercuriaux; c'est-à-dire que la vitalité de l'organisme s'affaiblira, et que le sang deviendra consécutivement de moins en moins fibrineux. Plusieurs membres de la société de Gand, entre autres MM. Lados, Cornelis, Blariau, ont parfaitement saisi les raisons que nous venons d'exposer. En résumé, on ne peut pas dire que le mercure soit un remède antiplastique; mais on peut admettre comme un fait démontré par une infinité d'observations, que cette substance, introduite dans le sang, produit des effets adynamiques ou antiphlogistiques très marqués. Les faits recueillis par M. Dumont confirment d'ailleurs pleinement cette manière de voir.

Viennent à présent quelques questions secondaires. Et, avant tout, comment se rendre raison, d'après les principes qui précèdent, de la salivation, de l'inflammation du système glandulaire de la bouche, qui succèdent à l'usage des mercuriaux? Comment se fait-il que, donné à petite dose, le calomel, par exemple, affecte plus facilement la bouche, et que l'opium, joint au même remède, prévient jusqu'à un certain point la salivation? Il ne faut pas oublier que, comme beaucoup d'autres remèdes, le mercure jouit, sur l'économie vivante, d'une double action; l'une locale, mécanique, physico-chimique; l'autre générale, dynamique, vitale.

La première peut être de nature opposée à la seconde; et c'est ce qu'on voit avec une foule de substances: le tartre stibié, par exemple, appliqué localement, irrite, enflamme mécaniquement, chimiquement la partie; tandis que, passé dans le sang, il abaisse la vitalité générale, etc. La cantharide se trouve exactement dans le même cas, elle vous enflamme la peau d'un côté, et vous produit une hyposthénie très marquée de l'autre; et, enfin, le résidu non assimilé de cette substance étant expulsé par l'émonctoire urinaire, irrite, enflamme mécaniquement la vessie, etc. Il en est précisément de même du mercure: l'observation a prouvé à Fourcroy, à Horn, à Brassavola, à Fernel, à Fabri, à Pichel, à Syhel, à Mead, à Rhodius, à Brückmann, et à une infinité d'autres, que les personnes soumises à un traitement mercuriel présentent très souvent une partie de ce métal à l'état globulaire ou de révivification dans quelques-unes de leurs sécrétions. Chez une infinité d'autres, le mercure a été trouvé de la sorte dans le parenchyme des os des membres ou du crâne: la plupart des cabinets anatomiques en offrent des exemples. D'où l'on a dû conclure avec raison qu'après avoir produit son effet dynamique, le mercure, ou il est assimilé en changeant de nature, ou révivifié et jeté au-dehors, par telle ou telle voie, ou bien enfin emprisonné dans tel ou tel endroit de l'économie. Dans ces deux derniers cas, le mercure doit nécessairement exercer son action mécanique, irritante, inflammatoire, sur les tissus avec lesquels il se met en rapport. Ainsi la salivation, la stomatite mercurielle, ne sont qu'un effet secondaire, mécanique, irritatif du médicament, comme l'inflammation de la vessie après l'abus des vésicatoires très cantharidés. La fièvre dite mercurielle, les ulcérations, les pustules de même nature, etc., se rattachent à la même considération. On voit par ces réflexions combien est erronée l'idée qui admet la salivation comme un élément nécessaire de la cure mercurielle. On comprend par là aussi pourquoi cet effet secondaire de l'action du mercure offre de si grandes variations, selon l'état de la constitution. Toutefois il est de fait que, donnés par petites doses, les mercuriaux provoquent plus facilement le ptyalisme que lorsqu'on les administre à fortes doses, du moins cela a lieu chez plusieurs sujets. On dirait qu'à fortes doses l'effet hyposthénique général, étant très prononcé, empêche la fibre buccale de sentir la réaction mécanique locale. Quant à l'influence de l'opium, que quelques médecins anglais joignent au calomel, elle est évidemment de nature à affaiblir l'action dynamique du mercure c'est, en d'autres termes, un correctif que quelques cliniciens regardent avec raison comme un contre-sens thérapeutique. M. Dumont n'ayant considéré le mercure que d'une manière générale, nous avons dû nous borner à cette limite pour le moment; mais on sent bien qu'une autre question d'une importance non moins grande se rattache à celle-ci, c'est celle de l'emploi du mercure dans la syphilis.

ESSAI SUR L'UNITÉ DE COMPOSITION DU FOIE ET DU POUMON; par le docteur BURGGRAAVE.

L'auteur, après avoir présenté quelques considérations générales sur la loi d'unité de structure chez les êtres animés, fait l'application de cette loi aux organe respiratoire et hépatique, entre lesquels il signale une analogie frappante sous les rapports de la composition, de l'organisation et des fonctions; ces deux organes, en effet, sont formés par de petites vésicules ou culs-de-sacs, à triple paroi; l'une muqueuse, la seconde musculaire, et une autre formée par la membrane propre. Tous deux se trouvent sous la double influence du système nerveux cérébro-spinal et ganglionnaire; tous deux ont un système vasculaire double; tous deux reçoivent un sang veineux mêlé de chyle, et qui se distribue dans les parenchymes, en suivant une marche contraire à celle qu'il affecte dans tous les autres organes. On ne peut réduire la fonction du foie à la sécrétion d'un suc digestif; et il exerce évidemment une grande influence sur l'hématose. S'il n'en était pas ainsi, dit M. Burggraave, pourquoi le foie préexisterait-il à tous

les organes abdominaux? Pourquoi recevrait-il presque intégralement chez le fœtus le produit de la digestion placentaire? Pourquoi, après la naissance, continuerait-il à recevoir en partie celui de la digestion intestinale? Pourquoi, dans la série animale, le foie serait-il développé en raison inverse du système respiratoire, et suppléerait-il aussi, dans quelques classes, à l'insuffisance de ce dernier système.

L'auteur se proposait de suivre ce parallèle, sous le rapport de la pathologie; mais ses études sur ce point important n'étant pas encore complètes, il se contente, pour remplir cette lacune, de présenter quelques idées de M. le docteur de Mnynek sur l'identité des affections pulmonaires et hépatiques, et qui viennent à l'appui des vues d'unité de composition organique qui sont l'objet de son travail. L'auteur de ce second travail appuie ses idées de l'expérience qu'ont acquise les médecins anglais dans le traitement des affections du foie, et surtout des leçons d'Abernethy, qu'il appelle son savant maître. En effet, les médecins anglais qui ont pratiqué dans l'Inde ont remarqué que le foie y détermine une foule de maladies qui, en raison du peu de sensibilité dont jouit cet organe, sont souvent attribuées à des organes tout à fait différens. « Lorsqu'un individu est irritable et mélancolique, disait Abernethy; lorsqu'il a du malaise et que ses fonctions digestives sont dérangées, qu'il se plaint de lassitude, que ses urines sont grasses et safranées; s'il n'accuse aucune douleur quelconque, examinez attentivement la région du foie; vous découvrirez dans l'appareil hépatique la cause de ce trouble, léger en apparence, mais trop souvent funeste dans ses résultats. »

M. de Muynek rapporte, à l'appui de ses assertions, trois observations où des affections du foie se présentaient sous les caractères de l'asthme, de la phthisie pulmonaire, et du catarrhe pulmonaire, et où l'état des malades s'aggrava tant qu'on les traita par les moyens qu'indiquaient les symptômes de l'asthme, de la phthisie et du catarrhe pulmonaire : tandis qu'il s'améliora aussitôt qu'on traita l'affection du foie qui était latente. Il termine en signalant les signes propres à faire distinguer l'affection hépatique des maladies dont elle revêt les caractères, et qui sont les suivans : sensibilité morale exaltée, disposition à la mélancolie; tantôt de la constipation et tantôt du dévoiement, qui toujours diminue l'intensité des symptômes; couleur jaune de la langue ainsi que des conjonctives; sensation de plénitude après le plus léger repas; flatulence; impossibilité de se coucher sur le côté droit; pression avec la main sur la région hépatique douloureuse; augmentation du volume du foie; urines grasses, safranées et sédimenteuses.

CONSIDÉRATIONS SUR LA GUÉRISON D'UN ANUS ANORMAL A L'AIDE D'UN NOUVEAU PROCÉDÉ; par M. RAYÉ, chirurgien à Vilvorde.

OBS. — Un homme cultivateur, âgé de 27 ans, portait depuis dix ans un anus anormal à la région inguinale droite. Cette maladie avait été la conséquence d'une hernie étranglée dont l'origine datait de l'âge de 16 ans. A l'examen, M. Rayé trouve l'état suivant :

« Vis-à-vis de l'anneau inguinal droit existait une ouverture de la grandeur d'un franc, entourée d'un bourrelet assez volumineux de bourgeons charnus, rougeâtres, saignans et exhalant une odeur tellement fétide que je crus un instant que l'infirmité était compliquée d'un ulcère carcinomateux; je mis le doigt dans cet orifice, et pénétrai dans l'anneau inguinal, qui avait acquis une largeur incroyable. Je reconnus facilement de l'extrémité du doigt les deux bouts intestinaux, et entre eux un espace assez étendu dépendant de l'adhérence de leur adossement, puis enfin l'éperon; les deux bouts intestinaux avaient contracté une adhérence solide avec le pourtour de l'anneau, il n'y avait pas d'entonnoir. Le bout supérieur était très dilaté; l'inférieur assez rétréci permettait cependant encore l'introduction du petit doigt; les matières fécales étaient toutes rendues par la voie anormale, huit à neuf heures après l'ingestion des alimens, circonstance qui me prouvait que j'avais à faire à une partie assez inférieure du tube digestif. Il ne sortait par l'anus naturel que des mucosités d'une odeur stercorale et souvent des gaz. »

D'après cet état des choses, M. Rayé a pensé qu'il aurait pu opérer ce malade en enlevant avec les ciseaux un lambeau triangulaire de l'éperon inter-intestinal; il s'est assuré d'abord avec les deux doigts auriculaires introduits profondément dans les deux extrémités intestinales, et mus, l'un de gauche à droite, l'autre en sens opposé, que les deux bouts de l'intestin adhéraient entre eux dans l'étendue d'un pouce et quelques lignes, circonstance essentielle comme on le conçoit, sans quoi un épanchement mortel serait la conséquence de ce mode opératoire.

OPÉRATION. « L'anneau inguinal fut fortement dilaté au moyen d'éponges préparées. Le malade étant couché en supination sur une table, les jambes et les cuisses fléchies et maintenues dans cette position par des aides, j'introduisis une pince droite à polype dans l'anneau inguinal, j'en écartai les branches en dirigeant l'une dans le bout supérieur, l'autre dans l'inférieur : quand elles eurent parcouru l'étendue de deux pouces, je les écartai plus fortement, de telle sorte que les moitiés des branches restées au dehors offraient entre elles une séparation semblable à la profondeur qu'occupaient les moitiés introduites.

» Dans cet état, je penchai la pince vers le pubis, et la confiai à M. Vandermeeren, chirurgien : je pus facilement voir l'éperon et la cloison. Alors j'armai ma main droite de forts ciseaux courbes sur leur plat, à pointes mousses, et les introduisis entre l'écartement des pinces, de manière à ce que leur convexité correspondît au pubis, et à ce que je pusse saisir, dans leur séparation, la cloison de son côté interne. Quand je leur eus fait parcourir l'espace d'environ un pouce, je les fermai fortement et pratiquai ainsi une première incision. Les ciseaux furent retirés et introduits de la même manière, avec cette différence que leur convexité fut tournée du côté externe de l'anneau. Je les serrai et terminai une seconde incision aboutissant à la terminaison de la première du côté supérieur de la cloison, mais qui en était éloignée de dix à douze lignes de son côté extérieur ou externe. Il résulta de ces deux incisions une perte de substance de forme à peu près triangulaire faite au détriment de la cloison et conséquemment une ouverture assez large pour faire communiquer les deux bouts intestinaux entre eux, et faire espérer le passage des matières fécales par cette voie. »

Le pansement a consisté en une grosse mèche placée entre les lèvres de la nouvelle brèche, de compresses et un bandage contentif.

Le lendemain, on renouvelle le même pansement. Mèche plus grosse.

Le surlendemain la mèche est expulsée par une garderobe qui a lieu par la plaie. Des mucosités stercorales sont rendues par l'anus naturel.

Le 2 juillet (cinquième jour de l'opération), écart de régime, fièvre, coliques, vomissement. Saignées; mieux.

Le 6 juillet, la plaie se rétrécit; les excrémens liquides sortent par l'anus naturel, les autres par la plaie.

Le 8, l'ouverture faite à la cloison étant totalement cicatrisée et suffisamment large pour faire espérer le passage des excrémens par cette voie; armé d'un bistouri convexe, je coupai profondément les bourgeons charnus qui entouraient l'anneau inguinal; une hémorragie légère suivit cette opération. Lorsqu'elle fut arrêtée, je rapprochai les bords de l'anus contre nature au moyen de compresses graduées placées l'une sur la partie supérieure de la plaie, l'autre sur l'inférieure; elles furent fortement soutenues par de longues bandelettes agglutinatives et un spica de l'aine bien serré; j'humectai le tout avec une solution d'amidon.

Le soir même de cette opération, garderobe par l'anus naturel, bandage sec.

Les jours suivans les garderobes ont lieu complètement par l'anus naturel.

Le 15, on ôte l'appareil, la plaie est solidement cicatrisée. Bandage à pelotte défensive sur la cicatrice. Guérison complete et durable.

Considérée en elle-même, comme fait isolé, l'opération de M. Rayé est remarquable, digne d'être connue, et fait honneur au talent et au tact chirurgical de l'auteur. Si l'on veut cependant comparer ce procédé à celui de l'entérotome, il est de beaucoup inférieur, et nous n'oserions presque dans aucun cas, lui donner la préférence, attendu l'accident qui peut l'accompagner, accident que l'entérotome évite presque toujours; nous voulons parler de l'épanchement en cas que l'adhérence des deux bonts de l'intestin ne serait pas assez étendue. Or, ainsi que M. Lados l'a dit dans la discussion qui s'est élevée à ce sujet dans le sein de la société, les limites de cette adhérence ne sont pas toujours reconnaissables *à priori*, et ce serait une témérité inexcusable que de porter un instrument tranchant sur la cloison inter-intestinale, alors que l'art possède, d'ailleurs, un procédé sûr, qui fait éviter ce danger. D'un autre côté, nous pensons, comme M. Lados, que les reproches que M. Rayé adresse à l'entérotome de Dupuytren ne sont pas bien fondés. Quant à la question de la nouveauté, elle n'en est pas une; M. Soteau l'a bien dit, ce procédé est loin d'être nouveau; mais nous nous plaisons à le répéter, le succès obtenu par M. Rayé est très remarquable.

OBSERVATION DE FRACTURE DU FÉMUR AVEC GUÉRISON, MALGRÉ LA PRÉSENCE D'UN MORCEAU DE FER ENTRE LES FRAGMENS; par M. VOGELVANGER.

OBS. — Un militaire ivre tombe avec une charrette dans un fossé de quinze à vingt pieds de profondeur et entraine dans sa chute un batardeau garni de pointes en fer de la longueur de huit à neuf pouces. Il reste accroché par la cuisse droite aux fers dont était hérissé le batardeau. Une de ces pointes était entrée profondément dans les chairs un peu au-dessous du grand trochanter. A l'examen, M. Vogelvanger trouve le membre fracturé, raccourci d'un pouce et demi, et offrant en même temps une énorme plaie dont le fond présente un morceau de fer long de trois pouces. Il simplifie cette lésion, réduit la fracture et met le membre en appareil. La consolidation s'est faite en soixante-quatre jours, et la plaie s'est parfaitement cicatrisée. Le malade a marché depuis, ne boitant qu'à peine, et sans se plaindre de douleur. Deux années plus tard, cet homme s'étant suicidé, M. Vogelvanger a eu l'occasion d'assister à l'autopsie du cadavre et de disséquer le membre fracturé. On a rencontré à la partie supérieure interne du fémur un morceau de fer pointu, de forme pyramidale, long de 35 lignes, large à sa base de 5 lignes et d'une égale épaisseur, couvert d'une membrane fibreuse dense, serrée, de couleur blanchâtre, dont l'extrémité pointue flottait, pour ainsi dire, dans les muscles, et dont la base était attachée par la membrane susdite vers le quart inférieur de la branche externe de la bifurcation de la ligne âpre. La pointe de ce morceau était tout-à-fait libre : on pouvait la mouvoir presque en tous sens, et on l'aurait dit attaché par une articulation diarthrodiale au corps de l'os fémur. Sa direction était du haut en bas et de dehors en dedans et un peu en avant. Il était la continuation, mais tout à fait détaché d'un autre morceau de fer, aussi de forme pyramidale, à som-

met et à base carrée, plate, tronquée, de la longueur de trente lignes, épaisse à sa base de six lignes. La moitié à peu près de ce morceau était visible, et comme le précédent recouverte d'une membrane fibreuse, dense et ferme; l'autre moitié se trouvait enfermée à la manière d'un clou dans la substance de l'os, au lieu où la fracture avait existé; aussi était-elle tout à fait immobile, et dirigée de bas en haut, de dehors en dedans, et un peu en arrière. Au lieu de l'enfoncement du morceau de fer dans la substance de l'os, existait un bourrelet osseux, disposé en arcade, qui le tenait enchassé comme une pierre dans son chaton, et paraissait être formée par la matière du col fournie tant par le bout supérieur que par l'extrémité inférieure de l'os fracturé. Disposés en triangle, ces morceaux étaient joints à leurs extrémités par une membrane de même structure que celle qui les enveloppait sur toute leur surface. La cheville en fer doit s'être brisée après avoir pénétré dans le fémur, le morceau le plus gros indique la route qu'elle a dû suivre pour entrer dans le corps et fracturer l'os fémoral.

Bien qu'il n'y avait eu après la guérison qu'un raccourcissement d'un demi pouce, presque imperceptible quand l'individu marchait, il existait cependant sur la pièce pathologique, par suite du déplacement, tant selon la longueur que selon l'épaisseur de l'os et par l'effet de celui-ci, un changement dans la direction du col du fémur, et un raccourcissement de quatre pouces cinq lignes à cinq pouces. On a appris cependant que le malade avait eu l'autre membre fracturé dans son enfance et qu'il boitait avant sa seconde fracture, cela explique ce dernier phénomène.

La circonstance la plus remarquable dans cette observation, c'est que la nature ait pu accomplir la consolidation de la fracture, malgré l'irritation permanente causée par la présence d'un corps étranger. Si l'on réfléchit pourtant que la nature avait enveloppé ce corps d'une gaîne fibrocalcaire, et qu'elle avait ôté par là une grande partie de son effet irritatif, cette circonstance cessera d'étonner autant. Le raccourcissement ensuite de quatre à cinq pouces chez un sujet déjà claudicant par fracture à l'autre membre rappelle une réflexion d'Hippocrate, qui dit : « Mieux vaudrait, sous le rapport de la claudication, avoir les deux cuisses cassées que n'en avoir qu'une. »

GANGRÈNE DES POUMONS CHEZ LES ALIÉNÉS; par le docteur GUISLAIN.

Le docteur Guislain continue ses importantes recherches sur la gangrène pulmonaire chez les aliénés (V. GAZ. MÉD., an 1836, p. 33). L'observation suivante est la quinzième qu'il recueille depuis quatorze ans, sur une population annuelle d'à peu près 400 aliénés.

OBS. — Le 26 janvier 1818, le thermomètre marquant — 10° R., un homme absolument nu fut amené à l'établissement. Ce malheureux portait au cou une large plaie, d'où le sang sortait en abondance, et qu'il venait de se faire lui-même, en même temps que son œil fixe, son regard étonné, ses gestes exagérés et ses propos décousus annonçaient un aliéné. Il mourut après être resté quarante-six jours à l'établissement.

Pendant tout ce temps, il refusa, avec une opiniâtreté désespérante, de prendre aucune nourriture. Son état de faiblesse obligea à de grands ménagemens, et bien qu'on essayât à lui faire passer à chaque instant des alimens, en employant la force, tous les efforts restèrent infructueux; le malade tenait les mâchoires convulsivement fermées, et on ne put lui faire ingérer que des quantités tout-à-fait insignifiantes d'alimens ou de boissons.

Le malade restait couché dans son lit, immobile, les yeux sans clignoter, pâle, la figure sans expression aucune, si ce n'est d'étonnement. Une nuit il se débarrassa de ses liens sans que son garde s'en aperçût, et, se mordant les doigts, il emporta les premières phalanges de l'index et du médius de la main droite. Les plantes et les doigts des pieds étaient gelés et couverts de cloches gangreneuses; les pupilles énormément dilatées, la chaleur de la peau fortement baissée. Il y avait une constipation opiniâtre; les premières selles eurent lieu le vingt-cinquième jour de son entrée. Le vingt-neuvième jour, l'haleine devint fétide, et M. Guislain diagnostiqua : la gangrène commençante des poumons. En peu de jours, l'odeur de l'expiration était si puante que, malgré l'emploi constant du chlorure de chaux, elle infecta toute la salle où il couchait. Une expectoration de crachats fétides, bruns, sanguinolens, verdâtres, écumeux, s'établit; mais la couleur de la face ne changea point; elle ne passa pas au rouge de brique, comme elle l'avait fait jusqu'ici dans les autres cas; la figure resta pâle; toutefois les ongles étaient bleus, ainsi que la conjonctive.

Vers le trentième jour, il survint une diarrhée bilieuse. Le malade ne parlait que rarement et toujours par monosyllabes; ses propos étaient, d'ailleurs, décousus; il déclamait, criait et demandait quelquefois à boire. Un jour il but cinq verres d'eau froide. Il s'éteignit lentement le 12 mars 1838.

AUTOPSIE. — Dernier degré du marasme. Après avoir brisé les côtes, qui sont d'une fragilité extrême, on ne remarque à la surface externe des poumons aucune altération appréciable, excepté à la face postérieure, où l'on observe une tache noire, gangreneuse. Une incision longitudinale faite sur ce point donne issue à une odeur d'une fétidité extrême et caractéristique. Un liquide verdâtre, sale, puant, vient en même temps teindre l'instrument. A l'intérieur, la surface incisée est noire, marbrée, d'un rouge de brique, nuancé par un rouge pâle, des veinules blanchâtres, des points purulens; en tout, un vrai détritus organique. La couleur rouge de certains points contrastait avec une nuance d'un bleu noir. Le poumon gauche, manifestement atrophié, bosselé, affaissé, et beaucoup plus petit que l'autre, est aussi, à sa surface postérieure, le siége d'une altération moins profonde que celle observée au poumon droit.

Tous les autres organes ont paru être à l'état normal.

M. Guislain fait remarquer que ce fait vient encore à l'appui de l'opinion qu'il a avancée dans le mémoire déjà cité, savoir, que la source primitive de la gangrène pulmonaire chez les aliénés se trouve dans un état spécial des fluides nourriciers, dans le sang qui arrive pauvre aux poumons, dépourvu de chyle, non renouvelé, et dans un état de décomposition analogue au scorbut; état qui est l'effet de la privation d'alimens, du défaut de nutrition auquel les malheureux aliénés se condamnent si fréquemment. Mais ici l'auteur fait remarquer avec beaucoup de raison qu'on ne doit pas s'attendre à observer les mêmes effets chez les sujets qui jouissent de l'intégrité de leur raison, et qui sont soumis aux mêmes conditions. Dans le dernier cas, la mort arrive promptement, on des altérations fonctionnelles graves ne tardent pas à se développer. Chez l'aliéné, au contraire, l'état spécial du moral, l'engourdissement extatique, l'anéantissement de la sensibilité qui préside aux besoins organiques, permettent à la gangrène de se développer d'une manière insolite dans les organes de la sanguification. Il y a donc évidemment, chez l'aliéné soumis à une abstinence prolongée, des conditions qu'on ne retrouve pas ailleurs, et qui les prédisposent à la gangrène pulmonaire; car ce n'est pas seulement à Gand qu'on observe la gangrène pulmonaire chez les aliénés; M. Bergeun rapporte avoir observé cette altération grave trois fois en quatre mois à Bicêtre, chez les aliénés. Il y a quelque chose de spécial, et dont, dans l'état actuel de nos connaissances, nous ne nous rendons pas parfaitement compte; mais que nous devons à M. Guislain d'avoir signalé le premier. L'auteur, après avoir fait remarquer que ses recherches n'avaient pour objet que la gangrène chez les aliénés, et avoir cité les travaux publiés depuis son mémoire sur la gangrène pulmonaire, et surtout ceux de M. Genest, en France, et de M. Rampold, en Wurtemberg, entre dans quelques considérations intéressantes sur l'emploi du régime analeptique dans les cas de prédisposition aux maladies de poitrine.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 10 JUILLET. — PRÉSIDENCE DE M. MOREAU.

LEGS DE M. ITARD A L'ACADÉMIE.

Après la lecture de la correspondance, M. le président fait part de la perte que la compagnie vient d'éprouver dans la personne de M. Itard, et communique en même temps une disposition testamentaire de ce médecin, qui concerne l'Académie. M. Itard a légué à l'Académie : 1° une somme de 30,000 fr., dont la rente doit être, tous les trois ans, consacrée à un prix que l'Académie décernera, par concours, au meilleur mémoire sur une question déterminée. L'Académie ne connait pas encore précisément les conditions du sujet de concours qui ont été désignées pas le donataire; 2° la propriété de la seconde édition de son ouvrage sur les maladies de l'oreille, enrichie d'un grand nombre de notes. La première édition du livre de M. Itard date, comme on sait, de 1821.

Une commission, composée de plusieurs membres de l'Académie, a accompagné les restes de l'honorable défunt à sa dernière demeure. M. le secrétaire perpétuel donne lecture d'un discours qu'il a prononcé sur la tombe de M. Itard. Ce discours a été écouté avec beaucoup d'attention, et a été couvert d'applaudissemens.

M. le président annonce à l'Académie qu'elle a dans son sein M. Holtz, l'un de ses membres correspondans de Christiania. M. Holtz est invité à signer la feuille de présence.

ÉTIOLOGIE DU PIED-BOT CONGÉNITAL.

L'ordre du jour est la continuation de la discussion sur le rapport de M. Cruveilhier, concernant l'étiologie du pied-bot. (V. GAZ. MÉD., p. 367.)

M. BRESCHET a la parole. Comme membre de la commission, je n'aurais pas dû prendre la parole pour combattre le rapport de M. Cruveilhier, d'autant plus que ce rapport est revêtu de ma signature. Cependant, je dois déclarer que je n'avais point lu le rapport. La lecture que M. Cruveilhier en a faite, la publication de ce travail dans le bulletin de l'Académie, me forcent aujourd'hui à en attaquer différens passages qui me paraissent renfermer des hérésies physiologiques graves.

Je dois dire cependant auparavant que je trouve de la plus haute inconvenance, et fort préjudiciable aux intérêts de la science et de la réputation de l'Académie, de publier dans vos bulletins un rapport non encore discuté, ni jugé par l'assemblée. Un rapport peut renfermer des opinions que l'Académie doit se garder de répandre; il peut être modifié, épuré ou rejeté par suite de la discussion, et ce serait fort fâcheux qu'on adoptât le mode de publication qu'on vient de suivre; car tout ce qui paraît dans vos bulletins porte une sorte de sanction, lors même que l'adoption n'aurait point eu lieu formellement,

D'ailleurs, qu'est-ce qu'un bulletin comme le vôtre, qui se publie sans votre assentiment, sans même que l'Académie ait jamais été consultée sur cette matière. C'est une publication que je déclare tout à fait illégitime, inexacte, abusive, irrévérencieuse. Voyez, en effet, si c'est ainsi que se conduit l'Académie des sciences, qui publie aussi un compte-rendu de ses séances. Aucun rapport n'est inséré avant d'avoir été discuté et adopté par la compagnie; et si quelqu'un des membres a des observations à y ajouter, elles sont insérées avec le rapport, si toutefois l'on juge convenable que l'insertion doit avoir lieu.

J'aborde à présent le fond de la question. Le travail de M. Cruveilhier porte sur deux objets : sur les causes du pied-bot congénital, et sur la théorie des arrêts de développement qu'il a attaquée avec une sorte d'amertume.

Pour ce qui est du premier point, je n'ai pas été peu étonné de voir que M. Cruveilhier avait adopté l'opinion de M. Martin, et qui consiste à faire dépendre la formation du pied-bot de la compression du fœtus par la matrice, par suite d'absence ou de diminution des eaux de l'amnios. Que cette opinion ait été émise par un mécanicien, cela se conçoit; M. Martin est un mécanicien habile dans sa partie, mais peu compétent dans des questions de physiologie; mais qu'une autorité comme M. Cruveilhier donne son assentiment à une pareille manière de voir, et que cet assentiment passe sans être discuté dans les bulletins publiés au nom de l'Académie, cela m'aurait paru incroyable, si je ne l'avais pas vu dans son rapport imprimé. Cette opinion, Messieurs, est une grave erreur, une véritable hérésie pathogénique, que je me crois obligé de combattre.

Dans quel cas la matrice peut-elle comprimer le fœtus? Ce n'est certainement pas quand les eaux de l'amnios existent : le fœtus étant alors entouré d'un liquide, les parois utérines ne peuvent exercer aucune pression sur lui. Sera-ce après la rupture spontanée ou accidentelle de l'œuf? Oui; l'enfant restant alors à sec, l'utérus peut bien le comprimer en revenant sur lui-même; mais que résulte-t-il dans cette circonstance? Rien autre chose que l'expulsion plus ou moins prompte de l'enfant. Si l'accouchement ou l'avortement tarde quelque temps à s'effectuer, tous les médecins savent que la mort de l'enfant est inévitable. Toujours est-il que jamais cette compression n'est apte à produire la déviation des membres. M. Cruveilhier, il est vrai, entoure cette opinion de quelques restrictions, mais n'adopte pas moins le fond de l'hypothèse. Je ne saurais trop le répéter, l'étiologie mécanique du pied-bot que M. Cruveilhier vous a présenté, au nom de l'auteur, me parait tout à fait erronée.

Quant au second point, la chose est bien autrement grave; il s'agit rien moins que d'une théorie générale d'organogénie, adoptée par les plus grands physiologistes du siècle, et qui s'applique à la génèse de presque toutes les difformités congénitales; je veux parler de la doctrine des arrêts de développement. M. Cruveilhier en nie la réalité dans son rapport, et, en preuve de sa dénégation, il a pris pour exemple l'exomphale, le bec-de-lièvre, et le *spina-bifida*. Il n'est pas exact, dit-il, que la hernie ombilicale accidentelle se forme à côté de la cicatrice de ce nom. D'après M. Cruveilhier, l'exomphale accidentelle a absolument le même siége que l'exomphale congénitale; cette dernière, par conséquent, ne peut pas, dit-il, être rapportée à un arrêt de développement. Je dois m'élever contre cette assertion. Mes recherches sur cette matière et celles d'un grand nombre d'anatomistes prouvent que constamment la hernie congénitale de l'ombilic se fait dans le cordon lui-même, précisément à travers la ligne blanche qui sert d'attache à la tige omphalo-placentaire, tandis que l'exomphale accidentelle n'a lieu qu'à travers une éraillure latérale. Quand on songe qu'il y a une époque de l'évolution de l'organisme fœtal, où les viscères abdominaux sont en dehors de la cavité ventrale, et que leur rentrée complète ne s'effectue que par les progrès de l'organisme, on ne peut s'empêcher d'admettre que c'est à ce manque de retrait complet des organes que la hernie ombilicale doit son existence. C'est, en d'autres termes, un arrêt de développement borné sur ce point de l'abdomen, qui a donné lieu à l'exomphale. Il n'en est pas de même dans l'exomphale accidentelle; aussi, les conditions anatomiques sont elles différentes dans les deux cas. Si nous passons maintenant à l'examen du bec-de-lièvre, du spina bifida, etc., nous trouvons absolument la confirmation des arrêts de développement. Nous ne voulons pas dire, par la dualité qui existe sur toute la ligne médiane, qu'il y ait un homme droit et un homme gauche; mais bien que les deux moitiés qui doivent former le tout sont d'abord séparées entre elles, et qu'elles se rapprochent incessamment par les progrès de l'évolution organique, jusqu'à ce que leur union soit accomplie. Quand une cause quelconque s'oppose à la réunion, il y a arrêt de développement; de là les monstruosités de telle ou telle espèce. M. Cruveilhier a dit n'avoir jamais pu trouver sur le fœtus, à quelque époque de la vie qu'il l'ait examiné, les fentes de la ligne médiane sur lesquelles se basent les partisans de la doctrine dont il s'agit. C'est qu'il les a mal cherchées : ce n'est pas à la peau qu'elles existent, c'est au-dessous d'elle; et si les planches que j'ai publiées à ce sujet, celles de Tiedemann, de Meckel et de plusieurs autres étaient insuffisantes pour convaincre M. Cruveilhier, je me charge de les lui démontrer le scalpel à la main, sur des embryons humains. Voilà pour une partie des objections que j'avais à faire sur le rapport de M. Cruveilhier; je passerai à d'autres, après qu'il aura répondu à celles-ci.

M. Cruveilhier : Je demande à répondre.

M. Velpeau : Je demande la parole pour une motion d'ordre. La disussieen deviendra interminable, si l'on adopte la marche qu'on veut suivre. Comme beaucoup de personnes veulent prendre une part active à la discussion, je demande que M. Breschet achève ce qu'il a à dire, et que M. le rapporteur ne réponde qu'à la fin, ainsi que cela est d'usage.

M. Blandin parle dans le même sens.

M. Chevallier : Si ce mode d'argumentation que M. Bresebet veut suivre est le meilleur pour éclairer la question, je demande qu'on le continue.

M. le président : Le rapporteur a le droit de répondre. J'accorde en conséquence la parole à M. Cruveilhier.

M. Cruveilhier : Le ton sévère de l'argumentation de M. Breschet; les mots d'hérésie et autres dont il s'est servi, m'ont semblé d'abord inexplicables; mais la seconde partie de son discours me donne l'explication de l'espèce de colère scientifique de mon collègue. J'ai effectivement montré peu de révérence pour la théorie des arrêts de développement appliquée au pied-bot, sans pourtant prétendre la battre complétement en brèche.

Je dois dire d'abord qu'en adoptant l'idée de la compression de la matrice comme cause du pied-bot, je ne me suis pas dissimulé les objections auxquelles elle aurait été sujette, et je n'avais même pas manqué de prévoir celles que M. Breschet vient de vous présenter; car je les ai consignées dans mon rapports; les voici. (M. Cruveilhier lit différens passages de son rapport imprimé.) Aussi n'ai je pas admis d'une manière absolue l'opinion de M. Martin.

Pour ce qui est du second point, j'ai déjà dit dans mon rapport que M. Martin avait essayé de mettre sa théorie sous le patronage de l'arrêt de développement, puisqu'il regarde l'état des membres déviés comme atrophiés, par suite de la compression de la matrice. L'arrêt de développement ne serait par conséquent ici qu'un effet secondaire et non la cause; dans tous les cas, en effet, de monstruosité où la théorie que défend M. Breschet est admissible, elle ne peut être regardée que comme l'effet d'une autre cause. Quant aux exemples de l'exomphale, du bec-de-lièvre et du *spina-bifida*, que j'ai cités pour prouver le peu de consistance de la doctrine de l'arrêt de développement, je les ai cités avec une conviction profonde, et je persiste dans ma manière de voir, jusqu'à ce que M. Breschet m'ait démontré le contraire.

M. Breschet : La réplique de M. Cruveilhier est bien claire; elle fait parfaitement comprendre que, dans son esprit, l'atrophie et l'arrêt de développement ne sont qu'une seule et même chose. Or, c'est là une erreur grave qu'une légère réflexion fera bientôt comprendre. Dans l'atrophie, en effet, les organes ont déjà été développés, ils ne se sont rapetissés que secondairement; tandis que dans l'arrêt de développement, au contraire, les parties n'ont jamais été complétement développées. Ainsi, M. Cruveilhier confond deux choses essentiellement distinctes.

M. Cruveilhier étant forcé de quitter la séance, la discussion est suspendue et renvoyée à la prochaine réunion.

M. Bousquet a la parole pour répondre aux faits allégués par M. Breschet contre le bulletin de l'Académie. Ayant été chargé par le conseil d'administration de rédiger les séances de l'Académie, je suis obligé, dit M. Bousquet, de rendre fidèlement tout ce qui se passe à chaque séance, et de l'imprimer dans le compte-rendu. Or, le rapport de M. Cruveilhier ayant été lu, j'ai dû le reproduire textuellement.

M. Breschet : Les explications que M. Bousquet vient de donner ne changent rien à la valeur de mes objections. Il n'en est pas moins vrai que votre bulletin est illégal, rédigé contre tous les usages académiques, et souvent au préjudice de la science: mais j'irai plus loin encore.

Depuis que le conseil d'administration a fondé le bulletin sans consulter l'Académie, il a défendu de sa propre autorité aux journalistes de consulter les pièces de la correspondance, les mémoires et les rapports, et d'en rendre un compte exact. Cette mesure, Messieurs, est antiscientifique, et nuit évidemment aux progrès de la science et à la réputation de l'Académie, sans être en aucune manière utile à la spéculation qu'on voudrait faire avec le bulletin. Vous ne sauriez mieux faire que de prendre l'Académie des sciences pour exemple, laquelle publie également à ses frais un compte-rendu de ses séances. Eh bien! l'Académie des sciences, loin d'entraver les rédacteurs des journaux dans les comptes-rendus qu'ils font de ses séances, les favorise autant que possible; elle leur a ouvert une salle *ad hoc*, où ils vont consulter à loisir, analyser ou copier toutes les pièces de chaque séance; elle leur donne en outre gratuitement ses comptes-rendus imprimés. Que résulte-t-il de cette libéralité? C'est que les pièces étant méditées par plusieurs personnes à la fois, l'erreur est moins facile; si le rédacteur de l'Académie se trompe sur une chose, d'autres ne se trompent peut-être pas; les comptes-rendus sont alors plus complets; et la science, les auteurs, et la célébrité même de l'Académie n'ont qu'à y gagner. Il est très probable qu'en prenant la mesure qu'il a prise, le conseil d'administration de l'Académie de médecine n'a pas réfléchi à toutes ces circonstances, et j'ose espérer qu'en reconnaissant son erreur, il saura désormais être moins illibéral, et permettre, comme par le passé, aux journalistes, de recourir aux manuscrits de la compagnie.

M. Chervin : Je pense comme notre honorable collègue, M. Breschet, que la marche suivie par M. le rédacteur du bulletin est tout à fait irrégulière, tout à fait vicieuse. En publiant, dans le *Bulletin des séances de l'Académie*, les rapports avant qu'ils soient discutés, comme cela vient d'avoir lieu, on s'expose à de très graves inconvéniens; car un rapport, ainsi publié par anticipation, peut être modifié; il peut même être rejeté complétement, et cependant il existera dans le bulletin comme ayant reçu l'approbation de l'Académie.

Mais, messieurs, il est une irrégularité fondamentale contre laquelle je dois m'élever. Le titre *publication* de votre réglement, art. 63, est ainsi conçu : « *Toutes les publications sont faites au nom de l'Academie* ET EN VERTU D'UNE DÉLIBÉRATION EXPRESSE. » Eh bien! messieurs, cette délibération n'a point eu lieu; l'Académie n'a pas même été consultée. Voici comment les choses se sont passées, et c'est tout ce que nous avons connu de cette affaire. On rapporta, dans cette enceinte, qu'un journal avait rendu une séance de l'Académie d'une manière peu exacte, et notre honorable collègue, M. Desportes, dit, à cette occasion, que, pour obvier à un pareil inconvénient, l'Académie devrait publier un *bulletin officiel* de ses séances.

M. le président de cette époque, que nous avons eu le malheur de perdre, dit que le conseil d'administration s'était déjà occupé de cet objet et qu'un rapport serait fait très prochainement sur ce sujet par M. Renauldin. Notre honorable collègue, M. Renauldin, prit la parole et annonça à l'Académie que son rapport était à peu près terminé et qu'il en donnerait bientôt lecture. D'après cette double déclaration, nous nous attendions tous à entendre, sous peu, la lecture de cet rapport; mais, à notre grand étonnement, au bout de quelque temps, nous reçûmes le premier numéro du bulletin, sans qu'aucun rapport eût été fait à ce sujet à l'Académie. Ainsi, messieurs, cette publication n'existe que par suite d'une *violation fragrante* d'un article *formel* de votre réglement. Vous n'avez point été consultés, vous n'avez rien délibéré, tout s'est fait à votre insu et à huis-clos dans la salle du conseil.

Depuis quelques années, l'Académie des sciences publie aussi un compte-rendu de ses séances, mais elle a procédé d'une manière toute différente : lorsqu'elle a voulu se fonder, elle a discuté sur cet objet dans plusieurs séances consécutives.

Il y a dans la création du bulletin deux choses distinctes, la question scientifique et la question administrative. La première appartient à l'Académie de plein droit. C'est devant vous, messieurs, que devaient se discuter l'opportunité ou l'inopportunité de la publication d'un bulletin de vos séances, les avantages ou les inconvéniens d'une telle publication, ainsi que la manière la plus convenable de l'effectuer et de la rendre profitable à la science. Eh bien! rien de tout cela n'a été fait. Votre conseil d'administration a empiété sur vos droits dans cette circonstance, comme dans tant d'autres, et cela ne devrait pas être; il devrait se renfermer dans ses attributions.

Quant à la seconde question, c'est-à-dire à la question administrative, elle est du ressort du conseil, en vertu de la part très large, et, je pense, beaucoup trop large, que lui a faite l'ordonnance royale qui régit actuellement l'Académie. Il n'avait donc à s'occuper dans cette affaire que de la partie financière et du matériel de la publication.

M. le Président : Je dois faire observer à l'Académie que les faits qu'on vient de reprocher au conseil d'administration ne peuvent s'adresser qu'au conseil de l'an dernier, ces mesures existant déjà lorsque le conseil actuel a été nommé.

M. Marc demande que cette question soit discutée en comité secret. (Appuyé.)

M. Bouillaud propose que le comité secret ait lieu à la fin de cette séance. (Appuyé.)

M. Dubois d'Amiens parle dans le même sens.

Quelques membres demandent l'ordre du jour. (Tumulte général.) On passe à l'ordre du jour.

DISCUSSION SUR LA PRÉÉMINENCE RELATIVE DES SENS.

Une discussion a lieu à l'occasion du mémoire de M. Dubois d'Amiens, relatif au sens de l'ouïe comparé à celui de la vue.

MM. Castel, Gerdy, Gueneau de Mussy, Colineau, Adelon et Double ont pris part à cette discussion; nous en rendrons compte dans notre prochain numéro.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

NOUVELLE LETTRE SUR LA STATISTIQUE DES AMPUTÉS DE L'EXPÉDITION DE CONSTANTINE; par M. Guyon, chirurgien en chef de l'armée d'Afrique.

Paris, le 3 juillet 1838.

Monsieur et très honoré confrère,

Je viens répondre à une lettre de M. le docteur Baudens, insérée dans votre numéro du 30 juin dernier, et qui attaque l'exactitude de ma *statistique* des amputés de l'expédition de Constantine, en 1837. L'erreur porterait sur ce que je n'aurais pas tenu compte de toutes les résections pratiquées par l'auteur.

Et, en effet, je n'ai pas cru devoir considérer, comme amputations, des résections de portions de radius ou de cubitus : j'en ai également écarté, sous le rapport de leur peu de gravité, toutes nos amputations de doigts ou d'orteils. D'un autre côté, il importe de ne pas oublier que nous avions surtout pour objet de jeter quelque lumière sur cette belle question, élevée au sein de l'Académie : quelle influence a exercée le choléra sur les *grandes opérations* pratiquées à Constantine? Or, je le demande, pouvais-je mettre sur la ligne de nos *grandes opérations* toutes les petites opérations dont je viens de parler? Je ne le pense pas.

Je maintiens donc les chiffres que j'ai donnés, savoir :

29 amputations,

(y compris 3 résections de la tête de l'humérus, faites par M. Baudens, alors chirurgien-major de l'ambulance de la brigade de M. le duc de Nemours);

6 guérisons ou 23 morts.

Cependant, pour être plus exact, je consens à ne pas faire figurer, comme amputations, les trois résections dues à M. Baudens, et nous aurions alors ces autres chiffres :

Amputations	26
Guérisons	6, 9 ou 20 morts.

Il nous resterait à présenter, comme opérations importantes, ou grandes opérations, les trois résections de la tête de l'humérus, pratiquées par M. Baudens, et qui nous donneraient les résultats suivans :

Résections de la tête de l'humérus	3
Morts	3

Ces insuccès de M. Baudens, dans l'expédition de Constantine, n'ôtent rien à ses talens : ses collaborateurs, dans la même expédition, n'ont pas été beaucoup plus heureux; ces insuccès, dis-je, n'ôtent rien à ses talens: ils ont porté leur fruit dans des circonstances où nous n'avions pas à lutter contre tant de chances adverses. Dans la précédente expédition de Constantine, celle de 1836, des chances semblables, ou à peu près, nous avaient donné des résultats fortanalogues. Et, en effet, sur 15 amputations, faites au retour de l'expédition, dont 2 en France, pour des cas de congélation, 4 seulement furent conduites à guérison. D'un autre côté, je ne vois pas, ce que paraît craindre M. Baudens, que tous ces insuccès puissent jeter la moindre défaveur sur le corps dont nous faisons partie : les amputés de Constantine, ceux de la dernière comme ceux de la première expédition, n'ont pas été moins habilement opérés que ceux qui, depuis notre occupation d'Afrique, sortent chaque jour de nos hôpitaux, avec les plus beaux résultats; tous ces amputés de Constantine n'ont pas été moins habilement opérés que ceux de notre collaborateur Pointis, qui, sur vingt amputations et plus, qu'il a pratiquées à l'hôpital de Bougie, depuis qu'il en a la direction, n'a pas encore eu un seul malade à regretter. Ajoutons que, dans le nombre de ces opérations figurent : 4 amputations de cuisse, dont une double, chez le baron de St-Simon, du 59e de ligne; 4 désarticulations de l'humérus, dont une avec ablation de plusieurs portions du *scapulum*; 2 amputations de jambe, etc., etc.

Je maintiens ce que j'ai dit, dans l'*article* attaqué, touchant les deux malades morts d'hémorragie, avant l'irruption du choléra, me bornant à faire remarquer que, chez l'un d'eux, et ainsi que nous l'apprend M. Baudens, dans la lettre à laquelle je réponds, la torsion même n'avait pas été pratiquée. « J'avais, dit M. Baudens, employé la ligature chez le premier de ces malades; et, chez le second, comme il n'y avait pas eu d'hémorragie, je n'avais eu recours ni à l'un ni à l'autre de ces moyens. » Et pourquoi? « J'avais, dit M. Baudens, fait comprimer, pendant l'opération, avec des pinces laissées à demeure, quelques artérioles, et quand j'ai voulu agir sur elles, le sang ne coulait plus. »

Ainsi donc, et d'après M. Baudens lui-même, ni ligature, ni torsion n'auraient été pratiquées chez l'un des deux hommes morts d'hémorragie. Je n'attache pourtant pas à ce fait plus d'importance qu'il ne mérite, et je ne veux m'en servir que pour établir ceci : que je n'étais pas si loin de la vérité, lorsque j'ai dit, parlant du malade, que la torsion seulement avait été pratiquée...

Toute réflexion faite, je borne là ma réponse à M. le docteur Baudens. Je ne puis pourtant pas la terminer sans le prier d'être bien persuadé que je ne tiens pas moins que lui à l'honneur du corps auquel nous appartenons l'un et l'autre : lui en faudrait-il d'autres preuves que ma conduite, ou, pour mieux dire, mon silence envers lui, pendant notre commun séjour en Afrique?... Je le félicite, du reste, de la brillante position qu'il a su se faire, si jeune encore, dans l'armée comme à la cour, formant des vœux pour qu'il trouve bientôt l'occasion de s'en servir, dans l'intérêt d'un corps digne de toute la sollicitude des hommes appelés, par leur position, à exercer quelque influence sur son avenir.

Agréez, etc.

Le chirurgien en chef de l'armée d'Afrique,

Guyon.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

IMPRIMERIE DE FÉLIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 29. (TOME VI. — 1838.) SAMEDI 21 JUILLET 1838.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunis) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°.—Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Poissonnière*, n° 5, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

ANATOMIE PHYSIOLOGIQUE.

RECHERCHES SUR LES USAGES DE LA CAPSULE DITE DE GLISSON, POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE LA CIRCULATION HÉPATIQUE; mémoire présenté à la société de médecine de Gand, par J. E. Pétrequin, chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon, membre correspondant de la société de médecine de Gand, etc.

Il y a dans la structure intime de nos organes une disposition anatomique si bien en harmonie avec la fonction qui leur est dévolue, que l'examen attentif de l'une peut souvent conduire seul à la découverte de l'autre. Cette méthode rigoureuse d'investigation ne permet pas de grandes erreurs, parce qu'elle se renferme dans l'observation stricte des choses; et toutes les fois que le point de départ est un fait anatomique normal et constant, on a bien moins de chances d'errer que si l'on expérimentait sur des conditions artificielles et, par là même mobiles, comme étant pathologiques.

Tel sera le caractère que je me propose d'imprimer à ce travail sur les usages de la capsule dite de Glisson; si tout n'est pas nouveau dans ce mémoire, j'ose croire du moins, d'après mes longues recherches bibliographiques, que l'ensemble et la démonstration ne s'en trouveront nulle part, et qu'il pourra être utile, ne fût-ce que pour détruire quelques erreurs qui régnent sur la matière.

§ I. HISTOIRE ET THÉORIE ANATOMIQUE DE LA CAPSULE DE VALEUS, DITE DE GLISSON.

Il est remarquable que, malgré le grand nombre d'anatomistes distingués qui nous ont précédés, et les recherches minutieuses qu'ils ont faites à l'aide du scalpel et du microscope, chaque âge découvre encore plus d'une particularité nouvelle. Il n'y a pas longtemps que Laënnec a mis en lumière (*Journ. de Médec.*, ventôse et germinal, an II) ce point si simple d'organisation, que le foie, outre la séreuse péritonéale, possède une tunique propre qui tapisse toute sa surface externe; les prolongemens que *cette* membrane envoie à l'intérieur de l'organe hépatique ont été étudiés longtemps avant qu'elle même fût connue. Glisson insista en 1642 sur la disposition qu'ils présentent, et le nom de capsule de Glisson leur est resté. C'est là une de ces injustices scientifiques que perpétuent nos livres classiques : Vakeus, anatomiste anglais, en avait fait la description avant que Glisson en eût parlé. (*Epist. ad Thom. Barthol.*, 1640.)

Quoi qu'il en soit de cette controverse historique, rappelons en peu de mots l'anatomie, bien connue aujourd'hui, de cette membrane, en ne donnant que les détails rigoureusement nécessaires pour l'intelligence de ce mémoire.

Au-dessous de la séreuse péritonéale se trouve la tunique propre du foie de texture fibreuse, qui constitue son enveloppe immédiate; adhérente à la pré-

Feuilleton.

LA PHRÉNOLOGIE A L'ACADÉMIE DES SCIENCES MORALES ET POLITIQUES. — DÉCONFITURE DES JOURNALISTES A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Il y a en ces jours derniers à l'Académie des sciences morales et politiques une petite escarmouche phrénologique. Le hasard nous ayant fait assister à cette séance, nous pouvons en dire quelques mots. Notre confrère, collaborateur et ami, M. Lélut, qui fait l'honneur à la cranologie de consacrer à sa réfutation de longs et pénibles travaux, a eu l'idée de vérifier sur la nature les assertions de Gall et Spurzheim touchant l'organe du meurtre et de la destruction; et, pour s'assurer du fait, il n'a pas interrogé moins de 270 cerveaux, appartenant à 139 espèces et 80 genres différens : c'est beaucoup trop, sans doute, et le sujet n'en valait pas la peine. Nous savions parfaitement, avant d'avoir vu les tableaux de M. Lélut, que l'organe en question n'était qu'une chimère, et M. Lélut le savait aussi bien que nous, *à priori*, ainsi qu'il l'a déclaré. Mais notre confrère est un homme exact, et qui tient à ne rien avancer qu'avec les preuves matérielles en main. Ce procédé est d'autant plus généreux, que les phrénologistes ne prennent pas, à beaucoup près, les mêmes précautions. Si les inventeurs de la phrénologie avaient mis à la recherche de l'organe destructif la centième partie du zèle déployé par M. Lélut, ils se seraient aperçus bientôt que cet organe n'existe pas, du moins dans les crânes des mammifères et des oiseaux, et notre confrère n'aurait pas aujourd'hui la fastidieuse tâche de refaire leur besogne. Mais s'ils avaient suivi cette marche, si raisonnable en apparence, il en serait résulté un très grand mal, car il n'y aurait pas de phrénologie. Or, la phrénologie, il faut que tout le monde le sache bien, est une chose nécessaire à notre siècle. L'esprit humain n'étant pas moins digne d'étude dans ses travers et ses ridicules que dans ses mouvemens réguliers et raisonnables; et comme il faut qu'en tout temps, par suite d'une loi supérieure, son côté sérieux soit mis en relief par son côté plaisant, comme il est de règle que la vérité n'apparait sur cette terre que par son contraste avec l'erreur, de même que la lumière avec l'ombre, il est évident que la phrénologie remplit en ce moment un rôle fort important dans le drame de la science; on ne peut nier même qu'elle n'ait toutes sortes de droits à représenter ce rôle bouffon, et elle le soutient avec un succès qui n'a été égalé jusqu'ici par aucune des pseudo-sciences des temps passés, y compris même la plus célèbre, l'astrologie judiciaire. Les phrénologistes eux-mêmes, bien qu'assez peu modestes, ne se doutent pas de ce qu'ils valent. Quoi de plus admirable et de plus instructif que le spectacle qu'ils nous donnent depuis trente années!! Voilà un système non seulement faux, mais encore, tranchons le mot, absurde, psycologiquement, anatomiquement et physiologiquement, c'est-à-dire considéré dans les trois ordres d'idées dont il se

cédente par sa face externe, elle adhère par l'interne au parenchyme hépatique à l'aide de prolongemens fibro-celluleux, qui s'interposent aux granulations et fournissent à chacune d'elles une enveloppe distincte : cette disposition devient très apparente dans certains cas de maladie. Ainsi, dans le ramollissement, la surface d'une tranche, réduite par le lavage aux cellules fibreuses, se présente sous l'aspect des alvéoles d'un rayon de miel ; ces mêmes cloisons peuvent acquérir une grande épaisseur, au point de comprimer et d'atrophier les grains glanduleux, ce qui transforme l'organe en tissu fibreux réticulé.

Parvenue dans la scissure transversale, la tunique propre envoie autour des branches de la veine porte, de l'artère hépatique et des canaux biliaires, des prolongemens qui forment à ces groupes de vaisseaux des espèces de gaines cylindriques qui se divisent et se subdivisent comme eux. Ce sont ces dernières gaines qui constituent seules (1) la capsule dite de Glisson, et non la tunique propre tout entière, comme le disent plusieurs traités (*Manuel d'Anat.*, d'après les cours des professeurs Breschet, Lisfranc, etc. ; *Physiol. Hum.*, par Grimaud et Durochier, 1825, etc.) La capsule de Glisson est donc une dépendance de la tunique propre.

Par sa face externe, la capsule adhère intimement au tissu du foie à l'aide de prolongemens fibreux qui s'entrecroisent en divers sens et fournissent aux granulations profondes une enveloppe analogue à celle qui émane de la tunique propre, de manière que l'organe est traversé, dans toutes les directions, par des filamens cellulaires très déliés, vaste réseau dans lequel les granulations se trouvent contenues.

La tunique propre est donc véritablement la charpente du foie.

Par sa face interne, la capsule n'est unie aux trois ordres de vaisseaux indiqués que par un tissu cellulaire séreux très-lâche; aussi, dans une coupe, les orifices de la veine-porte s'affaissent-ils et apparaissent-ils comme chiffonnés, tandis que les parois des veines hépatiques, adhérant sans intermédiaire au tissu du foie, restent béantes et circulaires, parce que, dépourvues d'enveloppe spéciale, elles font corps avec l'organe (2).

La veine-porte a joué un grand rôle : Riolan y mettait le siége des fièvres intermittentes. Glisson a dit : « Quamprimum parenchyma hepatis ingressa est, protinùs de officio, naturâ et *dignitate arteriæ participat*; excedit nempè communis venæ conditionem, proximèque *ad arteriæ perfectionem accedit.* » (Ph. Verheyen, *Anat. corp. hum.* Lovanii, 1693, p. 73.) Meckel la qualifie de *phénomène extrêmement remarquable dans l'organisme* (*Man. d'Anat. géner. descrip. et pathol.*, 1825, t. II, p. 357). Fodéré la traite de *veine admirable* (*Physiol. posit.*, 1806, t. II). Le sillon transverse qu'elle occupe se trouve entre le lobule carré antérieur et le lobule postérieur de Spigel, que les anciens appelaient éminences portes « ὑπερφρονέουσι τὰς καλεομένας πύλας, » dit Hippocrate (*Anat. d'Hippocr.*, par de Mercy, 1831, p. 175). L'entrée du sillon était comme *la porte du foie*, ce qui a fait nommer la veine, qui pénètre par ce point, *vena portæ, veine de la porte*, et quelquefois *vena portarum* du nombre de deux éminences. Cette dénomination paraît lui avoir été imposée par Rufus d'Ephèse. Garengeot a donc tort de dire : « Les modernes, considérant cette veine par rapport à sa fonction (1) qui est de *porter* le sang dans le foie, l'ont appelée *veine-porte.* » (René Croissant de Garengeot, *Splanchnol.* Paris, 1742, 2 vol. in-12 p. 286.)

« Les divisions de la veine-porte qui suivent un trajet à part, écrit M. Cruveilhier, présentent cette singulière disposition que nous trouvons dans la veine splénique, c'est-à-dire une multitude de pores ou pertuis dans lesquels s'ouvrent directement de très petites veines. » (*Anat. descrip.*, 1834, t. II, p. 575.)

L'artère hépatique accompagne rigoureusement dans leur distribution les branches de la veine-porte et les canaux biliaires, puis se ramifie et se perd sur les parois de cette veine et des canaux, à peu près comme les artères bronchiques se ramifient et se perdent sur les parois des divisions des bronches; elle constitue donc par rapport au foie les *vasa vasorum* de la veine-porte hépatique et des conduits biliaires.

Ainsi la veine-porte, l'artère et les vaisseaux biliaires sont en quelque sorte indépendans du tissu du foie. Quel peut être l'usage de cette disposition anatomique ?

§ II. — HISTOIRE ET THÉORIE PHYSIOLOGIQUE DE LA CAPSULE DE VALEUS.

L'ordre et la clarté exigent qu'on établisse ici une division méthodique; trois questions se présentent.

1° La capsule dite de Glisson a-t-elle réellement quelque usage spécial ?
2° Les théories des auteurs à ce sujet sont-elles satisfaisantes ?
3° Quelle est la véritable physiologie de cette capsule ?

1° — On se demande d'abord si la capsule dite de Glisson a des usages particuliers. Nombre d'auteurs ne lui en assignent aucun, ou semblent croire qu'elle n'en a pas. —

Lieutaud et Portal vont plus loin; ils prétendent qu'elle n'offre rien de spécial dans sa disposition anatomique : « On en remarque, disent-ils, une semblable dans la rate, dans les reins, etc.; ainsi ce n'est point une chose qui soit particulière au foie, comme on l'a cru pendant longtemps. » (*Anat. hist. et prat.*, 1778, t. II, p. 2.8.) Mais si les reins et la rate sont pourvus d'une tunique propre, comme le foie, ils n'ont rien qui ressemble aux gaines de la capsule dite de Glisson; c'est là une erreur si manifeste que je ne perdrai pas de temps à la discuter; la réfutation s'en trouve dans tous les traités exacts d'anatomie.

On lui avait attribué une influence sur la circulation : Verdier et Sabatier répondaient en 1768 : « On a d'autant plus aisément renoncé à croire la capsule de Glisson musculeuse que l'on connaissait mieux la véritable cause qui fait circuler le sang dans le foie, c'est-à-dire l'action simultanée des muscles du bas-ventre et du diaphragme. » (*Anat.*, par Verdier, édit. de Sabatier, 1768, 2 vol. in-12, p. 193.)

(1) « On peut présumer que la membrane du foie a quelque part à l'existence des gaines cellulaires; tel est même le sentiment de Laënnec. Cependant il faut admettre quelque chose de plus dans ce qu'on appelle capsules de Glisson, puisqu'elle est tellement disposée que les vaisseaux qu'elle enveloppe sont lâchement unis à la substance du foie. » (Roux et Buisson dans l'*Anat. descript. de Bichat*, 1829, t. V, p. 104.) Ce quelque chose de plus provient du tissu cellulaire qui entoure les vaisseaux hépatiques à leur entrée dans le foie.

(2) C'est là un fait notoire sur lequel tous les anatomistes sont d'accord; et l'on a peine à comprendre l'étrange erreur où est tombé Fodéré : « C'est à cette membrane, dit-il, que les rameaux de la veine porte doivent cette *section sous une* qui les distingue, lorsqu'on coupe le foie, des veines hépatiques, qui, placées hors de la capsule, ne *se soutiennent pas* dans la section. » (*Physiol. posit.*, 1806, t. II, p. 222.)

(1) Wistar dit clairement : « The vein which goes to the liver is called vena portarum from the place at which it enters. » (*Caspar Wistar's anatomy.* Philadelphia, 1817, t. II, p. 130.) Galien avait dit : « Vena quæ à nonnullis *porta jecoris*, ab aliis *janitrix* nuncupatur. » (*De Hippoc. et Platon., decret.*, lib. 6, cap. 5.)

composé; il est en opposition avec tous les faits, à quelque source qu'on les emprunte; la pratique le dément à chaque pas dans toutes ses applications, et le raisonnement le déclare même, *à priori*, impossible, en vertu des contradictions impliquées dans ses principes. On ne saurait citer un seul philosophe, anatomiste ou physiologiste, de quelque autorité qui l'ait embrassé; et il n'y en a qu'un très petit nombre qui ait jugé à propos même de le critiquer; eh bien! ce système se soutient fort honorablement debout à côté des plus belles créations scientifiques du siècle, telles que le système du monde, le système du règne animal, le système botanique, le système chimique, élevés par les Laplace, les Cuvier, les de Jussieu, et les Lavoisier. La phrénologie se place impudemment au rang de ces grandes choses, et prétend au même respect. Elle s'appelle une science, et fait usage d'un jargon inintelligible, qu'elle donne pour un langage technique. Cette chimère a des professeurs, des livres, des journaux, des sociétés, et même un public. Tout cela n'est-il pas merveilleux !! Y a-t-il beaucoup d'autres exemples d'une mystification si longue et si étendue? Toutefois, en parlant de mystification, nous n'entendons pas dire que les phrénologistes mystifient qui que ce soit; ils en sont incapables. On ne peut pas dire pour eux, comme pour tant d'exploitations du charlatanisme, qu'il y a les dupes et les autres. Nous convenons qu'ils sont tous de bonne foi.

Voilà une partie des avantages de la phrénologie; mais elle en a d'autres encore qu'il serait injuste de lui taire. Enfin si elle n'est pas seulement une doctrine, mais un état. On peut exercer la phrénologie, et il y a dans Paris des gens qui ne font pas autre chose. La phrénologie est d'ailleurs une manière de [illegible] au moyen de laquelle le premier venu peut faire quelque figure dans le monde; celui qui n'est ni médecin, ni avocat, ni employé, ni militaire, ni chevalier de quelque ordre, ni membre de quelque société; celui, enfin, qui n'est absolument rien, peut encore être phrénologue, et ce titre figure très bien sur une carte de visite.

C'est sur ces motifs, et autres encore trop longs à déduire, que nous soutenons l'utilité de la phrénologie. M. Lélut a beau faire, il y perdra sa peine; loin de la détruire, il ne fait que la consolider, car la réussite de cet étrange système étant essentiellement liée à son absurdité, et fondée à ce titre sur la sottise humaine, plus il sera démontré absurde pour les vrais savans, plus il deviendra vénérable aux yeux des bonnes gens qui croient sur parole. M. Lélut travaille donc, sans s'en douter, à la glorification du phrénologisme; et nous aussi, sans doute, mais nous le faisons à bon escient; car, indépendamment des vertus propres dont nous venons de parler, le phrénologisme a encore celle de nous amuser beaucoup, et nous serions bien fâchés qu'il n'existât pas.

Le travail de M. Lélut n'a pas été lu *in extenso* à l'Académie, mais seulement une analyse fort précise et fort claire, rédigée par M. Villermé. Après cette lecture, qui a paru vivement intéresser la docte compagnie, M. Jouffroy a demandé la parole à l'occasion de cette communication. M. Jouffroy est, comme on sait, professeur de philosophie à la Faculté des lettres; c'est un des métaphysiciens les plus profonds et les plus exacts de notre temps. Il a commencé par dire qu'il n'avait aucune objection à faire à la phrénologie en général, c'est-à-dire à la recherche des rapports qu'il peut y avoir entre le cerveau et les facultés morales et intellectuelles. La recherche est légitime, a-t-il dit, et si on parvient à découvrir et à démontrer un ou plusieurs de ces rapports, ce sera une acquisition de plus dans la science de l'homme. Nous n'avons rien à dire contre cette déclaration, à laquelle nous donnons les mains. Mais, ajoute

De son côté, Boyer écrivait en 1805 : « La capsule de Glisson qui l'entoure n'est nullement susceptible de contraction, et conséquemment ne peut accélérer le cours du sang d'aucune manière. » (*Traité d'Anat.*, 1797 à 1805, 4 vol. in-8, t. IV, p. 402.) Nous verrons plus tard ce qu'on doit penser de cette dernière assertion.

La plupart des auteurs ne lui assignent aucun usage, ou du moins n'en parlent pas; je me bornerai à citer Garengeot (*Splanchnol.*, 1742), Durand (*Anat. génér. et partic. du corps hum.*, 1777), Maygrier (*Man. de l'Anat.*, 1815), Grimaud (*Physiol.*, 1818), Marjolin (*Man. d'Anatom.*, 1815), Magendie (*Précis de Physiol.*, 1825), Grimaud et Durocher (*Physiologie hum.*, 1825), P. Ollion (*Etud. physiol. de l'hom.*, 1830), Bland (*Physiol. philos.*, 1830), Bayle (*Man. d'Anat.*, 1832), Broc (*Anat.*, t. II, 1834), Adelon (*Physiolog.*, 1829; art. *foie* du *Dic.* en 25 vol., 1836), P. Bérard (*Cours de Physiol.*, 1836, p. 37), Bourdon (*Physiol. méd.*, 1828), Le Pelletier (*Physiol. méd. et philosop.*, 1831, 32), etc.

Rien n'a été créé en vain dans l'économie; et vouloir prétendre qu'une chose y est inutile, serait donner le plus éclatant témoignage d'un jugement imparfait. Aussi la plupart des anatomistes se sont-ils efforcés de découvrir les usages de la capsule dite de Glisson.

2° Théories des auteurs. — Les opinions les plus variées, les plus contradictoires et les plus étranges ont été émises sur ce point de physiologie; et chaque hypothèse a eu des partisans. La plupart des doctrines sur les usages qu'on lui attribue se réfutent d'elles-mêmes.

Dionis parait croire qu'elle est destinée à recevoir l'épanouissement des nerfs, le foie n'ayant qu'une sensibilité obtuse : « On ne voit pas que les nerfs pénètrent dans la substance du foie, mais seulement qu'ils se perdent dans sa tonique, d'où vient qu'il n'a pas le sentiment aussi vif que les parties qui en reçoivent un plus grand nombre. » (*Troisième démonst. anatom.*, 1695.) « D'autant, écrivait de Saint-Hilaire, qu'à peine a-t-il du sentiment (1), et que, faisant lui-même le ferment, comme dit Diemerbroeck, il a bien pu se passer (2) de la qualité fermentative des esprits animaux. » (*Anatomie du corps humain avec ses malad.*, 2 vol. in-8. Paris, 1698, t. II, p. 470.)

Lamy y avait vu le filtre d'une sécrétion particulière qui s'écoule par les lymphatiques : « Les vaisseaux biliaires et la veine-porte sont enfermés en une capsule qui est une *peau charnue* (3)... Les vaisseaux lymphées ne vont aboutir qu'à cette membrane ; on en conclura facilement qu'ils ne sont que les vaisseaux excréteurs de cette tunique. » (*Discours anatomiques*. Rouen, 1675.)

Il serait superflu aujourd'hui de s'occuper de discuter sérieusement ces hypothèses; celle de membrane contractile est l'opinion qui a eu le plus de vogue, « *Magna*, dit Haller, *magna fuit hujus hypotheseos celebritas.* » (*Elem. physiol.*, in-4, 1752, t. VI, p. 497.)

Glisson (*Anat. hep.*) avait mis en faveur cette doctrine; Salzmann assura qu'on y voyait une espèce de pulsation dans la capsule « pene pulsare » (*Ven. port.*, n. 6); Burchart (*De bile*) et Gorter (*Mot. vital.*) qu'elle jouait le rôle d'artère; Needham (*Form. fet.*, cap. 5) qu'elle vibrait avec force ; Lister, qu'elle battait comme l'aorte; Stahl (*Obstruct.*, n. 35), qu'elle avait des alternatives de resserrement et de relâchement; Wainswrigth (*Of the liver*), qu'elle était réellement de nature charnue; Bellini en fit un véritable muscle. On alla plus loin : Timmerman (*Hist. nat.*) fit du sinus un cœur abdominal destiné à chasser dans le foie le sang qui sans cela eût coulé avec trop de lenteur.

Du temps de Haller, Pozzi soutint encore que la capsule de la veine-porte était de nature charnue, et présentait les phénomènes de la contraction musculaire.

« L'usage, dit un vieil auteur, l'usage de la capsule commune est (comme l'a répété depuis Duverney, t. II, p. 236) de faciliter le cours du sang et de la bile qui serait trop lent s'il n'était agité par le mouvement propre de cette membrane. » (*Anat. du corps hum.*, in-12, 1680, liv. 3, chap. 14.)

Cette théorie fut battue en ruine; Reverhorst (*Circul. bil.*) nia les pulsations attribuées à la capsule; Schelhammer (*Analect. nat.*) en vint, comme Stahl (*Ven. port. mal.*), à lui refuser le rôle d'artère et à tenir peu compte de ses fibres soi-disant charnues (*Physiol.*, p. CCVI); C. Cowper avait commencé à douter de la réalité de sa nature musculeuse, dont Morgagni à son tour (*Advers.*, t. III, p. 48) fit peu de cas; Santorini se rangea à l'opinion de Cowper; mais ce fut Fantonus (*Anat.*, 1711), et après lui Auguste-Frédéric Walther (*De ven. port. progr.*) qui reconnurent les premiers l'organisation celluleuse de cette membrane; les recherches de Haller (*Comm. ad Boerh.*, III, 1741) le démontrèrent; Gunz suivit cette manière de voir, qui depuis a été généralement adoptée.

Winslow s'était fortement récrié contre ceux qui lui attribuaient des battemens. « Croyant, dit-il, par-là expliquer la fonction artérielle de la veine-porte; le sang contenu dans cette veine n'a pas besoin d'être poussé à coups de pistons : une pareille rapidité aurait nui à la sécrétion d'une huile aussi fine que la bile. » (*Anat.*, 1732, t. III, p. 376.)

Cette erreur tenait à la fausse explication d'un phénomène dû au voisinage du vaisseau artériel : « La capsule est immobile par elle-même, remarquent judicieusement Lieutaud et Portal; elle n'est soulevée (1) que par l'artère. » (*Anat. historiq. et pratiq.*, 1772.)

Mais, en admettant qu'il n'y a pas de pulsations, il restait à savoir si la capsule n'a pas néanmoins une influence sur le phénomène circulatoire; Heister ne se prononce pas d'une manière formelle : « Pour suppléer, dit-il, à ce battement qui n'existe pas, on a dit que la capsule qui fortifiait la veine-porte pouvait pousser le sang; mais ce n'est qu'un faible secours. » (*Anat.*, 1753, Paris, t. I, p. 301.)

« C'était, dit Poissonnier, c'était là nécessité de rendre raison de la manière dont le sang coule dans la veine-porte hépatique qui a fait imaginer qu'elle était charnue, et qu'elle avait des mouvemens analogues à ceux du cœur : mais elle est purement membraneuse. » (*Abrégé d'anat.*, 1783.)

Gavard répète d'après Desault. « Plusieurs attribuaient à ces mouvemens contractiles la circulation du sang dans la veine-porte hépatique; mais il est

(1) C'est peut-être le souvenir de l'opinion de Dionis et de Saint-Hilaire qui a dicté cette phrase à Fodéré : « Avec cela le foie est peu sensible lorsqu'il est blessé ou enflammé, *si ce n'est à sa membrane.* » (*Physiol. posit.*, 1806, t. II, p. 230.)

(2) Galien avait déjà dit : « Ejusmodi enim facultatis (motus scilicet et sensus) est principium hepar, eæque actiones tum ipsi, tum venis ab eo ortis, sunt concreditæ, CUJUSMODI ET PLANTIS INSUNT. » (*De usu part.*, lib. 4, cap. 13).

(3) On lit dans Galien : « Membrana autem exterior *velut cutis quædam* hepatis est (*De usu part.*, lib. 4, cap. 12). Nervus vero in ipsum inseritur, ne omnino viscus sit sensûs expers. » (*Ibid.*)

(1) Cette observation, déjà faite par Winslow (*Anat.*, 1732, t. III, p. 376), est empruntée à un plus ancien anatomiste : « La veine-porte ne bat pas dans le foie, comme se le sont imaginé quelques auteurs; mais le battement de la capsule ne vient que du battement des artères qui y sont enfermées. » (*Essai d'Anat.*, 1686, Leide, in-18, p. 123.)

M. Jouffroy, avant de chercher le siége d'une faculté ne serait-il pas convenable de s'assurer préalablement si cette faculté existe? Il paraît que les phrénologistes ont manqué à cette première règle de bon sens en établissant leur prétendu organe de la destruction; les animaux et l'homme tuent et détruisent pour se nourrir, pour se défendre, et pour une infinité de causes telles que la cupidité, la vengeance; l'impulsion au meurtre ou à la destruction vient donc, suivant les cas, de sources différentes. La phrénologie, poursuit M. Jouffroy, semble ici, comme pour beaucoup d'autres de ses déterminations, mettre deux organes où il n'en faudrait qu'un, savoir 1° l'organe d'un penchant; 2° l'organe de la dépravation de ce penchant, ce qui est un double emploi inutile. *Entia non sunt multiplicanda præter necessitatem*. Il faudrait donc, selon M. Jouffroy, que la phrénologie commençât par déterminer le nombre, la nature et la sphère d'action des facultés intellectuelles et morales de l'homme par une rigoureuse analyse psychologique, sous peine de travailler inutilement en cherchant un siége à des facultés imaginaires. On ne saurait certes mieux dire; mais la recommandation vient un peu tard ; car le système est fait et il ne peut plus revenir sur lui-même que par un suicide.

M. Broussais, qui semblait avoir écouté la lecture de M. Villermé et la grave allocution de M. Jouffroy, avec une patience qui ne lui est pas habituelle, a demandé la parole. Nous nous attendions à quelque violente sortie; mais, à notre grande surprise, il s'est rangé de l'avis de M. Jouffroy. M. Jouffroy, a-t-il dit, a raison : la phrénologie doit s'élever maintenant à des idées plus grandes, plus hautes que celles de Gall, dont les déterminations sont souvent imparfaites, notamment sur l'organe de la destructivité. Il a annoncé qu'on trouverait, dans le numéro prochain du journal *la Phrénologie*, un article spécialement consacré à la question soulevée par M. Jouffroy, et qui la résout dans le même sens. Il paraîtrait, autant que nous avons pu le comprendre, qu'il s'agirait de déplacer l'organe de la destruction, et de l'identifier avec l'organe de *l'alimentivité*, lequel est situé probablement dans les lobes moyens du cerveau et correspond sur le crâne à la région des tempes au-devant de l'orifice du conduit auditif. Il est bon d'avertir, quoique M. Broussais n'en ait rien dit, que c'est à M. Georges Combes, d'Edimbourg, qu'est due la découverte de l'organe de l'alimentivité, laquelle, ayant été confirmée depuis par la grave autorité de M. Crook, de M. Hoppe, de Copenhague, et de M. Fossati, nous paraît démontrée. Il faut rendre à chacun ce qui lui est dû. Les phrénologistes sont, certes, bien les maîtres de faire cette transposition ; ils ont le champ libre ; ils pensent, à leur gré, resserrer et étendre les limites de leur topographie crânienne; car, toutes leurs déterminations étant arbitraires, il n'y a aucune raison de préférer celle-ci à celle-là. Nous observerons seulement qu'en s'engageant dans cette méthode de rectification, ils détruisent, sans retour, non seulement le système établi, mais encore ils frappent d'avance de nullité toutes leurs déterminations ultérieures. Si, en effet, les premiers fondateurs du système se sont si grossièrement trompés sur une de leurs localisations les mieux démontrées, que penser de toutes les autres, et comment se flatter que leurs successeurs seront plus heureux ? Nous n'avons pas la cruauté de tirer toutes les conséquences fatales de cet aveu. Nous constatons seulement que cet aveu a été fait, et qu'il a été fait par le partisan le plus fameux de la phrénologie en France.

Laissons maintenant l'Académie des sciences morales et politiques, et transportons-nous à celle de la rue de Poitiers, qui a été très bruyante dans sa dernière séance. Il s'agissait de la vieille querelle existant entre le journal privi-

aujourd'hui généralement reconnu qu'elle est due à l'action simultanée du diaphragme et des muscles du bas-ventre, ce que prouve l'expérience de Boerhaave. » (*Splanchnol.*, 1802, p. 404.)

C'est ce que déjà, avant Desault et Cavard, avait pensé Verdier (*Anat.*, 1768), que copie textuellement Sabatier (*Anat.*, 1791), qui à son tour a été copié par Cavard (*Splanchnol.*, 1802), lequel l'a ensuite été par Boyer (*Anat.*, 1805) et ses successeurs.

Or, l'expérience du grand Boerhaave n'est nullement concluante: il ouvre l'abdomen d'un animal, et il remarque que la circulation s'y embarrasse et que les radicules de la veine-porte s'engorgent. « Les vaisseaux, dit Poissonnier, ne cessent de se remplir de sang, jusqu'à ce que l'animal expire, ce qui prouve que la force qui le faisait mouvoir est détruite. » (*Abrég. d'Anat.*, 1785; t. II, p. 397.) Boerhaave en conclut, comme on l'a fait après et d'après lui, que la capsule de Glisson n'a aucune influence sur la circulation qui y est due tout entière aux muscles abdominaux. Mais il y a là un vice fondamental de logique; autant vaudrait dire que les fibres musculaires de la veine-cave, dont Nysten a démontré l'action par le galvanisme, ne servent pas au mouvement circulatoire, parce que le sang peut encombrer le système veineux des membres pelviens. L'expérience ne prouve pas davantage contre la capsule; elle embrasse en outre des phénomènes fort complexes qu'il fallait analyser; on a oublié de tenir compte du trouble subit des fonctions respiratoires, de la stase sanguine, pulmonaire et cardiaque, de l'irritation directement produite par l'air sur les vaisseaux digestifs, etc. A coup sûr, il eût été moins déraisonnable de conclure que les parois des veines n'ont aucune influence sur la circulation, ce qui pourtant serait absurde.

On chercherait en vain dans les anatomistes (1) une décision péremptoire. Après tous ces débats, MM. Grimaud et Durocher, peu éclairés sans doute par le vague de toutes ces hypothèses, écrivaient encore en 1825: « Il serait difficile de préciser les causes qui président à la circulation du fluide veineux dans le système de la veine-porte, à moins qu'on ne l'attribue entièrement à l'action des vaisseaux capillaires, opinion qui, du reste, nous paraît extrêmement probable. » (*Physiol. hum.*, 1825, p. 98.)

Aucun auteur, à ma connaissance, n'est allé au cœur de la question, et n'a tranché le nœud gordien. C'est que la capsule de Valæus, dite de Glisson (2) eût-elle été musculeuse (et le contraire est surabondamment démontré), ne pouvait aucunement avoir l'usage qu'on lui assigne; car on avait oublié qu'elle adhère au foie et fait corps avec son parenchyme, et que par là même toute possibilité de contraction lui était interdite; et que cette contractilité eût-elle même existé au plus haut degré, jamais, vu la fixité de la capsule, la veine-porte n'aurait pu être comprimée. On a donc pris le contre-pied de ce qui existe.

Ainsi ce n'est point comme membrane contractile que cette capsule peut avoir quelque usage. Serait-ce comme simple moyen de fixité, ainsi que le prétend Hermann Teichmeyer? « Capsula Glissonii est tunica quœdam vaginalis venam portæ imprimis cingens, qua hæc vena magis roborata et firmior reddita, secretioni bilis debito modo præesse potest. » (*Anthropolog.* Jenæ, 1719, in-4, p. 129.)

Serait-ce comme une séparation des vaisseaux hépatiques, ainsi que l'explique Poissonnier? « Cette enveloppe les accompagne jusqu'à leurs dernières divisions, et leur fournit des cloisons celluleuses qui règlent leur position respective. » (*Abrégé d'anat.*, 1785, t. II, p. 396.)

Serait-ce, au contraire, comme moyen d'union de ces vaisseaux, ainsi que l'écrit Verheyen? « Simulque connexa per membranam utrique tanquam commune involucrum circumdatam » (*Anat.*, 1693, in-4, p. 75); et comme le répète, après Didier (*Anat. hum.*), le professeur Boyer: « Elle entoure toutes ces parties, les unit ensemble, et les empêche de toucher à nu la substance du foie. » (*Anat.*, 1805, t. IV, p. 402.) C'est à cette opinion que se range Ch. Dumas. (*Physiol.*, 1809; t. II, p. 75.)

Serait-ce enfin à la fois comme moyen d'union, de fixité et d'isolement, ainsi que l'avance Fodéré? « Tous ces radicules vasculaires sont accompagnés, régis et soutenus dans tout le parenchyme par les productions fibreuses de l'enveloppe connue sous le nom de capsule de Glisson...., qui fournit toutes ces cloisons qui les séparent les uns des autres. C'est à cette membrane que le foie doit sa solidité. » (*Phys. posit.*, Avignon, 1806, t. II, p. 221.)

Faudra-t-il admettre l'opinion plus récente de M. Ollivier? « La capsule de Glisson est, à l'égard du foie, ce que la pie-mère est pour le cerveau; c'est une membrane cellulo-vasculaire, dans laquelle tous les vaisseaux, à l'exception des veines hépatiques, se divisent et se subdivisent à l'infini, et qui fait partie de la structure intime du foie. » (*Dict.* en 25 vol., 1836, t. XIII, p. 179.)

Il y a du vrai dans toutes ces doctrines; mais qui oserait dire qu'elles doivent ou peuvent satisfaire? C'est sans doute le vague des théories et les contradictions des auteurs qui ont fait répéter en 1831, à M. Hippolyte Cloquet, ce qu'il disait en 1816 et en 1824: « On ignore les usages de cette enveloppe. » (*Anat. descript.*, 1re, 3e et 4e édit.) Son traducteur italien, M. Francesco de Lisio, dit aussi: « *S'ignorano i suoi usi.* » (*Napoli*, 1823, t. II, p. 222.) MM. Roux et Buisson avaient déjà écrit de leur côté: « Quels sont les usages de cette capsule?... on ignore précisément la destination de ce prolongement celluleux. » (Bichat. *Anat. descr.*, 1829, t. V.)

3° Physiologie de la capsule de Valæus. Ainsi, de l'aveu des hommes les plus compétens, la science est à faire pour la physiologie de la capsule de Valæus; voyons s'il n'est pas possible de jeter quelque lumière sur ce point; et à cet effet, il est utile de faire table rase de toutes les hypothèses qu'on a proclamées, afin de marcher l'esprit libre à la recherche de la vérité.

Rappelons que les branches de la veine-porte et les radicules biliaires sont enveloppées par la capsule de Valæus d'une gaine spéciale qui les rend en quelque sorte indépendans du parenchyme du foie, privilége dont ne jouissent pas les veines hépatiques qui font corps avec l'organe; dans cette différence d'organisation résident la cause et l'explication de ses usages.

Le foie est abreuvé par deux systèmes vasculaires sanguins. Dans l'antiquité, on avait peint le sinus de la veine-porte comme un lac (Winslow), et ses bran-

(1) Le savant Meckel ne fournit aucune lumière; il a même oublié de décrire la capsule de Glisson, et la tunique propre du foie (*Man. d'an. genér. descrip. et pathol.*, 1825, t. II, p. 537 et t. III, p. 433). Il lui échappe à tort de dire: « Une gaine celluleuse commune, prolongement de la capsule de Glisson » (*Ib.*, t. III, p. 433). Ce prolongement constitue la capsule elle-même qui dépend et diffère de la tunique propre du foie. Il y a plus: on s'étonne que Meckel ait écrit, et que MM. Breschet et Jourdan aient laissé passer, sans note, l'erreur anatomique suivante: « La capsule de Glisson (capsula Glissonii) est une enveloppe commune qui provient du péritoine » (*Ib.*, t. II, p. 539). Qu'on consulte Laënnec, Bichat, Cruveilhier et tous les anatomistes exacts, ils diront le contraire.

(2) Voici ce que dit Haller: « Quam a Glissonio nominant, quem pro inventore (*Anat. hep.*, 1642 et 1654) habuerint; et si Joannes Valæus paulo prior (*in hist. anno* 1640, *edita cum Spigelio*), meminit; et posterior etiam Valæo Pecquetus (*De sang. et bil. motu; prodiit certe ann.* 1650). Glissonio antiquior. » (*Elem. physiol.*, 1752, t. VI, p. 492.)

légié le *Bulletin*, et les autres journaux indépendans, tels que la *Gazette des Hôpitaux*, la *Gazette Médicale*, le *Bulletin de thérapeutique*, etc., etc. Le journal le *Bulletin* veut avoir le monopole des documens académiques officiels, et ne laisser aux autres que ce que leurs sténographes peuvent enlever à la pointe de la plume: *Tarde venientibus ossa.* Cette matière est fort embrouillée, et il serait difficile d'y porter une lumière complète. La discussion a prouvé qu'il y avait dans cette affaire des raisons occultes qui empêchaient non-seulement de détruire sur le champ le monopole existant; mais encore qui interdisaient à l'Académie le droit de rien décider à cet égard pour l'avenir. L'Académie a donc voté le maintien du *statu quo*, et a abdiqué sa souveraineté entre les mains de son bureau. L'Académie n'a peut-être pas bien entendu son intérêt; mais cela la regarde, et nous ne prétendons pas être plus sage qu'elle dans ses propres affaires. Nous nous bornerons à dire qu'elle eût mieux fait d'imiter l'Académie des sciences et celle des sciences morales et politiques, et ne pas se mettre, à l'égard de la presse, dans une exception dont elle offre le seul exemple. Il est contradictoire, d'ailleurs, d'ouvrir ses portes au public, et de lui fermer ses cartons. Ce qu'il y a de plus singulier, c'est que cette mesure acerbe a été, dans l'origine, motivée sur l'infidélité des comptes-rendus des journaux. Ainsi, pour nous rendre plus exacts, on nous prive de tous les documens. D'autres disent que c'est une petite malice imaginée par quelques membres, qui croyaient avoir à se plaindre des épigrammes de la presse; nous doutons fort que cette punition rende la presse plus commode; dans tous les cas, la mesure ne l'empêchera certes pas de parler, car elle n'est presse que pour cela. On a pu juger si, depuis un an que dure l'interdiction, les journaux ont été plus ou moins exacts et plus ou moins révérencieux que par le passé. Mais tout ceci, nous le répétons, regarde l'Académie et les académiciens.

Quant aux journaux exclus, nous pouvons en parler un peu mieux, car nous sommes du nombre. Or, nous sommes bien aise de faire savoir au public médical d'abord, et ensuite à la rédaction du journal privilégié, que la Gazette Médicale (et les autres feuilles pourraient en dire autant), continuera à communiquer à ses lecteurs les *mémoires*, *rapports*, et *toutes pièces quelconques*, présentés à l'Académie, ayant un intérêt scientifique réel, absolument comme si nous avions la clef des cartons. Tant qu'il ne sera pas interdit aux auteurs de ces *mémoires*, *rapports*, et autres pièces de les publier ailleurs que dans le bulletin, nous sommes sûrs de ne pas manquer de matériaux académiques. Nous sommes même certains d'avoir la préférence; car nous marchons beaucoup plus vite que le bulletin, et nous avons beaucoup plus de lecteurs. Les intelligens directeurs de ce journal doivent donc, sans délai, car il s'agit de la vie, remédier à ce mal. S'ils trouvent un moyen de couper la communication entre les académiciens et nous, nous conviendrons de notre défaite; et, de plus, nous les tiendrons à l'avenir pour les plus habiles des hommes. Mais cela nous paraît un peu difficile.

— MM. les docteurs Sestié, Combette, Nonat, Monneret, Barth et Pelletan viennent d'être nommés professeurs agrégés près de la Faculté de médecine de Paris, à la suite d'un concours ouvert devant cette Faculté.

ches afférentes comme des aqueducs (Galien) apportant au jécur la masse du fluide abdominal à revivifier, ce qui avait fait dire, pour me servir de l'expression pittoresque de Galien, que le sang naissait du foie, comme le corail des terres sous-marines. (*De usu part.*, lib. IV; *de anat. vivor. in spur.*)

Mais, si l'organe hépatique reçoit, comme le poumon, deux ordres de vaisseaux afférens, il est loin de jouir de la même organisation anatomique : le poumon est un organe spongieux et extensible, logé dans une cavité solide, mais dilatable, disposition si favorable pour la circulation, et en même temps si frappante, que le grand Haller croyait qu'un des principaux usages de la respiration était de déplisser les vaisseaux pulmonaires pour établir un libre passage au sang d'un système capillaire dans l'autre.

Ici, rien de cela : le foie est un organe compacte, situé dans une cavité à parois molles et non extensibles par le même mécanisme; tout semble d'abord avoir été préparé pour la gêne du mouvement circulatoire; son parenchyme est traversé par deux circulations capillaires sanguines, sans parler de celle des lymphatiques ni des radicules biliaires, ce qui doit y entretenir un état de congestion permanente. Il n'y a point de cœur dont la force motrice fasse cheminer le fluide de la veine-porte; il n'y a pas même de valvules qui en soutiennent la colonne; elle a en outre le désavantage de se trouver entre deux systèmes veineux (1); je dois ajouter que sa capacité est plus grande que celle de l'artère mésaraïque à laquelle elle correspond, et qu'un autre désavantage réside dans son mode de distribution à la manière artérielle, ses rameaux et ses ramuscules devenant plus capaces que le tronc lui-même; enfin le liquide circule de bas en haut, et la station bipède de l'homme rend cette disposition plus influente encore.

Quelles sont donc les précautions auxquelles la nature a eu recours pour obvier à tous ces obstacles ?

Il semble d'abord qu'elle n'en a pris aucune. MM. Richerand et Bérard écrivaient en 1833 : « Les branches de la veine-porte ont des parois plus minces que les autres veines du corps (2); leur intérieur est dépourvu de valvules. Leur action est même si peu énergique qu'elle ne suffirait pas à la progression des liquides sans les compressions douces et alternatives du diaphragme et des muscles larges de l'abdomen. Arrivée au foie, la circulation du sang est encore ralentie par l'augmentation de l'espace qui le contient; enveloppés par le tissu parenchymateux du foie, les vaisseaux ne peuvent d'ailleurs, malgré la capsule de Glisson, agir que faiblement. (*Physiol.*, 1833, t. I, p. 311.)

Il me suffira de faire observer que la veine-porte est une de celles dont le calibre est le plus variable; à cause de ses rapports avec l'appareil digestif, elle devait être dilatable pour suffire lors de l'absorption et du transport des boissons; elle devait pouvoir revenir sur elle-même en l'absence de ce surcroît de liquides à charrier; nous voyons qu'en effet, pour être prête à cette fonction, sa portion hépatique présente cette disposition remarquable, qu'il lui a été préparé une sorte de fourreau où elle plonge librement et reste indépendante du tissu du foie.

Cette particularité n'est pas sans analogie; l'anatomie nous révèle que, dans les cas difficiles, la nature a pris des précautions spéciales; c'est ainsi que des brides fibreuses protégent certains points des veines jugulaires, axillaires, sous-clavières et caves supérieure et inférieure.

Rappelons que les anatomistes ont noté que les tuniques de la portion hépatique sont plus fermes et par là même plus puissantes; quant au tronc de la veine, voici ce qu'indique la physiologie : « Les troncs veineux, dit Burdach, possèdent une irritabilité fort prononcée... Senac, Haller, Sœmmering et Wedemeyer leur attribuent des pulsations propres, attendu que les veines-caves chassent encore le sang dans l'oreillette droite (3), quand celle-ci a déjà cessé d'agir, ce qui avait déterminé Stenson à lui donner l'épithète de *ultimum moriens.* » (*Physiol.*, 1837, t. VI, p. 634.) Je ferai remarquer surtout que ce n'est pas sans une utilité immédiate que la veine-porte est la seule qui soit accompagnée par les ramifications d'un plexus nerveux.

Cette influence sur la circulation est si rigoureuse qu'un physiologiste d'une logique sévère, M. Brachet, partant d'une autre idée, a considéré la veine-porte comme un diverticulum du sang abdominal : « Dans l'état de choses existant, le sang se rend des voies digestives au foie par une marche uniforme, que rien ne peut troubler. Si, au contraire, la veine-porte ou les veines gastrique et mésentériques se fussent ouvertes directement dans la veine-cave, le reflux sanguin qui s'opère à chaque contraction de l'oreillette droite aurait pu facilement refouler le sang dans les capillaires stomachiques et intestinaux, et y causer une stase qui non-seulement nuirait au libre exercice de la fonction, mais qui deviendrait, en outre, la source d'une foule de maladies... Nous pouvons regarder le foie et la distribution de la veine-porte dans son parenchyme comme une espèce de rempart protecteur contre les effets nuisibles du refoulement du sang. » (*Physiol.*, 1836; *Encycl. des scienc. méd.*, t. V, p. 86.)

Cette indépendance de la veine au milieu du tissu hépatique lui permet d'exercer une compression directe sur le sang qu'elle charrie; elle supplée ainsi à la pression extérieure des muscles abdominaux qui ne peut se faire sentir également dans la profondeur du parenchyme; l'utilité de cette liberté d'action ressort encore de l'étude pathologique du foie : les obstructions hépatiques qui lui apportent de la gêne, apportent du trouble dans les fonctions circulatoires de l'abdomen; il en est de même des hypertrophies, qui rétrécissent son passage (1), et qui amènent l'ascite péritonéale (2); on pourrait donc dire, selon l'expression pittoresque de Dulaurens et de Bartholin, que le foie est comme le coussin de la veine-porte. (*Anat. du corps hum.*, 1680.)

Ainsi se trouvent démontrés le but et l'utilité de cette indépendance de la veine, dont paraissent se douter MM. Roux et Buisson quand ils disent : « Ne peut-on pas admettre que l'espèce de liberté dont jouissent dans le foie les divisions de la veine-porte est destinée à favoriser l'action de leurs parois sur le sang, dont le cours est sans doute ralenti par l'ordre nouveau qui s'établit dans la circulation au moment où il pénètre dans le foie? » (Bichat, *Anat. descrip.*, 1829, t. V, p. 97.)

Mais leur conviction est loin d'être établie; leur incertitude est même telle qu'il leur échappe aussitôt de dire : « Quels sont les usages de cette capsule?... On ignore précisément la destination de ce prolongement celluleux. » (*Ibid.*, t. V, p. 95.) Il y a plus, on est étonné de trouver, dans le même chapitre, l'étrange contradiction suivante : « Le tronc de la veine-porte ne jouit d'aucune contraction : le sang circule dans toute l'étendue de l'appareil, en vertu de la seule impulsion qui lui a été communiquée par le système capillaire, d'où il tire son origine. » (*Ibid.*, t. V, p. 86 et 95.)

Une pareille manière de procéder ne pouvait rien établir ni pour ni contre l'utilité de la capsule que M. Cruveilhier semble pressentir dans ces phrases dubitatives : « Les différences anatomiques entre ces deux ordres de veines (porte et hépatique) entraînent-elles quelque différence dans le mécanisme de la circulation (3) du sang dans ces vaisseaux? L'espèce d'indépendance où se trouvent les divisions de la veine-porte par rapport au tissu du foie, a-t-elle pour objet de permettre à ces divisions une contraction propre à y faire cheminer le sang? etc. » (*Anat. descrip.*, 1834, t. II, p. 571.)

A cet isolement de la veine, à l'action de ses parois, à l'influence nerveuse qu'elles reçoivent directement et qu'on ne doit pas oublier, j'ajouterai la division transversale de ses branches qui se dirigent vers les deux lobes latéraux; mode de distribution qui vient combattre le désavantage de la progression ver-

---

(1) « La circulation, dit Burdach, est incomparablement plus ralentie dans la veine-porte que dans les vaisseaux pulmonaires, parce que la première se trouve entre les longues artères mésentériques et les veines hépatiques; par conséquent à une plus grande distance du cœur. » (*Physiol.*, 1837, t. VI, pag. 319.)

(2) Le contraire est positivement indiqué par les auteurs : Boyer, dont on connaît l'exactitude, dit : « Les parois de la veine-porte sont plus épaisses que celles des veines hépatiques. » (*Anat.*, 1805, t. IV, p. 403.) Verdier l'avait déjà noté (*Anat. du corps hum.*, 1768). Sabatier écrit : « La veine-porte hépatique a des tuniques fort épaisses. » (*Anat.*, 1791.) Gavard répète aussi avec Desault : « Ses tuniques sont très épaisses. » (*Splanchnol.*, t. IX, p. 402), etc. Cela ne saurait être plus clair. Ce n'est pas tout; même en admettant l'hypothèse de MM. Richerand et Berard, on peut répondre que, quelle que soit la ténuité des parois d'une veine, elles n'en ont pas moins toujours une action compressive fort influente sur les fluides qui y circulent. Or, voici ce que dit Charles Dumas de la résistance de la veine-porte : « La veine-porte est d'un tissu ferme et serré, dont la force surpasse manifestement celle de l'artère aorte et de la veine-cave. » (*Physiol.*, 1806, t. II, p. 75.) Haller est plus précis encore : « Sed iden magis probabiliter cum arteriis conjungitur quod insigni robore omnes alias venas corporis humani et eo magis arterias una vena portarum superet... habetque robur computatum venæ-cavæ ut 6 ad 5, ad aortæ vero robur ut 7 ad 5 et paulo ultra. » (*Elem. physiol.*, 1754, t. VI, p. 491 et 492.) J'abandonne la conclusion au lecteur.

(3) Wedemeyer attribue la vacuité des artères dans les cadavres à ce que les oreillettes survivent aux ventricules; de sorte qu'à la mort le sang reste plus longtemps en mouvement dans les veines que dans les artères. (Burdach, *Physiol.*, 1837, t. VI, p. 315.)

(1) La capsule paraît plus spécialement destinée à la veine-porte; dit Wistar : « The cellular substance (Glisson's capsule) which invests them, continues with them into the liver, and is, more particularly connected with the vena portarum » (*Anat.*, 1817, t. II, p. 132). C'est ce qui ressort aussi de cette phrase de Winslow : « Cette gaine membraneuse, appelée capsule de Glisson ou capsule de la veine-porte » (*Anat.*, Amsterdam, 1732, t. III, p. 373).

(2) Les obstructions si fréquentes de ce viscère eussent opposé un obstacle funeste au retour du sang des extrémités inférieures, si la veine-cave ascendante n'entretenait par l'azygos une communication facile avec la veine-cave descendante, anastomose dont l'usage est de faciliter le passage du sang de l'une dans l'autre de ces veines. Aussi l'azygos est-elle à la fois très dilatable et complètement dépourvue de valvules, pour suppléer à la veine-cave inférieure quand elle est obstruée, comme j'en ai rapporté un exemple curieux (*Voyage en Italie*, GAZ. MED., 30 sept. 1837).

(3) Fodéré éclaire peu la question : « La circulation du sang dans la veine-porte, dit-il, est, comme dans les autres organes, un résultat des forces vitales » (*Physiol. posit.*, 1806, t. II, p. 238). On ne trouve pas plus de lumière dans un chapitre spécial de M. Lepelletier sur la circulation hépatique : « Il en résulte nécessairement, dit-il, des modifications spéciales dans le cours naturel des fluides qui lui sont destinés. » (*Physiol. med. et philos.*, 4 vol. in-8, 1831, p. 32.)

ticale ascendante, au moment même où il se ferait le plus sentir par suite de l'augmentation de capacité des rameaux, dont la somme réunie l'emporte sur le tronc primitif.

La nature a même tiré parti de ce dernier inconvénient : en divisant la masse sanguine, elle a rendu chaque colonne plus facile à mouvoir, à cause de son peu de volume, et par là même l'action compressive de chaque veinule est devenue relativement plus puissante (1). Or, toutes ces précautions resteraient stériles sans la présence de la capsule.

J'ajouterai qu'une disposition ingénieuse fournit une nouvelle puissance, en ce que le tronc de la veine-porte est d'un diamètre beaucoup moindre que ceux des veines splénique et mésaraïque qui la composent ; on sait qu'il y a une loi d'hydrodinamie, par laquelle un fluide étant donné, on peut, sans augmenter la force qui le meut, augmenter sa vitesse en diminuant simplement le calibre des conduits qu'il parcourt.

La présence de l'artère hépatique dans la même capsule n'est pas sans influence; ce fait n'avait point échappé à un vieil auteur, qui, à la vérité, ne le rend pas d'une manière complète : « Il y a bien de l'apparence, dit-il, que la bile coulerait assez difficilement si l'artère hépatique, par son battement, n'imprimait du mouvement au sang de la porte, et à la bile renfermée dans les conduits. » (Daniel Tauvri, *Nouv. anat.*, Paris, 1720, in-12.) Cette disposition avait également frappé Heister (*Anat.*, 1735, t. I. p. 300), Winslow (*Anat.*, 1732, t. III), Haller (*Elem. physiol.*, 1762, t. IV), etc. Je dois faire remarquer que l'artère exerce une influence plus directe encore, dont jusqu'ici on ne parait pas avoir tenu compte. D'après les recherches de Glisson et de Diemerbroeck, que M. Kiernann a renouvelées (*Anat. and Physiol. of the liver, in philos. transact.*, 1833, et GAZ. MÉD.), les dernières ramuscules de l'artère hépatique se perdent dans la veine-porte, et dès-lors on comprend que le sang artériel, qui coule dans le même sens que le sang veineux, ne peut, par son mélange, qu'aider au cours de ce dernier, en lui communiquant le reste de force motrice qu'il conserve.

Telle est, en somme, l'utilité de la capsule de Valæus; telles sont les ingénieuses précautions que la nature a prises pour entretenir l'équilibre entre trois circulations capillaires sanguines (2) dans un organe où l'une d'elles manque à peu près complètement d'agent central d'impulsion. Pourrait-on trouver un autre adjuvant dans les fonctions spléniques, comme le prétend M. Magendie : « La rate, dit-il, est un véritable réservoir à parois élastiques, qui presse incessamment le sang qu'il contient, et qui tend à le faire passer dans le système de la veine-porte... d'autant plus facilement que non-seulement elle (la rate) est très élastique et tend physiquement à revenir sur elle-même; mais qu'en outre elle est douée d'une force contractile d'un genre particulier... » (*Précis de physiol.*, 1825, t. II, p. 404.)

Je n'ajouterai plus qu'un mot pour résoudre une difficulté : mais, dira-t-on, pourquoi cette disposition, dont jouissent la veine-porte et les vaisseaux biliaires, manque-t-elle aux veines hépatiques? Cette objection, qui parait d'abord foudroyante, me fournira une preuve de plus en faveur de la doctrine que je professe : la raison de cette différence se trouve dans la différence de leurs fonctions; les veines hépatiques ressentent, il est vrai, le reflux du sang veineux à chaque contraction de l'oreillette droite; mais il y a là deux systèmes capillaires pour lui résister, et, outre qu'elles profitent de la force de progression que ces deux appareils communiquent au liquide commun, elles s'ouvrent dans la veine-cave, et ressentent comme elle, dans toute leur puissance, les effets de l'inspiration pulmonaire, et de l'aspiration directe que le cœur exerce alors sur le sang veineux dans cette sphère. La nature n'avait pas à prendre des précautions superflues.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS HEBDOMADAIRES.

I. THE LANCET.

Les cahiers des mois de mai et juin contiennent les articles originaux suivans : 1° *De l'état de la médecine et de la chirurgie en Espagne*, par M. Parkin (rien de bien intéressant) ; 2° *De la cure du pied-bot à l'aide de moyens mécaniques*, par M. Eagland (rien d'inconnu) ; 3° *Cas de pied-bot guéri à l'aide de la section du tendon d'Achille*, par M. Little (fait très ordinaire) ; 4° *Sur la préparation de plusieurs médicamens*, par M. Battley ; 5° *Tumeur énorme de la mâchoire supérieure*, opérée avec succès, par M. O'Sanghness (opération importante, mais n'offrant rien de neuf) ; 6° *Cas d'imperforation de l'anus*, opéré avec succès par M. Salmon ; 7° *Considérations sur l'action physiologique du plomb*, par M. Thomson ; 8° *Concrétion calcaire des poumons*, par M. Judd; 9° *Cas de perforation mortelle de l'estomac*, par M. Cripps; 10° *Du traitement des chancres à l'aide du calomel appliqué localement*, par M. Burton (moyen connu) ; 11° *D'une grosse pierre extraite de la vessie d'une femme nymphomaniaque*, par M. Crowch Cristophers. Il s'agit d'une femme dont le canal urétral était large au point d'admettre le passage du doigt ; elle s'était introduit elle-même un caillou du volume d'une noix durant un accès vénérien ; des symptômes vésicaux graves en ont été la conséquence. On en a fait l'extraction sans incision ; 12° *Du traitement du rhumatisme et de la goutte à l'aide du colchique*, par M. Vigan ; 13° *Hypertrophie du cerveau chez un enfant*, par M. Schupman ; 14° *Sur une tumeur maligne au dos de la main*, par M. Liston. C'était une sorte d'encéphaloïde dont l'ablation a offert quelques difficultés à cause de ses adhérences profondes ; 15° *De la meilleure manière d'appliquer la compression sur l'utérus après l'accouchement*, par M. Fenner (article peu important) ; 16° *Avantages de l'emploi du mercure dans le traitement des fractures compliquées*, par M. Hilles; 17° *Tétanos survenu après l'accouchement*; 18° *Remarques sur le nævus maternus*, par M. Curling (idées judicieuses, mais pas nouvelles) ; 19° *Des vapeurs sulfureuses et d'iode dans le traitement des affections obstinées de la peau*, par M. Walker; 20° *Plusieurs cas de fracture du crâne*, par M. Roberts (aucune conclusion nouvelle) ; 21° *Cas d'ectopie partielle du cœur et hernie ombilicale chez un enfant nouveau-né*, par M. O'Bryen; 22° *Morve chronique chez l'homme, traitée à l'aide de la créosote*, par M. Elliotson; 23° *Luxation compliquée du pied*, par M. Liston. Il s'agit d'une luxation avec issue du tibia. On a reséqué un pouce de cet os pour pouvoir faire la réduction, et le malade a guéri.

DE LA PRÉPARATION DE QUELQUES ARTICLES DE MATIÈRE MÉDICALE, d'après la méthode de M. BATTLEY.

Faisons connaître la méthode qu'emploie M. Battley dans la préparation des médicamens qui sortent de son officine, et qui jouissent d'une si grande faveur auprès des Anglais hommes de l'art et gens du monde, afin que nos lecteurs la comparent avec celle qui est aujourd'hui le plus généralement adoptée parmi nous par les pharmaciens qui tiennent à livrer des médicamens d'une bonne qualité, la méthode dite de déplacement.

L'art, dit M. Battley, est arrivé à décomposer plusieurs articles de matière médicale, et à en obtenir ainsi les parties vraiment douées des propriétés médicamenteuses, ainsi la morphine et la quinine. Mais il reste à démontrer si les bases de l'opium et du quinquina sont aussi actives, même après avoir été combinées à des acides, que lorsqu'elles sont administrées dans leur combinaison primitive, et seulement purifiées et concentrées comme lorsqu'il s'agit du quinquina, ou plus divisées, comme pour l'opium. Je crois qu'il est important, dans la préparation des médicamens, de conserver leurs qualités médicinales, et de se contenter de séparer et d'en enlever, autant que possible, les matières qui sont étrangères à ces propriétés, et je crois pouvoir avancer, comme le résultat d'une conviction intime, que les substances médicinales actives sont dans leur état naturel, généralement, sinon toujours, tenues en solution par des acides; le but des efforts du pharmacien chimiste doit donc être d'obtenir cette combinaison sans y rien changer.

Le principal agent que j'emploie pour opérer ces importantes séparations est l'eau distillée, généralement froide. Voici la marche que je suis pour quelques-uns des médicamens dont l'usage est le plus fréquent.

QUINQUINA. Après avoir fait macérer dans l'eau froide du quinquina jaune finement pulvérisé, j'en obtiens un liquide transparent, de couleur d'ambre, très odorant et extrêmement amer, pes. spec. 1,009, et contenant un acide libre, ainsi que le prouvait son action sur le papier de tournesol. Ce fluide, condensé par une basse température (44 degrés R.), à la consistance d'un sirop, fournit une masse d'un sombre transparent, et présentant à un haut degré tous les caractères de l'infusion froide. L'analyse de cette masse fluide donne les résultats suivans :

---

(1) La plupart de ces remarques s'appliquent également aux vaisseaux biliaires qui, outre la *vis à tergo* du liquide en élaboration, jouissent d'une force propre de progression par la contractilité organique que leur permet aussi la capsule; ici les précautions n'ont pas été aussi multipliées, parce qu'elles étaient moins nécessaires, la circulation ayant moins d'obstacles, et se faisant en partie de haut en bas.

(2) Il ne faut pas oublier que, dans l'acte respiratoire, la pression des muscles abdominaux tend à exprimer les fluides du foie, et que, dans le relâchement qui succède, les vaisseaux plus ou moins désemplis tendent à appeler le sang de proche en proche.

Tannin,
Quinine,
Résine,
Matière extractive amère,
Matière colorante,
Cire,
Chaux,

Tenus en solution par l'acide végétal que contient l'écorce de quinquana, et fournissant un arôme très prononcé.

Avec
Muriate de potasse,
Sulfate de potasse.

Ce premier départ enlève presque tous les principes médicamenteux du quinquina; puisque, par une seconde macération, on n'obtient que de la chaux unie à quelque acide, un peu de matière colorante, et de très faibles quantités des autres substances; et même qu'en faisant bouillir le résidu dans l'eau, on n'en obtient plus guère que de l'amidon.

Il ressort de cette analyse, qu'à moins d'attribuer des propriétés médicinales à l'amidon, la première macération ne laisse aucune autre substance que la petite proportion d'acide qu'on retrouve dans la seconde, à laquelle on puisse attribuer ces propriétés. Et quant à cet acide lui-même, il y en a dans la première macération une quantité suffisante pour tenir en solution la quinine, la résine, la matière extractive, la matière colorante, la cire et le tannin. Mais un fait important dans cette étude, c'est que cet acide dissout facilement la quinine, même sans l'assistance de la chaleur; tandis que le dissolvant qu'on emploie dans la préparation artificielle, l'acide sulfurique étendu, ne la dissout qu'à la température de l'eau bouillante. L'amertume du premier composé est aussi beaucoup plus prononcée que celle du second, ou de celui qu'on n'obtient qu'artificiellement.

Plusieurs praticiens dont l'opinion a une grande valeur m'ont, depuis quelque temps déjà, affirmé qu'ils trouvaient une grande supériorité aux médicamens préparés par cette méthode; mais ce n'est que fort récemment que j'ai reconnu l'énergie de la propriété dissolvante de cet acide.

Séné. En faisant infuser le séné dans le double d'eau distillée, on lui enlève presque la moitié de son poids. Le liquide obtenu comme dans le cas précédent contient :

Gomme,
Résine,
Matière extractive,
Chaux,
Alumine,
Magnésie,

Tenus en solution par un acide végétal et fournissant un arôme fortement prononcé; l'acide existe aussi à l'état libre dans l'infusion froide.

Avec
Sulfate de potasse,
Muriate de potasse.

M. Battley pense que l'on doit surtout, dans la préparation du séné, se proposer de conserver tous les principes actifs dans leurs combinaisons naturelles, et surtout d'éviter la précipitation de la résine, sans laquelle le médicament perd presque toute sa valeur. Le médicament obtenu de cette manière conserve ses vertus pendant longtemps.

La rhubarbe peut être traitée par la même méthode que le séné. Le jalap, au contraire, ne cède ses principes actifs qu'à une température très élevée. Voici quels sont ces principes :

Résine,
Matière extractive,
Amidon,
Gomme,
Alumine,
Chaux,
Muriate de potasse,
Sulfate de potasse.

Tenus en solution par un acide particulier, qui existe aussi en grande quantité à l'état libre.

Telle est la prédominance de l'acide libre dans l'extrait de jalap, qu'il ne faut pas moins de deux onces de magnésie pour saturer celui qui fournit en excès une livre de jalap.

La cigue contient :

Acide muriatique libre.
Matière résineuse combinée à un principe très soluble et très subtil.
Huile essentielle.
Gomme en grande abondance.
Matière colorante.
Muriate de potasse.
Sulfate de potasse.

L'auteur pense que les propriétés médicinales de la cigüe résident surtout dans les principes volatils qu'elle contient. Aussi recommande-t-il que l'extrait en soit préparé à une température assez basse pour que ce principe se volatilise le moins possible. Préparé par sa méthode, l'extrait de conium est un médicament doué d'une grande énergie et d'une action uniforme; tandis que celui obtenu avec le suc de la plante est souvent infidèle, et n'exerce sur l'économie qu'une action peu prononcée.

DE TRAITEMENT DES FRACTURES COMPLIQUÉES A L'AIDE DU CALOMEL; par M. HILLES.

Le sujet dont traite M. Hilles se rattache à une question de haute chirurgie, qu'on a très souvent discutée, et qui est encore loin d'être complètement résolue; il s'agit du traitement des fractures compliquées. A part la détermination des cas d'amputation que nous ne devons pas examiner pour le moment, il est un point fondamental de la question, sur lequel les praticiens sont loin de s'accorder; c'est de savoir quelle est la meilleure méthode à suivre pour prévenir les accidens graves qui accompagnent si souvent ces sortes de lésions.

Si vous consultez l'école de Desault, elle vous dit : « Mettez le membre dans un appareil de Scultet, entourez-le de toiles cirées, couvrez-le de cataplasmes émolliens, affaiblissez la constitution par des saignées répétées et la diète, et réglez le reste d'après les principes des grandes plaies qui suppurent. Allez à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Roux, à l'hôpital du Gros-Caillou, et dans quelques autres établissemens, vous trouverez cette méthode encore en vigueur. L'expérience a appris qu'en suivant cette médication les choses se passent généralement de la manière suivante :

Le malade va bien pendant la première quinzaine à peu près, seulement il se trouve affaibli par les évacuations sanguines et surtout par la diète sévère. A cette époque, la suppuration est ordinairement abondante, une fièvre de résorption se déclare, on parle d'amputation, et le malade succombe le plus souvent. On s'extasie ensuite sur les détails de l'autopsie. Cette règle souffre, sans doute, des exceptions, puisque quelques malades guérissent sans être amputés, d'autres l'ayant été; mais toujours est-il qu'en général les choses se passent comme nous venons de le dire, et que, pour les cas exceptionnels, la guérison ne s'opère qu'après un traitement fort long et fort pénible.

Les partisans de l'appareil inamovible se règlent différemment. Les uns, soit qu'ils se servent du plâtre coulé, comme M. Dieffenbach, soit de simples pièces de linge et de bandes, comme M. Larrey, mettent une très grande importance à soustraire la lésion du contact de l'air, et ils ne renouvellent le pansement que le plus rarement possible; les autres, comme MM. Seutin et Velpeau, joignent à l'appareil inamovible la déambulation. D'après cette pratique, le malade est moins saigné, moins affaibli que dans la méthode précédente, et il paraîtrait que la réaction est beaucoup moins formidable, les guérisons plus nombreuses et plus promptes. Il ne faut pas cependant se faire illusion; une fracture compliquée est toujours une affection grave; l'appareil inamovible peut, sans doute, en affaiblir la gravité, mais il ne saurait pas la prévenir tout à fait. Nous avons vu, dans le service même de M. Larrey, des accidens graves survenir malgré l'appareil inamovible, et nous savons, d'ailleurs, de bonne source, que les mêmes réactions ont été rencontrées par d'autres. Toutefois, si l'on veut rabattre ce qu'il y a d'exagéré dans les éloges qu'on prodigue à cette méthode, on conviendra qu'en thèse générale elle est meilleure que celle de l'école de Desault. Une troisième pratique veut qu'on traite les fractures compliquées à l'aide de l'irrigation continue d'eau froide. Les résultats de cette médication sont tellement brillans, si l'on en juge du moins d'après les faits publiés, qu'on dirait que rien n'approche de son efficacité. Pourtant il est digne de remarque que les irrigations froides, qui avaient d'abord fait tant de partisans, ne sont qu'à peine employées aujourd'hui; est-ce parce que les résultats subséquens ont produit du désappointement? C'est ce que nous ne pourrions dire.

L'école de Montpellier a adopté depuis une dixaine d'années une méthode de traitement pour les fractures compliquées, dont elle ne s'est point écartée : c'est de soumettre le malade à l'influence du tartre stibié à haute dose, comme dans le traitement des pneumonies, d'après le système de Rasori. On place de la sorte la constitution dans de telles conditions que la réaction est presque nulle, et la lésion guérit comme si elle était tout à fait simple.

Voici actuellement M. Hilles arriver aux mêmes résultats, à l'aide du calomel administré intérieurement comme remède hyposthénique. Il commence dès le moment même de la fracture par prescrire trois grains de calomel, qu'on répète plusieurs fois par jour, et qu'on continue pendant plusieurs jours, jusqu'à ce que les premiers signes de la salivation se déclarent; alors on s'y arrête, et l'on y revient plus tard, si cela est nécessaire. En mercurialisant ainsi la constitution, la réaction est si minime, dit l'auteur, que la fracture se consolide comme si elle n'était point compliquée. M. Hilles ne manque pas d'ajouter que si l'on veut empêcher

le calomel de produire des garderobes, et surtout la salivation, on n'a qu'à le combiner avec un peu d'opium. Nous avons déjà eu l'occasion de faire remarquer combien cette combinaison est contradictoire : l'opium, qui est un remède stimulant, si on l'unit au calomel, paralyse la vertu hyposthénique de ce dernier, et l'effet de la médication est nul.

Notons à présent la similitude parfaite qui existe entre le traitement par le calomel, et le traitement par le tartre stibié; l'un et l'autre s'adressent à la constitution, et ont pour but d'hyposthéniser la vitalité d'organisme; l'un et l'autre n'emploient dans les pansemens d'autres moyens que ceux adoptés par l'école de Desault. S'il est vrai, ainsi qu'on ne peut en douter, que le tartre stibié à haute dose et les mercuriaux produisent les mêmes effets que la saignée, sans diminuer la masse du sang, leur administration, surtout la préparation antimoniale, offre un immense avantage sur la méthode ordinaire. Pourquoi les résultats de cette méthode sont-ils si malheureux? C'est que les saignées et la diète prolongée affaiblissent considérablement l'organisme, sans empêcher la formation d'une quantité considérable de pus; ces conditions favorisent la résorption purulente, et le malade succombe; tandis que le tartre stibié ou le calomel, au contraire, agissent lentement, produisent des effets plus énergiques, et préviennent surtout la formation d'une trop grande quantité de pus, sans les inconvéniens graves que nous venons de signaler.

La méthode de l'irrigation froide base toutes ses ressources, au contraire, sur la médication locale, et elle ne réussit pas moins bien. Il est évident qu'en éteignant pour ainsi dire le foyer rayonnant de la maladie, la réaction est médiocre ou nulle, et la constitution conserve toute sa vigueur pour accomplir la guérison. Malheureusement, cependant, ce mode de traitement n'est pas toujours applicable.

A part les modifications particulières que le traitement de chaque fracture compliquée peut réclamer, modifications que nous n'avons pas cru devoir aborder dans cet article, on peut conclure des considérations précédentes :

1° Que dans l'état actuel de la science, c'est la méthode dite ordinaire (Desault et Boyer) qui donne les résultats les moins avantageux dans le traitement des fractures compliquées.

2° Que l'application de l'appareil inamovible dans ces sortes de fractures donnerait probablement des résultats meilleurs, si on y joignait la mercurialisation ou l'usage du tartre stibié, d'après la méthode de Rasori.

3° Que dans les cas où elle ne trouve pas de contre-indication sérieuse, l'irrigation froide mérite la préférence sur l'appareil inamovible, du moins pendant les premières semaines du traitement. On comprend d'ailleurs que rien n'empêche d'employer en même temps le mercure ou la préparation antimoniale. S'il est vrai que le plus souvent la réaction mortelle qui suit certaines fractures compliquées dépend de la quantité énorme du pus et de la résorption de ce liquide, l'irrigation froide qui prévient généralement ces effets mérite plus de faveur qu'elle ne paraît jouir en ce moment.

CAS D'IMPERFORATION DE L'ANUS OPÉRÉ AVEC SUCCÈS; par M. SALMON.

OBS. — Un enfant nouveau-né, bien portant, n'allait pas à la selle depuis sa naissance; l'examen a fait reconnaître 1° que l'anus était parfaitement formé, le sphincter agissant énergiquement contre le doigt qui le dilatait; 2° que le rectum était libre jusqu'à la hauteur de trois quarts de pouce; sur ce point il était complètement oblitéré par union réciproque de ses parois; le toucher fait sentir le rectum comme dilaté vers l'excavation du sacrum au-dessus de ce point; on sentait aussi la vessie dilatée du même côté. On a attendu jusqu'au septième jour avant d'opérer, afin de sentir la fluctuation des matières fécales accumulées; l'enfant suçait avec avidité et paraissait se bien porter, son ventre cependant se ballonnait et il vomissait de temps en temps; la nature suppléait aux évacuations alvines par des sueurs abondantes, des urines copieuses et une accumulation remarquable de graisse sous la peau.

Le septième jour, M. Salmon n'a senti au toucher aucune différence avec les jours précédens; cela lui a fait présumer que l'oblitération s'étendait très haut, et qu'il n'était pas facile d'atteindre le sac des fèces. Il l'a opéré en plongeant un très gros trois-quarts à travers la portion oblitérée du rectum entre la vessie et le sacrum et dans la direction du centre du pelvis, afin d'éviter la saillie sacro-vertébrale. L'instrument a pénétré à deux pouces et demi au-dessus de la cicatrice; un flot de matière fécale s'est aussitôt échappé par la canule. La canule a été tenue en place pendant deux heures, puis on l'a remplacée par une bougie glissée dans son intérieur. Le lendemain, on lui a substitué une sonde de gomme élastique qu'on n'a pas laissée cependant en permanence; on l'a réintroduite trois fois par jour pendant la première semaine, puis on a abandonné le tout à la nature. Guérison. L'auteur attribue la durée des bienfaits de l'opération au volume considérable du trois-quarts dont il s'est servi.

La variété d'imperforation que ce fait représente correspond à la seconde espèce de la classification de Papendorf : c'est, comme on le voit, une oblitération immédiate du rectum avec développement normal de cet organe et perméabilité naturelle de l'anus. Plusieurs circonstances rendent ce fait remarquable : d'abord l'absence de fluctuation sur le point de l'oblitération. Les auteurs ont donné comme un caractère constant la fluctuation dans ces cas, et pourtant rien de pareil n'existait chez ce petit malade; cela s'explique par l'étendue considérable de l'oblitération qui ne permettait pas aux matières supérieures de bomber. C'est là une circonstance importante à ajouter aux caractères connus de cette grave maladie. Ensuite, le mode d'oblitération de l'organe défécateur n'est pas moins important à noter : le rectum était ici obstrué non par un diaphragme membraneux, ainsi que cela est d'ordinaire, mais par adhérence immédiate et organique de ses parois, circonstance qui fait assimiler cette obstruction à l'oblitération accidentelle du rectum; avec cette différence pourtant que l'obstruction accidentelle n'est presque jamais complète. On serait naturellement porté à rechercher la cause de ce mode d'oblitération chez le fœtus. Sans nous perdre en conjectures nous pouvons faire cette réflexion : une oblitération comme celle dont il s'agit suppose une destruction partielle de la muqueuse; on sait en effet que deux surfaces muqueuses ne contractent des adhérences entre elles qu'autant que leur superficie aura été détruite et qu'un bourgeonnement provenant du tissu sous-muqueux d'un côté se met en contact avec un bourgeonnement pareil du côté opposé; chez l'adulte, cela n'a lieu qu'après une inflammation suppurative; en est-il de même chez le fœtus? Il reste pourtant toujours un inconnu dans le problème, c'est de savoir quelle serait durant la vie intra-utérine la cause occasionelle de cette espèce de travail.

Il y a dans le fait qui précède deux autres points sur lesquels nous devons appeler l'attention; l'un concerne les symptômes singuliers et neufs que l'enfant a présentés savoir, l'espèce de crise urinaire et la sécrétion graisseuse dans le tissu sous dermique; l'autre, le mode opératoire suivi par M. Salmon. Les auteurs qui ont traité des imperforations congéniales de l'anus et du rectum ont bien parlé du ballonnement ventral, des mouvemens convulsifs, des vomissemens, etc.; mais le symptôme de l'abondante sécrétion urinaire, symptôme supplémentaire de la sécrétion alvine, ne se trouve mentionné nulle part, à ce que nous sachions. Cette espèce d'anamorphose était, il est vrai, connue pour les organes pairs, tels que les reins, les testicules, les mamelles, les yeux, etc., mais pas entre l'appareil défécateur et l'appareil urinaire. N'est-ce pas à cette circonstance qu'a été due en partie la prolongation de la vie de l'enfant avant l'opération et l'absence d'une grande collection de matière au-dessus du point oblitéré du rectum? Quant à l'espèce d'embonpoint morbide que l'enfant a présenté durant la première semaine de sa naissance, c'est là un fait non moins curieux; mais il est douteux qu'il puisse se rattacher à la même cause que la sécrétion abondante d'urine, quoi qu'en pense M. Salmon; on sait en effet que chez les enfans l'hypersécrétion graisseuse s'observe très fréquemment chez les enfans nouveau-nés soit sur la totalité soit sur une partie du système cutané.

L'opération exécutée par M. Salmon était parfaitement indiquée, et elle a été exécutée avec toute l'exactitude désirable; aussi a-t-elle été suivie d'un plein succès, et comme opération et comme remède. La direction surtout qu'il a donnée au trois-quarts est un point capital pour la réussite, d'autant plus qu'ici on n'avait pas de fluctuation sensible qui pût servir de règle. On sait d'ailleurs que, malgré la présence de la fluctuation, plusieurs opérateurs expérimentés se sont fourvoyés, ont percé la paroi rectale et occasionné des épanchemens mortels. M. Salmon enfin attache beaucoup d'importance au volume considérable du trois-quarts dont il s'est servi, et il a raison, car on sait que l'ouverture a de la tendance à s'oblitérer, et que plusieurs enfans qui avaient été bien opérés sont morts consécutivement par le seul fait de la récidive.

LÈPRE GRAVE DATANT DE 18 ANS; GUÉRISON A L'AIDE DES VAPEURS SULFUREUSES ET D'IODE; par M. WALKER.

OBS. — M. Clapp, graveur, âgé de 36 ans, de stature moyenne, d'une grande énergie de caractère, a essuyé, en 1819, une éruption générale à la suite d'une marche forcée, et d'avoir bu de l'eau froide lorsque son corps était en sueur. On lui a prescrit l'usage de la liqueur dite antiscorbutique. Cette liqueur se compose de sublimé corrosif deux gros; racine de gentiane, écorce d'orange séchée, deux gros de chaque; antimoine cru, bois rouge, de chaque, un gros; esprit de vin, eau, huit onces de chaque. Pas de changement.

Par la suite, il y a maintenant dix-huit ans, ses membres supérieurs se couvrirent d'écailles de lèpre orbiculaires, convexes, s'étendant jusqu'aux doigts; les ongles ayant été compris dans la maladie tombèrent promptement. Sa santé s'altéra sérieusement, au point que pour marcher il avait besoin d'une canne.

Il avait été habituellement exposé à de grandes privations, à des chagrins et à des courses forcées. Sa boisson était l'eau fraîche, même quand il avait chaud durant ses courses.

La première éruption générale a toujours persisté plus ou moins depuis dix huit ans.

En octobre 1837, ses jambes sont tellement affectées qu'il ne peut se tenir debout. La surface de ces membres laisse suinter une matière liquide; ils sont excessivement douloureux. Le malade y appliquait incessamment des cataplasmes émolliens, ce qui contribuait à rendre crêmeuse l'humeur sécrétée; il a été obligé de s'aliter.

Le 11 décembre, il s'est confié aux soins de M. Walker, et offrait l'état suivant. La tête et les oreilles, plus particulièrement l'oreille gauche, sont couvertes d'écailles furfuracées, orbiculaires. Les faces antérieure et postérieure de l'abdomen sont fort couvertes de squammes lépreuses. Aux extrémités supérieures, les squammes sont plus larges, plus détachées à leur circonférence, et environnent surtout l'articulation du coude. Il y a par ci par là des squammes dont la marge est plus enflammée que d'autres. Dans le voisinage des articulations, les incrustations sont plus épaisses et plus convexes vers leur centre. Lorsqu'on les détache de leur pédicule central, une moiteur s'attache au doigt qui touche leur surface postérieure. Aux extrémités inférieures, la maladie présente un caractère plus grave, probablement à cause de la stase qu'éprouve le sang dans ces parties : les croûtes sont épaisses et dures; leur largeur varie depuis un *six-pence* à un écu au plus. La jambe droite est comme couverte d'une guêtre par la présence de ces croûtes, à l'exception de quelques points où les croûtes ne se continuent point; par les points où ces exudations ne sont point unies ensemble, il s'écoule une matière crêmeuse de couleur légèrement ardoise (*slate*). Ces croûtes se détachent irrégulièrement et se reproduisent rapidement. Dans plusieurs endroits des deux jambes, la peau est entamée, et donne issue à des portions de tissu cellulaire mortifié : une ulcération s'étend autour des chevilles, sur le dos du pied, et jusqu'aux orteils; les orteils sont tellement au vif qu'on craint leur réunion réciproque. Le malade éprouve de vives douleurs dans toutes ces parties; les deux jambes paraissent très enflammées, surtout la droite. Les mouvemens de l'articulation du genou sont fort gênés, à cause des masses énormes de squammes qui les environnent. Quand une masse croûteuse se détache d'un des points d'une jambe, elle laisse une ulcération en évidence qui donne une matière très fétide.

M. Walker a commencé à le traiter le 13 novembre 1837; il a mis d'abord en usage une foule de formules; en voici les principales; mais toutes en vain pendant près de deux mois.

PRESCRIPTION. — 1° P. Oxide de zinc..... 8 gros.
Eau............. 20 onces.
Mucilage d'acacia.. 4 onces.

Faites liniment saturé. Le malade couvrira les jambes avec des compresses trempées dans ce liquide, et cotonrera chaque orteil de compresses imbibées dans le même.

Deux pilules de calomel tous les deux jours à l'heure du coucher.

Plus :

P. Hydriodate de potasse..... 10 gr.
Quinquina................ 2 gros.
Liqueur de potasse....... 1/2 gros.
Teinture d'opium......... 1/2 gros.
Infusion de gentiane...... 4 onces.

A prendre une demi-once matin et soir.

Le 15, continuez le traitement; 12 sangsues autour du jarret. Pilules purgatives.

2° Le 19, lotionnez avec le composé suivant :

P. Esprit de vin rectifié. 1 once et demie.
Eau de camphre... 1 livre.

Plus :

P. Quinquina......... 3 gros.
Liqueur de potasse. 1 gros.
Laudanum......... 2 scrupules.
Quinine.......... 10 grains.
Infus. double de gentiane. 1/2 livre.

A prendre une once toutes les quatre heures.

Le 22, pilules de Plummer. Répétez les lotions de zinc.

Le 23, répétez la mixture de quinquina.

Le 26, répétez la mixture tonique avec 20 grains de quinine.

Le 27, pas d'amélioration notable. Les squammes sont tombées; mais elles se sont reproduites promptement. Le suintement a les mêmes caractères; il est même plus sale et plus fétide. L'appétit est bon; constipation. Purgatifs. Le malade accuse de vives douleurs aux jambes, surtout à la jambe gauche; l'écoulement est si abondant qu'il sature promptement le linge qu'il touche.

Le 29, répétez la mixture tonique; pilules purgatives.

Le 2 décembre, douleurs intolérables aux jambes.

3° P. Opium......... 2 gros.
Eau bouillante. 1/2 livre.

Faites infuser pendant six heures; filtrez deux fois. Ajoutes

Oxide de zinc. 1/2 once.
Amidon...... 3 gros. Pour lotion.

Plus :

P. Décoct. double de salsepareille. 1 livre.
Hydriodate de potasse........ 1/2 gros.

A prendre une cuillerée trois fois par jour.

Tous les matins, le lit est rempli de squammes détachées; le malade commence à dormir un peu.

4° P. Conf. de sené........ 1 once.
Sulfur.............. 1 once.
Tartrate de potasse... 1/2 once.
Jalap............... 2 scrupules.
Sirop q. s. f. élect. A prendre trois fois par jour.

Le 19, nuit très agitée. Ecoulement excessif par les jambes; matière purulente; croûtes fort volumineuses.

P. Opium.. 4 gr.
Calomel. 4 gr.
Conserve de rose q. s. f. pilules, 4; une tous les soirs.

Répétez lotions et mixt. ci-dessus.

5° P. Mixt. comp. de salsepareille. 2 onces.
Carbonate de soude....... 4 gros.
Teinture d'opium......... 1/2 gros.
Esprit de lavande comp..... 1 gros.
Eau.................. 4 onces.

A prendre une cuillerée trois fois par jour.

Plus :

P. Oxymur. de merc. 4 grains.
Eau de chaux.... 1/2 livre. Lotionnez.

Le 2 janvier, répétez lotion d'oxide de zinc. Le malade est soumis aux fumigations. Il avait déjà essayé l'usage de l'arsenic sans succès. Après la quatrième fumigation, le malade éprouve une telle amélioration qu'il peut se lever, travailler et même marcher.

Le 16 janvier, guérison complète. Les jambes se sont dépouillées; les ulcères se sont cicatrisées, les membres sont sains, libres et couverts de cicatrices.

Plusieurs considérations se présentent à la suite de cette observation. D'abord quelle peut avoir été l'origine ou la cause d'une maladie aussi grave, aussi réfractaire aux médications ordinaires chez un jeune homme de bonne constitution ? Un voile épais couvre encore ce point de pathologie, comme tant d'autres. M. Walker attribue, il est vrai, cette terrible affection à la vie rude, aux privations de toute espèce, et aux chagrins profonds que le jeune homme avait essuyés depuis l'âge de treize ans. Mais on conçoit sans peine le peu de fondement d'une pareille étiologie, alors que nous voyons tous les jours l'influence des mêmes causes ne pas produire les mêmes effets. L'individu, dit l'auteur, ne buvait que de l'eau, même lorsqu'il était échauffé par des marches forcées, et c'est à la suite d'une imprudence de cette espèce que la première éruption générale s'était déclarée dix-huit ans auparavant. Cette circonstance est, sans doute, un fait dont il faut tenir compte, d'autant plus que les transitions brusques de température ont été souvent remarquées agir comme cause occasionnelle dans la production des éruptions du même genre; mais qui oserait les regarder raisonnablement comme la cause efficiente de la maladie ? Nous le répétons, il y a évidemment sur cette matière une obscurité profonde, que rien ne pénètre jusqu'à ce jour. Notons, en attendant, que l'éruption, une fois domiciliée sur tout l'organe cutané, a affecté, de préférence, d'abord les membres supérieurs, puis les inférieurs, où elle a sévi avec le plus de violence, et cela pendant l'espace de dix-huit ans.

Ensuite, ce qui doit principalement frapper, c'est la liste inépuisable des formules employées par M. Walker et l'opiniâtreté extraordinaire de la maladie. Quelques cliniciens dermotologues trouveront peut-être un peu intempestives ou très peu méthodiques les formules mises en usage par le chirurgien; cependant nous devons faire observer que M. Walker a déjà publié d'autres cas non moins graves de lèpre, et qu'il avait guéris à l'aide des médications précédentes; mais ce qui doit surtout surprendre, c'est qu'après avoir épuisé en vain presque toutes les prescriptions de l'arbre des dermatoses, le malade a été soumis à l'usage des fumigations iodo-sulfureuses, et il a guéri, en peu de jours, comme par enchantement.

Il est à regretter que l'auteur n'ait pas donné assez de détails sur ces fumigations, car il ne s'explique nullement ni sur le mode, ni sur les doses qu'il a employés. On serait, en vérité, porté à admettre, d'après ce fait et d'autres analogues, la doctrine qui fait dépendre les maladies de la peau de causes purement locales, ou d'êtres animés, en d'autres termes; et que les véritables remèdes curatifs de ces affections sont ceux qui tuent, qui détruisent ces espèces d'hôtes importuns. A quoi bon alors toutes ces drogues intérieures, ces régimes austères, qui altèrent plus ou moins l'état général de l'organisme? Si cette étiologie venait à se vérifier, la thérapeutique des maladies de la peau ne serait plus qu'un problème de chimie antomologique.

EFFETS DE LA VAPEUR DE SOUFRE ET D'IODE DANS LE TRAITEMENT DE CERTAINES MALADIES CUTANÉES, ET DE QUELQUES AUTRES AFFECTIONS OBSTINÉES.

L'auteur de cette communication se borne à vanter d'une manière gé-

nérale l'emploi du soufre et de l'iode en vapeur dans plusieurs affections qu'il n'indique que d'une manière fort vague, et rapporte ensuite l'observation d'un ulcère phagédénique développé sur le gros de la jambe chez un sujet qui avait auparavant éprouvé plusieurs maladies syphilitiques graves; cet ulcère, qui avait résisté à plusieurs moyens ordinairement employés, et continuant à faire de rapides progrès, céda promptement à l'emploi des vapeurs de soufre et d'iode mélangés. Mais l'auteur ne fait pas connaître la manière dont il produit ces vapeurs, et les fait arriver à la surface malade. Voici la formule sous laquelle il prescrit ce moyen.

Prenez : Soufre de zinc........... 2 onces.
Iode.................... de X grains à 3 gros.

Pour douze paquets, dont trois seront employés chaque jour et à trois reprises différentes.

DE LA MORTALITÉ ET DES MALADIES DES EUROPÉENS ET DES INDIGÈNES AUX INDES-ORIENTALES; par M. EDMONDRE.

On comprendra facilement tout l'intérêt qui se rattache aux nombreuses recherches que font en ce moment les statisticiens anglais sur la mortalité des armées anglaises dans les diverses parties du globe où elles sont stationnées, quand on saura qu'aux Indes seulement la force armée entretenue par la Métropole est de 115 mille hommes, distribués ainsi qu'il suit : 80,000 indigènes; 35,000 Européens, dont 23 mille sont à la solde du gouvernement et 12,000 appartiennent à la compagnie des Indes. Dans les régimens indiens, tous les officiers sont anglais et au nombre de 5,750; ce qui porte à 42,750 (officiers et soldats) le nombre des militaires anglais qui stationnent aux Indes. Si ces troupes servaient en Angleterre, leur perte annuelle par les maladies ne serait que de 701 hommes (72 officiers et 629 simples soldats, la mortalité étant annuellement, dans le royaume uni, pour les officiers, de 1,2 pour 100, et, pour les simples soldats, de 1,7); mais la perte s'élève annuellement pour ces troupes à 2,200, ou trois fois autant que si elles n'eussent pas quitté l'Europe. C'est donc 2,200 hommes que la Métropole doit envoyer chaque année aux Indes pour y remplacer les vides causés par la mort seulement. Or, on sait combien le recrutement est coûteux, surtout lorsqu'il s'agit d'un pays mal sain, et à 2,000 lieues de la mère-patrie. De là une plaie pour l'Angleterre et le besoin de diminuer cette mortalité, qui, en temps de guerre, prendrait un accroissement bien plus considérable, et de nombreuses recherches sur ce sujet.

Le tableau suivant, dressé sur les rapports fournis pendant trois ans (1827, 1828, 1829) pour 11,877 Européens à la solde de la compagnie des Indes, et 77,442 soldats indigènes, fera connaître dans quel rapport chaque maladie contribue à cette mortalité et les différences qu'il y a, sous ce rapport, entre les Européens et les Indiens eux-mêmes, différences qui sont toutes en faveur de ces derniers.

Maladies.	Européens, Pour 100 soldats.		Indiens. Pour 100 soldats	
	Nombre annuel des malades.	Nomb. ann. des morts.	Nomb. ann. des malades.	Nomb. ann. des morts.
Fièvre	37,03	0,75	13,97	0,27
Dyssenterie et maladies du foie	49,78	2,73	2,69	0,18
Choléra	2,62	0,72	0,81	0,57
Affections thoraciques hydrop.	6,73	0,43	0,80	0,16
Rhumatisme	9,63	0,11	5,67	0,08
Ophthalmie	9,71	0,01	0,80	0,00
Ulcères et tumeurs	13,31	0,06	10,27	0,10
Syphilis	12,16	0,04	3,18	0,02
Blessures et accidens	14,24	0,07	5,83	0,02
Maladies mal caractérisées	26,31	0,39	10,60	0,25
Total	185,58	5,53	54,62	1,45

Le tableau suivant, qui indique la mortalité de chacune de ces maladies et leur durée moyenne chez l'Européen et l'indigène, complétera les renseignemens qu'on a pu retirer des registres fournis par l'administration de la compagnie des Indes.

Maladies.	Morts sur 100 cas.		Durée moyenne de chaque cas en jours.	
	Européens.	Indiens.	Européens.	Indiens.
Fièvres	2,01	1,70	13,9	14,1
Dyssenterie et maladies du foie	5,33	6,66	18,7	13,0
Choléra	27,49	45,96	1,8	6,0
Affections thoraciques	6,70	20,56	47,9	30,9
Rhumatisme	1,13	1,40	23,3	33,8
Ophthalmie	1,09	0,22	23,7	18,7
Ulcères et tumeurs	1,32	1,01	17,3	27,8
Syphilis	0,33	0,61	27,3	36,0
Blessures, accidens	0,36	0,44	13,3	16,2
Maladies mal désignées	1,49	2,14	13,3	20,8
Somme	2,86	2,63	18,0	21,6

Il résulte de ces deux tableaux que la mortalité des troupes anglaises au service de la compagnie des Indes a été, en moyenne, pendant trois ans, de 5,33 pour cent, tandis que celle des soldats indiens n'a été que de 1,40 pour 100; en compensation, la durée des maladies est plus longue chez les derniers, pour lesquels elle a été, en moyenne, de 22 jours, tandis que, pour les Européens, elle n'a été que de quinze jours. Nous voyons encore que 100 Européens éprouvent 187 maladies par an, tandis que 100 Indiens n'en ont que 55, et encore la moitié des maladies ne sont que de légères indispositions, qui sont rarement funestes. Pour un mort, on trouve encore qu'il y a, du côté des Européens, un an ou neuf mois de maladie, tandis que, pour les habitans du pays, chaque mort suppose deux ans et quart de maladie. La dyssenterie et les maladies du foie causent à elles seules, chez les soldats européens, la moitié du nombre total des morts et des maladies.

II. LONDON MEDICAL GAZETTE.

Les cahiers des mois de mai et juin contiennent les articles originaux suivans : 1° *Remarques sur le diagnostic des maladies chirurgicales de la poitrine*, par M. Cowan (article peu important); 2° *Sur une fièvre maligne observée aux Indes occidentales*, par M. John Wilson; 3° *Considérations sur la ventilation et la chaleur*, par M. Jeffreys; 4° *Tétanos borné à une moitié du corps*, par M. Barlow; 5° *Anatomie pathologique de la scrofule*; 6° *Sur la fièvre adynamique tachetée*, par M. Burne; 7° *Cas de fracture du pubis*, par M. Gosse (détails intéressans, mais n'offrant rien d'inconnu); 8° *Trachéotomie pratiquée chez un enfant pour l'extraction d'un caillou*, par M. Luke; 9° *Sur l'expectoration noire*, par M. Thomson; 10° *Description de deux cas de polypes bronchiques*, par M. North; 11° *De la contagion de la fièvre jaune*, par M. Fergusson; 12° *Faits divers de clinique obstétricale*, par M. Reid; 13° *Du carcinome de la mamelle*, par M. Macfarlane; 14° *Tumeur abdominale communiquant avec le cæcum*, par M. Freckleton (fait incomplet); 15° *Remarques sur les abcès mammaires*; 16° *Faits relatifs aux plaies de la tête*, par M. Adams (pas de déductions nouvelles); 17° *Cas de ptyalisme durant la grossesse*; 18° *Remarques sur les épanchemens pleuritiques*, par M. Thomson; 19° *De l'action du cœur sur les artères*, par M. Madden; 20° *Anatomie pathologique de la phthisie*, par M. Calder; 21° *De l'inflammation et de la force qui règle la circulation*, par M. Graves; 22° *Nouveau bandage pour les blessures de l'épaule*, par M. Keal; 23° *Intoxication mercurielle à l'aide d'une once environ de calomel*, par M. Robers; 24° *Traitement des varices*, par M. Melvin.

RETROVERSION DE L'UTÉRUS DURANT LA GROSSESSE; AUTOPSIE; par M. REID.

OBS. — Mary Parent, âgée de 33 ans, a été reçue à l'infirmerie le 22 février, se plaignant de fièvre et de prostration très grande. Six mois auparavant, elle avait reçu un violent coup aux parties génitales, qui avait occasionné une hémorragie abondante pendant quinze ou seize heures, et un gonflement œdémateux, dont la durée a été de quinze jours.

Le 16 février, étant enceinte de cinq mois, elle tombe d'un escalier, et essuie une forte contusion aux lombes et à la hanche; une douleur intense s'en suit pendant les trois jours suivans. Dès le premier jour, elle n'a pu uriner; seulement de temps en temps elle a rendu quelques gouttes d'urine mêlée à du sang.

A son entrée, on la saigne deux fois; on lui applique des sangsues aux parties; purgatifs; fomentations et injections. L'urine commence à couler; pendant une semaine, la malade en rend une pinte par jour.

Le 2 mars, elle ne rend qu'une petite quantité d'urine; et, dès ce moment, elle n'urine que goutte à goutte, mais elle cache cet état, dans la crainte d'être soumise au cathétérisme.

Le 4 mars au matin, elle est prise subitement d'une douleur violente dans l'abdomen, avec vomissement de matières verdâtres; cet état se continue toute la journée et la nuit.

Le 6, la malade est fort mal; grande tuméfaction à la partie inférieure de l'abdomen; douleur fort exquise à l'hypogastre sous la pression de la main. Elle déclare que depuis quinze jours elle avait senti son enfant remuer légèrement pour la première fois, et que depuis lors elle ne l'avait plus senti; elle ajoute qu'elle a rendu tous les jours librement l'urine et les matières fécales, même ce matin; mais cela était inexact, ainsi qu'on s'en est assuré plus tard. On applique immédiatement des sangsues au ventre, des cataplasmes, et l'on fait des injections d'eau tiède dans le rectum. Soulagement.

A l'examen par le vagin, on trouve les parties chaudes et gonflées, et le passage bloqué par un corps qu'on juge être le corps de la matrice. En élevant ce corps, et en portant la main au-dessus du pubis, on peut sentir le col de l'utérus; il est légèrement dilaté, et laisse écouler à chaque mouvement une légère quantité de liqueur amniotique. On sonde la malade, et l'on tire six pintes d'urine sanguinolente, ce qui l'a beaucoup soulagée, l'abdomen s'est affaissé. On donne un lavement, et la malade rend beaucoup de matières dures, ce qui l'a soulagée encore. Comme cependant la peau continue à être chaude, le pouls plein et dur, la langue sèche, on pratique une petite saignée du bras.

La rétroversion de l'utérus n'était plus douteuse. On répète ces dernières prescriptions, et l'on essaie de réduire la matrice; mais c'est en vain. Le fond, cependant, a été relevé un peu dans l'excavation du sacrum; les éponges et les linges qu'on y introduit pour le retenir sont insupportables; on les retire peu de temps après.

La nuit du 6, la malade a dormi modérément; mais elle accuse des douleurs intenses dans la tête, dans le dos et à l'abdomen. Toux. Application de douze sangsues aux tempes. Potion purgative. L'utérus paraît être un peu remonté. Cathétérisme; urine contenant des caillots sanguins.

Le 7, céphalalgie intense; pas de garderobes. On essaie de nouveau de remonter l'utérus sans succès. Nouveau cathétérisme; donne une pinte et demie de liquide sanguinolent. Douleur dans la hanche et au côté. Abdomen plus tuméfié, mais moins douloureux. Pouls fréquent. Lavement, 12 sangsues. Arrow-root.

Le 8, soulagement de la céphalalgie; ventre libre; trois garderobes spontanées, un peu de sommeil. Cathétérisme; soif moindre. Le passage paraît plus libre; mais la réduction de l'utérus est impossible.

Le 9, l'urine est toujours sanguinolente. Douleurs comme pour accoucher. Abdomen flasque.

Le 10, cathéter comme les jours précédens; urine très fétide. Huile de ricin; pas d'effet. On parvient à faire remonter la matrice à l'aide du doigt. Une quantité d'eau amniotique s'écoule. Limonade tartarisée.

Le 11, la malade est fort mal toute la nuit. Langue sèche, peau chaude, pouls fréquent, insomnie, inappétence; abdomen peu douloureux au toucher. La malade a rendu les eaux de l'amnios. Grande douleur aux parties génitales. Le cathéter donne issue à cinq pintes d'urine.

Le 15, on pratique deux fois le cathétérisme sans succès. Hoquet. Nouveau cathétérisme donnant issue à de l'urine fétide contenant des lambeaux de membrane muqueuse. Affaissement progressif. Mort le 19 au matin.

Autopsie. On coupe le pubis, on écarte fortement les jambes. La cavité abdominale contient un quart de fluide brunâtre; les viscères de cette cavité et principalement les intestins adhèrent entre eux par de fausses membranes et sont couvertes de lymphe plastique:

L'utérus est dans la rétroversion, son fond étant fixé au-dessous de la saillie sacro-vertébrale et occupant la cavité du sacrum; le col est senti avec difficulté au-dessus du pubis. Une portion du vagin est poussée en bas, et la tumeur à sa partie postérieure touche presque l'orifice externe de la vulve. La position était semblable à celle représentée dans la planche 11 f. 5 de l'ouvrage de Boivin et Dugès. Quant à sa structure, l'utérus est sain et contient très peu de liquide amniotique.

Le fœtus est en décomposition.

La vessie s'étend jusqu'à l'ombilic et adhère aux intestins grêles; elle est immensément distendue; les parois sont épaissies et contiennent de la matière purulente noire; la muqueuse est gangrenée sur plusieurs points et se sépare aisément par grands lambeaux. L'uretère gauche est très distendu et ses parois épaissies. Le rein correspondant est hypertrophié et granuleux.

La cause de cette rétroversion a été de toute évidence une chûte d'un endroit élevé. On aurait peut-être mieux compris le déplacement de l'utérus si l'auteur eût donné les dimensions du bassin et le volume approximatif de la matrice. A cinq mois la matrice a déjà un volume assez considérable et ce n'est que par une violence énorme qu'elle se laisse rétroverser; encore cela serait-il impossible (à moins de rupture) si l'excavation pelvienne ne fût elle-même très large et la quantité des eaux de l'amnios fort petite. La femme se croyait enceinte de cinq mois; elle avait senti remuer son enfant depuis quinze jours; voilà tout ce qui résulte des détails publiés par M. Reid; ce premier point laisse donc différentes choses à désirer. Ajoutons qu'il ne serait pas impossible qu'il y eût quelque connexion entre la dernière chûte de la malade et la violente contusion hypogastrique qu'elle avait essuyée six mois auparavant: cette réflexion nous est suggérée par la connaissance des cas de rétroversion opérée lentement par la gravitation des viscères sur des matrices déjà ramollies ou autrement malades. On sait d'ailleurs que si l'état de grossesse est une condition prédisposante à la rétroversion (Boyer), ce mode de déplacement ne s'observe le plus souvent que du deuxième au quatrième mois de la gestation, et il serait possible à la rigueur que la grossesse de la femme en question ne fût pas plus avancée que ce terme.

Quoi qu'il en soit de cette considération, ce qui frappe le plus à l'autopsie, c'est l'altération extrême de l'appareil urinaire; M. Reid n'hésite pas à dire que c'est moins l'état de déplacement de l'utérus que l'altération de la vessie qui a causé la mort de la malade. Il paraîtrait d'après la distension énorme de la vessie que cet organe n'avait jamais été vidé complètement durant les trente-trois jours que la malade a vécu depuis l'accident, et que c'est aux désordres organiques de tout l'appareil urinaire qu'a été due l'entérite mortelle dont l'autopsie a montré les restes. Cette circonstance fait songer à une idée de Sabatier qui, pour combattre la rétroversion de la matrice, voulait qu'on pratiquât la ponction de la vessie.

Notez maintenant la manière d'être de la matrice chez cette femme: le fond en était tellement rétroversé qu'il avait descendu vers la vulve et repoussé au-devant de lui la paroi postérieure du vagin; l'utérus avait donc été culbuté; cette circonstance suppose un certain degré de flexion du col, à convexité supérieure.

Mais pourquoi la réduction de cet organe a-t-elle été impossible? Remarquez qu'elle n'a été tentée que dix-huit jours après l'accident, et que cette tentative, bien que répétée plusieurs fois, n'a point été faite avec toutes les conditions que l'art offre en pareille occurrence. On n'a pas cherché à vider complètement la vessie, ni à diminuer le volume de la matrice à l'aide de la ponction par le rectum, ainsi que Hunter l'avait conseillé. Si l'on réfléchit d'un autre côté à l'état d'irritation dans lequel se trouvait l'utérus, on conçoit que la quantité de l'eau amniotique avait dû s'accroître; de là l'enclavement de l'organe. L'irréduction de la matrice pourrait donc dans ce cas être comparée à celle de certaines hernies anciennes, dont les parties ont acquis une sorte d'hypertrophie qui les empêche de rentrer dans leur ancien domicile.

Expériences et observations sur la pathologie du cœur; par le docteur Clendinning.

Les recherches consignées dans ce travail sont trop minutieuses, et reposent sur un trop grand nombre de chiffres pour que nous tentions de les reproduire avec tous les développemens qu'elles pourraient comporter; mais comme elles offrent de nombreux points de contact, et même une certaine analogie avec celles qu'a faites sur le même sujet M. Bizot, et qu'il a publiées récemment : *Recherches sur le cœur et le système artériel* (Voy. Gaz. Méd., an 1837, p. 590), nous donnerons les principaux résultats auxquels l'auteur anglais est arrivé; car ils serviront, ainsi qu'il le dit lui-même, de confirmation à ceux obtenus par M. Bizot, lorsqu'ils se trouveront d'accord; mais disons d'abord qu'après avoir employé, pour connaître les divers degrés de développement du cœur la mesure à la ligne et la pesée dans l'eau, il a renoncé à ces moyens; il y a renoncé et n'a employé que la pesée dans l'air, méthode qui avait déjà été adoptée pour d'autres organes et par d'autres expérimentateurs.

Poids absolu et volume du cœur a l'état normal. Les tableaux suivans sont le résultat de l'examen de plus de 400 cœurs, dont l'auteur a eu le soin de distinguer ceux qui avaient appartenu à des sujets morts de maladies du cœur ou de phthisie pulmonaire.

Chez l'homme, sur 206 cœurs examinés :

De 15 à 30 ans........	8 onces 1/2
30 à 50 ans........	9 » 1/2
50 à 70 ans........	10 » 1/6
Au-dessus de 70 ans........	10 » 1/2

Chez les femmes, sur 175 cœurs examinés :

De 15 à 30 ans........	8 onces 1/7
30 à 50 ans........	8 » 1/5
50 à 70 ans........	8 » environ.
70 et au-dessus........	8 »

Ainsi, le poids moyen du cœur est donc, pour l'homme, de 9 onces; et pour la femme, d'environ 8 onces. Mais ce n'est pas tant le volume absolu du cœur qu'il est utile de connaître que le volume relatif, c'est-à-dire comparé au volume des autres organes, ou à celui de tout le corps; c'est aussi ce qu'a fait le docteur Clendinning. Nous ne donnerons que les résultats relatifs au poids total des corps pour lesquels il a adopté la même division que dans les tableaux précédens. Ainsi, sur 42 hommes qui n'étaient morts ni de phthisie, ni de maladies du cœur, il a trouvé que ce dernier organe était relativement au poids total du corps :

De 15 à 30 ans........	:: 1 : 164
30 à 50 ans........	:: 1 : 150
50 à 70 ans........	:: 1 : 161
70 et au-dessus........	:: 1 : 155

De même encore, sur 58 femmes, dont aucune n'était morte de phthisie ni de maladies du cœur, le poids du cœur était, relativement à celui du corps tout entier :

De 15 à 30 ans........	:: 1 : 169
30 à 50 ans........	:: 1 : 161
50 à 70 ans........	:: 1 : 147
70 et au-dessus........	:: 1 : 121

L'auteur a présenté en tableaux aussi les résultats qu'il avait obtenus par la pesée du cœur, chez les sujets morts de phthisie ou d'une maladie du cœur.

Voici d'abord le volume moyen qu'a offert le cœur chez 77 phthisiques, dont 50 hommes et 27 femmes.

	Hommes.	Femmes.
De 15 à 30 ans	8 onces.	7 onces.
30 à 50 ans	9 1/2	8 3/4
50 à 70 ans	9 2/3	7 2/3
70 à 100 ans	9 1/4	7 1/3

Le tableau suivant contient le résultat de la pesée de 139 cœurs ayant appartenu à des sujets qui tous ont succombé à des affections chroniques du cœur, et dont 76 hommes et 43 femmes :

	Hommes.	Femmes.
De 15 à 30 ans....	14 onces 1/2	12 1/2
30 à 50 ans....	17 »	16
50 à 70 ans....	13 »	14 1/2
70 à 100 ans....	15 »	12 1/2

Le poids du cœur, comparé au poids total des corps dans les deux maladies dont nous venons de parler, offre encore un sujet assez important de recherches pour que nous reproduisions en abrégé les chiffres que donne l'auteur à cette occasion.

Chez 40 phthisiques, 28 hommes et 12 femmes, la moyenne du poids du cœur a été, relativement à celui du reste du corps :

	Hommes.	Femmes.
De 15 à 30 ans......	:: 1 : 160	162
30 à 50 ans......	:: 1 : 146	199
50 à 70 ans......	:: 1 : 134	150
70 et au-dessus.....	:: 1 : 136	

Chez 54 sujets morts de maladies chroniques du cœur, dont 38 hommes et 16 femmes, le poids du cœur a été relativement à celui du sujet tout entier :

	Hommes.	Femmes.
De 15 à 30 ans.....	:: 1 : 115	: 100
30 à 50 ans.....	:: 1 : 121	: 107
50 à 70 ans.....	:: 1 : 119	: 134
Au-dessus de 70 ans.....	:: 1 : 124	: 115

Pour résumer ces divers tableaux, nous dirons que la moyenne du poids du cœur était, relativement à celle de tout le corps, dans les trois états suivans :

Etat normal......	:: 1 : 158 chez l'homme et	149 chez la femme.
Phthisies.........	:: 1 : 149	170
Maladies du cœur..	:: 1 : 120	114

Il ressort donc de ces tableaux que la force de nutrition du cœur augmente avec les progrès de la vie, au moins chez l'homme, et que cette force est stationnaire, si elle n'augmente pas également chez les femmes, conclusions auxquelles était arrivé M. Bizot, bien que par une voie très différente, c'est-à-dire par l'examen des dimensions du cœur.

LE GOITRE EN ANGLETERRE; par le docteur INGLES.

Il paraît que le goître est aussi commun dans quelques districts du Yorkshire, et dans d'autres comtés de l'Angleterre, que dans les vallées des Alpes les plus renommées par cette horrible difformité. Il est même quelques localités où elle est si fréquente qu'on voit la plupart des enfans porter autour du col des morceaux de velours vert, que l'on y regarde comme un excellent préservatif contre cette maladie. L'auteur n'adopte aucune des opinions émises sur la nature du goître, et l'attribue pour son propre compte à l'action sur l'économie de l'eau qui a passé sur la couche de pierre calcaire magnésienne. « Si, par exemple, dit-il, nous suivons la couche de calcaire magnésien qui traverse du nord au sud le centre du Yorkshire, et qui côtoie les comtés de Derby et de Nottingham, nous trouverons le goître très fréquent tout le long de cette ligne; tandis qu'il devient de moins en moins commun à mesure qu'on s'en éloigne des deux côtés. Les villes situées sur cette couche sont Nottingham, Alfreton, Chesterfield, Rotherham, Ackworth, Pontefract, Alberford et Ripon. Plus loin, cette couche s'enfonce plus profondément, et reparaît dans le comté de Durham; puis, on la suit vers le nord de Darlington à Southshields, où, près de Tymmouth, elle rencontre la mer. Le goître règne communément dans la plupart de ces villes. Dans celles où on ne le rencontre pas, c'est probablement au voisinage de la mer qu'on doit attribuer cette espèce d'immunité. » Si le goître n'est pas observé à Harrowgate, tandis qu'il est si commun dans tous les environs de cette ville, l'auteur l'attribue à ce que les sources de cette dernière contiennent de l'iode et du brôme. Il donne un grand nombre de tableaux qui indiquent la proportion des goîtreux dans les différens districts. Ainsi, sur 5,504 malades vus à Bishopton par le docteur Paley, 111 étaient goîtreux; et, sur ce nombre, il n'y avait que 6 hommes.

Sur 993 malades atteints de maladies internes reçus au dispensaire de Ripon, 90 étaient affectés de goître, dont 2 seulement étaient hommes. Sur 62,228 malades inscrits au dispensaire de Halifax, il y avait 242 goîtreux; tandis que sur 60,000 inscrits au dispensaire général de Londres, on n'en a compté que 9.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 9 JUILLET.

CONCOURS POUR LE PRIX RELATIF AUX ARTS INSALUBRES.

M. Dumas fait, au nom de la commission chargée de décerner le prix fondé par M. de Montyon en faveur de celui qui aura rendu un art ou un métier moins insalubre, un rapport dont les conclusions sont qu'il n'y a pas lieu cette année à décerner le prix.

Dix mémoires avaient été présentés au concours; mais quoique plusieurs contiennent des recherches estimables, des spéculations ingénieuses, aucun n'a paru offrir la condition exigée d'une découverte dont l'utilité fût consacrée par l'expérience.

Ainsi M. Chaix de Maurice a présenté le procédé qu'il a imaginé pour prévenir l'explosion des machines à vapeur employées sur les bâtimens qui tiennent la mer; procédé qui consiste, comme on le sait, à prévenir la formation du dépôt calcaire qui se forme dans les chaudières en mêlant à l'eau une petite proportion d'argile. Jusqu'à présent, cependant, on ne voit pas que la marine ait adopté ce procédé; et il convient, en conséquence, de ne pas se prononcer encore sur son efficacité; les droits de l'auteur restent donc réservés pour un concours postérieur.

La même remarque s'applique à l'appareil imaginé par M. Valat pour le transport des ouvriers blessés. L'auteur, d'ailleurs, c'est nous qui en faisons la remarque, et non les membres de la commission, aurait peut-être dû se contenter du prix qu'il a reçu il y a deux ans, quand il a présenté ce même appareil au concours de mécanique.

Même remarque pour les procédés nouveaux relatifs à l'art de l'amidonnier. Des expériences de M. Martin, faites en petit dans les laboratoires, ont bien réussi, mais, jusqu'à présent, il ne paraît pas que le procédé soit adopté dans aucune fabrique.

Le procédé de M. Bernot pour le broyage du vert de gris a également besoin d'être soumis à l'épreuve de l'application en grand, et les droits de l'auteur sont réservés.

Le mémoire de M. de Courtivron sur l'application de la natation à l'art de la guerre contient des conseils, utiles sans doute, mais pas de découvertes proprement dites.

Celui de M. Conseil sur le sauvetage des hommes et des navires à la mer se compose de réflexions et de projets, mais n'offre pas un seul fait.

Les mémoires de M. Pallas sur le maïs, celui de M. Mottet sur l'extraction de la fécule du marron d'Inde n'ont rien qui ait rapport directement à l'objet du concours.

DÉVELOPPEMENT DE L'ŒUF DES LYMNÉES.

M. Pouchet adresse une note sur les observations qu'il a faites relativement aux premiers développemens de l'œuf de ces mollusques, en se servant d'abord du microscope solaire. Puis, vérifiant les faits qu'il avait ainsi découverts par une étude plus détaillée à l'aide du microscope d'Amici et de celui de Selligue, M. Pouchet a reconnu d'abord que le vitellus de l'œuf, au moment de sa ponte, est composé de six cellules accolées. En échauffant légèrement, à l'aide du microscope solaire, un vitellus normal nouvellement pondu, contenu dans sa coque et sous l'eau, on le voit immédiatement se gonfler et chacune de ces six cellules se transformer, sous les yeux de l'observateur, en six vésicules, qui s'isolent parfaitement.

Chacune de ces cellules a de quatre à cinq centièmes de millimètre de diamètre. Si l'on suit ce qui se passe dans le développement de l'embryon, on s'aperçoit que de nouvelles cellules se forment bientôt dans les interstices qui séparent les cellules primitives. Après vingt-quatre heures, il y en a quinze à vingt; et par la dilatation, le vitellus n'offre plus alors que l'aspect d'une framboise. En suivant l'accroissement de ces cellules jour par jour, on voit que bientôt elles acquièrent un diamètre de huit à dix centièmes de millimètre, et que ces mêmes cellules qui formaient d'abord toute la masse vitelline viennent évidemment constituer le foie, l'ovaire ou le testicule, bien avant que l'intestin apparaisse et qu'on puisse même en apparence assigner aucune lacune pour son développement.

PHÉNOMÈNES LUMINEUX PERÇUS DANS L'OBSCURITÉ OU PHOSPHÈNES ORBICULAIRES.

Un membre de l'Académie, qu'une cruelle maladie de la vue tient depuis quatorze ans éloigné des séances de l'Académie, M. Savigny, adresse quelques résultats des observations qu'il a faites sur lui-même.

On sait qu'en comprimant avec le doigt dans l'obscurité l'angle interne de l'œil, on produit habituellement l'apparition d'un cercle lumineux vers l'angle externe. Ce cercle, de huit à dix lignes de diamètre, est le phosphène dans son état naturel d'exiguïté et de simplicité; il a pour caractère de ne jamais se montrer spontanément, et de n'apparaître qu'à la région marginale de l'œil.

Les phosphènes au reste se présentent sous trois formes principales, sujettes

chacune à quelques modifications. Dans la première, le phénomène est circonscrit, généralement orbiculaire; il peut être unique ou multiple. Dans la seconde, le phénomène se présente en nappe interrompue ou continue, ou en longue bandelette au bord supérieur de la région marginale. Dans la troisième, le phénomène consiste en un cercle unique de quelques pieds de diamètre, mais linéaire, parallèle autour de la région marginale, et entourant à une certaine distance toute la face.

C'est sept ans après leur première apparition, en 1832, que ces phénomènes lumineux se sont manifestés chez M. Savigny avec le plus d'intensité sous le rapport de la grandeur de la composition, de la variété, de l'éclat.

Voici les particularités que lui ont présentées alors les phosphènes orbiculaires; d'un diamètre de six à dix pouces, plats ou concaves, simples ou festonnés à leur circonférence; les uns sont d'un blanc soyeux, terminés par une bordure argentine ou par un large cercle jaune, brillant de tout l'éclat de l'or; les autres sont jaunes, orangés, rouges ou noirs, terminés de même par une étroite ou large bordure d'or ou d'argent. Quelques-uns de ceux-ci paraissent composés de plusieurs zônes concentriques festonnées, marquée de stries onduleuses, fines et serrées, également concentriques; le tout d'une délicatesse, d'une élégance, d'un brillant que tout l'art de l'orfèvre le plus habile ne saurait égaler. Les phosphènes les plus grands et les plus ornés ont leur siége habituel à la région marginale; celui qui souvent en couronne le sommet se présente sous l'aspect d'une magnifique coupole.

Telles étaient les impressions éprouvées par M. de Savigny, lorsque, fatigué d'une insupportable sensation de congestion, il pressait de ses deux mains le bandeau qui couvrait ses yeux, pour aider les paupières à les comprimer et à en opérer le dégorgement.

A mesure qu'ils sont devenus plus fréquens, ils se sont dépouillés de leurs zônes festonnées, de la vivacité de leurs couleurs, de leur éclat et de leurs détails les plus délicats. Les phosphènes de l'œil droit, les premiers apparus, ont été toujours plus intenses, et la différence dans le principe était beaucoup plus grande qu'elle ne l'est maintenant: sensibles d'abord, seulement de loin en loin, ils sont devenus peu à peu quotidiens, et il suffit communément, pour les produire, de la seule contraction des paupières. Leur grandeur, leur forme, leur couleur, leur éclat, dépendent le plus souvent de la disposition très mobile et très fugace de l'organe.

Quand on les détermine par la pression du doigt, le point où s'exerce cette pression a de l'influence sur leur mode de manifestation. Le doigt presse-t-il l'œil de l'angle interne à l'angle externe, les phosphènes, prenant la même direction en sens inverse, apparaissent successivement sur tous les points d'une grande courbe supérieure qui s'étend quelquefois du point correspondant à l'angle externe de cet œil au point semblablement placé de l'autre œil; mais qui le plus souvent s'arrête à la ligne médiane. La pression rétrograde-t-elle, les phosphènes se multiplient plus ou moins. Mais rapides et confus, ils descendent et remontent sur la courbe dont il vient d'être parlé. Si la pression est exercée sur le bord supérieur de l'œil, de dedans en dehors, les apparitions lumineuses se manifestent sur tous les points d'une courbe inférieure semblable à la première, mais de forme inverse.

En général, une pression plus forte rend le phosphène plus grand, plus compliqué, plus lumineux; une pression inégale le rend onduleux, irrégulier. D'ordinaire les phosphènes commencent et finissent par la pression; mais des pressions trop fréquemment répétées peuvent être impuissantes à la reproduire.

Le mémoire est terminé par un rapprochement entre les phosphènes et les nuages.

DU DEGRÉ DE CONFIANCE QUE PEUVENT INSPIRER LES MATÉRIAUX DONT ON FAIT USAGE POUR DRESSER LES TABLES DE MORTALITÉ PAR AGES.

M. Moreau de Jonnès lit à ce sujet les observations qu'il avait annoncées dans la dernière séance, et dont la lecture n'a pu, faute de temps, être entièrement achevée; pour apprécier les obstacles qui s'opposent à l'exécution de tables de mortalité dressées par âges, il suffit de savoir que dans l'espace de près de deux siècles, on n'a pas tenté plus de sept fois dans toute l'Europe d'entreprendre sérieusement ce difficile travail; c'est une preuve décisive qu'il ne faut pas seulement, pour y réussir, d'habiles calculateurs qui, certes, n'ont pas manqué dans chaque pays pendant une période aussi longue, et qu'il faut, avant tout, des matériaux qu'ils puissent utilement mettre en œuvre.

Cette condition est tellement impérieuse, que plus de la moitié des tables de mortalité qui existent ont été exécutées d'après le mouvement de faibles populations, dont la plus considérable n'égale pas un trois millième de la population de la France. C'est par une opération qu'aucun statisticien ne saurait approuver, qu'on a étendu ces calculs partiels à de grandes populations, sans s'inquiéter des différences énormes qu'apporte dans la mortalité la différence des lieux.

Si les deux tables dressées en Angleterre par Carlisle, celle exécutée en Hollande par Kirsbaum, et même la table de Desparcieux, citée en France depuis un siècle, n'ont eu toutes pour base que le relevé d'une population de moins de 10,000 personnes, c'est qu'il était impossible de rassembler des faits numériques constatés, embrassant une plus grande population.

La table de mortalité de Duvillard ne prouve rien contre cette impossibilité. C'est, dit M. Moreau de Jonnès, une de ces œuvres aventureuses qui obtiennent parfois une faveur imméritée. Si l'auteur avait été sans reproches, il se serait assurément empressé de faire connaître les sources des chiffres élémentaires de son travail, et il aurait fourni les moyens de les vérifier. Loin de là, il a même passé sous silence la méthode dont il s'était servi. Quoique ses tables aient été présentées à l'Institut en l'an VI, leur exécution est antérieure à 1787. Or, à cette époque, les mouvemens de la population de la France n'étaient pas recueillis de manière à indiquer les décès par âge. J'en ai acquis la certitude, dit M. Moreau, par l'examen des documens officiels de ce temps, et l'absence complète de cette donnée essentielle fait suspecter l'auteur d'avoir produit des chiffres fictifs qui n'étaient pas plus vrais autrefois qu'ils ne le sont aujourd'hui.

Me dira-t-on, les temps sont bien changés, les actes de l'état civil sont tenus régulièrement depuis quarante années; les mouvemens de la population sont relevés annuellement et consignés dans un document officiel qui indique les décès par âge, par sexe, et selon l'état civil des personnes. La collection de toutes ces pièces authentiques existe aux archives du royaume, et il ne s'agit que de les compulser pour en faire sortir les données d'une table de mortalité.

Sans contredit, un calculateur, qui maintenant voudrait dresser une telle table, d'après les anciennes méthodes, et pour une localité, par exemple une ville de deuxième ou de troisième ordre, trouverait dans notre organisation sociale perfectionnée par les institutions de la révolution, des secours qui ont manqué autrefois en France à Deparcieux, et naguère encore en Angleterre à M. Rickmann; mais le travail de M. Demonferrand n'a rien de commun dans les moyens de sa construction avec ceux employés jusqu'à présent. Pour dresser une table de mortalité, chaque auteur avait rempli jusqu'à ce jour la tâche de compiler, article par article, les registres d'enterrement de chaque paroisse, ou ceux des actes civils de chaque commune, relevant soigneusement l'âge de chaque individu décédé. Il acquérait ainsi des matériaux immédiats formés d'une collection d'unités qui étaient constituées chacune par un fait authentique.

On achetait, il est vrai, ces matériaux par un travail laborieux, et il fallait se borner, à cause de l'étendue de ce travail, à constater une mortalité annuelle d'environ 250 décès seulement. C'est ainsi qu'ont procédé Milne, Price, Kirsbaum et probablement plusieurs autres.

La méthode qu'on a suivie pour construire la nouvelle table diffère essentiellement. Les matériaux employés n'ont point été tirés par l'auteur des registres de l'état civil. Ce sont de grandes collections d'unités toutes faites et non formées une à une, comme autrefois. Ce sont des masses dont on ne possède point les élémens, et qui ne sont arrivées à l'état où on les prend qu'après avoir passé par les mains d'un grand nombre de gens.

Il est essentiel à la question de décrire les matériaux dont on a fait usage, et l'on a droit de s'étonner que ce soin n'ait pas été le premier qu'ait pris M. le rapporteur. Un statisticien, dont on peut ne pas partager les opinions, mais dont les travaux méritent une haute estime, sir James d'Ivernois, croyait, il y a seulement 5 ans, que les matériaux de la population de la France étaient inscrits aux archives du royaume, dans des registres conservateurs de l'état civil; et il accusait l'empereur d'en avoir fait un mystère, afin de dérober au pays la connaissance des pertes que la guerre faisait éprouver à la population. Cependant il n'y a point et il n'y a jamais eu de registres; les époques les plus désastreuses de la guerre n'ont pas empêché, pendant une foule d'années, la population de s'accroître, et l'on n'a point encore fait un mystère de ces documens. C'est tout simplement leur mauvais état qui faisait honte de les montrer, et qui mettait obstacle à ce qu'on s'en servît. Ils étaient tellement imparfaits que la moitié d'entre eux n'était pas terminée, et ils sont demeurés plus de quarante ans sans être additionnés. Voici succinctement comment ces documens sont formés et en quoi ils consistent.

Les maires de chaque commune, ou d'autres fonctionnaires relèvent sur les registres de l'état civil les mouvemens de la population de leurs localités; ils en transmettent les détails aux sous-préfets. Ceux-ci ont parfois plus de deux cents tableaux à dépouiller pour former le travail de leur arrondissement, qui est ensuite fondu, par le préfet, dans le tableau-général du département. C'est ce dernier document qui seul est envoyé au gouvernement et déposé aux archives centrales. Sa construction n'a point varié depuis quarante ans; on a seulement changé son format. Ce fut longtemps un tableau dont la surface n'avait pas moins d'un mètre carré et qu'on renouvelait chaque trimestre. On en a fait, depuis une vingtaine d'années, un cahier, dont l'usage est moins incommode, mais dont la disposition est absolument la même, c'est-à-dire complexe et confuse.

L'opération de remplir ces tableaux n'est pas sans difficultés; elle consiste annuellement dans l'inscription de près d'un million de naissances; de plus de 800,000 décès, et de 75,000 mariages; en total, 2,035,000 mutations. La complication du travail porte principalement sur les décès, dont les chiffres, relevés dans 30,300 communes, sont distribués dans 15 colonnes, qui sont divisées en 32 séries, formées chacune de 2 à 6 lignes.

Le fait spécial et matériel d'une naissance, d'un mariage, d'un décès, est inscrit sur les registres de l'état civil et reproduit sur les tableaux que nous venons de mentionner sans presque aucune omission possible; mais l'indication de l'âge du décédé est soumise à une multitude de chances d'erreur. La déclaration qu'on fait de cet âge n'est presque jamais accompagnée de témoignages écrits; c'est par une sorte de divination qu'on le détermine, et chaque méprise a presque toujours pour effet de faire mentir deux chiffres; elle augmente à tort une série de décès classés par âges, et elle en atténue une autre. La difficulté de connaître l'âge, non-seulement des morts, mais encore des vivans, est si grande, qu'en Angleterre, lors du dernier recensement, l'habile statisticien qui dirigeait cette opération ne put, dit-on, parvenir à savoir ni l'âge de sa femme, ni même celui de sa cuisinière.

Toutefois, ce qui empêche avec le plus de puissance d'acquérir des notions exactes sur les décès par âges, conséquemment de dresser des tables générales de mortalité, c'est 1° la défectuosité du tableau que les maires sont astreints de remplir, ce qui est inintelligible pour beaucoup d'entre eux; 2° le défaut d'inscription des registres de l'état civil, et de collation des extraits qui en sont faits pour donner la connaissance des mouvemens de la population; 3° la multiplicité d'éditions de leurs relevés qui les soumettent, dans leurs transformations successives, à de nombreuses et graves altérations; 4° l'absence d'une surveillance spéciale qui, telle que celle des inspecteurs des finances, permette de rectifier, redresser, corriger les expressions numériques de deux millions de mutations abandonnées sans contrôle à 50,000 fonctionnaires, dont le titre ne garantit pas toujours la capacité.

L'Angleterre a éprouvé comme nous les mauvais effets de toutes ces causes; mais son parlement n'a pas dédaigné d'en faire l'objet d'une enquête, et d'y remédier par une loi. Jusqu'à ce qu'il en soit ainsi en France, il faut se résigner à ne voir dans les chiffres qui expriment les décès par âges que des

nombres erronés ou fictifs, dont on doit se garder de faire aucun usage scientifique.

Se servir de ce chiffre pour établir depuis vingt ans la mortalité selon les âges, c'est tenter l'impossible et demander au passé ce que le présent même ne peut nous donner. C'est évidemment choisir l'erreur pour guide.

Si l'énonciation des décès par âge dans les tableaux des mouvemens de la population avait mérité la confiance que lui accorde l'auteur des nouvelles tables de mortalité, ces tables seraient encore à exécuter. M. Mathieu, qui, depuis 1817, coordonne chaque année, avec un soin digne de tant d'éloges, les documens de l'administration sur cette intéressante matière, n'aurait-il pas exécuté ces tables, lui qui pendant vingt ans en a eu sous les yeux les principaux matériaux? M. Ch. Dupin aurait-il négligé cette tâche importante, lui qui a poursuivi si longtemps ses investigations sur la population de la France? M. Jules Bienaimé n'aurait-il pas formulé une table de mortalité, lui qui s'est occupé de cette matière studieusement et avec une haute intelligence?

Personne ne contestera, sans doute, que l'administration possède les moyens d'apprécier les documens qu'elle exécute, et que par la connaissance détaillée de leurs élémens, elle ne puisse juger du degré de confiance qu'ils méritent. Eh bien! dans toutes les occurrences où elle a publié les mouvemens de la population, jamais elle n'a fait usage des décès par âges. En 1812, dans les tableaux statistiques qui accompagnent l'exposé de la situation de l'empire, on passa complètement sous silence cette indication, quoiqu'on eût, pour la donner, les matériaux de douze années.

Parmi les 112 tableaux du 1er volume de la statistique de France, publié en 1837, il n'en est aucun qui donne les décès par âges; et cependant on disposait de matériaux qui permettaient d'en rassembler quarante années. Croit-on qu'à ces deux époques, et surtout à la seconde, lorsqu'on présentait la statistique de la population de la France, sous tous les rapports, moins un seul, celui-là avait été omis sans motif et sans dessein? Il est évident, ajoute M. Moreau de Jonnès, que si, à l'une et l'autre époque, M. Coquebert de Montbret et moi nous nous sommes privés volontairement de compléter nos travaux, et si nous avons repoussé le chiffre des décès par âges, c'est qu'ils ne méritaient pas d'être introduits dans des documens publics revêtus de l'autorité de l'état.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 17 JUILLET. — PRÉSIDENCE DE M. MOREAU.

La correspondance n'offre de remarquable que deux seules pièces; l'une est une lettre ministérielle, avec envoi de l'ordonnance royale qui autorise l'Académie à accepter le legs qui lui a été fait par M. le marquis d'Argenteuil (V. Gaz. Méd., 1838, p. 186); l'autre, un ouvrage imprimé en allemand sur la vaccination.

M. Double prie M. le président de charger M. Breschet de faire un rapport verbal sur cet ouvrage. (Adopté.)

ILLÉGALITÉ DU BULLETIN DE L'ACADÉMIE. JOURNALISTES.

M. Chervin demande la parole à l'occasion du procès-verbal. Je renouvelle formellement la proposition de convoquer un comité secret pour discuter l'opportunité du bulletin de l'Académie, dont la publication a été faite illégalement jusqu'à ce jour. Je demande en même temps que la proposition que j'ai déjà faite, et qui a été renvoyée au conseil d'administration, tendant à obtenir l'autorisation de communiquer les pièces de la correspondance à MM. les journalistes, soit discutée dans le même comité secret. (Plusieurs voix : Appuyé.)

M. le président: L'Académie a déjà adopté l'ordre du jour sur cette question; néanmoins, je vais la consulter de nouveau sur la demande de M. Chervin. (Ordre du jour! Ordre du jour!)

MM. Rochoux, Gerdy, Bouillaud et Dubois d'Amiens demandent à parler contre l'ordre du jour.

M. Adelon : Je demande à combattre la proposition de M. Chervin. Il est dans les réglemens de l'Académie, qu'en matière d'administration le conseil est maître absolu. L'affaire du bulletin rentrant dans ses attributions, l'Académie n'a pas le droit de lui contester la création ni le mode de publication. Quant à ce qui concerne les pièces de la correspondance dont M. Chervin demande communication aux journalistes, c'est là aussi une chose du ressort du conseil administratif; c'est à lui à voir la convenance d'une pareille mesure. Pour moi, j'approuve la défense qu'a faite le conseil aux journalistes, et je m'oppose à ce qu'aucune communication leur soit jamais faite. La correspondance de l'Académie comprend deux choses: la partie officielle et la partie privée, ou purement médicale. Eh bien! le conseil serait coupable de mettre les journalistes au courant des communications qui lui sont faites par le gouvernement. (On rit!)

M. Chervin : Chacune des questions pour lesquelles j'ai demandé le comité secret comprend deux choses : l'une purement scientifique, l'autre administrative; la première appartient de plein droit à l'Académie; c'est pour celle-là que j'ai demandé le comité secret.

M. Rochoux : L'affaire pour laquelle M. Chervin vient de demander une discussion est beaucoup plus grave qu'on ne croit; l'Académie ne saurait mieux faire que de s'en occuper sérieusement. L'Académie des sciences, qui est un corps supérieur à l'Académie de médecine, et par son ancienneté, et par sa marche grave et imposante, communique les pièces du bureau aux journalistes; vous ne pouvez vous empêcher de suivre l'exemple de ce corps savant.

M. Gerdy : Il ne faut pas, Messieurs, vous en laisser imposer par les paroles un peu trop réglementaires de M. Adelon. La question soulevée par M. Chervin est fort importante : l'Académie ne doit pas tolérer que le conseil publie un bulletin qui porte le cachet de l'assemblée, sans qu'elle ait été consultée : elle ne doit pas supporter que le même conseil ôte, de sa propre autorité, aux journalistes, la faveur dont ils jouissaient, de consulter les pièces de la correspondance. C'est là une mesure antiscientifique. L'Académie des sciences, qui a plus d'autorité que vous, favorise les rédacteurs de journaux. M. Adelon dit que l'Académie de médecine est en correspondance avec le gouvernement, et que les journalistes ne doivent point connaître les communications secrètes qu'elle reçoit; mais l'Académie des sciences n'est-elle pas aussi en correspondance avec le gouvernement? Si le conseil reçoit des communications secrètes, il ne doit point les communiquer à l'Académie; et, s'il les communique, comme on le fait toujours, elles ne sont plus secrètes; car nos séances sont publiques. J'appuie, en conséquence, la proposition de M. Chervin, et je demande qu'une séance particulière soit affectée à la discussion de ces objets.

(Tumulte général. Plusieurs membres parlent à la fois. Bruits insaisissables. Cris d'ordre du jour.)

M. Adelon (élevant la voix au milieu du tumulte) : J'ai demandé et je demande encore l'ordre du jour sur la proposition de M. Chervin. Le réglement est formel : quand un membre demande l'ordre du jour sur une question, et que sa proposition est appuyée par quatre membres, le président doit mettre l'ordre du jour aux voix. (Le tumulte continue.)

M. Bouillaud : Je demande la parole pour un simple renseignement. Je prie M. Adelon de vouloir bien nous montrer dans quel endroit du réglement il est défendu de communiquer aux journalistes les pièces de la correspondance. (On rit!)

M. Londe (d'un ton élevé) : Le conseil d'administration fait un honteux monopole des pièces de la correspondance. (Tumulte indomptable.)

M. Mérat : Messieurs, M. Londe vient de dire que le conseil d'administration fait du monopole avec les pièces de la correspondance. Cela force le conseil à s'expliquer devant l'Académie, et à demander à M. Londe à s'expliquer à son tour devant elle. Le conseil a créé un bulletin, d'après une délibération prise dans son sein, délibération dont l'Académie elle-même l'avait chargé pendant trois séances. N'ayant pas de fonds suffisans pour faire les frais de publication, le conseil a dû entrer en arrangement avec un libraire : or, la première condition de ce traité a été qu'il serait défendu aux journalistes de consulter les pièces du bureau qui devraient servir à la rédaction du bulletin. Que M. Londe s'explique maintenant sur l'accusation de monopole qu'il vient de nous adresser. (Tumulte croissant.)

M. Londe (avec force) : Oui, je soutiens le mot *honteux monopole*, et j'en ferai connaître tous les détails à l'Académie dans le comité secret. (Les cris continuent.)

M. Double (silence; attention) : Mon opinion est bien arrêtée, on le sait, sur la question qui s'agite en ce moment devant l'Académie; mais je ne saurais prendre part à la discussion si on continuait ce débat de la sorte. Il y a trois ans que le conseil a décidé, sur ma proposition, d'accorder aux journalistes la faveur de consulter les pièces de la correspondance. Cette faveur fut accordée par décision du conseil, non de l'Académie. Actuellement, le conseil ayant créé un bulletin, a cru, dans l'intérêt de sa publication, devoir enlever aux journalistes la faveur dont ils jouissaient; mais, d'après ce qu'on vient de dire, le bulletin paraît illégalement publié; car l'Académie n'a pas été consultée à ce sujet. Un rapport, devait, dit-on, lui être fait par une commission; ce rapport, cependant, n'a point été fait. Ce qui reste par conséquent à faire aujourd'hui, c'est que M. le président engage la même commission à présenter prochainement son rapport en comité secret. (Appuyé par un grand nombre de voix.)

M. Renauldin : J'ai été, dans le temps, nommé rapporteur de la commission dont vient de parler M. Double; mon rapport était déjà prêt, et j'allais le lire à l'Académie, lorsque l'assemblée a renvoyé l'affaire du bulletin à la décision du conseil. Le conseil m'a demandé le rapport, je le lui ai lu, il l'a approuvé; par conséquent, la commission n'a pas d'autre rapport à faire. Je demande qu'on passe à l'ordre du jour.

M. Chervin demande plusieurs fois à répondre à MM. Adelon, Mérat et Renauldin, mais il ne peut obtenir la parole.

M. Rochoux : C'était à l'Académie et non au conseil que le rapport devait être fait. Je demande qu'on mette aux voix la proposition de M. Double.

M. Cornac parle dans le même sens.

M. le Président : Il y a deux propositions, l'une qui demande l'ordre du jour, l'autre la continuation de la discussion en comité secret. Je mets aux voix la première proposition.

L'ordre du jour est adopté.

M. Dubois d'Amiens : Votre ordre du jour est une violation flagrante du réglement.

M. Reveillé-Parise : Vous devriez, en vérité, mettre le réglement aux voix!!... (Hilarité prolongée.)

LUXATIONS SCAPULO-HUMÉRALES.

M. Maingault fait un rapport sur un travail manuscrit de M. Malle, professeur agrégé à la faculté de médecine de Strasbourg, concernant les luxations de la tête de l'humérus. Ce travail est basé sur des expériences que l'auteur a faites sur le cadavre, et a pour but de démontrer l'existence de la luxation directe, en bas, savoir la tête de l'humérus étant appliquée sur le côté de l'omoplate.

On sait que cette luxation était admise par les anciens et qu'elle a été niée par les modernes. M. Malle pense que c'est à tort qu'on l'a niée, ses expériences lui ayant démontré que la tête humérale peut très bien se fixer immédiatement au-dessous de la grande ligne axuelle de la cavité glenoïde, précisément sur le bord externe du scapulum. Il admet deux variétés dans cette luxation, l'une complète, l'autre incomplète. Pour se rendre compte de leur formation, l'auteur a eu recours à l'inspection anatomique : il croit avoir découvert un ligament nouveau, qui se fixe d'un côté à la face supérieure et externe de la tête de l'humérus, de l'autre derrière ou sur l'épine de l'omoplate, et passe par dessus l'apophyse acromion. Ce ligament serait, d'après le rap-

porteur, une continuation tendineuse des muscles sous et sus-épineux et jouirait d'une force considérable. Il est rare que ce ligament se déchire dans la luxation; ordinairement il ne fait que s'allonger; si la déchirure a lieu, la luxation est complète; dans le cas contraire, elle est incomplète.

M. le rapporteur considère le travail de M. Malle comme fort important et il conclut en proposant : 1° d'adresser des remercîmens à l'auteur; 2° de l'engager à continuer ses recherches sur le même sujet, et 3° l'envoi de son mémoire au comité de publication.

M. Blandin : Je demande à M. le rapporteur s'il a vu lui-même sur le cadavre le nouveau ligament dont il vient de parler; car, pour mon compte, j'ai de la peine à y croire.

M. Maingault : Je ne l'ai pas vu, mais je le comprends, d'après la description qu'en a donnée M. Malle.

M. Blandin : Je le comprends, moi aussi; mais la question est de savoir s'il existe. (On rit.)

M. Velpeau : Les idées que M. Maingault vient d'émettre ne me paraissent pas généralement exactes. D'abord, il nous a parlé d'un ligament prétendu nouveau que M. Malle aurait découvert. Mais on ne comprend pas trop ce qu'il veut dire. Est-ce du ligament acromio-coracoïdien ou acromio-claviculaire dont il veut parler ? Il n'y a là que ces deux ligamens; ils sont parfaitement connus depuis longtemps, et ils ne peuvent remplir l'office qu'on voudrait leur attribuer (1). Ensuite M. Maingault paraît ne s'être proposé qu'une chose dans les considérations de son rapport, c'est de rétablir la luxation dite axillaire, ou directe en bas. M. Maingault prétend avec M. Malle que la tête humérale peut s'arrêter sur la côte correspondante du scapulum. Personne plus que moi ne respecte les opinions de Desault, de Boyer et de Dupuytren, que M. le rapporteur a invoquées; mais cela ne doit pas nous empêcher de discuter les choses avec indépendance et d'en chercher la vérité par un nouvel examen plus approfondi, si cela est possible.

Si nous consultons les anciens, nous verrons qu'ils se servaient indistinctement des mots luxation en bas, luxation axillaire, *luxatio in alam*, sans s'expliquer positivement sur le véritable siége qu'occupait la tête de l'humérus; ils disaient seulement que la tête humérale était appliquée sur le col de l'omoplate. Or, il est évident que ce langage est fort vague, et qu'il n'exprime pas surtout que la tête devait se fixer précisément sur le bord axillaire de l'omoplate. Desault, Boyer, Dupuytren ont adopté cette acception des anciens sans s'expliquer davantage; de sorte qu'il restait là un point important de pathologie à éclaircir; c'est ce qu'ont fait dans ces derniers temps plusieurs chirurgiens, et moi-même dans le nombre s'il m'était permis de me citer. Eh bien! ces recherches ont prouvé que la luxation dont parlent MM. Maingault et Malle est impossible, ou du moins son existence paraît invraisemblable jusqu'à ce que de nouveaux faits m'auront démontré le contraire. Il suffit en effet de jeter un coup d'œil sur les pièces que M. Maingault vient de déposer sur le bureau pour se convaincre que la chose est telle que je viens de l'indiquer (l'orateur en fait la démonstration). Pour que la tête humérale s'arrête sur la côte de l'omoplate, il faudrait que le bras restât fixé perpendiculairement à l'axe du tronc, ou parallèlement à l'horizon, ce qui n'a jamais lieu : toujours en effet le bras pend à côté du tronc, et cela ne peut arriver sans que la tête glisse soit en avant soit en arrière; d'où il résulte soit une luxation sous-coracoïdienne soit une luxation sous-épineuse. Ajoutons que sur le vivant ou sur le cadavre la chose est encore plus difficile que sur le squelette, car le bord en question de l'omoplate se trouve encombré par la longue portion du biceps. Enfin, s'il était vrai que la tête humérale pût se luxer directement en bas, ainsi que Hévin l'a prétendu le premier, nous aurions un allongement du membre égal à celui du grand diamètre de la cavité glénoïde, c'est-à-dire de quinze à dix-huit lignes, ce qui n'est pas ordinairement. Toutes ces considérations me font rejeter la luxation que MM. Malle et Maingault voudraient rétablir, et je persisterai à regarder la luxation dite axillaire comme une simple luxation antérieure ou sous-coracoïdienne.

M. Maingault répond qu'il s'engage à démontrer à M. Velpeau sur le cadavre ce qu'il vient de dire sur la luxation en question.

M. Gerdy : En matière de luxations, comme dans beaucoup d'autres maladies, on a tort de mettre des limites à la puissance de la nature en établissant *à priori* la possibilité ou l'impossibilité de certaines lésions. Qui aurait cru, par exemple, d'après la disposition anatomique des parties, que l'astragale fût susceptible de se renverser sens-dessus-dessous, sans sortir de la position d'enclavement où il se trouve, sans se fracturer et sans que la peau qui couvre se déchire? Et pourtant la chose arrive, et personne ne peut plus la contester. A la cuisse, on avait aussi fixé des limites : Boyer disait naguère que la tête du fémur ne peut se luxer que de trois manières; on en connaît aujourd'hui cinq ou six; j'en ai moi-même découvert une nouvelle à laquelle je ne m'attendais pas. Il en est de même au bras; telle luxation que le raisonnement anatomique avait fait juger impossible est souvent démontrée réelle plus tard par l'expérience. Il se passe dans les lésions violentes des membres des combinaisons d'actions musculaires, tellement compliquées qu'elles échappent à la prévoyance de l'intelligence; de là des effets réels qu'on avait jugés impossibles. En voici un nouvel exemple : j'avais, il y a deux à trois ans, reçu dans mon service un homme portant une luxation du bras; je ne me rappelle pas précisément quelles en étaient les conditions, mais c'était à ce que je crois une luxation incomplète; eh bien! j'ai fait exercer des tractions assez violentes en différens sens pour la réduire, je n'ai pu en venir à bout; alors j'ai prescrit une saignée, un bain, et le repos jusqu'au lendemain : quel a été mon étonnement de voir le lendemain que la luxation s'était réduite toute seule. N'avait-on pas dit aussi que les luxations incomplètes étaient impossibles dans les articulations orbiculaires? le contraire est prouvé aujourd'hui : j'en ai rencontré moi-même un exemple à la cuisse chez un homme qui est mort peu de temps après une chute, etc. Ainsi donc, de ce que le raisonnement *à priori* ne fait pas croire possible la luxation de la tête humérale, directement en bas, il ne faut pas conclure que la chose soit réellement telle, l'expérience démontrera peut-être plus tard le contraire. L'auteur du mémoire a fait, dit-on, des expériences sur le cadavre et il l'a produite; mais il ne faut pas conclure non plus d'une manière certaine du cadavre à l'homme vivant; c'est là une sorte de probabilité sans doute; mais il faut attendre que l'expérience réalise ces présomptions avant d'admettre les idées qu'on vient de vous présenter.

Le rapport et les conclusions sont mis aux voix et adoptés.

M. Boullay fils lit un travail chimique sur les corps gras.

La séance est levée à cinq heures.

(1) Sur une pièce sèche, que nous possédons, on voit une troisième bande ligamenteuse, large et forte, qui va de la tête de l'humérus au bord correspondant de l'apophyse coracoïde et passe au-dessous de la voûte acromio-coracoïdienne. C'est peut-être là la bande ligamenteuse dont a voulu parler M. Malle. (*Note du Rédact. des séances de l'Acad.*)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

TRAITÉ DE QUELQUES MALADIES NERVEUSES ET SPÉCIALEMENT DE CELLES QUI SIMULENT LES MALADIES ORGANIQUES (en anglais); par M. EDWIN LEE. — 176 p. in-8; deuxième édition. Londres 1838.

Nous nous sommes demandé souvent pourquoi la librairie médicale anglaise possède un si grand nombre d'ouvrages sur les maladies nerveuses proprement dites, et dont plusieurs sont écrits par des praticiens du premier ordre, tandis qu'en France nous en comptons si peu du même genre. Ces maladies seraient-elles plus fréquentes en Angleterre que chez nous, ou attacherait-on plus d'importance à leur étude chez nos voisins que nous n'en attachons communément? Ces deux ordres de causes contribuent probablement à la différence dont nous parlons. Il nous paraît difficile de nier que les maladies simplement nerveuses soient plus fréquentes en Angleterre en raison du plus grand nombre de familles riches et vivant dans l'aisance, en raison du *comfortable* que se procurent à tout prix les Anglais, même dans des positions peu aisées et surtout de la manière contraire à toutes les lois de l'hygiène dont les femmes sont élevées en Angleterre; et nous pensons que l'attention des médecins anglais doit être, en conséquence, plus fréquemment appelée sur ces maladies; mais il nous paraît aussi certain que la direction différente donnée aux études médicales en Angleterre et en France est une autre cause du fait que nous signalons. En France où nous avons fait faire beaucoup de progrès au diagnostic des maladies inflammatoires et organiques, nous laissons de côté comme une espèce de *caput mortuum* tous les états morbides sur lesquels l'anatomie pathologique ne nous a rien appris. En Angleterre, au contraire, où l'on s'occupe de préférence du côté pratique des sciences, les médecins ont dû apporter une grande attention à l'étude des maladies nerveuses qui se rencontrent si fréquemment chez eux; de là les ouvrages des Brodie, des Marshall Hill, des Teale, des Tate, des Griffin, des Gooch et de tant d'autres parmi lesquels le travail de M. Lee nous semble devoir occuper une place importante.

L'auteur ne traite pas de toutes les maladies nerveuses, mais de celles seulement qui simulent les maladies organiques, et sont souvent confondues avec elles. Il y a en effet un point de vue dans la pathologie qui a peu fixé l'attention des médecins français, et qui, au contraire, a appelé celle d'un grand nombre de médecins anglais; c'est la similitude presque complète qu'offrent un grand nombre de maladies simplement nerveuses avec des maladies inflammatoires ou organiques parfaitement caractérisées. Il serait même facile d'établir à côté de la série des maladies inflammatoires une série de maladies nerveuses offrant une partie des mêmes phénomènes, depuis les simples convulsions qui suivent les pertes de sang et sont souvent prises pour l'indice d'une congestion cérébrale jusqu'à la mort subite ou apoplexie nerveuse qu'on attribue trop constamment à une hémorragie cérébrale. L'auteur cite plusieurs faits de ce genre recueillis en Angleterre, et nous pensons qu'ils ne sont pas moins fréquens chez nous. Le travail de M. Lee est partagé en deux parties, dont la première contient d'abord quelques considérations générales sur les maladies nerveuses, sur les causes qui les produisent et sur l'ensemble des phénomènes qui peuvent les caractériser; puis il passe à quelques-unes d'entre elles; la chorée, l'hystérie, l'hypocondrie dont il esquisse le tableau à grands traits, s'arrêtant seulement sur les points qui offrent le plus d'importance sous le rapport pratique.

Dans la seconde partie, l'auteur s'occupe de ces troubles locaux qu'on observe souvent dans les mouvemens volontaires et dans les sensations et qui, ne se rattachant à aucune lésion organique, sont généralement at-

tribués à une altération fonctionnelle des parties du système nerveux qui prennent part à ces fonctions. Ces maladies, dont les cas sont devenus très communs depuis qu'on les a observées avec quelque soin, et qui cependant n'ont encore été l'objet d'aucun travail spécial, bien que tous les auteurs qui ont écrit sur les maladies du cerveau et du système nerveux en aient rapporté des cas plus ou moins remarquables, réclament depuis longtemps d'être traitées d'une manière spéciale. En attendant, la partie de son ouvrage que M. Lee a consacrée à leur étude nous paraît le travail le plus complet qui existe encore sur ce sujet, et sera consulté avec fruit par ceux qui désireront étudier cette partie de la pathologie jusqu'ici si négligée; ils y trouveront de nombreux faits recueillis par l'auteur dans les divers pays qu'il a parcouru en touriste médical, ou puisés dans les ouvrages anglais ou français. Une grande partie de ces faits sont réunis dans un appendice qui termine l'ouvrage de M. Lee, où nous trouvons, en outre, une critique qui nous a semblé en général fort juste de la plupart des ouvrages publiés depuis quelques années sur le même sujet.

DE STAPHYLOMATE SCLEROTICÆ, dissert. inaug. auctore M. HERSCHEL. — Heidelb. 1838.

Lorsqu'on considère la fréquence des dégénérescences staphylomateuses de l'œil et leur situation superficielle et accessible à nos sens, on est surpris de l'obscurité qui règne encore sur quelques points de l'histoire de cette maladie et de la divergence d'opinion des auteurs à cet égard. M. Herschel, en écrivant sa dissertation inaugurale sur le staphylôme de la sclérotique, n'a donc pas choisi un sujet épuisé. Il ne s'est pas borné à copier les auteurs, mais il a soumis leurs opinions à un examen critique et a formulé la science en la basant surtout sur un fait observé par lui pendant la vie et après la mort du malade; c'est ce qui nous engage à faire connaître cette dissertation.

L'auteur commence son travail par des considérations historiques sur les staphylômes en général; il rapporte les opinions des auteurs depuis Celse jusqu'à nos jours. Après en avoir discuté les principales, M. Herschel fait voir que pour réserver le terme de staphylôme à des lésions plus ou moins analogues, il ne faudrait le donner qu'à des *tumeurs de la cornée et de la sclérotique formées par une saillie de ses membranes, lesquelles sont altérées dans leur structure et adhérentes à la membrane sous-jacente.*

L'auteur ne considère pas comme staphylôme la convexité de la cornée ou staphylôme transparent de la cornée, ni la procidence de l'iris; il démontre que ce qu'on appelle en Allemagne *staphyloma racemosum* ou staphylôme en grappe n'était autre chose qu'une procidence de l'iris à travers plusieurs ouvertures de la cornée, et se trouve bien mieux désigné par le terme de *procidence multiple de l'iris* dont se sert M. Stoeber (*Manuel pratique d'Ophthalmologie*).

Après avoir terminé ces généralités, M. Herschel aborde la question du staphylôme de la sclérotique. Il divise ce staphylôme en antérieur et en postérieur et sous-divise l'antérieur en graniforme, annulaire et globuleux, suivant la forme qu'il affecte. Nous ne suivrons pas l'auteur dans la description qu'il donne de ces différentes espèces; elle ne présente rien de nouveau; nous préférons rapporter les résultats de la dissection d'un œil affecté de staphylôme graniforme de la sclérotique. M. Herschel trouva les tumeurs staphylômateuses formées par la sclérotique amincie, adhérente à la choroïde, laquelle était également amincie; on y distinguait moins bien les vaisseaux sanguins, et le pigmentum avait presque disparu. La rétine était amincie et jaunâtre, le corps vitré plus liquide qu'à l'état normal, et les humeurs aqueuse et vitrée plus abondantes; le nerf optique fut trouvé atrophié.

De ce fait unique, M. Herschel tire des conclusions générales peut-être trop absolues. Il combat surtout l'opinion de ceux qui ont attribué le staphylôme de la sclérotique à une dilatation variqueuse des vaisseaux de la choroïde. Nous croyons avec lui que cette dilatation ne pouvait jamais être assez considérable pour constituer ces fortes saillies à la sclérotique que nous observons si souvent, et il est certain que si la sclérotique n'était pas malade, ces vaisseaux de la choroïde en se dilatant, plutôt que de distendre la sclérotique, comprimeraient le corps vitré. M. Herschel démontre par son observation que la couleur bleue des tumeurs staphylômateuses de la sclérotique provient de l'amincissement de cette tunique, lequel la rend translucide et laisse voir au travers d'elle le fond noir de l'intérieur de l'œil. Aussi dès qu'on sépare du reste de l'œil ces portions staphylômateuses, elles perdent leur couleur bleue et paraissent au contraire translucides et amincies.

L'accumulation de sérosité entre la sclérotique et la choroïde est, suivant l'auteur, une maladie tout à fait distincte. Nous croyons cependant que quelquefois elle pourra donner lieu aux mêmes symptômes que l'amincissement de la sclérotique, et l'adhérence à la choroïde, surtout si cette accumulation séreuse était jointe à un ramollissement circonscrit de la sclérotique.

Quant au mode de formation du staphylôme, l'auteur le fait consister dans l'inflammation de la sclérotique et de la choroïde, l'adhérence de ces deux tuniques, et leur distension par les humeurs de l'œil, dont la sécrétion est augmentée; quelquefois il s'y joint un ramollissement de la sclérotique.

Dans les chapitres relatifs aux causes, au pronostic et au traitement du staphylôme de la sclérotique, nous ne trouvons rien qui ne soit connu des personnes au courant de la science.

La planche, enfin, qui termine l'ouvrage ne représente qu'imparfaitement la lésion qui fait le sujet de cette monographie.

F.

SUR LA CYSTOTOMIE ÉPIPUBIENNE, mémoire lu à l'Académie de médecine, par M. LEROY-D'ETIOLLES. — Brochure in-8 de 50 pages, chez Baillière, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, 13 bis.

Une chose qui doit étonner au premier abord, relativement à l'histoire de la cystotomie, c'est que de nos jours la gravité de la taille augmente en raison des progrès de la lithotripsie. Cela se conçoit pourtant si l'on réfléchit que la taille devient de plus en plus une opération exceptionnelle. Malgré tant de volumes, thèses, mémoires, articles, méthodes, procédés et procédoncules, que la science possède sur cette matière, le génie chirurgical cherche encore à inventer pour perfectionner une opération aussi formidable; nous disons formidable à cause des conditions défavorables dans lesquelles la cystotomie se pratique aujourd'hui. Malheureusement cependant ces conditions tiennent moins aux procédés qu'on emploie qu'à l'état des organes sur lesquels on opère. M. Leroy-d'Etiolles a parfaitement senti la justesse de ces idées qu'il a exprimées en partie dans son mémoire; cela ne l'a pourtant pas empêché de prendre en sous-œuvre le sujet de la taille épipubienne et de la perfectionner, sinon comme remède du moins comme opération manuelle. En d'autres termes, notre confrère a voulu ajouter un nouveau procédé à ceux que la chirurgie possédait déjà.

Le procédé cystotomique de M. Leroy-d'Etiolles se distingue plutôt par l'appareil instrumental que par la manière d'attaquer la maladie. Cet appareil résulte de quatre ou cinq instrumens particuliers, fort ingénieux quant à leur construction; ils exigent comme on le prévoit un apprentissage spécial pour être employés. L'auteur s'en est servi plusieurs fois avec succès, et l'on peut être sûr de ne pas léser le péritoine par leur usage, car c'est à cela que M. Leroy a principalement visé dans cette invention.

Nous ne nous arrêterons pas à décrire particulièrement ces nouveaux instrumens, ni la manière de les employer; c'est à la brochure de l'auteur qu'il faut s'adresser pour cela. Nous nous contenterons seulement de dire que dans notre conviction, un bistouri ordinaire, une tenette et les doigts, sont les instrumens nécessaires pour bien pratiquer la taille hypogastrique; nous pensons, comme M. Amussat, que la sonde à dard est tout à fait inutile. Cela n'ôte rien, bien entendu, à l'ingénieuse invention de M. Leroy ni au mérite distingué de son auteur.

VARIÉTÉS.

— MALADIES DES ENFANS; AFFECTIONS DE POITRINE. — Première partie: PNEUMONIE; par MM. RILLIET et BARTHEZ, internes des hôpitaux, membres de la société anatomique; in-8. Prix: 3 fr. 50 c.

Paris, chez Béchet jeune, place de l'Ecole-de-Médecine, 4.

— CAMPAGNE DE CONSTANTINE DE 1837, avec planche explicative; par M. le docteur C. SEDILLOT, chirurgien-major, professeur de médecine opératoire à l'hôpital militaire de perfectionnement, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, etc.

1 vol. in-8 de 300 pages. Paris, 1838, chez Crochard, place de l'Ecole-de-Médecine, 13.

— ERRATUM DU DERNIER NUMÉRO, pag. 448, article CORRESPONDANCE MÉDICALE:
Au lieu de : Guérisons .... 6, 9 ou 20 morts;
Lisez : Guérisons .... 6, ou 20 morts.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE DE FÉLIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 30. (TOME VI. — 1838.) SAMEDI 28 JUILLET 1838.

Gazette Médicale

DE PARIS.

LA GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunis) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°.—Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Poissonnière, n°* 5, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries.— On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE INTERNE.

MÉMOIRE SUR LA GUÉRISON DU RAMOLLISSEMENT DU CERVEAU; par le docteur J. SIMS, médecin de l'infirmerie de St-Mary-le-Bone.

Le ramollissement cérébral présente à l'autopsie et dans sa première période deux variétés distinctes : l'une, de couleur rouge, s'observe surtout dans la substance grise qui couvre les circonvolutions, ou dans celle des corps striés, etc., et quelquefois dans la substance blanche, quand elle se lie à un épanchement sanguin; l'autre, de couleur blanche, ou quelquefois jaune-pâle, occupe la substance blanche. On rencontre fréquemment la dernière variété dans les parties centrales du cerveau chez les enfans et les adultes qui succombent à l'hydrocéphale aiguë; on la trouve encore souvent dans le cerveau des vieillards, avec des altérations des vaisseaux et d'autres lésions pathologiques. Dans ces derniers cas, il n'est pas probable qu'elle soit de nature inflammatoire.

La couleur du ramollissement rouge paraît dépendre de l'extravasation ou de la transsudation du sang hors des vaisseaux capillaires qui admettent le sang rouge et sont dilatés dans les points ramollis.

La couleur du ramollissement blanc dépend probablement de ce qu'il a lieu dans les parties tout-à-fait blanches, où l'on ne voit pas de vaisseaux capillaires rouges, comme le corps calleux et la vulve; on l'observe encore par petites plaques dans les parties de la substance blanche, où l'on ne voit qu'un petit nombre de vaisseaux rouges, et à quelque distance de ces vaisseaux qui dès lors sont moins exposés à être déchirés. La couleur jaune paille est le résultat du mélange d'un fluide purulent avec les débris de la substance blanche ramollie.

Quand on examine le cerveau des personnes qui, à une époque antérieure, ont été affectées d'apoplexie, de paralysie, de vertiges, d'anœthésie, on trouve ordinairement quelqu'une des altérations suivantes : des cicatrices, des kystes, contenant une plus ou moins grande quantité de fluide, et une matière rouge ou jaunâtre, résultat d'une extravasation antérieure; de petites cavités, d'une étendue variable, tapissées par une membrane fine transparente, et remplies d'un liquide séreux, l'atrophie de la substance blanche et grise; de petites masses sphériques de sang coagulé; enfin, un liquide séreux dans les membranes, les ventricules et la substance cérébrale.

Je suis porté à regarder l'atrophie de la substance grise, soit à la surface, soit dans les parties centrales du cerveau, lorsqu'il existe sur la partie atrophiée un dépôt jaunâtre, et les nombreux petits trous que présente la substance blanche avec un dépôt jaunâtre, comme la preuve que le ramollissement rouge a été ou suspendu ou guéri. Je regarde encore les cavités lisses, tapissées par une membrane pâle, qu'on trouve dans la substance blanche, et quelquefois dans la substance grise qui l'entoure, les nombreux trous, qui font ressembler la substance cérébrale à du pain frais ou à du fromage, et en général l'induration de la substance blanche, comme la preuve de l'arrêt ou de la guérison du ramollissement blanc; c'est ce que je vais chercher à démontrer par des observations où ces différentes lésions ont été constatées à l'autopsie.

La plupart des auteurs qui ont écrit sur la pathologie du cerveau ne

Feuilleton.

MÉMOIRE SUR L'HYGIÈNE DES CONDAMNÉS DÉTENUS DANS LA MAISON PÉNITENTIAIRE DE GENÈVE;

Par le docteur CH. COINDET.

(Lu à l'Académie des sciences morales et politiques.)

La réforme des prisons est une question à la mode. On pourrait composer une petite bibliothèque avec les volumes et brochures qu'elle a déjà fait éclore. Des voyageurs philantropes ont franchi les mers, pour aller étudier, dans un autre hémisphère, les formes du système pénitentiaire qui s'y trouve établi depuis longtemps. Les hommes adonnés aux méditations de la jurisprudence ont fixé leurs études sur ce sujet avec une prédilection qui honore leur charité. Les journalistes, organes avancés du progrès social, promoteurs naturels de toute réforme, n'ont pas laissé échapper un si beau thème de sonore discussion. Plus d'une fois le feuilleton a dépouillé les puérilités quotidiennes de la fashion littéraire pour examiner la question des prisons. Les théories de l'isolement cellulaire et du travail pénal, combinés diversement, y ont souvent remplacé l'importante analyse d'un drame du boulevart, ou fait reculer étonné le triste et laborieux éplucheur des vaudevilles de chaque semaine. Il n'est pas jusqu'aux touristes qui ne se soient pris à philosopher sur le meilleur mode de correction publique; ils ont trouvé piquant de jeter là, entre une promenade sur le lac et une ascension de montagne, quelques libérales idées sur un tel sujet; ils ont rêvé la gloire de Howard, comme une distraction aux ennuis haletans et poudroyans des grandes routes d'Italie ou de Suisse. Une seule classe d'écrivains se sont abstenus de la controverse pénitentiaire, les plus capables d'y porter profondément la lumière, les plus compétens pour en tenter la solution, nous voulons dire les médecins; ils se sont tus, comme si la provocation au progrès ne devait pas sortir incessamment de leurs rangs éclairés, comme s'il se pouvait offrir un plus beau sujet d'hygiène publique à leurs investigations; comme s'ils avaient à tâche d'effacer l'importance philosophique de leur art, comme s'ils avaient abdiqué la meilleure portion de leur art, celle qui les introduit, régulateurs prudens, au cœur même de la société, pour en tempérer les mouvemens.

Et qui donc avait plus à dire sur la question de la réforme pénitentiaire que le médecin? L'isolement, le silence, le travail, voilà la triple base du nouveau système que l'on se propose d'importer en France, avec des modifications plus ou moins étendues. Or, ces trois conditions de la vie des détenus sollicitent à un haut degré l'attention de l'hygiéniste, éveillent une série de considérations d'un immense intérêt. Le législateur, que son éducation a imprégné de métaphysique, se préoccupe presque exclusivement des influences morales; l'éco-

parlent pas de la curabilité du ramollissement; quelques-uns en nient la possibilité, tandis que d'autres ont cité quelques cas favorables à l'opinion contraire.

M. Lallemand rapporte, à la fin de sa seconde lettre, deux cas dans lesquels il a trouvé, à l'autopsie, les traces d'un ramollissement guéri, et dont les malades avaient présenté, à une époque antérieure, les symptômes de cette affection.

M. Andral regarde le ramollissement comme uniformement mortel, et demande s'il est jamais susceptible de guérison. Il suppose que, pour répondre d'une manière affirmative à cette question, il faudrait d'abord déterminer exactement les symptômes qui appartiennent au ramollissement de ceux qu'on observe dans les autres maladies du cerveau, ce qui n'a pas encore été fait. Mais nous ne pouvons adopter cette manière de poser la question, qui nous paraît tout à fait erronée; car il suffit que, par de nombreuses dissections, nous suivions la marche qu'adopte la nature dans la guérison de cette maladie et que nous retrouvions les diverses transformations que subit la substance cérébrale dans son retour du ramollissement à l'état normal, pour que la question de curabilité se trouve décidée.

Le docteur Foville dit avoir trouvé dans le cerveau des aliénés, à la surface des circonvolutions, une altération, qu'il regarde comme la suite de ramollissemens partiels, et qui consiste dans l'absence complète de la substance grise dans une étendue circulaire variable de la grandeur d'un demi-pouce à un pouce.

Le docteur Carswell dit n'avoir pas vu un seul cas de cicatrisation complète du cerveau à la suite du ramollissement. Cependant il indique comme le premier degré du retour de la substance cérébrale ramollie la formation d'une excavation remplie d'une matière fluide laiteuse grisâtre, rougeâtre ou jaunâtre, avec un peu de tissu cellulaire lâche; peu à peu ce tissu cellulaire se transforme en une membrane séreuse, qui tapisse l'excavation. Le docteur Carswell dit avoir observé trois cas de ce genre, mais il en parle d'une manière si sommaire qu'il est difficile d'apprécier exactement leur nature.

M. Cruveilhier pense qu'on peut guérir d'un ramollissement cérébral, et cite à l'appui de cette opinion un fait qu'il regarde comme positif. Il regarde la cicatrice jaune de la substance grise et les petits foyers qu'on rencontre si fréquemment sans coloration dans la substance blanche comme la suite du ramollissement du cerveau.

On rencontre fréquemment, dans les autopsies, des cas de guérison du ramollissement cérébral, mais ils ont été le plus souvent décrits par les pathologistes sous le nom d'excavations extraordinaires, d'ulcération, ou de suites d'hémorragies cérébrales. Il serait facile de trouver des cas de ce genre dans tous les recueils d'observations de maladies du cerveau. C'est ainsi que, dans l'ouvrage de M. Bright, l'observation 145 me paraît être un exemple de ramollissement du cerveau en voie de guérison, et la 121e un cas de ramollissement guéri; c'est ainsi encore que M. Scoutetten rapporte (*Archives de médecine*, vol. VII, pag. 91) deux cas d'ulcération de la substance grise de la surface du cerveau, et qui, pour moi, sont des cas de ramollissement inflammatoire du cerveau en voie de guérison. Maintenant je vais rapporter plusieurs cas de ce genre, que j'ai recueillis, depuis plusieurs années, à l'infirmerie, et dont on a relevé les notes avec tout le soin possible.

RAMOLLISSEMENT ROUGE RÉCENT A LA SURFACE; TRACES D'UN RAMOLLISSEMENT GUÉRI DANS LA PARTIE CENTRALE DU CERVEAU.

OBS. I. — Marc Green, âgée de 60 ans, est admise avec des symptômes de gastro-entérite, avec vive sensibilité à l'abdomen, et des vomissemens continuels, qu'aucun des moyens employés ne put diminuer; elle continua de s'affaiblir, jusqu'à ce que, deux jours avant sa mort, elle fut prise d'un léger délire auquel succéda le coma. Elle semblait avoir perdu la vue, et, pendant les trente six dernières heures, elle montrait continuellement ses doigts, qu'elle paraissait regarder avec beaucoup d'attention. Quelques mois auparavant, elle était déjà venue à l'infirmerie pour des accidens diarrhéiques, qui avaient été considérablement diminués.

AUTOPSIE. — Congestion considérable des veines de la tête et du cerveau surtout. Il y a, dans la cavité de l'arachnoïde, des traces d'épanchemens sur plusieurs points avec un caillot très mince; on douterait même si cet état serait purement cadavérique ou le résultat des derniers instans de la vie; mais il est probable qu'il se liait à quelque plaque de ramollissement rouge qu'on voyait à la partie inférieure des deux lobes postérieurs du cerveau. Ces plaques étaient peu étendues et occupaient à peu près en profondeur le tiers ou la moitié de l'épaisseur de la substance grise, à laquelle la rupture de petits vaisseaux sanguins et l'extravasation de sang qui en avait été l'effet donnait une couleur rouge et l'aspect d'une substance rongée par les vers (*worm-eaten*). La pie-mère et l'arachnoïde sont partiellement adhérentes sur ce point au cerveau. Il y a dans la couche optique droite une petite caverne d'une couleur rougeâtre et capable de recevoir un petit pois; il y a aussi dans la substance grise du corps strié gauche une petite caverne tapissée d'une membrane rougeâtre et autour de laquelle sont plusieurs autres petites lacunes, mais sans matière. On n'observe rien de semblable dans la substance médullaire. Infiltration séreuse et grisâtre du tissu sous-arachnoïdien; épanchement séreux et ancien de quatre onces dans les ventricules.

THORAX. Cicatrice d'anciennes cavernes à la partie supérieure des poumons, et dont une enferme un fragment terreux du volume d'une bille de marbre. Hypertrophie globuleuse du cœur, avec contraction du ventricule gauche, et dilatation du ventricule et de l'oreillette droite.

ABDOMEN. Une partie de l'estomac offre une couleur très foncée; le foie ratatiné à l'extérieur, avec quelques plaques cartilagineuses. Ulcérations, dont quelques-unes sont cicatrisées dans l'intestin grêle; granulations sur le péritoine. Reins petits et granuleux.

Nous voyons chez ce sujet des traces de ramollissement aux différentes époques du retour à l'état normal. L'absorption avait déjà agi sur les points de ramollissement que présentaient les deux lobes postérieurs, et la pie-mère et l'arachnoïde avaient contracté des adhérences avec le cerveau. Les petites lacunes, dont les parois n'étaient pas colorées, et qui se trouvaient autour d'une plus grande cavité tapissée par une membrane rougeâtre et placée au milieu de la substance grise, me paraissent attester à la fois la préexistence d'un état de ramollissement du cerveau autour d'un caillot hémorragique, et donner la preuve de sa guérison.

PLUSIEURS ATTAQUES DE PARALYSIE; RAMOLLISSEMENT; CAVITÉS DANS LE CERVEAU; CAILLOTS HÉMORRAGIQUES DE FORME SPHÉRIQUE.

OBS. II. — Madame S., âgée de 50 ans, a eu beaucoup de fatigue et de chagrins domestiques.

Le 21 novembre 1831, elle se plaint d'une sensation incommode dans la tête, qui est fraîche. Les muscles qui contribuent à la voix sont presque paralysés; il est des lettres qu'elle ne peut prononcer, et la plupart de ses mots sont difficiles à comprendre; les facultés intellectuelles paraissent intègres; le pouls petit, contracté. Les règles ont cessé depuis trois mois.

---

nomiste calcule les effets matériels que tel système entraîne et pour la société et pour les détenus; l'un procède des superstitions traditionnelles, que résume le mot vindicte publique, vengeance des lois; l'autre ne songe qu'à l'emploi des forces oisives qui s'entassent dans les prisons. Mais qui donc s'est informé des effets physiologiques du système américain? Qui, mieux que le médecin, vous révélera ce que l'isolement apporte de changement dans les conditions organiques des détenus, partant dans leur état moral? Le silence prolongé, la variété du travail, les effets de l'association périodique des travailleurs, la réclusion dans les cellules ténébreuses, le régime des détenus, ce sont là autant de problèmes partiels qui composent la grande question de la réforme pénitentiaire, problèmes presque entièrement physiologiques et dans la solution desquels notre art doit intervenir. Une idée féconde, une grande et généreuse idée, a été jetée en avant sur cette question; elle a pénétré par le travail de feu M. Liwingston, dans la législation de tout un pays (la Louisiane); elle consiste à envisager le crime comme l'expression d'une maladie morale, les criminels comme des malades; dès-lors, plus de châtimens, mais un traitement; plus de cachots terribles et d'appareil vengeur, mais des hospices destinés à recevoir ces malades d'un genre spécial, à les envelopper d'une atmosphère salutaire qui modifie profondément les conditions de leur être. Certes, c'est là une libérale façon d'expliquer la criminalité, trop libérale peut-être, nous le dirons tout à l'heure. Mais a-t-on su appliquer convenablement cette théorie? Si les contraventions, les délits, les crimes, les attentats ne sont que les actes désordonnés d'esprits malades, les explosions d'un organisme faussé dans son jeu, poursuivez cette idée sur sa pente logique; les délits diffèrent, je devrais dire les maladies; les états morbides de l'âme, que traduisent les mille nuances de la criminalité, sollicitent des traitemens distincts : un système pénitentiaire ne saurait donc être généralisé. Il faudra grouper les crimes, non plus d'après les classifications superficielles du code, mais selon l'âge, les antécédens moraux et physiques, les conditions sociales, l'éducation; ce n'est pas seulement la nature du délit, mais c'est surtout la nature du délinquant, qui méritera d'être prise en considération. Ainsi, la première conséquence qui naît de l'idée fondamentale de la réforme, c'est la nécessité de diversifier les modes pénitentiaires. On a beaucoup disputé s'il convenait d'adopter la règle d'Auburn ou celle de Philadelphie. On a controversé les combinaisons multiples de pénalités. Il fallait partir, non d'un système, mais de la nature; non des choses, mais de l'homme; non du crime et de la peine, mais du criminel. Les notions d'une haute psycologie, jointes aux lumières de la physiologie et de l'hygiène, peuvent seules fournir une assiette solide à ces œuvres d'amélioration qui essaient de naître et qui méritent assurément d'être secondées dans leur évolution.

Des principes doivent être posés d'abord, avant que l'on s'avise d'édifier. En France, on est prompt à la conception, prompt à l'exécution; mais, entre concevoir et exécuter, on ne s'arrête pas assez. Cet intervalle est nécessaire, pourtant, pour mûrir un projet, pour achever une ébauche. Vous allez jeter sur la surface de la France des maisons pénitentiaires calquées sur celles d'une autre nation; mais n'est-ce donc rien que la distance qui nous en sépare? Différence de lieux et de mœurs, de climat et de traditions, de formes politiques et d'institutions religieuses, on n'en tient compte. Il faut pourtant que le sol soit sondé, avant que les fondemens du nouvel édifice y soient déposés; or, nous ne foulons point la terre d'Amérique.

Puis, d'autres principes d'un ordre supérieur, qui ne sont pas empruntés aux

Le 1er décembre, après une forte fatigue, elle éprouve une forte excitation nerveuse, une altération de la sensibilité de la main gauche, et un affaiblissement de la jambe droite. Ce qu'elle touche de la main gauche lui semble chaud et rude, sans diminution de la motilité. Ces symptômes ne tardent pas à disparaître, puis reviennent à diverses reprises, accompagnés d'une excitation nerveuse qui, quelquefois, prend la forme d'une incohérence complète des idées.

Le 1er avril 1832, elle éprouve nne nouvelle attaque, à la suite de laquelle la parole devient presque inintelligible; l'angle de la bouche est entraîné en bas; la motilité de l'extrémité supérieure gauche, de l'avant-bras surtout, et encore plus du muscle fléchisseur est diminuée; sans altération de la sensibilité ni de la motilité des extrémités inférieures. Elle est bien changée, et son intelligence et sa sensibilité paraissent avoir subi une grave altération. Quelques-uns de ces accidens disparurent; mais la paralysie du bras droit persista.

Pendant les dix-huit mois suivans, elle éprouva plusieurs attaques semblables et plus ou moins graves, pendant l'une desquelles la jambe gauche fut de nouveau et définitivement paralysée. L'intelligence alla en s'affaiblissant graduellement, et la sensibilité, autrefois si vive et si susceptible, était émoussée; on eût dit qu'elle tombait en enfance; elle s'affaiblit graduellement, et mourut au commencement de 1834.

Autopsie. Os du crâne durs et épais; opacité de l'arachnoïde et de la pie-mère, qui sont un peu infiltrées; les ventricules contiennent environ de 4 à 6 onces de sérosité. Ancien dépôt rougeâtre dans l'hémisphère gauche du cerveau; ramollissement de la couche optique du côté droit. Epaississement, avec opacité blanchâtre, des vaisseaux sanguins. Les deux hémisphères présentent de petites ouvertures semblables à des piqûres de vers; il y en avait aussi quelques-unes dans le cervelet. Elles étaient de grandeur variable; quelques-unes sphériques; d'autres, au contraire, très irrégulières; les unes à parois nettes et blanches; les autres tapissées par une membrane fine et jaunâtre. On trouve sur plusieurs points de petits corps noirs, de forme sphérique, semblables à la mélanose; mais qu'on reconnut pour des caillots de sang enveloppés d'une membrane. La substance blanche voisine n'était pas teinte par le sang. Toute la substance cérébrale, à l'exception de la couche optique droite, était plus ferme qu'à l'ordinaire.

Les différentes cavités trouvées dans les diverses parties du cerveau et du cervelet, le fluide épanché et l'induration du cerveau sont les traces d'une maladie antérieure de cet organe, qui, pour moi, était un ramollissement sans épanchement, excepté sur les points où il y avait une couleur jaunâtre. Ce qui appuie ou même démontre cette opinion, c'est le ramollissement de la couche optique, qui a déterminé l'augmentation et la permanence de la paralysie du bras gauche. Les cavités colorées en jaune ou en rouge étaient le reste d'épanchemens sanguins qui avaient compliqué le ramollissement. L'épaisseur de l'os frontal, le sang épanché, les cavités qu'offrait la substance cérébrale, me paraissent avoir été liés à l'affaiblissement de l'intelligence et de la sensibilité, chez une personne qui auparavant était remarquable par son esprit et sa sensibilité.

Quant aux petits caillots sanguins qui étaient enveloppés d'une membrane fine, et n'avaient pas coloré la substance cérébrale qui les entourait, voici comment je me les explique : il est probable que quelques vaisseaux sanguins placés au milieu des portions de substance cérébrale ramollies s'y dilatèrent, et y déposèrent une certaine quantité de sang, comme on le voit arriver dans l'anévrisme. Il résulterait de cette hypothèse que la membrane qui les enveloppait n'était autre que les parois de ces vaisseaux sanguins elles-mêmes, et que, conséquemment, la substance cérébrale n'avait pas subi le déchirement qui arrive ordinairement dans les cas d'épanchement; il n'est pas impossible encore que quelques-unes des plus petites cavités n'eussent été produites de cette manière; le caillot ayant été absorbé avec le temps, et ne laissant aucune trace de matière jaune, en raison de l'intégrité de la substance cérébrale qui les entourait.

Obs. III. — B. Clayton, âgé de 58 ans, avait eu une première attaque d'apoplexie à une époque ignorée; à la suite de la seconde, il fut pris d'un violent délire et succomba au bout de douze jours.

A l'*autopsie*, on trouva l'arachnoïde laiteuse, et les membranes presque exsangues; il y avait un peu de sérosité dans les membranes et les ventricules. La dure-mère présentait des stries de dépôt jaunâtre. Il y avait à la surface des circonvolutions, dans les pédoncules et différentes autres parties du cerveau plusieurs caillots sphériques de sang noir. Le corps strié noir était ramolli, et offrait une caverne colorée en jaune; il y en avait une aussi dans la protubérance cérébrale.

RAMOLLISSEMENT; TROIS CAVITÉS RESSEMBLANT A D'ANCIENS KYSTES APOPLECTIQUES; CAVITÉS DANS LA SUBSTANCE BLANCHE.

Obs. IV. — Valley, âgé de 70 ans, éprouve, le 2 septembre, une attaque d'apoplexie avec paralysie du bras seulement. On rapporte qu'avant l'attaque, il jouissait d'une bonne santé, et qu'il n'avait éprouvé aucun symptôme du côté de la tête. L'avant-bras se fléchit graduellement sur le bras, et tous les efforts pour l'étendre occasionnaient de vives douleurs dans le trajet des nerfs; la peau était flasque et d'une couleur sale; il s'affaiblit graduellement de corps et d'esprit; une large escarre se forme sur le sacrum, et il meurt le 23 octobre.

Autopsie. Les membranes du cerveau sont sur quelques points opaques et épaissies, et sur le trajet du sinus longitudinal, elles offrent presque la dureté du cartilage. Il y a beaucoup de sérosité dans les ventricules et dans la pie-mère. Il y a trois cavités qui ressemblent à d'anciens kystes apoplectiques, et contiennent un fluide avec quelques filamens bruns. L'une d'elles, très grande, occupant une partie considérable du lobe antérieur de l'hémisphère gauche, s'étend de la surface du cerveau à la membrane qui tapisse le ventricule. La substance grise paraît détruite, comme si elle avait été enlevée par quelque insecte. La deuxième était située près de la surface du lobe postérieur de l'hémisphère gauche, et la substance blanche qui lui était contiguë présentait de nombreuses ouvertures qui lui donnaient l'aspect du pain levé. La troisième était dans le lobe postérieur de l'hémisphère droit. Tout le cerveau pesait 2 livres 6 onces.

Les poumons sont emphysémateux; le cœur offre un épaississement partiel des valvules du ventricule gauche.

Ce cas nous offre l'exemple d'une altération grave du cerveau, et probablement de sa longue durée, sans aucun symptôme marqué jusqu'aux dernières semaines qui ont précédé la mort. Les circonstances qui offrent le plus d'intérêt dans ce cas sont l'atrophie du cerveau, le ramollissement et l'absorption de la substance grise des circonvolutions, liées à l'affaiblissement des facultés intellectuelles, et à la contraction de l'avant-bras. L'absorption de la substance grise des circonvolutions, et les lacunes de la substance blanche peuvent être considérées comme le résultat des efforts de l'économie, soit pour guérir, soit au moins pour arrêter le ramollissement qui avait pris une si grande étendue à une certaine époque dans le cerveau de cet homme; le dépôt de couleur jaunâtre et les grandes cavités sont l'indice qu'il y avait eu antérieurement plusieurs épanchemens qui se liaient au ramollissement. Peut-être pourrait-on expliquer l'absence de tout symptôme chez ce sujet, parce que les altérations, bien que très graves, étaient éloignées des parties centrales du cerveau.

---

considérations de temps et de lieu, mais qui intéressent l'humanité dans tous les siècles et sous toutes les latitudes, se présentent encore au seuil de vos nouveaux établissemens; ainsi, vous devez répondre à des questions telles que celles-ci : Jusqu'à quel point est-il permis à la société de compromettre la vie des détenus, de leur ôter des chances de longévité? Jusqu'à quel point a-t-elle le droit de sacrifier les besoins de leur nature morale, et de violer en eux les lois de l'organisation? Une de ces lois, c'est le besoin d'association; c'est le besoin de vivre au contact de ses semblables; l'isolement est un fait contre nature, il a d'ailleurs des conséquences dont il faut apprécier la portée; c'est en vain que des efforts de moralisation seront tentés périodiquement, hebdomadairement auprès des prisonniers; en vain la religion essaiera de les circonvenir de sa bénigne influence. L'isolement prolongé aboutit à l'un de ces deux résultats : ou l'exaltation morbide des facultés mentales, par suite de leur refoulement et de leur concentration; ou leur affaissement et leur atrophie, par défaut de stimulation. Dans le premier cas, chance de folie; dans le second, idiotisme et démence; dans les deux cas, perturbation, désordre, maladie, et quelle maladie! Vous deviez guérir un état moral pathologique, dont le crime a été la manifestation; vous le remplacez par un autre, bien plus déplorable et le plus souvent sans remède. Cet homme, que la société vous avait livré criminel, vous le lui rendez fou; la volonté qui a péché, vous la tuez; l'intelligence qui a erré, vous la brisez. Ah! mieux valaient nos vieilles idées, sinon les anciennes prisons. Le principe de l'expiation temporaire, en même temps qu'il laissait peser sur les coupables tout le poids de leur responsabilité, conduisait à des conséquences moins fatales. Le confort menteur du nouveau système, l'hygiène affectée des nouvelles prisons, me paraît une pitoyable compensation de la folie, produit de la séquestration absolue et permanente. Ainsi, dans le système de la réforme, atteinte à la vie morale par l'isolement, atteinte à la vie physique par le silence obligé, dont l'action délétère sur les fonctions complexes de l'hématose et de la nutrition n'a pas besoin d'être démontrée.

Quand les questions que nous venons d'indiquer seront résolues, on se demandera encore ce que la morale gagne à traiter les crimes comme des infirmités, à convertir les prisons en hospices, la surveillance de ces établissemens en clinique morale, la discipline en traitement, les geôliers en gardes-malades. Un pareil système ne nous apparaît que comme l'application plus ou moins déguisée des doctrines fatalistes; il nous rappelle les sombres rêveries de ces médecins psychologistes d'outre-Rhin, qui, préoccupés des découvertes de Pinel et d'Esquirol, en étaient venus à nier le crime, à protéger, sous le terme indulgent d'aliénation, le désordre des passions; c'est l'exagération inverse de celle qui a défrayé, il y a quelques années, la verve paradoxale de M. Elias Regnault, le contempteur des doctrines modernes sur la monomanie. La société ne trouve-t-elle pas mieux son compte dans la doctrine auguste, solennelle de l'expiation? Si la théorie de la vindicte publique est empreinte d'un caractère sauvage, et fait appel, dans l'intérêt de la société, aux instincts anti-sociaux, celle qui relègue le crime dans les cadres de la pathologie psychique, ne renverse-t-elle pas les plus salutaires garanties de la morale, impliquant la négation de la spontanéité; et, sous prétexte d'améliorer l'homme, ne le dégrade-t-elle pas en nous le montrant subordonné, dans sa vie morale comme dans sa vie matérielle, à je ne sais quelles conditions mécaniques que la médecine pénitentiaire se charge de redresser? Ce qui est monstrueux en théorie mène à des applications qui ont au moins leur côté étrange; à part les effets du silence

KYSTE APOPLECTIQUE ; CAVITÉS DANS LE CERVEAU; MORT A LA SUITE D'UNE INFLAMMATION DU THORAX.

Obs. V. — Dutaillis, âgé de 60 ans, eut, il y a trois ans, une attaque d'apoplexie, suivie de paralysie du côté droit et qui persista; il éprouva quelques convulsions avant sa mort.

Autopsie. Epaisissement de l'arachnoïde, et épanchement dans les membranes et les ventricules; le septom lucidum est très mince. Sur plusieurs points, la substance cérébrale préscote de nombreuses cavités, qu'on dirait produites avec un emporte-pièce. Leurs parois, et le tissu voisin n'offraient aucune altération decouleur. On trouvait en outre dans le corps strié gancbe les restes d'un ancieu et gros caillot qu'entourait une membrane fine. La substance cérébrale voisine était atrophiée. Péricardite récente avce pleurésie et œdème des poumons.

Ce cas nous offre encore des traces d'nne altération grave et ancienne dn cervean, qui était presque indolent, puisque le malade est mort d'une inflammation développée dans une antre cavité. Il est probable que les nombreuses cavités qui n'oflraient pas de changement de coloration étaient les restes d'un ramollissement qui, survenu avant on après l'bémorragie, avait disparu.

RAMOLLISSEMENT DE LA SUBSTANCE GRISE GUÉRI; TRACES JAUNATRES D'ÉPANCHEMENT SUR L'ARACHNOÏDE DE LA DURE-MÈRE.

Obs. VI. —Richard Bacley, âgé de 55 ans, fut trouvé exposé à l'air et amené par la police à l'infirmerie le 10 avril 1835. Il était atteint de diarrhée et dans un collapsus si prononcé qu'on craignit qu'il ne fût affecté de choléra. La peau était terreuse et offrait des traces d'éruption cutanée. Cet individu avait mené une vie si irrégulière qu'il était abandonné de ses amis. Il se releva un peu, mais il retomba bientôt, et mourut le 22.

Autopsie. De nombreux points rougeâtres à la base du crâne indiquent évidemment que de nombreux épanchemens de sang se sont faits entre la dure-mère et l'arachnoïde. Plusieurs ciconvolutions de la base des lobes postérieurs étaient en partie absorbées et remplies par un dépôt coloré en jaune. Sur un ou deux points toute la substance grise avait disparu et la blanche était à nu; sur d'autres il n'en restait qu'une couche très mince; il s'écoula encore douze onces de sérosité du cerveau qui était atrophié et pesait deux livres sept onces.

Cette observation nons offre encore un exemple d'un ramollissement avec de légers épanchemens qni avait détruit la snbstance grise et avait disparu; elle nous donne encore un exemple d'une lésion rare, l'épanchement sanguin entre l'arachnoïde et la dure-mère.

RAMOLLISSEMENT DE LA SUBSTANCE GRISE GUÉRI; MORT A LA SUITE D'UNE HEMATÉMÈSE.

Obs. VII.— Sarab Siddons, âgée de 70 ans, meurt subitement après avoir vomi une grande quantité de sang et sans qu'on eût pu rien apprendre sur son état antérieur.

Autopsie 48 heures après la mort. Cerveau très pâle avec infiltration du tissu sous-arachnoïdien sur la partie inférieure des lobes antérieurs du cerveau; il y a une perte de substance d'une portion de la substance grise et les parties voisines sont couleur de rouille. On trouve la même lésion à la base du cervelet. La dure-mère, dans les points correspondans à la portion ramollie, avait la même couleur rougeâtre et était adhérente à la substance grise ramollie. Poids deux livres dix onces; deux artères ouvertes par les progrès d'un ulcère de l'estomac avaient causé l'bémorragie qui avait amené la mort.

Bien que nnus n'eussions ancun renseignement sur ce qui a précédé la mort chez ce malade, cependant on ne pent nier qu'il n'ait présenté des traces d'un ancien ramollissement qui avait disparu à la fois dans le cervean et le cervelet.

APOPLEXIE, HÉMIPLÉGIE, ATTAQUE D'ANGINE DE POITRINE, RAMOLLISSEMENT DE LA SUBSTANCE GRISE, TRACES DE RAMOLLISSEMENT DANS LA PARTIE CENTRALE; HYPERTROPHIE DU CŒUR; OSSIFICATION DE L'ARTÈRE CORONAIRE.

Obs. VIII. — Thomas Wood, âgé de 68 ans, avait souffert fréquemment d'une dyspnée faite avec sentiment de constrictiou au milieu de la poitrine. D'aboudantes saignées lui avaient souvent donné du soulagement dans cet état. Il a eu aussi plusieurs attaques d'apoplexie dont la seconde a été suivie d'hémiplégie du côté gauche, de paralysie de la face et de l'impossibilité d'articuler la parole d'une manière distincte ; les attaques d'angine de poitrine n'en persistèrent pas moins; l'intelligence s'affaiblit, et le malade sembla entrer en enfance; la paralysie de la face disparut; l'articulation fut plus distincte, et la paralysie des extrémités inferieures diminua beaucoup, tant pour la sensibilité que pour le mouvement. Il mourut épuisé par ces attaques répétées.

Autopsie. Cervean presque exsangue; la substance grise des circonvolutions des deux lobes postérieurs du cerveau était ramollie dans une grande étendue; la couche optique droite renfermait une cavité tapissée par une membrane incolore. Le corps strié du côté droit avait beaucoup perdu de son volume par le ramollissement et l'absorption. Il y avait sur plusieurs points du cervesu de petites cavités; la substance blanche était plus dure et plus ferme que d'habitude.

Nous ne tronvons dans le cervean de ce malade qui avait éprouvé plusieurs attaques d'apoplexie dont quelques-unes avaient laissé de la paralysie qui devint permanente dans le bras gauche, nons ne trouvons aucnnes traces d'épanchement saugnin. On admet généralement qne qnand un épanchement sanguin s'est fait dans le cervean, quelques progrès qu'il ait déjà fait pour disparaître par l'absorption, il reste toujours quelqnes traces d'une substance rousse, et qu'on en retrouve tonjours quelques indices lors même que la cavité est déjà presque complètement oblitérée et cicatrisée.

Ce malade n'est pas mort apoplectiqne mais épnisé par les nombreuses attaqnes de ces deux différentes maladies; aussi son cerveau était-il exsangue. Est-ce au vaste ramollissement et à l'absorption de la substance grise des circonvolutions qn'il faut attribner la décadence de ses facultés intellectnelles? La cavité que contenait la concbe optique droite qui était le reste d'un ancien ramollissement de cette partie, est-elle la canse de la paralysie dn bras ganche, pendant qne le ramollissement du corps strié expliquerait la paralysie de l'extrémité inférieure?

ÉPANCHEMENT ABONDANT AVEC ÉPAISSISSEMENT DES MEMBRANES; TRACES DE RAMOLLISSEMENT GUERI; PNEUMONIE, HYPERTROPHIE DU VENTRICULE GAUCHE.

Obs. IX. — F. Knigbt, âgée de 75 ans, est admise avec des symptômes de pneumonie très avancée et qui ne peut être arrêtée par aucun moyen.

Autopsie. Opacité de l'arachnoïde et infiltration du tissu sous-arachnoïdien. En incisant la substance blanche pour arriver anx ventricules latéraux, on trouve dans la substance blanche du corps strié gauche une petite cavité tapis-

---

et de l'isolement, c'est un spectacle nouveau que celui de prisons qui l'emportent en avantages hygiéniques sur nos hôpitaux, sur ces asiles où l'humanité doit se déployer avec le plus de complaisance et de libéralité. Telle maison cellulaire réunit un ensemble de conditions qui manquent à beaucoup de nos établissemens de bienfaisance et de charité. La statistique, féconde en révélations, nous a déjà appris que la vie moyenne des galériens et des détenus des maisons centrales dépasse celle de nos classes ouvrières. Avec cette ferveur immodérée de réforme, et ce luxe d'hygiène à contre-sens, puisque le système qui en est l'objet contient des causes infaillibles de maladies, attendons-nous à voir s'élever des prisons-hôtels, des cellules-boudoirs; le crime sera choyé, dorloté, et s'il ne dépérit phthisique ou ne tourne à la folie, il passera très commodément les années de son incarcération.

Au demeurant, nous sommes grand partisan d'une réforme pénitentiaire quelconque ; nos doutes, nos idées invétérées par l'éducation et le temps, ne tiennent pas contre certains faits, notamment celui de la fréquence des récidives dans le système actuel, et de l'immoralité qui règne dans nos prisons. Mais nous souhaitons un peu moins d'engouement pour des essais tentés à 2,000 lieues de notre pays, chez un peuple vierge, dans des conditions si différentes. Nous voulons une réforme qui s'appuie sur la connaissance des lois morales et physiologiques de l'homme, qui fasse entrer en ligne de compte les nuances de criminalités et les données individuelles. Que l'on recherche, par exemple, si une classification sagement combinée des criminels ne vaut pas mieux que leur isolement; s'il n'est point possible de combiner les réactions morales qui ont lieu d'homme à homme, de manière à créer à travers les groupes de prisonniers une seconde éducation qui corrige l'éducation du vice et du crime; l'association deux à deux, quatre à quatre, fondée sur des analogies et des contrastes, peut avoir plus d'avantage que l'isolement, ce néant anticipé de toute vie, qui ne laisse au criminel d'autre atmosphère que le rayonnement de sa propre nature dépravée, qui ne renvoie à sa pensée que les souvenirs de sa vie passée, et les hallucinations fébriles de la peur. Les effets connus des divers régimes alimentaires sur l'organisme, et, par suite, sur les facultés affectives et intellectuelles, deviendront entre les mains des administrateurs qui sauront manier ces modificateurs, un moyen d'amélioration aussi sûr que facile. Le travail diversifié selon les tendances, les forces et les penchans, les moyens religieux bien dirigés, sont deux autres leviers, remis entre leurs mains pour soulever ce monde de corruption. On le voit déjà, la cellule n'est pas, à nos yeux, l'élément essentiel de la réforme; nous ne faisons pas de celle-ci exclusivement une question de maçonnerie et d'architecture; le cubage des cellules, le degré de lumière qui leur est dispensé, leur exposition, leurs communications avec le dortoir ou le promenoir, tout cela a son importance, mais ne constituera jamais une réforme; une si grande œuvre doit s'appuyer plus haut; et au-dessus de tous les efforts qu'elle provoque, sur tout ce monument nouveau que la philantropie besogneuse du siècle, a hâte d'édifier, doit planer l'idée souveraine de l'expiation ; au risque de passer pour religieux, nous ne croyons pas qu'il y ait, en dehors de ce principe, une refonte pénitentiaire possible, une sauvegarde pour la société, une rédemption morale pour le crime.

Les réflexions qui précèdent nous sont venues à la lecture d'un mémoire que M. Coindet, de Genève, a communiqué récemment à l'Académie des sciences morales et politiques, et qui a pour objet l'hygiène des condamnés détenus dans la prison pénitentiaire de cette ville. La connaissance des faits que contient

sée par une membrane, et plusieurs autres dans la substance grise du corps strié droit. Aucune n'offrait de coloration rouge ou jaunâtre; il y avait hépatisation du tissu pulmonaire; hypertrophie du ventricule gauche et ossification de l'aorte.

Ce cas nous offre encore de nombreuses cavités dans le corps strié tapissé par une membrane incolore, contenant un fluide incolore aussi, et qui sont des restes d'un ancien ramollissement; il y avait encore chez ce sujet une apparence granuleuse d'une portion de la substance blanche qu'on pourrait expliquer en supposant que les parties les plus molles ont été absorbées. Dans cette hypothèse, cet état serait le siége d'une période encore plus avancée du retour du ramollissement vers une guérison complète.

Nous allons maintenant présenter quelques réflexions générales qui nous semblent ressortir des observations précédentes et de quelques autres que nous avons passées sous silence, parce qu'elles n'auraient offert qu'une répétition de celles que nous avions rapportées.

1° Ces faits paraîtront certainement incomplets sous le rapport des symptômes; mais, ainsi que nous l'avons dit au commencement de cet article, il suffit de suivre le développement successif des divers degrés que parcourt le ramollissement cérébral dans sa marche vers un état qui n'est passans donte l'état primitif ou normal, mais qu'on peut regarder comme la guérison du ramollissement. Il y a cependant un certain nombre de cas où les symptômes ont été étudiés et notés avec assez de soin pour qu'il ne reste pas de doute sur la nature de la maladie et sur l'amélioration progressive des accidens de paralysie correspondans aux modifications anatomiques du tissu cérébral que nous avons signalées. Nous citerons surtout les seconde et huitième observations.

2° Les modifications anatomiques que nous regardons comme le retour de la substance grise ramollie vers un état normal sont l'absorption d'une ou de plusieurs couches de cette substance, l'adhérence de la pie-mère, des cavités dans la substance grise des corps striés ou des autres parties centrales avec atrophie. Quand il y a eu en outre une transsudation ou une extravasation hors des vaisseaux sanguins, ce qui constitue le ramollissement rouge de la substance grise, les circonvolutions atrophiées et les petites cavités que présentent les autres parties du cerveau offrent une couleur d'un rouge foncé. Nous retrouvons encore ici comme suite du ramollissement rouge les mêmes lésions que pour le ramollissement blanc de la substance grise, savoir: la disparition partielle ou même complète de la substance grise qui, dans le dernier cas, laisse même à découvert la substance blanche de l'hémisphère, de petites cavités dans les corps striés ou autres parties où il y a de la substance grise et atrophie des mêmes parties.

3° Voici maintenant quels sont les effets de la guérison du ramollissement de la substance blanche. De nombreuses ouvertures comme taillées à pic ou très lisses, contenant un fluide limpide, dont quelques-unes sont tapissées par une membrane fine, tandis que d'autres sont criblées de petites ouvertures (worm-eaten). Ces cavités sont de formes et de volumes très variés, depuis la grosseur d'un pois jusqu'à celle d'une fève. L'état poreux qui fait ressembler les tissus à du fromage et à du pain frais; l'induration de la substance blanche, surtout autour des cavités; l'état granuleux de la substance blanche qu'on trouve dans le cerveau des enfans et des jeunes gens avec un épanchement séreux dans les ventricules, sont probablement le résultat d'un ramollissement inflammatoire qui a eu lieu à une époque antérieure. Quand les cavités dont nous parlons contiennent un dépôt rougeâtre, elles sont le résultat d'un ramollissement rouge ou plutôt de ce qu'on a appelé l'apoplexie capillaire.

REVUE CLINIQUE.

REVUE OPHTHALMOLOGIQUE DE L'HÔTEL-DIEU DE LYON; service de M. PÉTREQUIN, chirurgien en chef désigné.

La France, qui peut se glorifier d'avoir créé l'opthalmologie moderne, reçoit tous les jours le reproche de négliger cette branche utile des sciences médicales. Le temps s'approche où cette accusation, si elle a été motivée, doit cesser de l'être. On oublie, à tort, les travaux importans que ce siècle y a vu naître; on oublie qu'à Paris MM. Sichel, Samson, Carron et Rognetta; à Strasbourg, M. Stœber, auteur d'un excellent manuel, etc., ont fondé des cours d'oculistique où la jeunessé médicale puise des notions précieuses, qui vont éclairer la médecine française, dans les provinces comme dans la capitale. Pour contribuer à ce résultat dans ma sphère, et sauver du même blâme une ville où Guérin, Pontean, Janin et Marc-Antoine Petit se sont occupés, avec tant de succès, des maladies des yeux, j'ai institué une clinique ophthalmologique à l'Hôtel-Dieu de Lyon. Les cas abondent, l'instruction y trouve une source féconde. J'ai cherché à utiliser ainsi, pour les élèves et les jeunes médecins qui me font l'honneur de suivre mes leçons, l'étude pratique que j'ai faite, sur les lieux, des écoles oculistiques de France et d'Italie (Voy. GAZ. MÉD., 6 janv. 1838), en les comparant avec celles d'Allemagne et d'Angleterre. De plus, le service de chirurgie qui m'est confié ne se composant que pour environ un tiers de maladies des yeux, me permet d'établir, sans cesse, des rapprochemens utiles de pathologie générale. Je me bornerai à citer ici quelques-uns des faits que j'ai eu à traiter, et qui pourront conduire à des inductions nouvelles.

§ I. FISTULE LACRYMALE.

On ne saurait trop répéter que les fistules lacrymales présentent une foule de variétés qui réclament, pour la plupart, des médications spéciales. C'est un précepte qu'oublient ceux qui se hâtent sur quelques faits de formuler des règles générales. Un diagnostic plus précis prouverait que souvent on se presse trop d'opérer et que le procédé ne s'applique pas toujours assez à la spécialité morbide.

FISTULES DU SAC LACRYMAL; GUÉRISON PAR UN NOUVEAU PROCÉDÉ.

OBS. I. — Une couturière, âgée de 14 ans, est affectée, le 27 novembre 1837, sans cause connue, d'une tumeur au grand angle de l'œil, avec douleur, rougeur de la face, céphalalgie, etc. Elle entre dans le service de M. Bajard. La fluctuation est manifeste le 30. On ouvre l'abcès, d'où il s'écoule un pus épais et lié (cataplasmes émolliens). La tuméfaction persiste, devient indolente, mais violacée.

---

cette brochure, et les sages commentaires dont l'auteur les accompagne, sont de nature à tempérer l'espèce de vogue qu'obtient parmi nous le système pénitentiaire américain. Fidèle au but essentiel de ses recherches, M. Coindet a surtout étudié les effets physiques de son application; mais avant de le suivre dans cette étude, faisons connaître au lecteur sur quelles bases est fondée la prison de Genève. Deux systèmes dominent aux Etats-Unis: celui d'Auburn et celui de Pensylvanie. Dans le premier, les prisonniers travaillent pendant le jour *isolément* dans leurs cellules, qu'ils ne quittent jamais; dans l'autre, ils travaillent en commun, sous l'obligation du silence, au milieu de vastes ateliers, souvent même en plein air. Un troisième système, intermédiaire entre les deux précédens, a pris naissance à Wethersfield, dans le Connecticut, et c'est ce dernier que Genève a adopté avec une honorable modification; il réunit, comme celui d'Auburn, l'isolement cellulaire pendant la nuit, et le travail en commun pendant le jour; mais tandis que les châtimens corporels sont en usage à Auburn, et qu'à Wethersfield même le fouet a été infligé, quoique très exceptionnellement, et seulement après l'inutile emploi des autres moyens d'intimidation, Genève n'admet d'autres punitions que celles qui sont usitées à Philadelphie: la réclusion solitaire et la cellule ténébreuse. Il y a douze ans passé que ce système mitigé fonctionne à Genève; les résultats moraux qu'il a produits ne manquent pas d'importance; le plus réel consiste dans l'aspect de l'intérieur de cette prison; le calme, l'ordre, le recueillement, l'activité silencieuse qui y règnent, lui impriment une sorte de solennité, qui contraste avec le hideux et turbulent ménage des prisons tenues selon l'ancien régime. La proportion rapidement décroissante des récidives est un autre résultat d'une haute valeur, et qui ne laisserait flotter aucun doute sur l'efficacité du système genevois, si des chiffres, d'ailleurs authentiques, suffisaient pour le démontrer; mais, en bonne statistique, le chiffre est une lettre morte; il faut le vivifier par l'interprétation, le consolider par des rapprochemens. Or, voici venir M. Coindet, qui nous apprend qu'un assez grand nombre de prisonniers de la maison pénitentiaire n'en sortent que pour passer à celle des aliénés, dont il est lui-même le médecin; c'est-à-dire que les élémens de la récidive diminuent, sans que l'on puisse affirmer qu'il y ait diminution des récidives même. 329 prisonniers qui ont passé par le pénitencier dans l'espace d'environ douze ans, ont fourni 15 aliénés à folie évidente, chaque relaps n'étant compté dans ce relevé que pour une unité; 3 autres cas d'aliénation se sont manifestés; mais la maladie laissant encore quelque doute, l'auteur ne les mentionne que pour mémoire. La proportion des aliénations survenues parmi les détenus a donc été de 4, 55, sur 100, proportion qui peut et doit s'élever encore, puisque les condamnés encore détenus, et compris dans le total de 329, peuvent fournir, jusqu'à leur libération, un nouveau contingent d'aliénés. Quel est le rapport numérique des aliénations observées dans la prison pénitentiaire, et de celles fournies par la population libre de Genève? La prison ne recevant point de femmes, ce terme comparatif ne doit être pris que sur la population mâle, qui s'élève à 28, 105; d'après une table de survivance et de mortalité, calculée pour Genève par M. E. Mallet; ce chiffre descend à 28,410, après déduction des enfans au-dessous de 9 ans, non admis dans le pénitencier. La proportion des aliénés libres, calculée d'après cette base, est, à Genève, de 1,86 sur 1000; c'est-à-dire 24 à 25 moindre que dans la prison pénitentiaire. En remontant aux causes de cette disproportion, on doit tenir compte des faits suivans: 1° il existe chez un grand nombre de détenus une forte prédisposition aux maladies mentales; la plupart

Le 1er janvier 1838, je prends la direction du service. Je trouve à gauche, au grand angle, une tumeur allongée, fluctuante, avec rougeur foncée de la peau, et écoulement d'un pus sanguinolent, descendant en forme de croissant de la racine du nez jusqu'au trou sous-orbitaire. Je m'occupais de faire résoudre l'engorgement avec des frictions d'onguent napolitain, dont plus tard on aide l'action par l'application d'un petit emplâtre de vigo. L'engorgement paraissait s'affaisser et se résondre, lorsqu'à la fin de janvier, par l'action du froid, une subinflammation se développa; la tumeur reprit son étendue, et je fus obligé de pratiquer une contr'ouverture, qui resta fistuleuse. La peau se décollait tout à l'entour; il n'y avait pas d'épiphora; mais la pression du sac faisait écouler des larmes par deux petites ouvertures fistuleuses: le mal cheminait toujours.

Le 2 février, je commençai à injecter dans le foyer, avec la seringue d'Anel, une solution légèrement caustique de cinq grains de nitrate d'argent pour quatre onces d'eau de rose. Une partie de la joue se tuméfiait, preuve de l'étendue du décollement; le liquide sortait à la fois par le nez, les points lacrymaux et deux ouvertures fistuleuses du sac.

Le 6 février, outre les injections, j'employai la compression, au moyen de compresses graduées.

Le 10, après huit injections et quatre jours de compression, les fistules sont toutes fermées; la peau est recollée, la tumeur affaissée. Il n'y a qu'un peu de rougeur dans l'œil.

Le 12, le recollement paraît complet; la peau, auparavant d'un rouge foncé, n'est plus qu'un peu colorée; le cours des larmes est libre; l'injection oculaire a disparu. La guérison est complète; on garde encore la malade quelques jours pour s'assurer qu'elle est radicale. Elle sort le 16. (Recueillie par M. Paul Brun, interne.)

Cet heureux résultat fut rapide. Je m'assurai ici qu'on avait à faire à un ankylops sous-cutané, primitivement étranger aux voies lacrymales, mais qui, en décollant la peau, avait fini par ramollir et perforer le sac, ce qui amena deux fistules par érosion: les moyens ordinaires ne me parurent pas devoir être appliqués; les indications à remplir étaient de recoller la peau, de tarir la sécrétion du pus, et de cicatriser les fistules. J'imaginai d'exciter par des injections les parois du foyer pour les mettre ensuite en contact et en provoquer l'adhésion; le cours des larmes étant resté libre, la compression m'offrit un moyen accessoire d'obtenir ensuite le recollement. Par cette méthode rationnelle, je réussis avec huit injections et quatre jours de compression à procurer la guérison d'une maladie qui durait depuis plus de deux mois, et dont la marche empirait toujours.

§ II. Ulcères de la cornée.

Tous les ulcères kératiques ne peuvent ni ne doivent être traités par le nouveau procédé que je vais décrire, non plus que toutes les fistules lacrymales ne sauraient l'être par celui que je viens d'exposer.

Outre leurs diverses complications, les ulcères présentent des conditions spéciales qui s'opposent à l'organisation de la lymphe plastique de la cicatrice. Il s'agissait de les reconnaître et de les analyser; c'est par là que je suis arrivé au procédé suivant; citons d'abord le fait;

Ulcère de la cornée; guérison par un nouveau procédé.

Obs. II. — Une ouvrière, âgée de 21 ans, lymphatique, d'une assez bonne santé d'ailleurs, entre à l'Hôtel-Dieu le 26 mars 1838, pour un ulcère kératique à l'angle externe de l'œil gauche, compliqué d'une ophthalmie angulaire avec photophobie. La maladie datait de près d'un mois. L'ulcère était large; plusieurs capillaires variqueux s'y rendaient. Les moyens ordinaires échouèrent: les collyres au laudanum, au sulfate de cuivre, les purgatifs salins, le crayon de nitrate d'argent, rien ne réussit.

Le 10 avril, après avoir cautérisé avec l'azotate d'argent, je bassinai l'œil avec de l'eau fraiche et l'essuyai, puis je fermai exactement les paupières avec deux bandelettes de taffetas d'Angleterre; le tout fut recouvert d'un léger bandeau.

Le 14, M. Boissière, élève interne, leva l'appareil, que la malade avait supporté sans douleur, sauf quelques picotemens. Mon but était atteint; nous trouvâmes l'ulcère parfaitement cicatrisé. L'ophthalmie angulaire, qui avait peu diminué, céda rapidement au collyre de nitrate d'argent laudanisé. La guérison de l'ulcère ne se démentit pas jusqu'au 22 avril, jour de la sortie de la malade.

Voici par quelle série de réflexions j'avais passé:

Par la cautérisation légère avec le nitrate d'argent, je modifiais la phlegmasie et je favorisais la sécrétion de la lymphe plastique; en maintenant l'œil fermé, je produisais le repos nécessaire pour qu'elle s'organisât en pseudo-membrane; j'empêchais le mouvement des paupières, qui ont le double désavantage d'enlever, par leur frottement continuel, la couche plastique à mesure qu'elle se forme et d'irriter, sans cesse, la surface ulcérée; de plus, je mettais l'œil à l'abri des vicissitudes de l'atmosphère et du contact irritant de l'air et des poussières; enfin, je le plaçai dans des conditions de chaleur et d'obscurité les plus favorables à la cicatrisation.

L'expérience confirma ma théorie, et le quatrième jour je trouvai guéri un ulcère qui persistait opiniâtrément depuis plus d'un mois. De nombreuses applications pourront en être faites. Mais ce moyen ne convient pas dans tous les cas, notamment lorsqu'il y a un écoulement abondant, soit de larmes, soit de mucus ou de muco-pus, etc. Les indications que je donne suffiront pour le faire appliquer à propos.

§ III. Staphylôme.

Quand on songe que l'extirpation partielle de l'œil est la seule ressource que les auteurs proposent contre le staphylôme chronique et étendu, on peut, avec Scarpa, S. Cooper et Stœber, le regarder comme une des maladies les plus graves dont cet organe puisse être affecté. Je parlerai ici du staphylôme de la cornée, de l'iris et du corps ciliaire. J'ai été conduit à un procédé curatif nouveau par une série de réflexions entreprises pour un travail intitulé: *De la méthode des analogues appliquée à l'étude et à la généralisation des phénomènes de l'ophthalmologie.*

Le staphylôme de l'iris avec perforation de la cornée est l'analogue des bourgeons fongueux, des ulcères des membres, s'échappant à travers une perforation des aponévroses. Il végète comme eux; s'il est peu proéminent, la cautérisation ordinaire pourra parfois le réprimer comme eux; mais, s'il est large et conique, elle est impuissante et dangereuse, elle ne fait plus qu'irriter sa surface; il bourgeonne davantage par sa racine et le mal empire. C'est donc une méthode irrationnelle. Alors j'ai imaginé d'y creuser, avec une pierre infernale très pointue, une sorte de cautère creux infundibuliforme, qui attaquât à la fois le sommet, le centre et la racine; il s'établit une suppuration centrale qui dégorge profondément. Les résultats de l'expérience ont parfaitement répondu aux prévisions raisonnées de la théorie. Citons des faits.

---

d'entre eux sont en proie à de véhémentes passions, ont exalté leur système nerveux par une longue série d'excès; plusieurs puisent dans le souvenir même de leurs fautes, une excitation fâcheuse, ou tombent dans la mélancolie; ce sont là autant d'échelons qui mènent à la folie; et, à notre avis, M. Coindet ne les a pas pris en assez grande considération. 2° Des fous et des idiots sont enfermés dans les prisons pour des actes dont leur état mental annulle la responsabilité; ils y languissent confondus avec les malfaiteurs, échappent au coup-d'œil superficiel des surveillans; c'est surtout dans nos prisons de province que l'on rencontre de ces malheureux. En Angleterre, sous le règne de Georges III et de Georges IV, des actes du parlement sont intervenus en leur faveur, et ont fixé l'attention des administrateurs sur cette déplorable promiscuité des fous et des criminels; malgré ces précautions du législateur, MM. Crawfort et Russel, dans le rapport qu'ils ont publié en 1836, sur les prisons d'Angleterre, ont signalé des aliénés qui y étaient détenus depuis 15, 16, 24 ans. Quoi qu'il en soit, et part faite aux causes précitées, la fréquence de l'aliénation dans les nouveaux pénitenciers est un phénomène bien constaté; elle est notée dans le rapport que le directeur du célèbre établissement de Cherry-Hill, près de Philadelphie, a fait en janvier 1836, et M. Demetz a récemment estimé, dans cette maison, la proportion des insensés aux autres détenus = 5,13 sur 100.

Après avoir mis en évidence ce premier fait si important pour l'hygiène pénale, à savoir, la fréquence des aliénations, M. le docteur Coindet s'informe, par la voie de la statistique, de la santé corporelle des prisonniers. Peut-être eût-il été plus logique de commencer par ces dernières recherches qui contiennent en partie la raison des désordres intellectuels observés chez les détenus. « L'aspect général de ceux-ci, dit l'auteur, n'est pas celui d'hommes jouissant de la plénitude de la santé; ils ont le teint blême, les chairs flasques, l'habitude des constitutions lymphatiques, un grand nombre de leurs maladies attaquent les tissus blancs; ce sont principalement les tubercules se développant dans les parenchymes, surtout au milieu des poumons, et entraînant la mort après de longues souffrances. » L'âge moyen des prisonniers à leur admission est cependant l'âge de la force et de la plénitude du développement physique, car il est de 30 ans 3 mois. La durée moyenne de leur peine n'est que de 3 ans; et du 1er janvier 1827 au 1er janvier 1838 la moyenne des journées de maladie passées à l'infirmerie ou dans la cellule sanitaire a été de 3, 08, pour 100 journées de détenu, = 11, 24 jours par an. — Avec les mêmes données d'âge et de vie, on aurait pour les artisans libres, suivant les tables imprimées de Villermé, = 4, 45 jours par an. Voilà certes une énorme différence. Passons à la mortalité des prisonniers; elle est de 1 sur 42; pour la population libre de Genève, elle est de 1 sur 46,92 (E. Mallet), quoique le premier chiffre tombe sur une réunion d'hommes jeunes et généralement vigoureux; et le second chiffre sur une masse formée de vieillards, d'enfans, d'infirmes, aussi bien que d'adultes, etc.

Il meurt donc plus de prisonniers que d'habitans libres à Genève; les premiers sont plus souvent malades que ces derniers. Ces différences de résultats s'expliquent-elles par l'infériorité des conditions hygiéniques où vivent les détenus? Mais ces conditions sont excellentes; rien de plus salubre que l'emplacement de la prison; rien de mieux ordonné, de mieux entretenu que l'intérieur de chaque cellule; le prisonnier est astreint à des soins minutieux de propreté; ses vêtemens sont variés avec la saison, sa nourriture abondante et d'une qualité parfaite; les travaux et les récréations sont réglés de manière à ména-

STAPHYLÔME PYRAMIDAL DE LA CORNÉE, AVEC HERNIE DE L'IRIS. GUÉRISON PAR UN NOUVEAU PROCÉDÉ.

Obs. III. Claude Berger, âgé de 62 ans, né à Jallien (Isère), profession de meunier, entre, le 11 février 1838, dans le serviec de M. Pétrequin. L'œil droit est sain, l'iris en est brun. Le gauche offre une saillie proéminente de plusieurs lignes, formée par la cornée distendue, et assez large pour empêcher les paupières de se clore. Le sommet de cette tumeur, qui répond au centre kératique, est le siége d'une large perforation, à travers laquelle l'iris fait hernie à nu. Le reste de la cornée est grisâtre et opaque. Les fonctions visuelles de cet œil sont totalement abolies. Il est, en outre, le siége de douleurs très vives et continuelles, qui se propagent à la tempe et à tout le côté gauche de la face; les paupières sont douloureuses, légèrement œdémateuses, et la conjonctive oculaire injectée; des vaisseaux variqueux se prolongent sur la tumeur.

Voici quelques renseignemens sur l'état antérieur :

Le 29 septembre 1837, le malade, étant en sueur, se mit dans l'eau froide pour travailler. Le lendemain, inflammation vive de l'œil gauche, qui le fait entrer dans le service de M. Bajard. Saignée du bras; successivement trois vésicatoires à la nuque; collyre avec l'eau végéto-minérale, cautérisation avec le nitrate d'argent. Au bout de trois semaines, il sortit sans être bien guéri.

12 février 1838, purgatif avec le sulfate de soude; collyre avec le sulfate de cuivre, le laudanum et l'eau de rose. Quatre jours après, le sommet du staphylôme est cautérisé à plat, par la méthode ordinaire avec le nitrate d'argent.

4 mars. Frictions avec l'onguent napolitain sur le front et les tempes, continuées pendant huit jours, sans menace de salivation. Le staphylôme reste le même.

15 mars. Le malade se plaint de douleurs dans l'orbite et d'une hémicrânie gauche, qui lui a fait perdre le sommeil. Application de douze sangsues à la tempe; soulagement notable.

19. L'œil restant toujours le même, M. Pétrequin enfonce dans le staphylôme, par son sommet ulcéré, un crayon conique de nitrate, pour produire une cautérisation profonde en forme de cautère creux. On bassine ensuite l'œil avec de l'eau fraîche.

22 mars. Deuxième cautérisation centrale en infundibulum.

25 mars. Diminution notable de la saillie du staphylôme. Troisième cautérisation.

31 mars. Guérison parfaite du staphylôme. Cessation complète des douleurs. On distingue à découvert la perforation ovalaire de la cornée d'une ligne et demie de diamètre; l'iris est réduit; la cicatrice se forme, et procède des bords au centre; on voit à la loupe de petits capillaires qui s'y prolongent. Il se développe au centre, à deux reprises, deux tumeurs miliaires, comme aqueuses, qui cèdent à une cautérisation à plat. Les paupières se ferment bien, et sont saines. On garde le malade jusqu'au 9 avril pour s'assurer que la cure est radicale. La cicatrice est parachevée. (Recueillie par M. Boissière, interne.)

Je ne m'arrêterai point à faire remarquer combien fut rapide cette heureuse terminaison; je dois dire qu'il ne faudra pas toujours employer d'*emblée* la cautérisation infundibuliforme; je ferai observer que j'ai commencé par combattre les douleurs et l'irritation par un purgatif, des frictions mercurielles et des sangsues. Ces précautions prises, trois cautérisations en cône m'ont suffi pour obtenir en dix jours la guérison d'un staphylôme qui datait de plusieurs mois. Ce qui augmente l'importance de ce résultat, c'est que j'ai vu les oculistes être forcés de recourir à l'excision; c'est-à-dire à l'extirpation partielle de l'œil, pour des cas parfaitement semblables. L'observation suivante, où j'ai pu conserver non-seulement l'organe, mais encore la faculté visuelle, démontre encore mieux les avantages de mon procédé (1). Lorsque le staphylôme offre une masse volumineuse et large, il faudra, pour atteindre le but, pratiquer, après les préparations convenables, plusieurs de ces petits cautères creux.

STAPHYLÔME DU CORPS CILIAIRE ET DE LA GRANDE CIRCONFÉRENCE DE L'IRIS; GUÉRISON PAR UN NOUVEAU PROCÉDÉ, AVEC CONSERVATION DE LA VUE.

Obs. IV. — Il s'agit d'un homme âgé de 37 ans, lymphatique, n'ayant jamais eu mal aux yeux. En février 1837, une tache rougeâtre, qu'il portait depuis quinze ans sur la sclérotique de l'œil droit, à une ligne en dehors de l'iris, s'étendit vers le bord de la cornée sans trouble de la vision. En mars, elle dégénéra en une tumeur élevée sur la circonférence de l'iris, et qui s'accrut insensiblement. Au mois de juin, une seconde tumeur surgit sur la sclérotique, à une ligne en arrière de la cornée. Les progrès de ce double staphylôme furent lents, mais continus.

Le 12 février 1838, le malade fut admis dans le service de M. Pétrequin, qui, à l'examen, reconnut 1° une tumeur semilunaire d'un noir opaque, de deux lignes de diamètre, à la partie externe du miroir de l'œil droit, et s'avançant d'une ligne sur la cornée; 2° une autre tumeur, noirâtre, grosse comme une tête d'épingle, avec une auréole rougeâtre, placée en arrière sur la sclérotique qui est saine ailleurs; 3° une faiblesse de la vue à droite; jamais la vue n'a été complète de ce côté; 4° enfin, une intégrité des humeurs de l'œil; il y a un léger larmoiement; il n'y a pas de douleurs; seulement quand l'œil est exposé à un grand air ou à une lumière vive, il éprouve une sensation de gravier; l'état général est bon. La choroïde ne paraît pas malade. Diagnostic : staphylôme du corps ciliaire et de la grande circonférence de l'iris. (On met le malade au régime.)

16 février. Cautérisation des deux tumeurs avec le nitrate d'argent par la méthode ordinaire. Deux instillations d'un collyre avec 3 gr. de sulfate de cuivre, et 5 gouttes d'extrait de belladone pour 4 onces d'eau de roses. La cautérisation est renouvelée tous les trois ou quatre jours.

25 fév. Légère diminution de la petite tumeur. Conjonctivité douloureuse. (15 sangsues à la tempe.)

La grande tumeur, un peu moins saillante, était plus large; sa queue s'élevait en forme de croissant, suivant la circonférence de la cornée et de l'iris. La cautérisation étant impuissante pour arrêter le mal, on eut recours en outre aux frictions mercurielles, si efficaces dans l'iritis. On ajouta, le premier mars, deux pilules d'aloès par jour, comme révulsif.

18 mars. Les progrès sont lents et peu sensibles. M. Pétrequin se sert d'un crayon pointu de nitrate d'argent pour cautériser profondément au centre de la tumeur, jusqu'au niveau de la cornée, et y produire un petit cautère suppurant. Instillation d'un collyre avec 3 gr. de nitrate et 6 gouttes de laudanum pour 4 onces d'eau de roses.

Depuis lors, le progrès devient plus rapide.

21 mars. Céphalalgie, douleur dans l'œil et dans la tempe, avec rougeur de la conjonctive. (15 sangsues à la tempe.)

23. Un deuxième cautère creux est pratiqué au-dessous du premier, dans l'épaisseur du staphylôme; ils suppurent l'un et l'autre. Le mal ne s'étend plus, il s'affaisse peu à peu après chaque cautérisation, qu'on répète tous les trois ou quatre jours. La cornée saine et transparente n'est un peu troublée qu'au bord de la tumeur; la pupille est un peu déformée, la vue se conserve. Le malade se trouvant bien, et s'ennuyant d'ailleurs de son long séjour à l'hôpital, demande sa sortie le 28 avril. (Recueillie par M. Teissier, interne.)

Cet homme revint me voir dans le mois de mai; il allait bien. Cet heureux résultat devra fixer l'attention des praticiens, en raison de l'ancienneté de la maladie, de sa gravité, de l'impuissance éprouvée des moyens ordinaires, de

(1) On ne confondra pas ce procédé avec les cautères révulsifs de Richter, que Scarpa a blâmés par expérience. (Scarpa, ch. IV; S. Cooper, *Dict.*, 1828.) Heister dit qu'on ne réussit presque jamais à conserver la vue. (P. II, sect. II, ch. LIX.)

---

ger ses forces; sa réclusion le soustrait à l'action des vicissitudes atmosphériques; il est, en un mot, mieux logé, mieux nourri, mieux vêtu, moins fatigué et plus proprement tenu que la plupart des agriculteurs. Ce n'est dont pas l'hygiène qu'il faut interroger pour arriver à comprendre les chances de maladie et de mortalité qui pèsent si lourdement sur lui. On peut bien invoquer ici encore les influences morales qui ont agi ou qui agissent encore sur lui; avant d'aborder ce lieu d'expiation, le prisonnier a roulé dans les orages d'une âme corrompue; il a passé par les angoisses d'un jugement, les vices de sa nature incorrigée le travaillent encore, ou s'ils s'apaisent enfin, ils font place au remords : « Cette prison (page 23) à laquelle un ordre admirable, un calme profond, donnent un air si solennel, renferme bien des passions dévorantes, bien des cœurs ulcérés, et cache de cruelles tortures. Un pareil état mental contribue au dérangement de la santé du corps, et quelquefois aussi renverse l'équilibre des facultés mentales. » Mais il est d'autres causes encore qui nous expliquent la détérioration progressive de la santé des détenus, au milieu des circonstances en apparence les plus propres à l'entretenir. A leur arrivée dans le pénitencier, ils subissent tous sans exception une détention plus ou moins prolongée en cellule solitaire; la durée de cette première épreuve est calculée sur la nature du délit. Ils ne peuvent se promener que pendant un temps très court, à pas lents, en silence et dans une cour étroite; encore sont-ils privés souvent de cet exercice insuffisant, tantôt par le mauvais temps, tantôt par mesure de discipline. Cette privation du grand jour et du mouvement entraîne des effets d'autant plus désastreux que la plupart de ces hommes ont appartenu à ces classes de la société qui se livrent au grand air aux travaux les plus pénibles et ont besoin de participer à l'activité tumultueuse des rues. Les moyens disciplinaires, consistant dans la détention en cellule solitaire ou en cellule ténébreuse, exercent une influence fâcheuse sur leur moral. On a calculé la moyenne des jours de punition infligés annuellement à chaque détenu; elle est de 23, 49. Enfin le silence absolu qui leur est imposé débilite les organes de la respiration et de la voix, frappe de langueur les fonctions digestives, prédispose aux phthisies. *Clara lectio post prandium*; ce dicton de l'antiquité est un précepte de bonne hygiène. Le chant, la parole agissent, non seulement par l'exercice des organes vocaux et respiratoires, mais encore par le mouvement moral qu'ils déterminent. En résumé, l'état moral que produit l'isolement, surtout en cellule ténébreuse, l'action physique du silence permanent, la privation d'un exercice suffisant, pris au grand jour et en plein air; en d'autres termes, le régime pénal tout entier de la prison nouvelle, telle est la source où le prisonnier puise la maladie, telle est la cause de la mortalité du pénitencier de Genève. Après avoir fait servir l'analyse et la statistique à la démonstration de ces faits, M. le docteur Coindet ajoute que le régime pénal agit sur la santé des détenus en raison directe de sa rigueur, et sa conviction a rapidement pénétré en nous, quand nous l'avons suivi dans le parallèle des résultats obtenus dans les différens pénitenciers où ce régime pénal a été introduit à différens degrés d'intensité (Walnut-Street à Philadelphie, Auburn à New-York, Cherry-Hild à Philadelphie, Wethersfield, etc.), comme aussi dans l'appréciation des résultats qu'a fournis l'établissement de Genève dans les phases qu'il a traversées pour arriver à sa forme actuelle. Il résulte de ces recherches comparatives, que plus la sévérité de la peine s'accroît, plus la santé des prisonniers se dégrade et moins ils résistent aux châtimens. Aussi a-t-on toujours reproché, en Amérique, au système pensylvanien de porter atteinte à la santé physique et

l'absence des ressources efficaces au pouvoir de l'art, et de la possibilité où j'ai été de conserver à la fois l'organe et les fonctions visuelles.

§ IV. Cataracte.

On a tant écrit sur la cataracte, que je ne serais point revenu sur ce sujet, si je n'avais à émettre quelques observations nouvelles sur les moyens d'inciser sûrement la capsule, d'éviter les déchirures dans la dépression, de détruire une cause peu connue d'ophthalmie, de prévenir l'inflammation par un traitement prophylactique, etc.

Obs. V.—Un homme de la campagne, âgé de 55 ans, vint me consulter à la fin d'avril 1838 pour une double cataracte. Celle de l'œil gauche datait de quatre ans, et celle du droit était complète depuis un an. Les yeux étaient sains, les pupilles normales et contractiles sans adhérences; les deux cataractes étaient d'un gris jaunâtre, plus foncé au centre, du reste uniforme, avec l'auréole noire projective de l'ombre de l'iris, laissant exister la chambre postérieure, permettant au malade de distinguer non seulement le jour, mais même les couleurs vives; l'état général est bon. Je diagnostiquai une double cataracte crystalline, dure. Je diminuai peu à peu sa nourriture.

Le 1er mai, je lui ordonnai un purgatif qu'on répéta le 10; je le mis à l'usage de tisanes laxatives; je supprimai l'usage du tabac à priser qui le faisait éternuer.

Le 10, il se trouva à la diète.

Le 12 mai, assisté de MM. les docteurs Garnier et Périssel, j'opérai, dans la matinée, l'œil gauche cataracté depuis quatre ans; j'avais instillé la veille et le matin quelques gouttes d'extrait aqueux de belladone. Pour déchirer la capsule antérieure, j'y appliquai une aiguille courbe, et lui fis exécuter sur son axe des mouvemens en demi-arc de cercle; pour déprimer sans déchirure, j'exécutai plusieurs petites secousses qui détachèrent le crystallin sans effort brusque. Le malade entrevit mes doigts. Je couvris l'œil d'une petite compresse que je fis arroser d'eau de roses toutes les heures. Il fut couché dans une chambre obscure. Je fis prendre dans l'après-midi une potion calmante avec une once et demie de sirop diacode; dans la nuit et la matinée suivante, une seconde fut administrée. Le soir du premier jour, la tête était un peu lourde, et le pouls fort; je pratiquai une saignée du bras. La nuit fut bonne; mais le matin, il se plaignit de picotemens et de douleurs dans l'œil gauche, qui allèrent en augmentant toute la journée. Le soir, je trouvai l'œil tuméfié et douloureux, surtout à la paupière supérieure. Malgré les recommandations des auteurs, je pris le parti de l'entrouvrir; il s'en écoula beaucoup de larmes; je le bassinai avec de l'eau de roses; il se trouva détuméfié et soulagé. Une troisième potion diacodée rendit la nuit bonne. Depuis lors, il alla de mieux en mieux; les trois premiers jours, il ne prit que de la tisane de veau et de laitue; le quatrième, je permis des potages, et l'on alla toujours en augmentant. Le cinquième jour, je commençai à exercer l'œil pendant quelques minutes. Il était à peine injecté; je laissai peu à peu le jour pénétrer dans la chambre; le malade se leva et s'exerça l'œil. Il reconnaissait des personnes qu'il n'avait pas vues depuis un an ou deux; sa vue s'étendait et devenait plus nette chaque jour. Il retourna dans son pays le quatorzième jour, voyant bien et loin.

L'incision de la capsule, dans l'abaissement, est très difficile, pour ne pas dire impossible par la méthode ordinaire; de là, tant de manœuvres et tant d'instrumens qu'on a successivement proposés, mais sans succès; aussi, dans l'impossibilité d'y réussir, quelques opérateurs modernes en sont venus, en désespoir de cause, à conseiller de laisser la cristalloïde intacte. Mais l'existence des cataractes secondaires fera toujours improuver de pareils préceptes. Après maintes expérimentations, j'ai découvert un procédé sûr et si simple, que je suis étonné qu'on n'en ait pas déjà fait usage; j'introduis par la sclérotique une aiguille courbe sur le point que je veux inciser, je l'y applique, et lui fais alors exécuter *sur son axe* un mouvement en demi-arc de cercle; la pointe entame et déchire facilement la capsule.

De nombreuses expériences m'ont également démontré que, dans la dépression qu'on exécute en un seul temps, les tractions brusques qu'on exerce alors amènent dans l'œil des désordres souvent très graves, qu'on peut éviter par l'abaissement en plusieurs mouvemens; alors, par des tractions modérées et en divers sens, on voit les adhérences se détacher et se dissoudre sans accident; parce qu'elles se détruisent d'une manière partielle et successive. C'est une remarque sur laquelle on ne saurait trop insister.

Une troisième observation importante est relative à l'accumulation des larmes sous la paupière supérieure dans le point où viennent s'ouvrir les orifices des conduits excréteurs de la glande lacrymale: elles distendent douloureusement la paupière, échauffent et irritent, par leur contact prolongé, l'œil qui n'a déjà que trop de tendance à s'enflammer, et constituent une cause grave d'ophthalmie, oubliée à tort par les auteurs. Je donne les moyens d'y remédier.

J'ai déjà indiqué (Gaz. Méd., 2 déc. 1837) tout l'avantage qu'on retire, en médecine opératoire, des narcotiques employés à propos. C'est un moyen puissant que la chirurgie néglige trop, et qu'il est utile de rappeler.

§ V. Amaurose ou goutte sereine.

La plupart des médecins regardent l'amaurose comme incurable; et il est vrai de dire que la majeure partie des remèdes que proposent nos traités classiques sont peu propres à en triompher. Si l'on joint à cela le défaut de diagnostic précis et de méthode rationnelle, on s'explique sans peine que l'incurabilité de la goutte sereine soit passée en proverbe dans le public. Cela tient aux erreurs qui règnent sur ce sujet parmi les praticiens. Je m'explique.

Toutes les amauroses ne sont point identiques; toutes ne doivent point se traiter de même. Bien qu'au fond ce soit toujours une paralysie plus ou moins complète de la vue, il est rare qu'elle se présente dans un état de simplicité: tantôt elle se complique d'anhémie, et alors une indication plus élevée vent d'abord être remplie; tantôt, au contraire, c'est une congestion sanguine qui s'y mêle, et il faut préliminairement combattre cette hyperstênie. Tantôt il y a subinflammation chronique de la rétine; tantôt c'est une asthénie qui survit à une congestion oculaire apoplectique, ou une névrose dyscrasique de la rétine qui entraîne l'amaurose torpide, etc. Ce sont là autant de variétés tranchées, autant d'indications spéciales dont je vais donner des exemples.

C'est donc à dégager la goutte sereine de ses complications qu'on doit s'attacher, c'est à la réduire à l'état de simplicité, en décomposant et attaquant à mesure les divers élémens morbides qui s'y combinent. La médecine ne doit pas être une série de formules banales; c'est une science d'indications. Hors de là, on n'a qu'un empirisme aveugle; tant qu'on ne s'adresse pas à la spécialité morbide, on ne peut que compromettre les meilleures médications. Heureux si cette confusion se bornait à quelque désordre dans la matière médicale, et seule n'amenait pas parfois l'incurabilité absolue d'une maladie très curable!

Ainsi, attaquer d'abord les complications, puis l'asthénie visuelle; distinction importante méconnue à tort par les thérapeutistes. Contre l'amau-

---

mentale des détenus. En appliquant le procédé d'une statistique judicieuse aux rapports annuels publiés par le docteur Bache, attaché depuis neuf ans au pénitencier de Cherry-Hill (Philadelphie), M. Coindet obtient pour une période de trois ans les proportions croissantes de mortalité qui suivent:

1re année... 27,7 } Système primitif d'Auburn, tempéré par des influences
2e année... 42,4 } morales (prédications, chant des psaumes, etc.), sans
3e année... 47,1 } exercice musculaire suffisant.

L'auteur de l'excellent mémoire que nous analysons ne se borne pas au rôle de statisticien. Jalonner des chiffres, en exprimer des résultats plus ou moins intéressans est une tâche assez stérile. Médecin, il devait aller plus loin, et, le mal mis en lumière, formuler une série de moyens propres à le prévenir, à le guérir. M. Coindet termine donc par un rapide essai d'*Hygiène pénale*. Il discute les influences que l'on doit diriger sur les prisonniers, dans le but de neutraliser les causes de détérioration physique et morale signalées plus haut; il examine quels travaux il convient d'établir dans les prisons, quelles punitions concilient le mieux les intérêts inflexibles de discipline et les exigences sanitaires, etc. Nous ne suivrons pas M. Coindet dans cette dernière partie de son mémoire, qui nous a paru trop concise et qui contient plutôt les indications que les préceptes largement établis d'une hygiène pénale. Nous reconnaissons avec lui que celle-ci est à faire et qu'elle a droit à constituer désormais l'une des branches les plus importantes de l'hygiène publique. Que les médecins attachés aux prisons, aux pénitenciers, à tous les établissemens de discipline criminelle et civile, imitent l'exemple de notre savant confrère de Genève! Qu'ils se livrent, chacun dans le cercle où s'exerce son observation journalière, à des recherches exactes, à la vérification des données mises en avant, à la découverte de faits nouveaux (et la matière est riche); qu'étrangers aux préoccupations systématiques, surtout familiarisés avec les procédés d'une analyse rigoureuse, ils exploitent la mine précieuse qui leur est échue, et bientôt l'hygiène pénale surgira de leurs travaux réunis. C'est aux médecins à comprendre toute l'étendue de leur mission, toute l'influence que leur offre la société. Ceux-là se trompent ou jalousent la grandeur de notre rôle qui veulent nous reléguer au lit du malade; sans doute guérir est le premier office de notre art; mais nous ne nous devons pas seulement à l'individu; la société sollicite à son tour notre bienfaisante intervention; elle aussi a des maux à guérir, des maux à conjurer; la médecine doit déployer sur elle le réseau tutélaire d'une vaste et savante prophylaxie; le médecin appartient non seulement à son voisin, mais encore aux institutions de son pays.

Michel Lévy, professeur au Val-de-Grâce.

— Nous saisissons le moment où le magnétisme animal semble de nouveau attirer l'attention publique et celle des médecins, pour annoncer l'*Examen et la réfutation du rapport de M. Dubois* (d'Amiens); par le docteur D.-J. Berna. Sans nous prononcer sur la valeur des faits contenus dans cet ouvrage, nous ne pouvons nous empêcher de reconnaître que l'auteur a traité ce sujet délicat avec convenance, clarté et équité. Nous ne doutons pas que son mémoire n'ait pour résultat de justifier sa personne et ses travaux des attaques dont il a été l'objet, et que la question du magnétisme en elle-même y gagnera aussi quelque chose. Cet écrit se trouve chez Just Rouvier et E. Le Bouvier, rue de l'École-de-Médecine, 8.

rose, j'ai souvent, comme MM. Miquel (1) et Shortt, employé avec succès les préparations de noix vomique. Les assertions de quelques auteurs étaient peu faites pour encourager à des essais de ce genre. Joerg a avancé que les strychnos font enflammer les yeux (*Arch. de méd.*, 1830, XXVI). Wepfer a dit que, dans l'empoisonnement par la noix vomique, il y a abolition de la vue. L'analogie clinique (2) a été mon guide; j'ai vu qu'il fallait varier suivant les indications : voici comment je suis parvenu à les spécifier pour formuler rationnellement ma thérapeutique.

AMAUROSE DE L'ŒIL DROIT, PRÉCÉDÉE D'UNE AMBLYOPIE CONGESTIVE. GUÉRISON.

OBS. VI. — Il s'agit d'une ouvrière en soie, âgée de 17 ans, d'un tempérament sanguin, entrée dans mon service le 31 mars 1838. Depuis quelque temps, elle s'apercevait d'un affaiblissement de la vue de l'œil droit, de brouillards voltigeant devant ses yeux, de douleurs orbitaires, et d'une sensibilité insolite à la lumière. Bien qu'elle pût encore s'occuper le jour, il lui était impossible de travailler à la lumière artificielle. La vue s'était perdue, sans cause connue, une semaine avant son entrée. Ses règles étaient normales; elle n'avait jamais eu mal aux yeux qu'une fois en 1837 pour s'être lavé les pieds dans l'eau froide du Rhône.

L'œil est net; à la loupe, le champ de la pupille paraît très noir; la pupille est dilatée, peu mobile, de forme irrégulière, ce qui tient à une ancienne plaie de la cornée suivie d'adhérences de l'iris, lors d'un coup de pied de cheval qu'elle reçut à la joue à l'âge de dix ans. Il y a des douleurs dans l'orbite, la tempe et le front; du reste pas de trace d'inflammation, pas de fièvre. La vue est abolie; la malade ne verrait pas à se conduire; elle ne distingue ni ma main ni mes doigts. (Saignée du bras de dix onces; collyre avec l'eau de roses et l'extrait d'opium.)

Le lendemain, potion purgative avec deux onces de sulfate de magnésie.

2 avril. Pas de changement. (Dix sangsues à la tempe droite; diète.)

3. Amélioration; les ténèbres sont moins épaisses. (Dix nouvelles sangsues; tisane laxative; régime léger.)

5. Les douleurs sont enlevées; l'obscurité diminue; elle distingue ma main (dix sangsues à la tempe). A mesure que la vue revient, il revient encore un peu de photophobie.

7. La pupille est toujours dilatée. (Vésicatoire à la nuque.)

L'amélioration est progressive; il n'y a plus de douleur; la dilatation pupillaire persiste; le champ de la prunelle est noir; le sommeil revient; elle se sent bien, et commence à distinguer des caractères d'un demi-pouce de haut. Arrivé à ce point, le progrès s'arrête; la vue reste peu nette et peu étendue; elle ne distingue qu'à quelques pas. J'attends pendant quelques jours. Cet état est stationnaire.

Le 12 avril, je prescris des frictions sur la tempe, les sourcils et le front avec la teinture de noix vomique.

14. La vue devient plus nette et plus étendue, et s'améliore rapidement de jour en jour.

Le 16, elle distingue bien à une distance de cinquante pas.

Le 17, elle voit presque aussi bien que de l'autre œil. Elle lit facilement; elle sort de l'hôpital.

Ici la guérison fut d'une rapidité étonnante; je ferai remarquer que lorsque les moyens ordinaires avaient produit leur effet et épuisé leur action, le mal restait stationnaire; et alors la teinture spiritueuse de noix vomique, puissant excitant nerveux qu'on n'emploie pas assez, est promptement parvenue à détruire l'asthénie de la rétine qui succédait et survivait à la congestion sanguine.

Citons une autre variété d'amaurose où ma conduite fut et devait être toute différente.

AMAUROSE DOUBLE, COMPLIQUÉE D'ANHÉMIE ET D'ANASARQUE, A LA SUITE DE FIÈVRES INTERMITTENTES. GUÉRISON.

OBS. VII. — Un ouvrier sellier, âgé de 27 ans, né en Savoie, et sorti de son pays à 25 ans pour voyager, se trouvait à Seurre (Côte-d'Or) dans un pays de marais sur les bords de la Saône, lorsqu'au mois d'août 1837, il fut pris d'une fièvre tierce. Il entra à l'hôpital de Seurre; on lui fit une saignée; on lui donna des pilules, et la fièvre cessa au bout de trois semaines. Alors commença à se manifester aux pieds et aux jambes un œdème qui envahit les cuisses et les parois du tronc, en même temps qu'il se développait une hydropisie ascite volumineuse, en sorte qu'il y eut anasarque générale. On combattit cet état par des purgatifs. Mais dès que le volume du ventre commença à diminuer, la vue s'affaiblit et s'obscurcit, et le malade fut affecté d'une amblyopie qui augmenta d'intensité, en même temps que disparaissaient l'ascite et l'anasarque. Saignée du bras, vésicatoires et séton à la nuque, tels furent les moyens employés contre cette amaurose qui continua à faire des progrès. Il sortit de l'hôpital.

Le 1er janvier 1838, il entra à l'hôtel-dieu de Lyon dans un état misérable. Il est d'un tempérament lymphatique, mais non scrofuleux; la constitution est épuisée; il y a pâleur générale; les membres inférieurs sont œdémateux; le volume du ventre et la fluctuation que j'y trouve annoncent que l'hydropisie n'est point encore résorbée dans le péritoine ni dans les parois abdominales; bien qu'il n'accuse aucune douleur dans cette cavité, les fonctions digestives sont languissantes; il a peu d'appétit, digère mal et lentement. Faiblesse générale; il sort à peine de son lit; il n'a pas la force de se promener. Il existe du dévoiement.

L'examen attentif des yeux ne m'y fait découvrir aucune altération appréciable; la pupille est nette, médiocrement dilatée; l'iris, de couleur brune, est mobile; la paralysie de la rétine est générale; il ne voit pas mieux d'un côté que d'un autre; du reste, ni douleur, ni photophobie. Il voit à peine pour se conduire; l'amaurose est plus complète à droite. Il entrevoit ses mains, mais ne distingue pas toujours ses doigts : il ne s'aperçoit pas que les cartons du régime soient imprimés, bien que les lettres aient quatre lignes de haut. Il a cette stupeur et cette physionomie caractéristiques des aveugles.

Je diagnostiquai une amaurose asthénique nerveuse, compliquée d'anhémie, et je regardai comme une médication préliminaire de refaire la constitution détériorée du malade, avant d'entreprendre aucun traitement. Je lui fis donner une bonne nourriture; plus tard, je le mis à l'usage du petit lait tamariné, et je fis placer des mouches de Milan aux tempes. Un mieux général se manifeste; mais les yeux restent dans le même état.

11 janvier. Première vésication avec la pommade ammoniacale sur le front au-dessus de l'œil droit; pansement avec la poudre de strychnine (quart de grain) et de noix vomique (trois grains).

Dès le lendemain, le malade sent une amélioration dans la vision.

14. Il distingue des ciseaux, des plumes à écrire, de gros caractères. (Deuxième vésication.)

Le lendemain, pour obvier à la formation des pseudo-membranes, je fais panser avec la pommade recommandée par M. Miquel. (Cérat de Galien et pommade épispastique, de chaque demi-once; strychnine, cinq grains.)

19. Les pseudo-membranes ont continué à se former; je suspends la pommade qui me paraît en outre empêcher l'absorption. La constitution du malade est un peu réparée; il digère mieux, a de l'appétit, se trouve bien, se promène; il y avait du dévoiement; il n'en a plus, ce qui me permet d'employer le calomel, adjudant fort utile. La vue s'est améliorée; elle est plus nette; il voit de petits objets; il lit les gros caractères. L'œil droit a fini par devenir meilleur que le gauche, preuve de l'influence directe de la médication endermique. Il n'y a plus d'ascite ni d'œdème. (Troisième vésication; on la fait à gauche; pansement avec un demi-grain de strychnine et trois grains de noix vomique en poudre; deux pilules de calomel.)

24. Il n'a eu sensation d'aucune étincelle, contrairement à l'opinion de quelques auteurs. Bien que Joerg prétende que les yeux s'enflamment par l'emploi de la noix vomique, il n'y a pas eu la moindre rougeur dans la conjonctive. La face s'anime et perd sa stupeur; il lit de mieux en mieux. L'amélioration progressive m'engage à continuer. Quatrième vésication.

29. Cinquième vésication.

1 février. Je supprime les pilules de calomel, dans la crainte de la salivation mercurielle, que je suis loin de regarder comme nécessaire; je les remplace par deux pilules d'aloès. Je prescris la tisane de veau, au lieu du petit lait tamariné. Pour aider à la médication, je fais faire sur le front des frictions avec la teinture alcoolique de noix vomique.

3. Sixième vésication.

Le 8, il se trouve si bien qu'il manifeste le désir de retourner dans sa patrie, au sein de sa famille, dont la maladie l'a éloigné depuis longtemps. L'état général est bon; les fonctions digestives sont rétablies; il a repris de l'appétit et des forces; la vue est nette et étendue; il lit couramment, même de fins caractères. Il voit également bien des deux yeux.

Ici l'influence directe de la médication endermique a été manifeste et rapide; en moins de vingt-six jours, elle triompha d'une amaurose double qui datait de plus de quatre mois; et ce résultat est d'autant plus digne d'intérêt que les moyens ordinaires avaient échoué, employés même au début. Je crois pouvoir dire que dans les *cas analogues* le séton à la nuque, dont on fait un si grand abus, a précisément pour effet d'augmenter l'asthénie visuelle. Pourquoi un révulsif quand il n'y a pas la moindre irritation à révulser? J'en dirai autant des bandeaux; dans les *circonstances analogues* je me garde bien d'en couvrir l'œil, parce que la lumière est alors un excitant fort utile. A côté de cette amaurose anhémique, citons l'exemple d'une amaurose compliquée d'hypersthénie.

AMAUROSE DOUBLE, COMPLIQUÉE D'HYPERSTHÉNIE ET DE CONGESTIONS OCULAIRES APOPLECTIQUES; GUÉRISON COMPLÈTE DES DEUX YEUX; RECHUTE. GUÉRISON DÉFINITIVE DE L'ŒIL GAUCHE.

OBS. VIII. — Un laboureur (Drôme), âgé de 30 ans, ayant eu la gale à 20,

(1) Voyez l'excellent article de M. Miquel, *Bullet. thérap.*, IX, 17, et GAZ. MÉD., 1835, p. 795.

(2) J'ai remarqué que le mélange des corps gras à la strychnine s'oppose à ce que l'absorption s'en fasse convenablement; j'ai préféré l'employer pure, à l'exclusion de tous les onguens proposés; mais, comme on ne l'administre d'abord qu'à la dose d'un quart ou d'un tiers de grain, cette petite quantité de poudre est facile à perdre; j'ai dû y ajouter une sorte de véhicule; or, tout mélange de matière inerte eut pu nuire à son action; j'ai choisi au contraire une poudre qui pût aider à la médication, c'est celle de noix vomique. Voici comment je procède : on forme une vésication soit instantanée avec la pommade ammoniacale qui agit en quelques minutes, soit avec un vésicatoire camphré ou non, qu'on laisse en place le temps nécessaire; on produit une plaie nette et rosée, que je fais panser avec un mélange formé d'un quart de grain de strychnine et de trois grains de noix vomique en poudre. On enlève à chaque pansement la fausse membrane; la force de l'absorption va rapidement en diminuant, parce que la surface tend à se cicatriser. On augmente les doses à mesure.

J'ai trouvé un adjudant fort utile dans la teinture spiritueuse de noix vomique, employée en frictions, et préparée avec quatre onces de poudre de noix vomique pour un litre d'eau-de-vie.

fut à 25 subitement frappé, en novembre, d'une amaurose double qui dura quelque temps et revint l'année suivante; même retour les autres années avec cette différence que les yeux devenaient amaurotiques alternativement.

Le 10 août 1837, l'œil droit fut frappé avec la rapidité de l'éclair, puis l'œil gauche en novembre; alors les ténèbres de l'œil droit diminuèrent un peu.

Le 20 novembre, il entre à l'hôtel-Dieu. M. Bayard lui ordonne une saignée du bras, des mouches de Milan à la tempe, des potions purgatives, et cinquante sangsues vers les oreilles en quatre fois; tel fut le traitement employé jusqu'au 15 décembre. Il y avait une légère amélioration. On lui administra alors quatre prises de tartre stibié; l'œil droit revint à son degré primitif de cécité, l'œil gauche resta dans le même état.

Le 1 janvier 1838, je prends la direction du service : l'amaurose est double; les yeux sont nets, les pupilles médiocrement dilatées, mais contractiles; l'iris de couleur brune; des brouillards épais et noirs couvrent la vue; ils passent devant les yeux; myodepsie; l'œil droit surtout est fort obscurci; à deux pas de distance, il ne voit pas une personne; l'œil gauche l'est moins; à sept pas, il voit blanchir un papier de quatre pouces carrés; mais il n'y distingue pas de chiffres qui ont près de 2 pouces de haut. Il ne voit pas pour lire. Ce malade est d'une constitution robuste, d'un tempérament sanguin, et a toutes les apparences de la santé; il n'a pas de maux de tête; la paralysie est générale dans la rétine. Il me parut avoir été suffisamment saigné; je le préparai par des tisanes laxatives, comme le petit lait tamariné, par des potions purgatives avec le sulfate de soude; puis je fis mettre une mouche de Milan aux tempes.

Le 11 janvier, point d'amélioration. Vésication ammoniacale sur le front au-dessus de l'œil droit; pansement avec un quart de grain de strychine et trois grains de noix vomique.

13. Légère amélioration. Deuxième vésication, du même côté.

15. La vue s'est beaucoup éclaircie; le malade peut lire même de l'œil droit. Il est ravi de ce changement que n'avaient pu produire les moyens ordinaires, habilement dirigés par M. Bajard; pour entretenir la plaie absorbante, je la fais panser avec la pommade à la strychnine, dont l'usage est continué pendant trois jours sans remplir le but.

Le 16 au matin, il peut, de son lit, à sept pas de distance, lire de gros caractères, même de l'œil droit. Le soir, à quatre heures, il perd subitement la vue; des brouillards épais l'ont obscurcie comme un voile noir; il ne distingue pas même la chandelle, et ne reconnait ni le blanc ni le noir. L'œil gauche continue à distinguer les lettres dans un livre imprimé en caractères de moyenne grosseur. Pour favoriser la résorption de la congestion céphalo-oculaire, je le mis à la diète et à l'usage des tisanes laxatives; je donnai aussi 4 grains de sulfate de quinine en pilules.

Le 19, point de changement; je substitue deux grains de calomel en pilules au sulfate de quinine; je fais pratiquer le matin une saignée du bras, et le soir, la troisième vésication, qui est faite au-dessus de l'œil gauche, et pansée avec la poudre de strychnine et de noix vomique.

Le 20, il commence à apercevoir ses doigts de l'œil droit.

Le 24, l'amaurose devient subitement plus intense du côté gauche. Il ne peut plus lire des caractères ordinaires; il ne distingue que des lettres d'un pouce. Quatrième vésication, à droite.

Le 29, saignée du bras. Cinquième vésication, à gauche.

1er février. Dans la crainte de la salivation, je supprime les deux pilules de calomel, que je remplace par deux pilules d'aloes; pour aider à la médication vésicante, je fais faire des frictions sur les sourcils et les tempes avec la teinture de noix vomique.

13. Sixième vésication, à droite. Le lendemain, l'œil gauche peut lire des caractères d'un demi pouce; l'œil droit commence à distinguer un crayon, une plume.

18. Septième vésication à droite. L'amélioration continue.

22. 15 sangsues derrière l'oreille droite; le malade se plaignait de voir revenir des mouches volantes de cet œil. Le soir, huitième vésication ammoniacale, à gauche. La vue devient plus nette.

25. Les mouches reparaissent. 15 sangsues derrière l'oreille droite.

3 mars. Neuvième vésication, à droite, pansée comme d'habitude avec un demi-grain de strychnine et trois grains de noix vomique en poudre; l'amélioration est progressive pour l'œil gauche.

Le 12, il lit des caractères de grosseur moyenne.

Le 14, il distingue les hommes de l'autre côté du Rhône, c'est-à-dire à environ 600 pas de distance; la vue est étendue; mais encore un peu trouble. De l'œil droit, elle est presque nulle; il ne distingue pas ma main à un pied de distance; il a seulement la sensation de la lumière. Ce même jour, je le soumis à l'action de la pile; au bout d'une heure, l'œil droit, dépouillé en partie des brouillards épais qui le voilaient, voyait mes doigts, distinguait mes ongles, et me reconnaissait à huit pas de distance. L'œil gauche avait la vue plus nette et plus étendue; le malade sortit de mon cabinet dans l'enchantement. Le soir, l'amendement avait faibli un peu. Le lendemain, désespéré d'avoir perdu cette grande amélioration qu'avait momentanément produite le galvanisme, et effrayé de la puissance de ce moyen inconnu qui avait fait plus en une heure que les autres en plusieurs mois, il crut à un sortilége, et voulut à toute force sortir de l'hôpital. L'œil gauche était en bon état.

J'ai cité ce fait remarquable par les complications qu'il présente et les médications variées que j'ai été obligé d'employer. Le cas était très défavorable, non-seulement parce qu'il avait résisté aux moyens ordinaires mis en usage, mais à cause de l'idiosyncrasie congestive du sujet et de cette fâcheuse tendance aux récidives, qui avait déjà plusieurs fois ramené la maladie. L'observation suivante, où l'incurabilité avait été déclarée par plusieurs médecins, est un exemple frappant des avantages et de la supériorité des méthodes spéciales que je développe.

AMAUROSE DOUBLE, COMPLIQUÉE DE SUB-INFLAMMATION CHRONIQUE DE LA RÉTINE, AVEC BLÉPHARITE ANCIENNE, TACHE DE LA CORNÉE, ET SYNÉCHIE POSTÉRIEURE A GAUCHE; GUÉRISON.

OBS. IX.—Claude Basset, âgé de 51 ans, né en Savoie, était cafetier à Issingeaux (Haute-Loire), lorsqu'en 1835 il fut pris d'une ophthalmie et perdit la vue. Après six mois de traitement, l'inflammation disparait, sauf celle des paupières; mais la vue ne revient que faiblement. Il va alors s'établir à Saint-Etienne, où il est chargé, dans les fonderies de fer, du soin d'allumer et d'entretenir les fourneaux; l'éclat de ces brasiers ardens le fatigue beaucoup; il perd peu à peu la vue. Dans l'automne de 1837, il consulta successivement trois médecins à St-Etienne, qui s'accordèrent à lui dire que son état laissait fort peu d'espoir, et qu'il n'y avait rien d'efficace à faire.

Le 12 janvier 1838, il entre à l'Hôtel-Dieu. Je trouve une double blépharite ciliaire et glandulaire, chronique; une tache sur la cornée de l'œil gauche, dont la pupille est resserrée; les yeux sont de grosseur moyenne; la cornée n'est pas bombée; l'iris est de couleur grise. L'œil droit est, du reste, assez net; la vue en est fort obscurcie; il voit très peu. A quatre pas de distance, il ne sait pas distinguer un homme d'une femme; cependant, quand on lui montre un livre, il reconnaît qu'il y a des lignes, mais ne voit aucun caractère, quelque gros qu'il soit. Il ne distingue pas son voisin à sept pas de lui; *l'impression de la lumière est douloureuse;* il souffre dans le fond de l'œil; la pupille est mobile. L'œil gauche, beaucoup plus obscurci, voit tout rougeâtre à la lumière artificielle; il ne peut compter ses doigts; à deux ou trois pas de distance, il ne distingue rien. Les deux yeux pleurent beaucoup. Dans le jour, le malade voit assez pour se conduire; le soir, il ne le peut plus; il n'a, du reste, pas d'étourdissement; la santé générale est bonne; l'état de la digestion satisfaisant. Sa constitution est médiocrement forte. (Petit lait tamariné; potion avec une once et demie de sulfate de soude.)

Le lendemain, je prescris deux pilules d'aloés; la poudre de calomel pour faire des insufflations sur la tache, et un collyre de quatre onces d'eau de rosca, avec quatre grains d'extrait d'opium, pour en instiller, deux fois par jour, quelques gouttes dans les yeux.

17. OEil gauche, faible amélioration dans la vue; l'œil droit peut lire à deux pieds de distance les cartons du régime, dont les caractères ont quatre lignes de hauteur.

21. La tache a notablement diminué; il reconnait les personnes qui passent au pied du lit. La pupille gauche était peu mobile, je soupçonnai des adhérences avec la capsule crystalline. (Suppression du calomel, instillation deux fois par jour de quelques gouttes d'extrait de belladone dans l'œil.)

Le lendemain, la pupille s'est un peu dilatée, mais irrégulièrement, et comme retenue en plusieurs points, preuve de l'existence des adhérences; ce phénomène me porta à soupçonner aussi une opacité de la crystalloide que la tache de la cornée m'avait empêché de voir, et que l'emploi de la loupe me permit de constater quelques jours après.

Peu à peu le malade commence à lire de l'œil droit, à six pas de distance, les numéros des lits en face; lui qui, à son arrivée, ne voyait pas son voisin, peut lire à cette distance des caractères de quinze lignes de hauteur, et distingue déjà des malades couchés à vingt pas de lui.

26. Pour résoudre l'irritation de la rétine, et autant que possible, celle de l'iris à gauche, je prescris sur les tempes et le front des frictions avec l'onguent napolitain, dont l'usage est continué pendant neuf jours, sans aucune menace de salivation.

2 février. La pupille gauche est plus dilatée et plus régulière, la vue un peu meilleure, mais surtout à droite, où elle a gagné en clarté et en étendue. *L'impression de la lumière n'est plus douloureuse.* (Suppression des frictions mercurielles; instillation de l'extrait de belladone.)

6 février. On présente un livre au malade; il ne peut distinguer, même de l'œil droit, que les plus grosses lettres; la vue se fatigue et se trouble vite. L'irritation de la rétine étant détruite, je songeai alors à combattre l'asthénie nerveuse, qui y persistait, comme cela arrive dans la plupart de nos organes après les phlegmasies. Première vésication ammoniacale sur le front; pansement avec un quart de grain de strychnine et trois grains de noix vomique en poudre.

9. Amélioration notable dans la vue, qui s'est éclaircie et étendue. Deuxième vésication au-dessus de l'œil droit, pansée de même jusqu'à dessication de la surface dénudée.

11. L'amélioration est rapide. Il commence à distinguer les maisons bâties sur la rive gauche du Rhône, à une distance d'environ 600 pas. Le lendemain, pour aider à la médication, je prescris des frictions sur les sourcils et les tempes avec la teinture de noix vomique.

14. Il distingue les fenêtres des maisons, les chevaux et les hommes qui passent sur la rive gauche du fleuve.

Le 15, il a pu lire, dans le jour, plusieurs lignes d'un livre imprimé en caractères ordinaires.

18. Troisième vésication sur le front.

22. Quatrième vésication. A l'application de chaque vésication, la vue se trouble d'abord, mais le lendemain elle gagne en netteté et en étendue.

25. Je recommence les frictions avec la noix vomique, suspendue depuis quelques jours; une amélioration presque instantanée se manifeste; il peut lire mieux et plus longtemps.

1er mars. Il commence à distinguer les hautes montagnes du Bugey (Ain) à plus de 10 lieues de distance.

5 mars. Il aperçoit les Alpes à 30 ou 40 lieues.

6 mars. Il lit bien et couramment; mais comme il n'a qu'un œil il se fatigue; il lit plus longtemps avec des lunettes. Il voit presque autant qu'avant sa maladie. Il se porte bien. Il sort de l'hôpital très content; il y était venu presque sans espoir.

Ce fait n'aura pas besoin de commentaires, si l'on se rappelle que trois

médecins de Saint-Étienne s'étaient accordés successivement à confirmer le fâcheux pronostic du médecin d'Issingeaux. Le succès en est d'autant plus satisfaisant. L'amaurose est une affection si grave et si rebelle qu'on ne saurait trop insister sur les avantages de la médication spéciale que je propose. Elle m'a permis de guérir un bon nombre d'amauroses, qui étaient réputées incurables par des hommes habiles. L'essentiel, je le répète, c'est de préparer convenablement le sujet et de bien analyser les élémens divers de la maladie, pour les combattre à mesure par des moyens appropriés. Sans cela, cette méthode, si efficace, peut devenir dangereuse, par exemple, si la maladie tient à un ramollissement du cerveau, à une altération des os, à l'état variqueux des vaisseaux de la rétine, à la présence d'une tumeur, à la phlegmasie oculaire latente, surtout chez les sujets fortement pléthoriques, à l'idiosyncrasie inflammatoire, congestive ou apoplectique, etc. Aussi me suis-je attaché à spécifier les indications et les précautions préalables, qui assurent la réussite.

Les mercuriaux ont une influence puissante, en général mal comprise. Le calomel, qui produit des effets antiphlogistiques si remarquables dans la péritonite, dans l'érisipèle simple ou phlegmoneux, dans les congestions phlogistiques, qui a une action si heureusement antiplastique dans l'iritis et plusieurs affections oculaires, le calomel constitue un remède efficace, qu'on n'a pas assez essayé dans les cas analogues : il favorise la résorption des obstructions de la rétine et la résorption des irritations qui s'y développent (obs. 9) ; il prépare l'issue heureuse de la maladie, comme le prouvent les observations qui précèdent et qui suivent. Le tout est d'administrer les préparations mercurielles à propos.

AMAUROSE DOUBLE, PRÉCÉDÉE D'UNE MYOPIE PROGRESSIVE, ET ACCOMPAGNÉE DE SURDITÉ. GUÉRISON.

OBS. X. — Auguste Morel, chapelier, âgé de 41 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, le 29 janvier 1838, dans le service de M. Colzat. Les moyens employés n'amenèrent pas de changemens sensibles dans la goutte sereine.

Le 12 février, M. Pétrequin, chargé du service par interim, constata ce qui suit :

La vue a toujours été peu étendue, mais elle était nette ; depuis trois ans surtout, elle s'est beaucoup affaiblie, et, depuis dix mois, elle s'est troublée ; les brouillards ont augmenté au point que le malade, ne distinguant plus, a pris la physionomie des aveugles. Un affaiblissement de l'ouïe est survenu et a fait des progrès dans la même proportion.

Les yeux sont gros et saillans, la cornée très convexe, l'iris d'un roux brun ; et la vue très altérée. Il voit encore un peu de très près, mais, à deux pas de distance, il ne peut reconnaître une personne. La vue est non seulement myope, mais encore trouble ; il ne peut pas se conduire seul dans les rues ; des brouillards grisâtres voltigent devant ses yeux et s'paississent de plus en plus ; il n'aperçoit pas même les objets qui lui sont le plus familiers. Du reste, pas d'inflammation ni de douleurs dans l'œil, point de photopsie ni de chroopsie ; mais parfois des étourdissemens, des éblouissemens ; le sommeil est troublé ; il y a des rêves pénibles. La constitution du malade est forte, son tempérament légèrement sanguin. Surdité progressive et intense. Pour qu'il entende, il faut qu'on lui parle très fort et qu'il soit prévenu que c'est à lui qu'on s'adresse. Etat général bon ; digestions normales.

14 février. Potion purgative, avec une once et demie de sulfate de soude ; selles nombreuses. (Tisane de veau ; deux pilules d'aloès.)

16. Peu de sommeil ; rêves pénibles ; quelques maux de tête. (Saignée du bras de 14 onces.) Le lendemain, état et sommeil plus calmes ; la vue ne s'améliore pas, les brouillards persistent. Le malade perd l'espoir.

18. Frictions sur le front et les tempes avec un demi-gros d'onguent napolitain en deux fois pour un jour ; petit lait tamariné ; une pilule d'aloès et une de calomel.

20. La tête est dégagée, le sommeil tranquille ; la vue commence à s'éclaircir un peu.

22. Les brouillards diminuent ; il commence à distinguer les objets ; il est dans la joie.

24. La physionomie perd sa stupeur, les yeux reprennent leur jeu naturel ; la portée de la vue s'agrandit. Lui, qui, à son entrée, ne reconnaissait pas une personne à trois pas, et n'entrevoyait qu'une ombre confuse, commence à distinguer à trente ou quarante pas de distance.

25. Les progrès sont rapides ; les brouillards disparaissent ; la tête et les yeux se dégagent, la vue devient de plus en plus nette et étendue ; il lit bien. La surdité elle-même a beaucoup diminué. Des affaires pressantes de famille l'obligent à se rendre à Châlons-sur-Saône. On peut présumer que la guérison eût été plus belle encore et plus complète, sans ce départ précipité, qui vient le soustraire au traitement. (Recueillie par M. Chantelot, interne.)

On remarquera que cette heureuse terminaison fut très rapide, surtout eu égard à l'ancienneté de la maladie. Outre l'effet des frictions napolitaines, je dois faire observer qu'après les évacuations sanguines ou purgatives, les pilules de calomel et d'aloès ont une action dérivatrice très avantageuse dans l'amblyopie congestive.

Un des plus beaux résultats qu'on puisse obtenir est, sans contredit, le suivant. Il s'agit d'une femme dont la cécité avait été déclarée incurable ; et je crois pouvoir affirmer qu'elle eût en effet résisté à tout autre moyen que la méthode spéciale que j'ai employée.

AMAUROSE DYSCRASIQUE, DOUBLE, PASSÉE A L'ÉTAT TORPIDE COMPLET. GUÉRISON.

OBS. XI. — Marie-Anne Ravaux, âgée de 36 ans, née à Boulogne (Pas-de-Calais), ouvrière en soie, demeurant à Lyon, mariée, ayant eu plusieurs enfans. Jusqu'à l'âge de vingt ans, elle a joui d'une assez bonne santé ; mais à cet âge, à la suite de son premier accouchement, elle a été affectée d'une hémorragie par l'anus qui se reproduisait chaque fois qu'elle allait à la selle, et qui était fort abondante. Ce flux hémorrhoïdal ne s'est arrêté qu'au bout d'un an, sous l'influence des topiques émolliens longtemps continués. A l'âge de 28 ans, elle fut affectée d'une métrorrhagie très abondante qui ne dura que trente-six heures ; depuis ce moment, les règles furent supprimées pendant quatre ans. A l'âge de 32 ans, les règles reparurent spontanément ; depuis lors la menstruation a été irrégulière ; il se passe souvent deux, trois ou quatre mois sans que les règles paraissent. Le flux ne dure que vingt-quatre ou trente-six heures seulement ; le sang ne sort pas liquide : il se coagule dans le vagin et ne s'échappe que sous forme de caillots. A l'âge de 32 ans, elle a été affectée sur toute l'étendue de la peau d'une éruption pustuleuse pour laquelle elle est entrée à l'hôtel-Dieu, où elle a été traitée par M. Bonnet et M. Richet et dont elle n'a été guérie qu'au bout de deux ans. Depuis une dizaine d'années, il lui arrivait quelquefois d'avoir la vue momentanément obscurcie par des brouillards ; ce phénomène était de courte durée et ne revenait qu'à intervalles éloignés. Depuis un an, elle a éprouvé quatre ou cinq fois des étourdissemens.

Vers le 15 mars 1838, sans cause connue, elle a été affectée subitement d'amaurose complète de l'œil droit.

Le 27 mars, elle entre à l'hôtel-Dieu dans le service de M. Pétrequin.

Le 29, l'œil gauche est également frappé d'amaurose, qui avait commencé depuis quelques jours : la vue n'a jamais été bonne de ce côté.

Le 1 avril, la malade est affectée de salivation mercurielle, provoquée par quelques frictions avec l'onguent napolitain.

Le 6 avril, l'amaurose était complète, la malade ne pouvait distinguer le jour de la nuit ; les deux yeux n'offraient aucune trace de phlegmasie ni de congestion. L'iris est de couleur brune ; la pupille dilatée et immobile ; le fond de l'œil est d'un noir légèrement grisâtre. Il y avait en même temps salivation abondante, stomatite assez intense ; elle faisait usage d'un gargarisme aluminé.

Le 8, la stomatite avait bien diminué, mais il restait encore une douleur très vive à l'isthme du gosier avec difficulté de la déglutition et rougeur du bord du voile du palais et de ses piliers. On appliqua seize sangsues sur les côtés du cou.

Le 9, ces symptômes avaient presque disparu ; il se manifeste une légère inflammation des paupières de l'œil gauche.

Le 15, on commence l'usage des pilules d'aloès ; deux par jour.

Le 18 avril, M. Pétrequin fait commencer le traitement avec la strychnine. Avant l'application du traitement, j'avais noté l'état suivant : l'œil droit ne distingue pas la lumière de l'obscurité ; l'œil gauche entrevoit le jour, mais il ne peut rien distinguer, rien reconnaître. La pupille est dilatée et l'iris immobile des deux côtés. Application de la pommade ammoniacale sur le front, au-dessus de l'œil gauche ; la vésication obtenue, la plaie est recouverte d'un quart de grain de strychnine et de trois grains de noix vomique en poudre. Cette application est renouvelée les trois jours suivans.

Le 24 avril, deuxième vésication au milieu du front ; pansée de même. L'œil droit commence à voir le jour ; il aperçoit la flamme des lampes pendant la nuit. La strychnine est appliquée à la dose d'un demi-grain pendant trois jours. (Elle se plaint de quelques maux de tête. On lui donne, le 4 mai, huit pilules de calomel qui la purgent beaucoup, et rendent les gencives douloureuses pendant deux jours.)

Le 28 avril, troisième vésication au-dessus de l'œil droit ; pansée de même.

Le 29, la malade commence à distinguer les personnes.

Le 1 mai, elle a vu le feu d'artifice qu'on a tiré à plus de huit cents pas.

Le 2, elle y voyait assez pour marcher seule dans la salle.

Le 3, quatrième vésication du côté gauche ; pansement idem.

Le 8, la malade est descendue seule dans les cours de l'hôpital ; elle voit les personnes couchées dans les lits en face du sien à huit pas.

Le 10, cinquième vésication à droite ; pansement idem. Elle voit et reconnaît des chiffres qui ont deux pouces de haut.

Le 15, sixième vésication.

Le 17, frictions sur le front avec la teinture de noix vomique.

Le 19, des affaires de famille obligent la malade de sortir pour quelque temps à l'occasion de la mort de son mari. Elle est dans l'état suivant : on lui a présenté le cahier de visite où le mot *hôtel-dieu* est écrit en caractères de neuf lignes de hauteur, elle n'a pas pu distinguer les lettres, néanmoins elle a assuré qu'elle voyait des traits noirs ; du reste, il faut noter qu'elle ne sait pas lire ; elle distingue très bien les petits objets tels que cuiller, couteau, ciseaux, plume, canif, à la distance de deux ou trois pieds. Elle voit de son lit passer un chat au milieu du rang à la distance de quatre lits, c'est-à-dire quinze pas. Elle distingue un homme d'une femme, les gens de la ville de ceux de la campagne. Au-delà de huit lits, elle ne peut plus voir une personne ; elle ne distingue qu'une ombre. Elle y voit toujours mieux le matin, immédiatement après son réveil, que dans le reste de la journée. Dès qu'elle a fixé un instant un objet, sa vue se trouble ; si elle persiste à le regarder attentivement, elle finit par ne plus l'apercevoir. La pupille est moins dilatée qu'avant le traitement ; l'iris est très mobile.

Pendant le traitement, on administra de la tisane de veau, dans laquelle on ajouta de temps à autre deux gros de crême de tartre. (Recueillie par M. Boissière, interne.)

Les médecins et les internes qui avaient vu cette malade s'étaient accordés à la déclarer incurable. On voit qu'elle avait une grande tendance à la salivation qui fut ici rapidement produite avec quelques frictions napolitaines par lesquelles je crus devoir commencer. Cette stomatite mercurielle intercurrente retarda l'emploi du traitement, mais en prépara les

effets; un mois suffit ensuite (18 avril au 19 mai); tout le monde fut étonné du résultat. Je crois que c'est un véritable service à rendre à la science que de signaler et de détailler des faits de ce genre; je réserve pour un autre travail mes recherches cliniques sur la thérapeutique de l'amaurose traumatique, et de la goutte sereine compliquée soit de choroïdite, soit de glaucôme, soit de cataracte, travail qui pourra faire suite aux observations nouvelles que j'émets ici sur la fistule lacrymale, l'ulcère de la cornée, le staphylôme, la cataracte et l'amaurose.

Dans le cas qui précède (1), les ressources ordinaires de l'art eussent été complètement inefficaces. On a déjà parlé de quelques-uns des moyens que j'ai indiqués; mais on l'a fait d'une manière peu précise, et surtout trop peu circonstanciée et motivée pour entraîner la conviction et servir de guide; aussi étaient-ils perdus pour la science et la pratique; je m'estimerai heureux d'avoir ouvert cette voie; et la satisfaction que j'ai éprouvée à guérir les aveugles dont je donne l'histoire sera doublée si je réussis à apprendre à d'autres praticiens à obtenir les mêmes succès. Tant d'amaurotiques sont déclarés incurables qui pourraient encore être guéris! Sans méthode, on n'arrivera à rien; c'est dans cette vue que je me suis attaché à formuler avec détail les indications à remplir, à préciser les complications morbides, et à spécifier les préparations préalables ou les médications intercurrentes qu'il convient d'employer pour assurer la réussite.

PÉTREQUIN.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 16 JUILLET.

CHRYSALIDE DE VERS A SOIE EMPLOYÉE COMME ALIMENT. — PROCÉDÉ POUR LA CONSERVATION DES ŒUFS.

M. Julien communique à l'Académie une note rédigée par M. Favand, missionnaire en Chine, note qui lui a été transmise par l'un des directeurs des missions étrangères, anciennement missionnaire dans la province de Sse-Tchuen.

Pendant le séjour que j'ai fait en Chine, dit ce religieux, j'ai vu souvent manger et j'ai mangé moi-même des chrysalides de ver à soie: c'est un excellent mets, très salutaire, et dont les personnes faibles font surtout usage avec succès.

Après qu'on a filé les cocons, on prend une certaine quantité de chrysalides; on les fait bien griller à la poêle pour que la partie aqueuse s'écoule entièrement. On les dépouille de leur enveloppe qui s'enlève d'elle-même, et elles se présentent sous forme de petites masses jaunes assez semblables aux œufs de carpe agglomérés. On les fait frire au beurre, à la graisse ou à l'huile, et on les arrose de bouillon (celui de poulet est le meilleur). Lorsqu'elles ont bouilli pendant cinq à six minutes, on les écrase avec une cuiller de bois, en ayant soin de remuer le tout, de manière qu'il ne reste rien au fond du vase. On bat quelques jaunes d'œufs dans la proportion de trois pour cent chrysalides; on les verse dessus, et l'on obtient par là une belle crème d'un jaune d'or et d'un goût exquis.

C'est ainsi qu'on prépare ce mets pour les mandarins et les gens riches; quant aux pauvres, après avoir bien fait griller les chrysalides et les avoir dépouillées de leur enveloppe, ils les font frire au beurre ou à la graisse, et les assaisonnent avec un peu de sel, de poivre ou de vinaigre; enfin, ils les mangent telles qu'elles sont avec le riz, après s'être contentés de les dépouiller.

M. Voisin a reçu de Chine des œufs de canard encore très bons à manger et qui, suivant lui, seraient encore tels au bout d'un an ou deux. Ils étaient conservés par le procédé suivant: pour dix œufs, on prend un demi-litre de cendres de cyprès ou de tiges de fèves (quelques personnes remplacent cette cendre par la potasse), trois huitièmes de chaux pulvérisée, et deux onces de sel commun aussi pulvérisé. On délaie le tout dans une forte infusion de thé, et on en forme une pâte dont on enveloppe les œufs jusqu'à l'épaisseur d'une ou deux lignes, et on les dépose dans un vase de terre qu'on ferme hermétiquement.

M. Julien, en terminant sa lettre, annonce qu'il a reçu de la Chine, dans le mois dernier, deux corps complets de caractères chinois mobiles, au nombre de 80,000, que MM. les directeurs des missions étrangères ont bien voulu faire graver à ses frais dans la province de Sse-Tchuen, à 500 lieues de Canton. Au moyen de ces types mobiles, dit M. Julien, il me sera possible de publier une série d'ouvrages élémentaires, pour faire disparaître les obstacles qui éloignent encore de cette étude un bon nombre de personnes, et les mettre promptement en état de traduire les recueils encyclopédiques qui embrassent toutes les branches de la littérature, des sciences et de l'industrie des Chinois. Ces caractères appartiennent maintenant à l'imprimerie royale dont le cabinet des poinçons orientaux était déjà le plus riche de l'Europe.

TABLES DE MORTALITÉ.

M. Moreau de Jonnès poursuit la lecture de ses remarques sur ce sujet, et dans cette deuxième partie il insiste sur tous les mouvemens que pourrait avoir la sanction donnée par l'Académie à une nouvelle table de mortalité, quand des travaux de ce genre sont pris pour base dans des spéculations qui s'étendent chaque jour davantage, et sur lesquels il donne les détails suivans:

On comptait en France, à la fin de 1836, quatorze sociétés d'assurances en commandite, dont à peu près la moitié avaient pour objet des assurances sur la vie, constituées d'une manière très variée. La valeur de leur capital était estimé à 31,320,000 fr., et le nombre de leurs actions à 18,830. Les assurances sur la vie ne formaient alors dans les transactions de ces compagnies qu'une partie de ces transactions égale, ou peut-être même inférieure à celles embrassant les assurances sur les risques de mer, les intempéries, les incendies, etc. Mais en 1837, elles se sont étendues dans une proportion incomparablement plus grande que toutes les autres. Il s'est formé, dans cette seule année, treize compagnies, qui ont lancé 28,634 actions, et dont le capital est de plus de 43 millions.

Ce mouvement prodigieux s'est propagé pendant les six premiers mois de 1838 avec une rapidité qui le fait échapper à nos recherches. On sait seulement qu'au 1er janvier dernier, les compagnies d'assurances, au nombre de vingt-sept, avaient un capital de 73 millions et près de 48,000 actions. Dans cette énorme somme, les assurances sur la vie sont pour plus de moitié, et quelques-uns disent même pour plus des deux tiers. Une seule compagnie a, sans aucun doute, un actif de plus de 10 millions. Or, poursuit M. Moreau de Jonnès, quelle est la base fondamentale de la majeure partie de ces transactions? Une table de mortalité. Ce document est annexé à l'acte d'établissement de chaque société; il fait partie essentielle du contrat passé par les fondateurs de chaque entreprise avec chacun des individus qui y font des placemens ou qui en deviennent associés commanditaires. Il constitue et détermine les droits des uns et des autres... Faire prévaloir, par l'approbation de l'institut, une nouvelle table de mortalité, c'est ébranler tout cet ordre de choses. En effet, ou cette table fera la vie plus longue que celle dont on s'est servi jusqu'à présent ou elle la fera plus courte. Dans le premier cas, les compagnies, voyant qu'elles doivent servir plus longtemps qu'elles ne croyaient les intérêts des placemens, pourront être tentées de chercher les moyens de rompre un marché désavantageux; dans le second, le public accusera les compagnies de l'avoir lésé.

Ainsi, dit l'auteur, pour une substitution de quelques chiffres, tout aussi incertains que ceux dont on leur aura fait prendre la place, voilà 60 établissemens industriels attaqués dans leur crédit, 160,000 personnes au moins inquiétées dans leur fortune.... Ce serait, sans contredit, une chose fâcheuse que de compromettre l'existence d'établissemens qui méritent la confiance du public; mais ce ne serait pas moins malheureux de favoriser des entreprises moins respectables, et lorsque les compagnies d'assurances se multiplient si rapidement que leur nombre a doublé en une seule année, n'en est-il aucune qui, profitant de l'obscurité de la matière, ne puisse s'en servir pour exploiter la crédulité publique? Pour de telles spéculations, les vieilles tables de Deparcieux et de Duvillars ne sauraient servir; il en faut de nouvelles, et déjà on en a dressé qui répondent aux besoins qu'on veut satisfaire. Ces tables sont des objets dont la valeur est cotée comme celle d'une machine à vapeur. Une a été vendue, il y a quinze jours, au prix de 10,000 fr. Mais il manque à ces tables une condition de succès, un cachet officiel, une approbation scientifique, un nom connu, et, dit M. Moreau de Jonnès, je pourrais citer des tentatives pour s'en procurer un.

Un caractère honorable garantit que ces tentatives ne réussiraient pas mieux près de l'auteur de la table de mortalité qui vous est présentée: on n'oserait lui en faire l'offre; mais n'est-il pas évident que dès le moment de la publication de son travail, on s'en servira malgré lui. Aussitôt que cette table sera entrée dans le domaine public, revêtue de la haute approbation de l'Académie, elle servira de leurre pour attirer la foule, exciter sa confiance, l'amorcer par des promesses fallacieuses et soutirer son argent.

L'Académie ne saurait être rassurée contre les dangers de cette responsabilité, même par l'hypothèse tout à fait gratuite de la vérité des chiffres de la table de mortalité; car rien ne garantit que les indications de ces chiffres seront suivies, et que dans la pratique on ne leur en substituera pas de plus favorables. Il n'y a point encore de surveillance organisée qui puisse y mettre obstacle; et l'Académie peut apprécier, par le fait suivant, le péril caché sous ces transactions. Une table de mortalité vient d'être faite par une association projetée; elle est calculée avec beaucoup d'adresse, de manière à procurer les premières années de très grands avantages aux placemens. Ces avantages décroîtront, dans les années suivantes, par une progression fort rapide; mais le succès de l'entreprise aura permis auparavant à ses fondateurs de se défaire de leurs actions et de recueillir de gros bénéfices aux dépens de l'avenir et de ceux qui comptent sur lui.

(La suite de cette séance au prochain numéro.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 24 JUILLET. — PRÉSIDENCE DE M. MOREAU.

RÉCLAMATION DE M. CHERVIN CONTRE LE PROCÈS-VERBAL.

Je dois signaler à l'Académie le laconisme tout à fait extraordinaire dont a usé M. le secrétaire annuel en rendant compte de la discussion qui s'est élevée, dans la dernière séance, sur ma proposition concernant la création non autorisée du *Bulletin* et l'affaire des journalistes. Plusieurs de nos collègues ont pris la parole pour ou contre cette proposition, et cependant le procès-verbal n'en dit pas un seul mot. Il aurait au moins dû donner les noms de ceux qui ont parlé sur ce sujet et faire connaître dans quel sens de la question ils ont parlé,

(1) J'ai revu cette malade le 1er juin; elle allait mieux encore; elle avait continué les frictions avec la teinture de noix vomique.

Comme dernière confirmation des distinctions physiologiques que j'ai établies dans l'amaurose, je rappellerai cet aphorisme d'Hippocrate: *naturam morborum ostendit curatio*.

Ainsi, par exemple, M. Renauldin a dit que l'Académie avait renvoyé trois fois la question du *Bulletin* à l'examen du conseil d'administration, et que c'est par suite de ce triple renvoi qu'il n'a point lu son rapport à cette assemblée. Notre honorable collégue a certainement été mal servi par sa mémoire, car le fait qu'il a énoncé est complétement inexact. M. Adelon a dit, de son côté, que notre réglement s'oppose d'une manière formelle à ce que les pièces de la correspondance de l'Académie soient communiquées aux journalistes; eh bien! le réglement ne dit pas un mot de cela. Or, il est évident que de pareilles assertions devaient être consignées au procés-verbal, qui doit contenir ce qui est exact comme ce qui ne l'est pas, le vrai comme le faux.

Notre honorable collégue, M. Double, a fait, d'ailleurs, une proposition fort sage, qui consiste à ce que le rapport que M. Renauldin a fait dans le temps au conseil d'administration sur la création du *Bulletin* soit lu et discuté dans le sein de l'Académie, pour régulariser l'existence de cette publication. M. le secrétaire annuel a encore passé cette proposition complétement sous silence.

Je demande, d'aprés cela, d'une manière formelle, que ce procés-verbal soit rectifié et particuliérement pour ce qui concerne la proposition de M. Double.

M. Cornac appuie la demande de M. Chervin.

M. Roche, secrétaire annuel : La discussion a été si orageuse... (M. Mérat, de son banc : et scandaleuse!) qu'il m'a été impossible de prendre des notes.

M. Chervin : Lorsque M. Double a fait sa proposition, il y avait un silence parfait.

M. le Président : Les rectifications réclamées par MM. Chervin et Cornac seront faites au procés-verbal.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Comprend : 1° plusieurs rapports de vaccinations départementales, d'épidémies et d'eaux minérales (commissions respectives); 2° la recette d'une pommade dite antiophthalmique.

CORRESPONDANCE IMPRIMÉE.

1° Traité en anglais sur les eaux minérales de Carslbad; 2° plusieurs cahiers des actes de l'Académie de médecine du Mexique.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

1° Lettre de M. Pigeaire sur le magnétisme.

M. Cornac en demande la lecture.

Messieurs du bureau refusent cette lecture, d'aprés un arrêté du conseil.

2° Lettre de M. Martin, directeur du conseil académique du collége d'Amiens.

Cette lettre a pour but de rectifier quelques inexactitudes qui se seraient glissées dans la communication que M. Dubois d'Amiens avait faite à l'Académie concernant les causes de la fièvre typhoïde qui a régné dernièrement dans ledit collége.

M. Dubois d'Amiens demande la parole et répond en ces termes :

Messieurs, je n'abuserai pas de vos momens, car il s'agit ici d'un fait qui m'est entiérement personnel.

On a parlé d'une accusation, d'une sorte de dénonciation que j'aurais faite contre l'administration du collége de ma ville natale; vous savez le contraire, messieurs; vous savez que j'ai énoncé ici une opinion qui m'avait été communiquée, savoir : que la proportion des légumes farineux secs était trop considérable dans le régime alimentaire des éléves, et les jours dits maigres trop fréquens. Ceci est nié par messieurs du collége, on oppose une enquête; je ne la connais pas, je n'ai pas vu les noms des membres de cette commission d'enquête, je ne puis faire aucune réflexion à ce sujet.

Mais, je répète ici ce que j'ai écrit à M. le proviseur, c'est-à-dire que, loin d'avoir porté une accusation, j'ai donné un témoignage public de sollicitude pour mes jeunes compatriotes et pour cet établissement.

On a dit, enfin, que justice avait été faite de ma communication par la presse départementale. Messieurs, je connais cet article; il est injurieux; on s'était adressé pour cette mission à des médecins honorables du pays; ils s'y sont refusés; on n'a trouvé pour cela qu'un homme qui a été médecin autrefois, et qui s'est jeté dans diverses spéculations, dans des défrichemens de bois, etc. Je ne m'abaisserai pas jusqu'à répondre à ce personnage.

M. le Président invite M. Montgomery, membre correspondant de Dublin, présent à la séance, à signer la feuille de présence.

ANIMAUX MICROSCOPIQUES DANS LES EAUX MINÉRALES.

M. Virey : L'ouvrage en anglais sur les eaux de Carlsbad qu'on vient de vous présenter renferme des recherches originales fort intéressantes sur des animaux microscopiques qui vivent au fond de ces eaux. Comme la question des infusoires qui peuvent se développer dans les eaux minérales est curieuse et importante, je demande qu'un extrait soit fait de cette partie de l'ouvrage dans les journaux de médecine.

MOTION D'ORDRE.

M. le Président demande que l'Académie l'autorise à ne pas accorder la parole, quand bon lui semblerait, aux membres qui veulent faire des propositions pour des motions d'ordre sur certains sujets. (Rires très prolongés.) L'Académie repousse à l'unanimité une pareille proposition.

ÉTIOLOGIE DU PIED-BOT CONGÉNITAL.

L'ordre du jour appelle la continuation de la discussion du rapport de M. Cruveilhier sur l'étiologie du pied-bot.

M. Velpeau : Les débats qui viennent de s'engager devant l'Académie concernant les causes du pied-bot portent sur un sujet assez important par lui-même, et dont l'importance s'est accrue encore par la direction qu'a prise la discussion dans le sein de la compagnie, je veux dire par l'introduction de la question de la philosophie anatomique, de la théorie des arrêts de développement. J'examinerai d'abord ce point de doctrine.

Depuis une trentaine d'années, depuis surtout que Blumenbach et M. Geoffroi-St-Hilaire ont admis cette doctrine, la formation de toutes les monstruosités a été rapportée aux arrêts de développement. J'avais adopté moi-même une pareille manière de voir, et c'est sous la même inspiration que j'ai écrit mon *Traité d'Ovologie*, c'est-à-dire en regardant toutes les aberrations normales de l'organisation du fœtus comme le résultat d'une maladie de l'œuf, qui se serait opposée au développement consécutif des parties; mais je me suis bientôt aperçu que je m'en étais laissé imposer par l'autorité de quelques grands noms et que la doctrine dont il s'agit claudiquait sur plusieurs points. Enfin, en 1833, puis en 1833, j'ai acquis la conviction, par l'examen approfondi de plusieurs faits, que la théorie des arrêts de développement était une simple hypothèse, une supposition arbitraire, que l'observation directe démentait, et je m'en suis clairement expliqué dans cette enceinte, à l'occasion d'un cas d'extrophie de vessie, sur lequel j'ai fait un rapport à l'Académie. M. Breschet prit alors la parole, et je me rappelle que nous avons eu une discussion sur la doctrine que je venais d'attaquer. Je rapportais la formation de l'extrophie à une maladie locale du fœtus survenue après le développement, tandis que M. Breschet soutenait qu'il y avait absence congénitale par effet d'un arrêt du travail organisateur. Je suis bien aise de me trouver aujourd'hui d'accord avec M. Cruveilhier sur ce point, et pour démontrer plus clairement combien la doctrine que défend M. Breschet est erronée, je vais m'expliquer encore avec plus de détails.

Sur quoi se fondent les partisans des arrêts de développement? D'abord, sur la prétendue ressemblance de la figure de l'embryon de l'espèce humaine avec la figure de certains animaux aux différentes époques de la vie; de là, disent-ils, la naissance de telle ou telle monstruosité, selon l'époque de l'embryon. On est allé jusqu'à dire, qu'en origine, l'homme avait un os intermaxillaire et une figure allongée comme les animaux, et que cet état n'a cessé d'exister que par la perfectibilité de notre espèce sous l'influence de l'éducation. Il y a des physiologistes, surtout en Allemagne, qui croient encore à de pareilles hypothèses... (On rit.) Nous ne voyons pas pourtant, depuis les souvenirs des siècles les plus reculés que l'histoire nous ait transmis, que la forme du genre humain ait jamais été différente de celle d'aujourd'hui!...

Mais l'idée fondamentale de la doctrine est celle-ci : on a supposé, qu'en origine, l'embryon était formé de deux moitiés qui devaient se réunir sur la ligne médiane, et qu'avant cette conjugaison les viscères étaient en dehors des cavités qu'ils doivent occuper par la suite. Or, disent les partisans, si par une cause quelconque ce travail de rapprochement est arrêté; si, en d'autres termes, la conjugaison binaire sur la ligne axuelle du corps n'a point lieu, vous aurez des monstruosités de telle ou telle espèce, selon l'époque de la gestation, et la région où l'arrêt s'est manifesté. C'est ainsi que se forment, d'après eux, les hernies congénitales, le bec-de-lièvre, le *spina-bifida*, le pied-bot, etc.

Le premier point à examiner dans la question, c'est de savoir si réellement il y a, dans l'espece humaine, une époque de la vie embryonnaire où la ligne médiane et les viscères s'offrent dans les conditions qu'on leur suppose. Or, je puis assurer qu'il n'en est rien. Lorsque je me suis occupé d'un traité d'ovologie, j'ai eu l'occasion d'examiner non-seulement un très grand nombre de fœtus aux différentes époques de la gestation; mais encore de voir tous les faits qu'on avait publiés sur cette matière; eh bien! je puis affirmer que jamais l'embryon ne m'a offert les conditions en question. L'embryon le plus jeune qu'on ait examiné jusqu'à ce jour est probablement celui dont j'ai publié la figure; c'est un embryon de treize à quatorze jours; il m'est venu d'une dame âgée de 37 ans, qui l'a rendu quinze jours après avoir eu des rapports avec son mari, lequel avait été absent pendant trois mois. L'œuf entier avait le volume d'une petite noix : ce fœtus pourtant était parfaitement formé dans toutes les régions; ses cavités viscérales étaient exactement fermées, ses organes aussi bien dessinés que chez le fœtus à terme, et j'ai cherché en vain les prétendues fentes de la ligne axuelle du corps. A quelle époque de la vie intra-utérine les partisans de la doctrine ont-ils donc vu l'organisme autrement constitué? Il n'existe pas à ma connaissance, je le répète, de figure d'embryon plus jeune que celui que j'ai vu; et j'ai d'ailleurs suivi pas à pas, par des dissections très soignées, la marche de l'organisme fœtal, depuis l'époque indiquée jusqu'au neuvième mois, sans avoir jamais pu rencontrer les fentes en question. Je suis par conséquent autorisé à conclure que l'idée fondamentale de la doctrine des arrêts de développement est une hypothèse, une supposition erronée.

Le bec-de-lièvre, dira-t-on, ne vous offre-t-il pas une preuve matérielle de l'arrêt de développement? On n'a pas réfléchi que cette division morbide de la lèvre ne se présente pas toujours sur la ligne médiane, et que quelquefois elle est double. Je sais bien qu'on invoque dans ce dernier cas la supposition de la préexistence d'un os intermaxillaire; mais qui ne voit l'arbitraire d'une semblable hypothèse?

La hernie ombilicale, a-t-on ajouté, se forme toujours dans le cordon si elle est congénitale, parce que c'est là que se trouvent les intestins, avant l'arrêt de développement. C'est encore une autre erreur. Je viens de dire que jamais les intestins ne se trouvent au-dehors, et il est prouvé d'ailleurs, par des dissections que je connais, que la hernie ombilicale congénitale se forme tantôt en dehors du cordon, tantôt dans le cordon lui-même. J'ai présenté un fœtus à l'Académie, où la tumeur existait à côté de l'ombilic, et j'en ai rencontré deux autres pareils depuis. Ces circonstances s'expliquent si naturellement par la variabilité des losanges formés par l'entrecroisement des fibres aponévrotico-musculaires de l'abdomen que je ne vois pas la nécessité d'avoir recours à des doctrines hypothétiques pour en rendre compte. M. Breschet a invoqué mon témoignage en faveur de ses opinions; mais il s'est trompé, la figure de mon ouvrage qu'il a citée prouve précisément le contraire.

Le pied-bot a aussi été enrôlé sous le drapeau doctrinaire que je combats. M. Cruveilhier en a déjà fait justice dans son rapport; mais il s'est rangé lui-

même du côté de la mécanique. La pression du fœtus par la matrice est la cause du pied-bot, d'après M. Martin. Plusieurs membres ont déja relevé le peu de fondement de cette hypothèse; on sait, en effet, qu'étant environné d'un liquide, le fœtus n'est pas susceptible d'être comprimé par l'utérus; néanmoins, il est juste de reconnaître dans quelques cas exceptionnels l'influence de quelques actions mécaniques dans la genèse du pied-bot. Le corps de l'enfant pose sur une paroi de la matrice, bien qu'il soit environné de liquide; il exécute des mouvemens, mais ces mouvemens ne sont pas des culbutes, des renversemens de tout son corps; ce sont des espèces de saccades, de ballottemens ou de secousses; il y a des cas où ces mouvemens sont rares, ou bien manquent complétement jusqu'au moment de l'accouchement : l'enfant reste donc blotti sur l'utérus, pèse de tout son corps sur les points où il appuie, et la paroi utérine correspondante peut exercer une certaine action sur lui, surtout s'il y a diminution des eaux de l'amnios. Quelques faits viendraient même à l'appui de cette manière de voir : j'ai présenté à l'Académie, de la part de M. G..., un fœtus dont les pieds étaient contournés, et dont les eaux amniotiques avaient coulé quelque temps avant l'accouchement; M. M..., de Metz, a observé aussi un cas dans lequel les eaux avaient été évacuées depuis un mois, et l'enfant présentait les pieds dans le même état; mais, est-ce là une simple coïncidence, ou bien pourrait-on y voir un résultat de cause à effet? Je veux dire par ces considérations que, sans attribuer, ainsi que l'a fait M. Cruveilhier, les causes du pied-bot à l'action mécanique de la matrice, on peut admettre que cette action est pour quelque chose dans certains cas.

Mais, Messieurs, la science possède aujourd'hui quelque chose de mieux que tout cela pour expliquer la formation du pied-bot congénital : c'est la théorie proposée par M. J. Guérin, et à laquelle l'Académie des sciences a donné son assentiment, dans le rapport que ce corps savant a fait sur l'ouvrage de M. J. Guérin. Cette théorie, basée sur un grand nombre de faits, établit que la plupart des monstruosités, la plupart des difformités articulaires congénitales, et en particulier les pieds et les mains-bots se rattachent primitivement à une affection organique des centres nerveux, et sont le produit direct de rétractions musculaires convulsives dépendantes de ces affections. Ajoutez que les muscles qui sont le siége de ces rétractions sont eux-mêmes frappés d'une espèce d'arrêt de développement consécutif qui les empêche de suivre l'accroissement du squelette, et vous aurez la raison matérielle de la formation et du développement progressif des difformités qui en sont la conséquence. C'est donc à une maladie de l'origine des nerfs, ou des nerfs eux-mêmes que la plupart des monstruosités et des difformités congénitales doivent être rapportées aujourd'hui. On peut se convaincre matériellement de la subordination de ces deux ordres de faits dans les pièces qui la présentent; tantôt c'est tout l'encéphale et toute la moelle qui ont été détruits par la maladie, et alors tous les muscles sont plus ou moins atteints de fortes rétractions; tantôt c'est une partie de la moelle seulement, sa portion inférieure, par exemple, ce qui est physiquement reconnaissable par des spina-bifida incomplets, par des fistules rachidiennes ou des poches hydro-rachidiennes, et alors la rétraction musculaire est bornée aux muscles des membres inférieurs, ou à une partie seulement de ces muscles: de là les pieds bots de toute espèce. La chose m'a paru si frappante, d'après les pièces que j'ai examinées, et qui ont été mises sous mes yeux il y a peu de jours encore, que je ne puis m'empêcher d'adopter cette doctrine.

Comment l'arrêt de développement pourrait-il rendre raison de la formation du pied-bot? Ici la doctrine s'arrête tout court, comme on le voit. Outre qu'à aucune époque de la gestation, l'embryon ne présente les pieds de cette forme, les variétés nombreuses que le pied-bot affecte le mettent complétement en dehors du patronage de cette théorie. Elle est également en défaut dans les anencéphalies; car, pour peu qu'on réfléchisse à l'état des os restans de la boîte crânienne, on verra que leur développement est complet, et que la partie qui manque a été plutôt détruite par une maladie après le développement.

J'arrive à présent à d'autres points non moins importans de la discussion.

(Ici l'orateur est obligé de s'arrêter, M. Cruveilhier étant forcé de quitter la séance.)

L'Académie décide qu'une séance extraordinaire sera affectée pour achever cette discussion. M. Velpeau aura le premier la parole pour continuer son argumentation.

MAGNÉTISME ANIMAL.

M. Girardin a la parole pour lire un rapport au nom de la commission du prix Burdin. Il s'agissait comme on sait de constater le phénomène de la clairvoyance magnétique dont M. Pigeaire s'était engagé à démontrer l'existence chez sa jeune fille, âgée de 12 ans, et de remplir par conséquent les conditions du programme du prix de 3,000 fr. (attention; curiosité).

Le rapport commence par rappeler les conditions du premier programme de M. Burdin où il n'était question que de voir sans le secours des yeux. Par une lettre adressée de Montpellier à l'Académie, M. Pigeaire ayant demandé que les conditions du programme fussent modifiées, de manière à n'exiger qu'une clairvoyance par le secours des yeux bandés, en plein jour, et dans la seule direction des organes visuels, M. Burdin rédigea un second programme en acquiesçant à la demande de M. Pigeaire, mais à la condition expresse que la commission aurait le droit de prendre les précautions qu'elle croirait convenables pour s'assurer contre toute supercherie. Ce second programme ayant été accepté par M. Pigeaire il s'est rendu à Paris avec sa somnambule et a écrit une lettre à la commission pour se mettre à sa disposition et lui tracer en même temps les expériences qu'il entendait faire. — M. le rapporteur donne lecture de cette lettre.

Dans une première entrevue entre M. Pigeaire et la commission, on s'est occupé des conditions du bandeau qui devait couvrir les yeux de la jeune personne. C'était là un point essentiel. M. Pigeaire a présenté le bandeau avec lequel sa fille s'était habituée à l'opération magnétique. Ce bandeau se compose 1° d'un morceau de toile, 2° d'une couche épaisse de coton, 3° de trois couches de velours; le tout ayant une largeur de quatre travers de doigts et plusieurs pouces d'épaisseur; il est parfaitement opaque. « Le velours et le coton, a dit M. Pigeaire, étant des substances propres à favoriser le développement du magnétisme, je ne puis en employer d'autres, d'autant plus que ma jeune fille ne s'est habituée aux expériences qu'avec elles : la commission pourra, si elle le veut, faire composer elle-même un autre bandeau aussi épais qu'elle le désire pourvu que ce soit avec les mêmes substances et que sa largeur ne dépasse pas les limites de celui que je vous présente. Ma fille, a ajouté M. Pigeaire, n'éprouve le phénomène de la clairvoyance magnétique qu'autant que les côtés de la face restent libres, car elle ne voit qu'avec les nerfs de la cinquième paire. La commission pourra si elle le désire coller sur la peau le bord inférieur du bandeau avec de la gomme ou du taffetas. »

La commission a trouvé que ce mode d'expérimentation que voulait imposer M. Pigeaire n'offrait pas toute la garantie requise par le programme de M. Burdin, car avec un bandeau aussi étroit rien n'empêcherait quelques rayons lumineux de passer par son bord inférieur. La commission a donc, 1° fait construire elle-même un bandeau noir comme une sorte de masque dont le bord inférieur était réfléchi de manière qu'aucun rayon de lumière ne pût se glisser entre l'appareil et la peau : M. Pigeaire l'a rejeté; 2° elle a proposé à M. Pigeaire de permettre que durant l'expérimentation un des membres de la commission appliquât légèrement ses doigts sur le bord inférieur du bandeau même avec lequel la jeune personne était habituée de lire : M. Pigeaire s'est également refusé à cette précaution; 3° la commission enfin a proposé de couvrir exactement les yeux avec deux espèces de tubes noirs : M. Pigeaire n'a pas accepté davantage. « Si je sors des conditions que je viens de vous faire connaître, a répondu M. Pigeaire, ma fille tombe dans des convulsions graves et la clairvoyance pourrait ne pas avoir lieu. » (On rit.)

La commission a passé à l'examen d'un second point, à savoir, la position du livre que la somnambule devait lire. Encore ici M. Pigeaire avait son plan arrêté. « Il faut, a dit le magnétiseur, que ma fille fasse ce qu'elle veut une fois qu'elle est magnétisée; sa clairvoyance ne s'exerce ordinairement que de bas en haut; elle place généralement son livre sur ses genoux, l'approche ou l'éloigne plus ou moins de ses yeux pour pouvoir lire. » (On rit.) La commission a fait observer que cette seconde condition n'était pas plus rassurante, et elle a exigé par conséquent que le livre fût placé dans une direction horizontale. M. Pigeaire a refusé aussi cette légère modification qui pourtant était de quelque importance.

Par suite de ces refus, M. Pigeaire s'est trouvé en dehors des conditions du programme de M. Burdin. La commission avait en effet pour mission de constater la réalité du phénomène magnétique avec les précautions propres à rassurer contre toute espèce de supercherie; ce sont justement ces précautions que M. Pigeaire n'a pas cru devoir accepter.

Ce médecin avait dit que sa fille était parvenue une fois à lire dans un livre enfermé dans une boîte. La commission s'est empressée de lui déclarer que si cette épreuve réussissait elle serait décisive et lui décernerait le prix. M. Pigeaire a cependant refusé de s'y soumettre; les raisons qu'il a données n'ont pas paru plausibles à la commission.

En conséquence, M. Pigeaire s'est borné à faire fonctionner sa somnambule à sa manière; elle a lu en effet, mais, à ce qu'on présume, à l'aide des faibles rayons qui pénétraient par le bord inférieur du bandeau, et après une heure, une heure et demie de contorsions de la figure et du corps, capables de déplacer plus ou moins le bandeau.

M. Cornac : Ayant assisté à deux des séances particulières de Mademoiselle Pigeaire, je raconterai à l'Académie, si elle le désire, ce que j'ai observé et l'impression que j'en ai éprouvée. (Oui, oui, parlez.)

La mère de la jeune personne a commencé par faire quelques *passes*; la jeune fille s'est bientôt endormie. Madame Pigeaire lui a appliqué le bandeau dont vous venez d'entendre la description; elle l'a collé même inférieurement : la somnambule commence alors à faire des grimaces incroyables, à se contordre de mille manières, se jeter sur sa mère, se démener, s'agiter. Elle répond cependant aux questions qu'on lui adresse; on lui demande si elle peut lire; *pas encore, répond-elle* (on rit). La mère continue à la questionner, et lui dit : *Tu es donc paresseuse aujourd'hui; dépêche-toi donc à travailler!* (Hilarité prolongée.) Cette scène dure une heure au plus; enfin elle répond qu'elle peut lire; elle prend le livre, le dirige obliquement vers ses yeux et en regardant vers le sol, l'applique sur ses genoux, le pose sur une table, l'approche, l'éloigne, toujours en grimaçant, et finalement déchiffre quelques mots. Elle joue même parfaitement aux cartes dans cet état; et elle a joué avec moi en présence de MM. Adelon et Gueneau de Mussy. Je lui ai présenté une tabatière lui disant de deviner ce que c'était; elle n'a pu la reconnaître tant que je la lui ai tenue en ligne horizontale avec ses yeux; je l'ai posée sur la table où étaient les cartes, elle l'a de suite reconnue.

Que présentent-ils de merveilleux les faits de mademoiselle Pigeaire? La supercherie n'est-elle pas plus claire que la clairvoyance magnétique? Dans ma conviction, la jeune fille lit avec le secours des yeux et de quelques faibles rayons de lumière que ses grimaces incessantes font pénétrer par le bord inférieur du bandeau. Elle lit à une faible lumière par force d'habitude, comme un chat voit dans l'obscurité. J'approuve par conséquent le rapport sage et bien circonstancié que la commission vient de nous lire.

M. Delens : La commission n'a pas, selon moi, rempli comme elle le devait la mission dont l'Académie l'avait chargée. Son devoir était d'observer et de juger les faits tels que M. Pigeaire les lui aurait présentés. Imposer des conditions dans des phénomènes de la nature de ceux dont il s'agit, c'était mettre le concurrent dans l'impossibilité de les produire; c'est comme si vous exigiez d'un physicien qui vous appelle à être témoins de phénomènes électriques, qu'il n'isole pas sa machine ou les corps qu'il voudrait électriser, etc. Sous ce rapport, par conséquent, la commission a manqué à sa mission. Mais, il y a plus; la commission n'a pas voulu accepter le bandeau de M. Pigeaire, et elle ne s'est pas suffisamment expliquée sur son refus. Encore un coup, si la production de la clairvoyance magnétique exige certaines conditions que l'expérience a montrées indispensables à M. Pigeaire, refuser ces conditions, c'est empêcher la reproduction du phénomène. Je pense, par conséquent, que la com-

mission a jugé très légèrement une chose qui pourra peut-être devenir importante pour la science.

M. LE RAPPORTEUR : La commission a dû se mettre en garde contre la supercherie, et prendre les précautions qu'elle a jugées convenables. M. Pigeaire ayant rejeté ces précautions, la commission a assisté à une séance qu'il a donnée à sa manière. Eh bien ! la commission n'a pas acquis, dans cet examen, la conviction de la clairvoyance magnétique; elle a dû par conséquent conclure qu'il n'y avait pas lieu à accorder le prix de M. Burdin.

M. ROCHOUX : La question de la clairvoyance magnétique se trouve aujourd'hui singulièrement changée, eu égard à ce qu'elle était dans son origine. Il s'agissait d'abord de voir sans le secours des yeux, par la nuque ou par l'ombilic. On en est venu ensuite à la vision avec les yeux bandés, et dans l'obscurité la plus parfaite. Plus tard, M. Pigeaire vous a dit que la présence du jour était indispensable, tout en promettant que sa fille verrait avec les yeux parfaitement bouchés, et le livre couvert d'un verre. A présent, la clairvoyance magnétique se réduit à voir comme tout le monde; c'est-à-dire par la lumière et les yeux. En voulez-vous davantage pour vous convaincre de la supercherie qui se cache dans les manœuvres adroites des magnétiseurs? Je demande en conséquence que, dorénavant, l'Académie refuse d'examiner toute espèce de fait magnétique, ou bien qu'elle commence d'abord par discuter le rapport de M. Husson, que par une sorte d'illégalité préjudiciable à la science on a étouffé en quelque sorte, quoiqu'on l'ait imprimé en totalité.

M. GERDY : Comme membre de la commission, j'ai assisté à deux séances de mademoiselle Pigeaire. J'y suis allé sans prévention aucune, avec les meilleures dispositions, pour bien voir le phénomène de la clairvoyance magnétique. J'ai observé de sang-froid tout ce qui s'est présenté à mes sens durant chaque séance; eh bien ! je dois dire en conscience que je n'ai pas acquis la conviction que la petite fille a lu sans lumière et sans yeux; je pense au contraire qu'elle a fait usage comme tout le monde de ces deux moyens à la fois; seulement, à force d'exercice, elle a fini par s'habituer à voir avec une faible quantité de lumière qui serait peut-être insuffisante pour des yeux non exercés.

J'ai désiré avoir en main le petit bandeau noir qu'on lui appliquait sur les yeux, et j'y ai vu de très petits trous comme des pointes d'épingle qui laissaient passer quelques rayons de lumière. L'ayant appliqué sur mes yeux, j'ai non-seulement vu le jour à travers; mais encore distingué l'ombre des doigts qui passaient devant le bandeau; M. Velpeau, qui a fait la même expérience, a même vu mieux que moi; car il a pu distinguer un *as* d'un carreau. J'en ai eu par conséquent assez pour me convaincre de la supercherie qui régnait dans toutes ces expériences.

M. ADELON : J'appuie pour ma part les sages réflexions que vient de vous présenter M. Delens. Il y avait deux choses à considérer dans les faits soumis au jugement de la commission : la clairvoyance magnétique telle qu'elle a été circonscrite par le programme de M. Burdin, et la partie philosophique des phénomènes offerts par mademoiselle Pigeaire. Pour ce qui est du premier point, j'approuve la commission de ne pas avoir décerné le prix, si elle n'a pas trouvées remplies toutes les conditions du programme. Mais je ne puis m'empêcher de la blâmer relativement à la légèreté avec laquelle elle a traité les faits extraordinaires qui se sont passés sous nos yeux. Je crois par conséquent qu'elle aurait mieux agi en ne se prononçant qu'avec une sage réserve sur la valeur de certains phénomènes dont nous avons été témoins. On n'a pas réfléchi qu'il faut des conditions déterminées pour la production de certains phénomènes physiques; ne faut-il pas, par exemple, isoler une machine électrique pour produire les effets de ce nom? Comment pouvait-elle donc, la commission, exiger de M. Pigeaire que les faits qu'elle devait observer lui fussent produits dans des conditions autres que celles que l'expérience lui avait démontrées efficaces?

M. BOUILLAUD : Je ne suis pas surpris du résultat des expériences magnétiques qui ont été faites devant la commission ; le jugement de la commission est tel qu'il devait être, et je l'approuve pour mon propre compte ; mais je pense aussi, comme MM. Delens et Adelon, que quelques reproches pourraient lui être adressés, non pour avoir déclaré que la prétendue clairvoyance magnétique n'était que de la supercherie, mais pour ne pas avoir expliqué cette supercherie elle-même et signalé les moyens à l'aide desquels le magnétiseur espérait en imposer. Quoi qu'il en soit, et attendu tous les antécédens connus du magnétisme animal et des magnétiseurs, je demande que dorénavant l'Académie ne reçoive les communications sur ce sujet que comme l'Académie des sciences reçoit celles de la quadrature du cercle et du mouvement perpétuel, c'est-à-dire en les envoyant sans examen au cabinet!! (Appuyé. — Rires prolongés.)

M. ROCHOUX : J'appuie la proposition de M. Bouillaud et je demande qu'on la mette aux voix, ou, autrement, qu'on discute le rapport de M. Husson. (On rit encore.)

M. DUBOIS D'AMIENS : Comme membre de la commission, je ne puis m'empêcher de prendre la parole et de répondre aux interpellations qu'on vient de nous faire. Nous devons déclarer d'abord que le rapport a été court, attendu le peu de temps que la commission a eu à sa disposition. Nous étions pressés de faire connaître à l'Académie le résultat de nos séances avec M. Pigeaire; en conséquence, la commission s'était réservé de donner des détails de vive voix sur des objets qu'elle n'a pu ou n'a pas cru devoir consigner dans son rapport. Venons à l'histoire somnambulique de M. Pigeaire. Ce magnétiseur connaissait parfaitement les conditions du programme de M. Burdin avant de se mettre en route; il l'a accepté, puis il n'a pas voulu s'y soumettre; il voulait nous imposer son bandeau ridicule, qui permettait de lire par-dessous, et a refusé obstinément les précautions que la commission était en devoir de prendre. Ensuite qu'avons-nous vu? une jeune fille ayant les yeux couverts à la manière de M. Pigeaire, se contordre pendant une heure, une heure et demie, faire des grimaces à n'en plus finir, porter même les mains sur le bandeau, jusqu'à ce que les petites bandelettes de taffetas, décollées sur quelques points, permissent de voir des objets qu'elle dirigeait précisément dans cette direction et en portant la tête obliquement de côté et contre la lumière. C'est précisément ce qui faisait dire à M. Pigeaire que sa fille voyait par la cinquième paire! (Rires prolongés.) M. Pigeaire a dit, il est vrai, que la commission pouvait faire faire un bandeau aussi épais qu'elle l'aurait voulu, mais sans rien changer aux autres conditions. A quoi cela pouvait-il servir, puisque la jeune fille voyait, non directement, mais obliquement par la lumière qu'elle faisait pénétrer par le bord inférieur du bandeau? Aussi M. Pigeaire ne voulait-il pas qu'on la fît lire directement en face, parce que, dans cette direction, le miracle ne pouvait pas se faire. M. Adelon, ayant vu que la clairvoyance magnétique se dissipait comme par transpiration insensible, voulait que nous continuassions à étudier les prodiges de la demoiselle Pigeaire, comme savans, disait-il! oui, comme savans, non plus comme membres de la commission Burdin! (Hilarité générale). Mais à quoi cela nous servait-il? nous n'avions pas cela pour mission. En conséquence, la commission a dû se borner à vous exposer son opinion, sans entrer dans d'autres détails.

M. CASTEL : On a parlé des contorsions de Mlle Pigeaire; elles n'ont pu avoir lieu sans des contractions extraordinaires des muscles de la face; eh bien! ces contractions, en rapetissant les muscles, en comprimant la peau, le tissu cellulaire, peuvent produire assez de vide pour laisser passer des rayons de lumière sous le bandeau. Dans le peu qui a été tenté, on peut déjà découvrir une partie des moyens de supercherie qui ont été employés. La lumière est arrivée aux yeux de Mlle Pigeaire obliquement. Une impression sans l'action des organes est aussi impossible qu'une fonction sans l'action d'un viscère.

M. J. CLOQUET parle en faveur du magnétisme; il voudrait que l'Académie ne se prononçât pas d'une manière décisive sur l'avenir de la science magnétique. On pourrait tout au plus, dit-il, conclure que les expériences de M. Pigeaire n'ont pas réussi. Que savons-nous des véritables causes des mouvemens de l'aiguille aimantée? Et pourtant le phénomène existe. Je regarde le magnétisme animal comme un phénomène électrique. Il est prouvé qu'il existe un fluide électrique dans nos nerfs. Il n'est pas contraire à la raison que des phénomènes particuliers d'électricité se passent dans l'organisme vivant et qu'on ne comprend pas encore. Qu'est-ce que la clairvoyance magnétique, sinon l'effet d'une exaltation extrême du système nerveux et en particulier des nerfs de la vision sous l'influence de l'électricité? Qui d'entre vous ignore que l'électricité rend momentanément diaphanes certains corps opaques? Le physicien Hosmond n'a-t-il pas prouvé en 1733 qu'une sphère de verre rendue opaque par un enduit résineux et placée ensuite dans le vide devenait momentanément transparente sous l'influence de courans électriques? L'Académie aura probablement à regretter un jour d'avoir tranché si légèrement et d'une manière absolue une question de physique animale que l'avenir jugera peut-être plus favorablement (on rit).

M. PELLETIER parle dans le sens du préopinant et propose de nouvelles expériences avec M. Pigeaire.

M. LE RAPPORTEUR répond à toutes les objections qu'on a faites.

Le rapport est mis aux voix et adopté.

AUTOPLASTIE HERNIAIRE.

M. BLANDIN présente un malade chez lequel il a pratiqué avec succès une opération d'autoplastie pour un anus contre nature. L'Académie a examiné avec un grand intérêt les conditions de la belle et heureuse opération de M. Blandin. Voici cette observation rédigée par l'auteur lui-même.

ANUS CONTRE NATURE, SUITE D'UNE HERNIE AVEC GANGRÈNE; INVAGINATION D'UNE PORTION CONSIDÉRABLE D'INTESTIN A TRAVERS LA SOLUTION DE CONTINUITÉ; GUÉRISON A L'AIDE DE L'AUSTOPLASTIE.

« Un homme, âgé de 52 ans, occupé aux travaux de la campagne, portait depuis long-temps une hernie inguinale droite, qu'il maintenait avec un bandage de mauvaise qualité, et qui n'avait jusque-là causé d'autres accidens que quelques coliques peu persistantes, lorsqu'il éprouva, il y a trois ans, tous les symptômes de l'étranglement. Il ne réclama les soins du chirurgien qui habite son village que fort tard, et à une époque à laquelle la gangrène avait déjà frappé et les parties contenues dans la tumeur, et les couches membraneuses qui recouvraient celles-ci; le rôle de notre confrère se borna et dut se borner à favoriser la chute des escarrbes, et l'issue au dehors des matières fécales accumulées dans l'intestin. Tout cela fut fait avec le succès le plus complet, et au bout de quinze jours la solution de continuité était entièrement détergée, les accidens s'étaient graduellement apaisés, le malade avait repris ses forces et sa gaîté naturelle; enfin il ne lui restait de la maladie qu'une large perforation dans la région inguinale droite, perforation à travers laquelle on apercevait tout l'intérieur du cœcum dont la paroi antérieure avait été détruite, et qui donnait passage à la plus grande partie, mais non à la totalité des fèces.

» Le malade resta dans cet état pendant trois années, et n'éprouva pas d'autres accidens que l'issue, par l'ouverture de la solution de continuité, d'une portion plus ou moins considérable d'intestin, qu'il faisait rentrer aussi promptement et aussi bien que possible, en gardant le repos et en exerçant une compression sur cette partie. Néanmoins à la fin du mois de février dernier, à l'occasion d'efforts considérables, il sortit par l'ouverture anormale une si grande quantité d'intestin, que les moyens de réduction que ce malheureux employait lui-même ordinairement n'eurent aucun succès, et qu'il réclama vainement dans le même but les secours de son médecin. Alors, effrayé du volume de la tumeur, inondé et souillé continuellement par le passage des matières fécales, il se décida à entreprendre le voyage de Paris, et vint du fond de la Normandie réclamer les secours de notre confrère M. P. Teissier, qui nous l'adressa à l'hôtel-Dieu.

» Voici l'état dans lequel il se présenta à notre observation : tumeur rouge, muqueuse, du volume des deux poings réunis et occupant toute la région inguinale droite; mouvemens vermiculaires à la surface de cette tumeur; ouverture alongée, circonscrite par deux lèvres, et bien reconnaissable pour l'ouverture ilio-cœcale, à la partie interne et supérieure de la tumeur; écoulement continuel de matières fécales liquides par l'ouverture précédente; aucune évacuation par l'anus naturel; amaigrissement considérable,

» Notre premier soin fut de faire des tentatives de réduction de la partie d'intestin invaginée, et nous y parvinmes après des efforts longtemps prolongés, et une pression exercée d'une manière soutenue pendant plus d'un quart d'heure; il fut d'ailleurs aisé de constater que nous faisions ainsi rentrer *tout le colon ascendant, l'extrémité inférieure de l'iléon et la partie du cæcum* qui avait échappé à la gangrène lors de l'étranglement de la hernie; on reconnut également alors que l'ouverture de la paroi abdominale était à peu près circulaire et que son diamètre était de seize lignes; une forte pyramide de compresses en un bandage *en spica* fut appliqué pour prévenir une nouvelle invagination.

» Notre malade retira déjà de grands avantages de ces premiers soins : les matières fécales cessèrent de passer par l'ouverture anormale, et l'intestin, retenu par la pression du bandage, ne vint plus se porter au-dehors; nous fîmes construire un brayer à ressort très fort et à pelote large, de manière à produire une action plus énergique sur les parties, et nous vîmes bientôt l'ouverture subir un rétrécissement notable dans les différens diamètres; cependant, au mois de mai, comme elle avait encore l'étendue d'une pièce de cinq francs, surtout comme elle ne paraissait pas susceptible de se rétrécir davantage, à cause de la perte de substance qu'avaient subie les muscles et les aponévroses de la paroi abdominale, nous songeâmes à la fermer au moyen de quelque opération; nous constatâmes d'abord que la paroi du cœcum qui restait intacte était dépourvue d'éperon, ou qu'elle en présentait un très peu saillant; de sorte que l'*entérotomie* n'était pas applicable à ce cas particulier; puis après avoir avivé les lèvres de la plaie avec l'instrument tranchant, nous les réunîmes à l'aide de la *suture emplumée*, après avoir pris la précaution de placer au-dessous d'elles, du côté de l'intestin, un morceau de *vessie natatoire de poisson*, pour empêcher les matières fécales de se porter vers la place, de l'irriter, et d'en empêcher la réunion.

» Cette première tentative et une deuxième de même espèce n'eurent aucun succès; et, après quelques jours, le malade se retrouva absolument dans la même position qu'auparavant.

» Comprenant dès-lors qu'il fallait employer quelque chose de plus que le simple avivement et la suture, nous songeâmes à l'autoplastie, et nous l'appliquâmes de la manière suivante : un lambeau quadrilatère formé de la peau et d'une couche épaisse de tissu cellulaire sous-cutané fut taillé au-dessous de l'ouverture anormale; trois incisions différentes servirent à sa circonscription; l'une d'elles était tangente. Au bord inférieur de l'ouverture, les deux autres descendaient perpendiculairement des extrémités de la première, ce lambeau fut disséqué dans l'étendue de près de deux pouces, et laissé adhérent à la région inguino-crurale par un de ses bords.

» Cette première partie de l'opération accomplie, nous enlevâmes, dans l'étendue de trois lignes environ, la peau qui recouvrait les bords *supérieur, interne* et *externe* de la solution de continuité; puis faisant remonter le lambeau au-devant de celle-ci, nous affrontâmes ses bords avec les parties précédentes, plaçant ainsi les points de suture hors du cercle de l'anus contre nature, et ne faisant correspondre à celui-ci que la face saignante du lambeau. Un linge enduit de cérat, une couche de charpie mollette, quelques compresses et un brayer doux, complétèrent tout l'appareil qui fut mis en usage après cette opération.

» Le quatrième jour, le lambeau s'était agglutiné avec les bords et avec la partie antérieure de l'ouverture, en dedans et en dehors; mais la réunion ne s'était pas opérée supérieurement; cependant, il était évident que si le succès n'était pas encore complet, il ne pouvait tarder à être obtenu; car le lambeau conservait, dès ce moment, et conserva toujours sa position au-devant de l'ouverture anormale; de sorte que celle-ci était réduite à la condition d'une fente étroite, dont les bords ne pouvaient manquer de s'agglutiner avec facilité.

» Notre attente effectivement ne fut pas trompée : au bout de quinze jours, nous avivâmes le bord supérieur du lambeau et la partie correspondante de l'anus contre nature, et nous réunîmes ces parties à l'aide de la suture entortillée; cette fois la réunion se fit presque partout; il ne resta plus que deux petits pertuis, dont le contour, cautérisé à plusieurs reprises avec le nitrate d'argent, ne tarda pas à se cicatriser complètement.

» Aujourd'hui notre malade a son anus contre nature entièrement fermé par le lambeau que nous avons emprunté à la région de l'aine. On sent très bien, en pressant sur celui-ci, la perte de substance considérable qu'a subie la paroi abdominale. Cette paroi est plus faible en ce point que partout ailleurs, et toujours elle aura besoin d'être soutenue par la pelote d'argent d'un brayer. »

LUXATIONS SCAPULO-HUMÉRALES.

M. MAINCAULT présente, de la part de M. Sédillot, deux préparations anatomiques propres à confirmer l'existence de la luxation sous-glénoïdale directe, ou la tête de l'humérus était appliquée sur la côte de l'omoplate.

L'abondance des matières nous oblige à remettre au prochain numéro les détails de ces pièces.

VARIÉTÉS.

DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE, DE SON BULLETIN ET DE LA PRESSE MÉDICALE.

Il arrive en ce moment au conseil d'administration de l'Académie de médecine ce qui arrive toujours lorsqu'on s'obstine à rester dans une fausse route, au lieu de revenir prudemment sur ses pas. Si le 20 février dernier, ce conseil avait fait droit à ma demande qui n'avait pour but que l'intérêt de la science et l'honneur de notre premier corps médical; s'il avait réintégré MM. les journalistes dans la faculté qu'ils avaient avant la création du Bulletin de consulter la correspondance de l'Académie, cette affaire serait terminée il y a longtemps, et le sort du Bulletin ne serait pas aujourd'hui mis en question; car il ne me serait pas venu dans l'idée de rechercher en vertu de quel droit il existe.

Mais loin d'agir ainsi, le conseil d'administration a jugé plus convenable de persister dans ses erremens. Il n'a point fait connaître à l'Académie, malgré l'engagement formel que le bureau avait pris à ce sujet, quel était son avis sur ma proposition; il n'a pas même répondu à une lettre pleine de convenance que j'eus l'honneur d'adresser à son président, le 20 mars dernier, et par laquelle « je le priai de vouloir bien faire connaître à l'Académie quel était le résultat des délibérations du conseil sur la proposition dont il s'agit. »

Le 10 de ce mois, mon savant collègue, M. Breschet, s'étant élevé avec force contre la manière dont on publie le Bulletin, je saisis cette occasion pour informer l'Académie que cette publication n'a lieu qu'en violation de l'article 65 de son réglement qui dit : « *Toutes les publications sont faites au nom de l'Académie et en vertu d'une délibération expresse.* » Or, cette compagnie n'a délibéré d'aucune manière sur la publication du Bulletin qui paraît sous son nom, et qui, par cela même, est complètement illégale, malgré tout ce que MM. Moreau, Renauldin et Adelon ont avancé d'étrange pour la justifier et lui donner une apparence de légalité.

Un de nos honorables collègues ayant dit que le conseil d'administration fait un *honteux monopole* de la correspondance de l'Académie, M. Mérat a répondu « que le conseil manquant de fonds pour imprimer le Bulletin, il a fait un arrangement avec un libraire, et que la première condition du contrat est que les journalistes ne seraient plus autorisés à consulter les pièces de la correspondance. »

D'abord, la communication ou la non communication des documens qui parviennent à l'Académie étant une question de science, elle est tout-à-fait hors des attributions du conseil. En second lieu, en restreignant la publicité, le conseil d'administration a fait une chose qui est en même temps contraire aux intérêts de la science et à l'honneur de l'Académie.

Mais si, comme nous le dit notre honorable collègue M. Mérat, le conseil s'est engagé à ne point communiquer les pièces de la correspondance aux journalistes, comment se fait-il que M. Bousquet, secrétaire du conseil, ait fourni jusqu'à ce dernier temps les comptes-rendus des séances de l'Académie à la GAZETTE MÉDICALE moyennant une rétribution pécuniaire? Comment M. le secrétaire du conseil a-t-il pu violer un contrat dont les clauses devaient lui être parfaitement connues? Tout n'est donc que violations dans ce qui se rattache à ce malheureux Bulletin : violation du réglemant de l'Académie, violation du contrat passé entre le conseil et son libraire, violation du droit commun qui devait exister entre tous les journalistes, violation des principes de libéralités qui doivent diriger les hommes qui s'occupent de science, et surtout un corps savant rétribué par l'état et aussi haut placé que l'Académie royale de médecine, etc., etc.

D'un autre côté, le conseil d'administration de l'Académie ne pouvait ignorer les communications que son secrétaire faisait à la GAZETTE MÉDICALE; car j'en ai informé moi-même trois de ses membres, et je sais d'une manière certaine que M. Pariset a été prévenu de ce fait depuis très longtemps. Pourquoi le conseil n'a-t-il pas porté remède à un pareil abus?

Notre honorable trésorier nous a dit que le conseil s'est engagé à ne point donner communication des pièces de la correspondance aux journalistes, parce qu'il manquait de fonds pour faire imprimer son Bulletin; mais il paraît que cet arrangement illibéral, anti-scientifique, et indigne d'un corps tel que l'Académie royale de médecine, n'a pas été d'un bien grand secours pour le conseil; car, si je suis bien informé, il dépense 1,500 fr. par an pour la publication de son Bulletin. Et notez bien que lorsque nos honorables collègues, qui sont arrivés au rang de titulaires, en vertu de l'ordonnance royale du 20 janvier 1835, demandent qu'il leur soit accordé un jeton de présence, M. le trésorier répond que la chose est impossible, que l'Académie manque de fonds pour cela; mais elle n'en manque pas, à ce qu'il paraît, quand il s'agit de subvenir aux frais d'une publication non autorisée, d'une publication illégale, qui viole en même temps les articles 65 et 66 du réglement; car ce dernier article détermine quelles sont les publications faites par l'Académie, et il n'y est nullement question d'*un Bulletin de ses séances*.

Je regrette vivement que le conseil d'administration m'ait mis dans la nécessité de faire les remarques qui précèdent, qui, bien que sévères, n'ont absolument rien de personnel, ainsi que je prie de le croire; et, en les livrant à la publicité, je n'ai d'autre but que l'intérêt de la science, l'indépendance et l'honneur de l'Académie.

Paris, le 25 juillet 1838.

CHERVIN, D. M. P.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE DE FÉLIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 31. (TOME VI. — 1838.) SAMEDI 4 AOUT 1838.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunis) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°.—Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Poissonnière*, n° 5, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

NOTE SUR LE TRAITEMENT DES HERNIES ENGOUÉES ET ÉTRANGLÉES PAR LA COMPRESSION ET LE TAXIS PROLONGÉ; par M. V. Nivet, interne des hôpitaux civils de Paris, membre honoraire de la société anatomique.

Les travaux qui ont été publiés, soit dans les ouvrages classiques, soit dans les journaux périodiques de médecine, sur le traitement des hernies engouées ou étranglées, sont trop nombreux et trop connus pour qu'il soit utile d'en parler ici : je me bornerai donc à faire l'analyse des faits que j'ai observés.

Lorsqu'un ou plusieurs des organes renfermés dans l'abdomen se sont échappés de cette cavité en totalité ou en partie, diverses causes peuvent rendre l'anneau aponévrotique proportionnellement trop étroit; et alors la circulation du sang et des matières fécales est plus ou moins complètement empêchée.

L'accumulation et la rétention des matières stercorales, lorsqu'elles existent seules, ne sont pas très graves; mais si la réduction se fait trop attendre, on voit assez souvent se développer les accidens qui annoncent l'étranglement (1).

Je me propose de m'occuper spécialement du développement de ce dernier phénomène morbide. Lorsque l'ouverture herniaire est devenue relativement trop étroite, la circulation sanguine se fait avec beaucoup de difficulté dans les viscères herniés. Le retour du sang veineux vers le cœur ne tarde pas à être arrêté complètement, tandis qu'il arrive encore une

(1) Voyez plus loin l'observation 1re.

Feuilleton.

QUESTION IMPORTANTE A L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE.

L'Académie de médecine est en ce moment en grand émoi, et paraît même livrée à une sorte de perturbation anarchique, à l'occasion d'une vacance dans la section d'hygiène. La dernière séance (en comité secret) a été si vive, que, de mémoire d'académicien, les murs de la rue de Poitiers n'avaient jamais rien vu ni entendu de semblable. Pour bien faire comprendre la nature de la question, il importe de bien poser d'abord les faits, car ce n'est que d'après l'exacte connaissance des faits que peut être bien déterminé le droit. Nous ne cherchons pas même à dissimuler que nous sommes quelque peu intéressés dans cette affaire; car aucun de nos honorables confrères de l'Académie ne l'ignore; mais cette circonstance, loin de nous empêcher de parler, doit au contraire nous y engager, par droit de *légitime défense*. Nous sommes d'ailleurs heureux de pouvoir ajouter que notre cause, en cette occasion, est aussi celle des principes et de la vérité.

Il y a quelque temps qu'un fauteuil académique est vacant dans la section d'hygiène. Suivant le réglement et les usages, lorsqu'une vacance est ouverte, et lorsque l'Académie a déclaré qu'il y a lieu à y pourvoir, la section à laquelle appartient le membre à nommer se réunit, et établit une liste de candidats ; cette liste établie, la section la présente à l'Académie dans un rapport spécial. A l'Institut, les académies qui sont divisées en sections suivent cette manière de procéder, et c'est sur le réglement des classes de l'Institut qu'a été en grande partie formulé celui de l'Académie de médecine. Ce droit de présentation accordé aux sections est un acte de déférence du corps entier, à l'égard de la partie qui doit être complétée, et qui, à ce titre, est supposée 1° avoir un intérêt tout particulier à un bon choix; 2° être mieux instruite que le reste de la compagnie des titres des prétendans, et des conditions d'admission. La section ainsi *consultée* donne son *avis*, et l'Académie en corps décide en dernier ressort.

Lorsque la vacance actuelle à l'Académie de médecine fut déclarée, la section d'hygiène se mit en mesure de procéder à la formation d'une liste de candidats, lesquels, d'après le réglement, doivent être au nombre de trois au moins, et de six au plus. Les prétendans à la candidature étaient assez nombreux, comme de coutume; mais tous n'étaient pas également sérieux. On dut procéder au *choix*. Cette opération fut, dès le début, fort orageuse, et elle fut exécutée dans un mode tout à fait anormal, par les raisons que nous allons dire. Parmi les candidats, il y en avait un qui, par des circonstances inutiles à rappeler, n'avait pas à compter sur la bienveillance d'un certain nombre de membres de la section; ses titres scientifiques n'étaient pas contestés ; ils n'étaient pas même contestables; car dans une vacance précédente, il y a déjà cinq ans,

certaine quantité de sang par les artères; ce fluide distend le réseau capillaire des organes déplacés, augmente leur volume, et plus on attend, plus la tuméfaction augmente, et plus la réduction devient difficile. Au bout d'un certain temps, le péritoine s'enflamme, sécrète une quantité variable de sérosité trouble ou transparente, des pseudo-membranes, etc. Enfin, si la constriction est très grande, qu'elle soit l'effet du resserrement de l'anneau aponévrotique ou de la stase du sang, les viscères herniés se gangrènent. Comme les auteurs admettent généralement cette explication, qui d'ailleurs est basée sur des données physiologiques bien positives, il est tout à fait inutile d'invoquer en sa faveur les preuves nombreuses que pourrait fournir l'anatomie pathologique.

Parmi les maladies dont les phénomènes morbides peuvent être suivis des yeux, il en est une qui mérite d'être rapprochée de l'étranglement herniaire, sous le triple rapport de la cause, du mécanisme, et du traitement. Je veux parler du paraphymosis.

En effet, dans cette dernière maladie, le gland, sorti hors de la cavité qui le renferme ordinairement, est étranglé à sa base par l'orifice rétréci du prépuce; le sang s'accumule, non seulement dans le tissu spongieux, mais encore dans le réseau vasculaire du tissu cellulaire sous-muqueux et dans la membrane tégumentaire de l'extrémité libre du pénis. Dans cet état, quel que soit le degré de gonflement de la partie étranglée, s'il n'existe point d'adhérence morbide, l'indication thérapeutique est de comprimer *graduellement* le gland, de manière *à chasser peu à peu le sang* hors de l'organe malade; et l'on ne tarde pas, lorsque les efforts sont convenablement dirigés, à obtenir la réduction. J'ai vu cette pratique réussir constamment à l'hôpital des vénériens, pendant que j'étais attaché au service de M. Cullerier, en 1832.

Mais lorsque le prépuce adhère à la base du gland, qu'une infiltration séreuse, abondante, soulève la membrane muqueuse; ou, enfin, lorsque la gangrène a envahi quelque point de la tumeur, il est préférable de faire un ou plusieurs débridemens sur l'anneau préputial.

Si l'on fait l'application des préceptes précédens au traitement des hernies, on doit en conclure, qu'en général, le taxis forcé doit être banni de la pratique chirurgicale, parce qu'il agit trop brusquement, et ne laisse pas au sang le temps de sortir du réseau capillaire des viscères herniés, et parce qu'il expose à déterminer des déchirures du sac herniaire ou de l'intestin.

La compression longtemps continuée et graduellement croissante de la tumeur me paraît être au contraire la méthode la plus rationnelle.

Il existe néanmoins une très grande différence entre la structure et la vascularité du gland et celles de l'intestin et de l'épiploon; aussi n'ai-je point eu l'intention de dire qu'il y a ressemblance parfaite entre les deux maladies que j'ai rapprochées; mais j'ai cru utile d'indiquer un organe sur lequel on puisse étudier *de visu* les phénomènes de l'étranglement et les avantages de la compression. D'ailleurs, la moins grande vascularité ne change point l'indication; seulement la compression, au lieu d'être employée pendant 7 à 8 minutes, comme dans le paraphymosis, devra durer un quart d'heure, une demi-heure, plusieurs heures même, si cela est nécessaire; car le sang ne peut pas être repoussé avec autant de promptitude et de facilité hors du réseau capillaire des viscères abdominaux, qu'il l'est hors du réseau spongieux du gland. Lorsque les viscères herniés sont adhérens, ou lorsque la tumeur est très douloureuse et tendue, au point qu'on ne peut l'embrasser avec la main; enfin, lorsqu'on soupçonne que l'intestin commence à être envahi par la gangrène, on doit s'abstenir de faire aucune espèce de tentative de réduction, et pratiquer l'opération. Mais ce dernier cas est très rare quand la maladie est récente; du reste, lorsque le chirurgien a pris une détermination, il doit se hâter; car, plus on attend, plus la maladie s'aggrave.

Avant de décrire le procédé que j'ai adopté pour pratiquer le taxis, je ferai quelques réflexions sur les moyens de réduction que j'ai essayés à l'hôpital de la Salpétrière. L'une des malades, dont je rapporterai plus loin l'histoire, ayant présenté un très grand nombre de fois des phénomènes d'engouement ou d'étranglement, j'ai pu expérimenter sur elle quelques-unes des méthodes conseillées par les auteurs. 1° Une première fois, j'essayai le taxis tel qu'on le pratique ordinairement, et, n'ayant obtenu aucun bon résultat, je fis placer la malade sur le dos, après avoir mis un coussin volumineux sous la région lombaire. Je l'engageai à se renverser fortement en arrière; les cuisses étaient fléchies sur le bassin, de légers efforts de taxis suffirent pour faire rentrer les viscères herniés dans le ventre (1).

Mais ce procédé, qui avait réussi une première fois, échoua quand je voulus l'appliquer de nouveau. Ce moyen de réduction présente l'inconvénient de tirailler et d'allonger le mésentère et l'épiploon, et, par suite, d'augmenter la disposition qu'ont les viscères à sortir de la cavité abdominale, il doit rester sans effet lorsque le pédicule de la hernie a été soumis à des tractions réitérées, et s'est beaucoup allongé. On conçoit en effet que le renversement du tronc en arrière a des limites, et ne peut pas être augmenté, en raison de l'allongement des replis péritonéaux qui soutiennent les organes que renferme le sac herniaire.

2° Plus tard, j'ai fait usage sur la même femme du taxis pratiqué dans le bain tiède; ce moyen fut employé deux fois avec succès; puis, à la troisième tentative, il échoua complètement.

3° J'eus alors recours aux douches d'eau froide. La baignoire fut vidée, la femme étendue horizontalement et les jambes à demi fléchies sur les cuisses. L'on versa sur la tumeur deux seaux d'eau froide; mais la tumeur ne changea ni de forme ni de volume, et le taxis, employé immédiatement après, pendant huit à dix minutes, resta sans effet. Enfin, cette malade fut reportée dans son lit, et l'on prépara l'appareil nécessaire pour faire l'opération. Mais, comme le chirurgien était absent, aucun élève interne n'ayant voulu prendre la responsabilité de l'opération, nous eûmes recours, en désespoir de cause, au taxis prolongé et à la compression, employée avec persévérance pendant cinq quarts d'heure, et la hernie fut réduite.

Voilà, du reste, l'observation dont il s'agit :

Obs. Ire. — Le 12 décembre 1832, la nommée Legrand, âgée de 76 ans, est entrée à l'hospice de la Salpêtrière dans la section des infirmes. Cette femme n'a jamais eu d'autre maladie grave qu'une hernie crurale du côté droit, survenue pendant qu'elle faisait un effort considérable pour tirer un seau d'eau. Il y a vingt-cinq ans que cet accident lui est arrivé.

34 ans avant, cette malade avait commencé à être affectée d'un prolapsus de l'utérus qui s'était manifesté à la suite de sa première couche. Actuellement le museau de tanche fait, hors de la vulve, une saillie d'un pouce environ. Cette femme est très indocile et n'a jamais voulu s'astreindre à porter un bandage suffisamment serré.

(1) Ce procédé a été conseillé par M. Ribes. Voy. la Gaz. Méd. de 1833, p. 521.

---

il avait eu l'honneur d'être nommé candidat à la presque unanimité (1), et depuis, il n'avait certes pu perdre ces titres. Mais ce candidat déplaisait à quelques personnes qui n'en voulaient pas à tout prix. Ne pouvant nier ses titres scientifiques, on se jeta bravement sur sa personne, et on travailla dans ce sens avec tant de zèle qu'on réussit à l'écarter. Nous ne dirons rien de ce résultat, au fond; mais il importe d'expliquer par quel vice de formes on l'obtint. D'ordinaire, les exclusions sont déterminées *indirectement* par les nominations, les concurrens *non nommés* étant par le fait *exclus*. Si, sur dix concurrens, six sont *admis*, les quatre autres sont *refusés*; par cette forme, qui est la plus juste et la seule qu'on suive, l'exclusion est *indirecte*; elle n'est pas le résultat d'une délibération expresse, les noms rejetés ne sont soumis à aucune investigation positive. Comme cette manière de procéder aurait très probablement favorisé le concurrent en question, on imagina de faire procéder la section en sens inverse, par *voie d'exclusion*; c'est-à-dire de retrancher un à un ceux qu'on ne voudrait pas, jusqu'à ce que la limite des exclusions déterminât *indirectement* celle des nominations. Par cette méthode renversée, on pouvait avec toute liberté faire intervenir les questions personnelles sur lesquelles on comptait. Cette manœuvre insolite et son but évident soulevèrent les oppositions les plus énergiques. Plusieurs membres protestèrent; d'autres se retirèrent en déclarant ne plus pouvoir prendre part à ces délibérations. La section se laissa entraîner dans cette voie irrégulière, et le résultat désiré fut obtenu. Six candidats se trouvèrent nommés par l'exclusion de quelques autres, et en particulier de celui contre lequel avait été dressé tout ce mécanisme.

(1) Il s'était retiré lui-même volontairement de la candidature.

Mais tout n'est pas fini maintenant. L'affaire, jusqu'ici concentrée dans la section, a dû naturellement être portée devant l'Académie. Le rapport de la section présenté dans la dernière séance secrète a soulevé, comme on devait s'y attendre, une discussion des plus orageuses. Les opérations si excentriques de la section et toutes les circonstances qui ont présidé à la formation de la liste de présentation, ont été l'objet des réclamations les plus véhémentes. De toutes les paroles échangées et de la physionomie générale de la dernière séance, qui a été levée sans décision prise, il paraît constant que l'Académie n'est pas disposée à ratifier les opérations préparatoires de la section d'hygiène, et qu'elle prétend faire usage du droit qu'elle a de modifier les résolutions de la commission; et ces dispositions, à ce qu'il paraît non équivoques, d'un grand nombre de membres de l'Académie ont alarmé la section, ou plutôt cette fraction de la section qui a pris une part si active au travail de la présentation. Il serait fâcheux en effet qu'elle perdît le fruit de tant de fatigues. Aussi paraît-elle résolue à se défendre jusqu'à la dernière extrémité. Mais si la bonne volonté ne lui manque pas, il n'en est pas de même des moyens. La dernière séance a prouvé qu'une discussion libre, franche et approfondie n'était pas de son goût. N'y aurait-il pas moyen de supprimer la discussion? Quelques-uns des plus ardens défenseurs du rapport opinent que cela est possible; et pour empêcher l'Académie de modifier ou de rejeter ce rapport, ils prétendent lui interdire même de le discuter. Le réglement, disent-ils, porte que la section présentera un certain nombre de candidats; il ne reste à l'Académie que la faculté de *choisir* entre ces candidats; mais elle n'a le droit ni de discuter la liste, ni d'en proposer d'autres. Ainsi dans la circonstance actuelle la liste de présentation ayant été communiquée à l'Académie; celle-ci n'a plus rien à faire qu'à passer

Le 30 avril 1836, Legrand entra à l'infirmerie pour se faire réduire sa hernie, qui s'était engouée, et qu'elle avait cherché vainement à faire rentrer. Depuis cette époque jusqu'au mois de juillet, presque tous les internes de la maison ont été appelés pour réduire la hernie de cette femme. Ordinairement on fait rentrer, avec assez de facilité, la portion intestinale; mais ce n'est qu'avec beaucoup de peine et en employant une pression très forte qu'on parvient à réduire l'épiploon. L'anneau crural est très large, et lorsque les viscères sont complétement repoussés dans le ventre, on y introduit facilement le doigt indicateur. L'âge avancé et l'état de faiblesse de cette malade nous ont empêchés d'avoir recours aux émissions sanguines. A plusieurs reprises, j'ai constaté chez elle les bons effets du renversement du tronc en arrière et du taxis dans le bain; mais tous ces moyens ont échoué dans la circonstance que je vais indiquer :

A la fin du mois de juin 1836, l'élève de garde me pria de venir l'aider à réduire la hernie de cette femme. Nous la trouvâmes dans l'état suivant. La tumeur herniaire est plus volumineuse et plus tendue qu'elle ne l'a été jusqu'à présent; la douleur est aussi plus vive; cependant elle supporte assez bien les efforts du taxis. Après avoir fait des tentatives de réduction pendant une heure (de midi à une heure), on fait mettre la malade dans le bain. Les efforts de taxis n'ont pas plus d'efficacité pendant que la malade est dans l'eau que lorsqu'elle était dans son lit. Nous avons alors recours à l'application de l'eau froide. Un seau d'eau est versé sur la tumeur; on fait ensuite quelques tentatives de réduction, mais sans succès. La malade, après ces tentatives, s'est trouvée dans un état de faiblesse tellement grand que nous avons été obligés de la faire remonter dans son lit à quatre heures. Le pouls était alors petit, filiforme, fréquent, les extrémités froides, la figure altérée, les muscles de la face contractés; les nausées étaient continuelles, les vomissemens et les régurgitations de matières bilieuses étaient assez rapprochées; la tumeur était tendue, rénitente, douloureuse. Tous les internes réunis déclarèrent que l'opération est la seule ressource qui puisse sauver la malade; mais aucun d'eux ne veut prendre la responsabilité de l'opération. Le chirurgien de la maison est absent. On attend. A six heures, en désespoir de cause, nous recommençons le taxis. Pendant une heure, nous avons fait des efforts continuels de réduction. Nous nous remplacions successivement, lorsque nos forces s'épuisaient; enfin, après une heure de pression continue, je fais un dernier effort et je parviens à réduire la portion intestinale, et, une demi-heure après, l'épiploon lui-même rentre en masse, et non pas par petites portions, comme cela a lieu ordinairement.

Ceux qui ont assisté à cette opération ont pu apprécier les avantages du taxis prolongé. Le degré de pression a été porté très loin, puisque j'ai employé toute ma force; mais le taxis a été exercé sans secousses et sans efforts brusques. Beaucoup de chirurgiens auraient regardé le taxis comme dangereux et auraient opéré, et je suis convaincu que l'opération aurait eu des suites funestes pour cette malade. Le lendemain, les accidens avaient cessé complètement. Dans le courant du mois de novembre, l'épiplocèle est devenue irréductible. Plusieurs fois, depuis cette époque, les accidens d'étranglement ont reparu, mais ils cessaient aussitôt qu'on avait fait rentrer la partie intestinale. Vers la fin de décembre, cette malade se portait assez bien. J'ai quitté la Salpêtrière à cette époque.

Les observations qui suivent nous fourniront des exemples de hernies récemment étranglées, dans lesquelles le taxis prolongé a été employé également avec le plus grand succès.

Obs. II.—Au mois de septembre 1836, je fus appelé dans le dortoir du rez-de-chaussée de la division de Ste-Claire à la Salpêtrière pour y réduire une hernie crurale droite étranglée. La femme qui présentait cette maladie était d'une assez bonne constitution, et était âgée de 60 ans environ. La tumeur herniaire était pyriforme, douloureuse, très dure, mate dans presque toute son étendue, excepté en dedans, ce qui me fit penser qu'elle était formée en grande partie par l'épiploon. La malade commençait à éprouver des nausées. Pendant trois quarts d'heure, je comprimai le corps et le pédicule de la hernie, et, au bout de ce temps, je pus réduire avec assez de facilité la tumeur, qui rentra en masse et non pas par petites portions, comme cela a lieu ordinairement pour les hernies.

Obs. III.—Le 27 août 1836, une aliénée du service de M. Mélivié, âgée de 40 ans, qui portait depuis longtemps une hernie crurale du côté droit, fut prise d'accidens d'étranglement; la tumeur s'était développée à la suite d'un effort. Lorsque j'arrivai auprès d'elle, la hernie offrait le volume d'une grosse noix; elle était douloureuse et tellement dure que je la pris d'abord pour un ganglion enflammé; cette femme me dit qu'elle s'était aperçue de l'existence de cette grosseur depuis environ six heures. Elle venait de vomir des matières bilieuses, et se plaignait de coliques très vives. Je comprimai graduellement la tumeur, comme on le fait pour le paraphymosis; mais en employant un degré de pression plus considérable, je faisais porter la compression sur le corps et le pédicule de la hernie, et au bout d'une demi-heure, je pus réduire avec assez de facilité, tandis qu'avant d'avoir comprimé, j'avais vainement essayé de réduire la tumeur, même en faisant des efforts assez considérables pour arracher des cris à la malade.

Deux jours plus tard, cette femme était tout à fait rétablie.

J'ajouterai à ces faits deux observations qui ont été recueillies à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Breschet.

Obs. IV. — Le 2 mai 1837 est entrée au nº 53 de la salle Sainte-Jeanne le nommé Vinzac, porteur d'eau, âgé de 50 ans. Cet homme est affecté d'une toux habituelle qu'il attribue à un asthme. Il y a environ huit ans qu'il s'est aperçu de l'existence d'une petite tumeur herniaire ayant son siége à l'aine gauche; ce malade assure que la tumeur ne s'est point manifestée tout à coup et qu'elle est l'effet des quintes de toux dont il est tourmenté et des efforts habituels que nécessite sa profession. Il ne porte pas habituellement de bandage, et jusqu'au 1er mai il n'avait éprouvé aucun accident grave, et sa hernie offrait à peu près le volume d'une petite noix. Son père offre une maladie semblable à la sienne; mais cet homme ignore si son père ou sa mère présentent une affection semblable.

Le 2 mai, dans la matinée, Vinzac prit un purgatif dans le but de diminuer les quintes de toux qui le tourmentaient, et à la suite des efforts qu'il fit pour aller à la garderobe, sa hernie devint plus volumineuse, dure et douloureuse; bientôt il fut pris de nausées et de vomissemens et fut transporté à l'Hôtel-Dieu. L'élève de garde fit des tentatives de réduction, mais il échoua complètement.

Le lendemain matin, à l'heure de la visite, ce malade était dans l'état suivant : les garderobes ne se sont pas rétablies depuis la veille, les nausées et les vomissemens persistent, le pouls est médiocrement fort et un peu fréquent; la tumeur qui a son siége à l'aine gauche est ovalaire; son volume est à peu près celui d'un œuf de poule; son grand diamètre est dirigé transversalement et parallèle à l'arcade crurale; on sent au-dessus et au-dedans l'épine du pubis et la saillie formée par le ligament de Fallope; le canal inguinal est libre; la tumeur est tendue, douloureuse; le malade pousse des cris lorsqu'on fait des tentatives de réduction; la peau offre une teinte rose plus vive qu'au niveau des parties voisines; on atteint assez facilement le pédicule de la tumeur, en la soulevant de bas en haut.

M. Breschet pense qu'il est convenable d'employer le procédé de M. Amussat; il base son opinion sur les raisons suivantes : l'accident n'est survenu que depuis vingt-quatre heures; le ventre quoiqu'un peu tendu est peu douloureux; l'état du pouls et les symptômes généraux ne paraissent point annoncer l'existence d'une péritonite et rien n'indique à plus forte raison une gangrène.

Je fus chargé avec M. Michon de pratiquer le taxis prolongé, et comme ce chirurgien craignait que des efforts violens ne vinsent à déterminer une irritation fâcheuse, l'opération fut conduite avec beaucoup de lenteur et de ménagemens. Le corps de la tumeur fut embrassé avec l'une des mains, pendant qu'avec deux doigts de l'autre on comprimait le pédicule; et après une demi-heure d'efforts modérés et continus, une partie de la hernie fut réduite, avec la sensation d'un gargouillement peu sensible; la tension diminua beaucoup, et

---

au scrutin. Telle est la thèse qu'on essaiera, dit-on, de faire prévaloir pour étouffer la discussion à sa naissance. Pour arriver à ce but, on se propose, s'il faut en croire un bruit qui s'est répandu, de faire intervenir le conseil d'administration. A quel titre? c'est ce qu'on ne dit point, et ce qu'il nous est impossible de deviner. Le conseil d'administration n'a certes rien à voir dans cette affaire; il ne saurait, par aucune décision, entraver la marche régulière des travaux académiques. Un rapport a été fait à l'Académie; pour que les conclusions de ce rapport aient force de loi, il faut qu'elles soient approuvées par un vote, et pour être votées il faut qu'elles soient discutées. Dira-t-on, comme dans une autre circonstance, que ce rapport n'est pas un rapport, mais une simple *communication*? Nous le voulons bien, mais l'objection n'en devient que plus forte. Le travail de la section n'a pas d'autre autorité que les travaux confiés par l'Académie à des commissions spéciales. La section consultée a donné son avis; l'Académie, faisant l'usage que bon lui semble de cet avis, conserve le droit de discuter la question au fond et de la résoudre comme il lui plaît; elle peut modifier la proposition de toutes les manières possibles. Nous ne pouvons croire que le conseil d'administration osât prendre sur lui d'empiéter ainsi sur l'autorité souveraine de l'Académie.

Cette monstrueuse interprétation du réglement n'est pas soutenable; elle est réfutée par le plus simple bon sens et par les faits. En effet, dire que la liste de présentation est *obligatoire* pour l'Académie, c'est dire que c'est la section, et non l'Académie, qui nomme; car, si l'Académie est *obligée* de se soumettre à cette liste, elle n'est plus *libre*; sa souveraineté serait anéantie de fait, au profit d'une fraction de ses membres, et ce n'est, certes, pas là ce qu'a voulu le réglement. Si l'Académie n'a pas le droit de discuter la présentation de la section, pourquoi s'assemble-t-elle toujours en comité secret pour en entendre la lecture? On serait en peine de citer une seule élection qui n'ait été précédée d'une discussion préalable; et quel est le but de cette discussion préalable? D'arrêter définitivement la liste des candidats. Le travail de la section est, si l'on veut, l'élément principal de cette liste, mais non l'élément exclusif. L'Académie peut toujours intervenir dans sa composition, et souvent, en fait, elle y prend part. Elle a quelquefois ajouté jusqu'à trois candidats à ceux présentés par une section. Tant que l'Académie n'a pas fait acte de coopération à la composition de la liste, cette liste n'est que *provisoire*; c'est un simple *projet*. Une fois arrêtée en commun par la coopération libre de tous ceux qui ont le droit d'y intervenir, elle fait *loi*. Elle est obligatoire pour tous, puisqu'elle a été consentie par tous.

Si l'Académie, dit-on, a quelquefois ajouté des candidats à ceux des listes présentées par la section, ce n'était que pour compléter le nombre de six, qui, aux termes du réglement, est le maximum de rigueur; on peut répondre : 1º que cette explication ne détruit pas, et même reconnaît que l'Académie peut présenter elle-même des candidats pour un motif quelconque. 2º Que le nombre de six candidats n'est de rigueur que pour la liste de la section et non pour l'Académie. La section, dit le réglement, ne présentera pas moins de trois candidats et pas plus de six. Si ce nombre était de rigueur pour l'Académie, pourquoi celui de trois, de quatre et de cinq ne le serait-il pas? La liste de la section, composée de trois, de quatre, de cinq membres, serait obligatoire au même titre que la liste de six, puisque le réglement lui donne le droit de présenter le nombre de candidats qu'il lui plaît, depuis trois jusqu'à six. 3º En supposant que le nombre six fût un terme de rigueur pour la liste absolue des candidats, et non pas seulement pour la liste particulière de la section, rien n'empêche-

quelques minutes après le reste de la tumeur disparut. On appliqua un spica de l'aine ; et le lendemain on prescrivit un lavement purgatif, à la suite duquel les selles se rétablirent, et le malade sortit guéri le 9 mai 1837.

Obs. V. — Dans les premiers jours du mois d'août 1837, un homme de 45 ans environ, placé dans une des salles de M. Jadiot, fut pris d'accidens d'étranglement. Il avait une hernie crurale du côté droit. M. Caillard, après lui avoir fait donner un bain, jugea convenable de le faire passer dans un service de chirurgie; lorsque je fus appelé auprès de ce malade, il y avait trente-six heures que la hernie était sortie; depuis deux jours il n'était pas allé à la garderobe, et il avait des coliques et des vomissemens depuis la veille. La tumeur était tendue, douloureuse, du volume d'un gros œuf de poule. Le malade était dans un état de faiblesse assez grand; il était pâle, les traits étaient altérés, la figure exprimait la souffrance, le pouls était faible, un peu fréquent; les vomissemens s'étaient renouvelés le matin même. Le malade était couché sur le dos; le bassin élevé par un oreiller, les jambes fortement fléchies sur les cuisses, et les cuisses sur le bassin; je pratiquai le taxis prolongé, et ce n'est qu'après avoir ramolli et un peu diminué la tumeur par une compression lente et graduellement croissante que le malade put supporter le taxis; la réduction fut complète au bout de trois quarts d'heure. Quelques jours après, ce malade sortit complétement guéri. Aucun accident ne s'est manifesté à la suite du taxis.

Plusieurs autres cas semblables se sont présentés dans le service de M. Breschet, et toujours en employant les précautions que j'indiquerai plus loin, on a pu réduire la tumeur. Aucune opération de hernie n'a été faite en 1837 dans les salles de ce chirurgien, et tous les malades sont sortis guéris; il faut en excepter une femme de soixante ans qui est arrivée dans la salle Saint-Côme au dixième jour d'un étranglement ou d'un engouement herniaire. L'élève de garde fit la réduction avec la plus grande facilité, mais la malade succomba à une péritonite et à l'état d'affaiblissement général dans lequel elle se trouvait, affaiblissement qui était autant le résultat de son âge et de ses infirmités que de l'inflammation péritonéale.

A l'autopsie, on reconnut qu'il n'existait ni rupture ni gangrène de parties herniées. Une petite quantité de sérosité trouble et rougeâtre s'était accumulée dans le petit bassin; le péritoine intestinal était d'un rouge vif.

Si l'on compare ces résultats à ceux que l'on obtient de l'opération, on verra que le taxis est de beaucoup préférable toutes les fois que rien n'indique qu'il y a péritonite ou gangrène.

Presque toujours les personnes âgées succombent à la suite de l'opération. L'emploi du taxis prolongé, au contraire, n'a jamais donné lieu, en ma présence, à aucun accident sérieux; j'ai cependant porté très loin le degré de pression chez la nommée Legrand, et mes tentatives ont été suivies d'un succès complet. Mais il est des cas dans lesquels ce moyen thérapeutique aurait de grands inconvéniens, tel est celui de la nommée Henriot, morte à la Salpêtrière, à la suite de l'opération d'une hernie crurale étranglée. A l'époque où elle fut transportée à l'infirmerie, la tumeur était tellement tendue et douloureuse que la malade ne put supporter la moindre tentative de réduction. L'opération fut pratiquée avec beaucoup d'habileté; mais l'opérée succomba le lendemain à une péritonite générale, qui avait commencé avant l'opération. Cette malade avait, en outre, une maladie du cœur et de nombreux tubercules dans les poumons.

Voilà, du reste, le procédé opératoire que j'ai suivi dans la plupart des cas qui ont été soumis à mon observation. Lorsque la tumeur herniaire n'est pas assez douloureuse pour que le taxis soit impraticable, on la comprime graduellement, comme on le fait pour le gland dans le cas de paraphymosis ; mais on doit employer un degré de pression plus considérable, et les efforts doivent être continués pendant un temps plus long. On change de main et l'on se fait remplacer par un aide lorsque les forces sont épuisées, et l'on continue la pression jusqu'à ce qu'on soit parvenu à ramollir un peu la hernie ; la pression est alors dirigée en même temps sur le corps et le pédicule de la tumeur, et bientôt après on peut faire des tentatives de réduction, comme dans le taxis ordinaire ; mais, en employant un degré de force plus considérable lorsqu'on a affaire à une hernie simplement engouée. On doit avoir soin de laisser deux doigts de la main gauche à l'orifice de l'anneau herniaire pour guider les viscères et diriger d'une manière convenable les efforts que la main droite exerce sur les parties herniées. On fait alterner la compression et le taxis pendant plusieurs heures, si cela est nécessaire, et jusqu'à ce que la réduction soit faite, et cela sans discontinuer. Il est bien entendu que le malade est placé dans une position telle que les aponévroses de l'aîne et les muscles de l'abdomen soient dans un état de relâchement complet.

On joint quelquefois avec avantage à ce moyen l'emploi des saignées générales, des bains, des lavemens purgatifs, etc. ; mais je regarde le taxis comme le moyen principal.

Ce procédé diffère trop peu de celui de M. Ribes et de M. Amussat (1) pour que je veuille le donner comme nouveau ; mais j'ai cru devoir indiquer longuement la manière dont j'ai agi dans les observations que j'ai rapportées plus haut. Ces circonstances m'ont permis de retrancher dans la narration des faits que renferme ce mémoire une foule de détails minutieux et de répétitions inutiles.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS TRIMESTRIELS.

I. THE EDINBURG MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL.

Le cahier du second trimestre renferme les articles originaux suivans : 1° *Observations sur le fluide des vésicules séminales de l'homme*, par M. J. Davy ; 2° *Recherches statistiques sur les hernies des recrues de l'armée anglaise et les conscrits de l'armée française*, par M. Henry Marshall, inspecteur général des hôpitaux militaires ; 3° *Des formes anormales de l'hystérie*, par M. Laycock ; 4° *Histoire de trois cas de fièvre puerpérale, suivis d'autopsie*, par M. Renton ; 5° *Deux cas d'affections oculaires*, par M. Néligan (faits triviaux) ; 6° *Cas de cancer des ramoneurs*, opéré par le même (il s'agit d'un ulcère ordinaire du scrotum) ; 7° *Observations sur la peste, sa contagion, l'éléphantiasis et autres maladies des peuples d'Alexandrie*, par M. Leslie Gregson, chirurgien en chef de l'hôpital de la marine à Alexandrie (rien de neuf) ; 8° *Anévrisme inguinal*, opéré par M. S. Hobart (rien de saillant) ; 9° *Recher-*

(1) Gaz. Méd. de 1831, et 1832, p. 604.

fait encore l'Académie de substituer aux candidats de la section des candidats de son choix.

On peut affirmer, d'une manière générale, qu'en droit aucun article de réglement n'interdit à l'Académie le droit d'intervenir dans la confection des listes de candidats, et qu'en fait elle a souvent fait usage de ce droit, qui, jusqu'ici, n'avait même jamais été mis en question. On peut aussi ajouter que ce droit, ne fût-il pas clairement établi par le silence du réglement et par l'autorité des précédens, pourrait toujours être revendiqué par l'Académie, qui est souveraine, et qui peut seule *interpréter* le réglement.

L'exemple des autres académies, divisées en sections comme celle de médecine, est, d'ailleurs, tout à fait favorable à notre opinion. Il n'y a presque pas d'élection où les académies n'interviennent directement pour la présentation des candidats. Il n'est pas rare que la liste de la section soit plus ou moins modifiée, et elle est quelquefois entièrement bouleversée. Nous citerons des faits récens. A l'Académie des sciences, il y a peu de jours, un candidat a été présenté en-dehors de la liste de six candidats présentés par la section de physique, ce candidat est M. Weatsone. Tout récemment encore, l'Académie des beaux-arts a changé toute une liste présentée par une de ses sections, et y a introduit de nouveaux noms. A l'Académie des sciences morales et politiques, la section *d'économie politique* présenta quelques candidats, et entre autres M. Passy, pour remplacer M. de Talleyrand. Avant de passer au scrutin, le président demanda à l'Académie si elle n'avait pas d'observation à faire sur ces propositions ou d'autres candidats à proposer. Quelques recherches à ce sujet fourniraient un très grand nombre d'exemples de ce genre. Ceux-ci, qui nous viennent en mémoire, suffisent pour faire voir que le droit qu'on voudrait contester à l'Académie de médecine est établi sans discussion dans les académies de l'Institut.

A ces exemples on répond que l'Académie de médecine n'a rien de commun avec les autres académies de France et qu'elle se gouverne à sa manière et d'après ses propres lois ; c'est juste. Aussi ne donne-t-on pas ces exemples comme des règles, mais comme des motifs raisonnables de conduite dans des cas douteux. Il ne faut pas, autant que possible, faire des sottises, sous prétexte d'originalité.

Voilà où en sont les choses. Il est de l'intérêt et de la dignité de l'Académie d'aborder franchement cette question, et d'user pleinement de tous ses droits. S'il y a des difficultés de réglement, elle seule a le pouvoir de les lever. Dans tous les cas, il nous paraît impossible que la question actuelle soit étouffée, comme quelques-uns s'en flattent; quelque circuit qu'on lui fasse faire, il faudra toujours qu'elle arrive à l'Académie, qui ne peut pas ne pas s'en occuper. Nous l'avons dit, c'est plus une question de principe qu'une question de personne que l'Académie est appelée à décider; et si, comme question de personne, nous avons l'air de nous y intéresser autant que l'Académie, nous ne nous y intéressons pas moins comme question de principe, parce que rien de ce qui touche à la dignité et à l'honneur de ce corps savant ne saurait nous trouver indifférent.

ches statistiques sur la fièvre, par M. Arthur Saunders Thomson; 10° Remarques sur le typhus exanthématique, observé à l'hôpital St-Barthelemy à Londres, par M. West; 11° Sur une méthode d'employer le nitrate ammoniacal d'argent pour découvrir les moindres quantités d'arsenic, par M. Trail; 12° Abcès dans le jarret simulant un anévrisme poplité, par M. Graham.

OBSERVATIONS SUR LE FLUIDE DES VÉSICULES SÉMINALES CHEZ L'HOMME; par M. le docteur DAVY.

Les recherches du docteur Davy reposent sur l'examen des vésicules séminales chez vingt hommes, âgés de 20 à 50 ans, et qui avaient succombé à différentes maladies. Bien que les résultats de ces recherches ne nous révèlent aucun fait nouveau, cependant comme elles paraissent mettre hors de doute quelques points qui étaient restés jusqu'ici en discussion, et comme ce sujet est l'un de ceux dont on s'occupe le plus rarement, nous allons reproduire les conclusions les plus importantes de ce travail.

Dans toutes ces observations, on a examiné les *vésicules* et les *canaux déférens*, et on n'a observé que deux fois des animalcules dans le fluide exprimé des canaux déférens. Ce fluide, quand on a pu en recueillir une assez grande quantité pour l'observer avec toute l'attention désirable, était transparent, contenait ordinairement des globules presque du volume de ceux du sang, et dans tous les cas, des corpuscules denses, sphériques, dix ou douze fois moins gros, et qu'on pourrait regarder comme les œufs des animalcules spermatiques. Dans les deux cas où l'on a trouvé des animalcules dans ce fluide, il était plus abondant que dans les autres. L'auteur conclut de ces observations que les vésicules sont des réservoirs pour la semence, et qu'en même temps elles sont un organe sécréteur fournissant du mucus et peut-être quelque autre fluide qui doit se mêler à la semence. La seconde partie de cette conclusion repose surtout sur les différences qu'il a observées dans tous les cas entre le fluide des vésicules et celui des canaux; ce dernier avait une couleur moins foncée que l'autre; cependant l'auteur ne se dissimule pas que la couleur de ces fluides avait pu être altérée depuis la mort du sujet, et pense que la couleur brune qu'il a trouvée au fluide des vésicules pourrait venir de l'infiltration cadavérique d'une partie de la matière colorante du sang; car il a observé que ce fluide était d'autant plus brun qu'il l'examinait à une époque plus éloignée de la mort; la seule différence qu'il regarde comme certaine entre ces deux fluides, c'est que celui fourni par les vésicules est peut-être plus étendu et plus muqueux.

D'après ces faits, le docteur Davy s'élève surtout contre l'opinion de Hunter qui regardait les vésicules séminales comme un organe exclusivement sécréteur et n'admettait pas qu'il servît de réservoir séminal. D'après ce célèbre physiologiste c'était dans les testicules et non dans les vésicules que s'accumulait le sperme où il donnait lieu aux symptômes de congestion spermatique bien connus. Pour M. Davy au contraire le fluide recueilli dans les vésicules est ou absorbé ou comprimé et excrété sans trouble aucun pendant l'acte de la défécation, et à l'appui de cette assertion, il dit avoir fréquemment examiné au microscope le liquide coulant dans l'urètre à la suite de la défécation, et y avoir constamment trouvé, chez les personnes bien portantes, de nombreux animalcules qui, pour la plupart, étaient morts.

L'auteur reconnaît que le nombre de ses observations est trop peu considérable pour qu'il puisse en tirer des inductions de quelque valeur sur l'influence des différentes maladies sur le fluide des vésicules séminales et en général sur le fluide spermatique; cependant elles semblent démontrer que 1° les maladies chroniques qui se terminent par la mort arrêtent la sécrétion de ces animalcules de l'existence desquels paraît dépendre la force de reproduction de la semence; 2° le liquide des canaux déférens et des vésicules séminales conserve plus longtemps ses propriétés caractéristiques que celui contenu dans les tubes; 3° il y a moins de fluide dans les vésicules et les canaux déférens, et il est plus altéré dans les cas de maladies chroniques des viscères abdominaux et surtout des intestins.

Il y a encore un fait important qu'a signalé le docteur Davy, et dont il pense qu'il serait possible de faire une heureuse application à la médecine légale; c'est que bien que le fluide spermatique s'altère promptement lorsqu'il est exposé à l'air et même qu'il se putréfie avec rapidité, cependant les animalcules spermatiques résistent avec une énergie remarquable à ces divers changemens. Dans ces cas il a retrouvé encore des restes distincts des animalcules dans un fluide putréfié, au bout de dix jours et par une température de 50 à 60° Fahrenheit. Une autre fois ayant appliqué sur du linge un peu de fluide des vésicules, il l'enveloppa dans du papier et le mit dans un tiroir clos; puis l'ayant examiné le lendemain, le huitième et le dix-huitième jour, il y découvrit à chaque fois les animalcules avec le microscope. Il faisait l'expérience en mouillant de quelques gouttes d'eau le morceau de linge taché du fluide, puis en exprimait une goutte qui lui servait pour l'expérience. Nous ne nions pas qu'on ne puisse retirer quelque lumière de ces expériences dans quelques cas embarrassans; mais il faut que de nombreuses expérimentations aient constaté ce fait avant qu'il puisse être appliqué aux études de médecine légale.

RECHERCHES STATISTIQUES SUR LES HERNIES DES RECRUES DE L'ARMÉE BRITANNIQUE ET DES CONSCRITS DE L'ARMÉE FRANÇAISE; par M. HENRY MARSHALL, inspecteur-général des hôpitaux militaires.

La première partie de ces recherches porte sur une période de 20 ans, depuis le 25 septembre 1804 au 15 avril 1824; les registres du district central, où toutes les recrues sont examinées (Dublin), ont servi de base au travail de l'auteur. Une première table expose, année par année, le nombre des recrues refusées et les noms des infirmités qui en ont motivé le rejet. La hernie étant de ce nombre, elle se présente dans la proportion de 25,5 pour chaque mille recrues examinées, c'est-à-dire d'environ 1 sur 50 ou de 1 sur 10 ou 11 individus jugés inaptes au service.

Une seconde table, formée sur les mêmes registres, comprend une période de 23 ans, depuis 1804 à 1827 inclusivement; elle a pour sujet les seuls individus refusés pour cause de hernie, et donne les chiffres suivans: nombre des recrues examinées, 55,575: nombre des individus refusés pour cause de hernie, 1169; ce qui donne une proportion de 21,04 par 1000 recrues examinées de 1 sur 48 environ. Les termes extrêmes de ces refus ont été 11 et 38 par 1000.

Il est digne de remarque qu'en 1825, sur 6,229 recrues examinées, 163 ont été refusées pour cause de hernie, et, sur ce nombre, il y en avait 44 qui offraient des hernies ventrales, 6 ombilicales, 32 inguinales, 81 des relâchemens des anneaux. Les hernies ventrales proprement dites présentaient un volume variable depuis un pois jusqu'à une demi-noisette, et n'étaient apercevables que lorsqu'on mettait fortement en action les muscles abdominaux en faisant tousser et sauter les individus. La hernie ombilicale proprement dite se rencontre rarement chez les jeunes gens anglais, et lorsqu'elle existe elle est si petite qu'on a de la peine à l'apercevoir. Chez les indigènes du centre de l'Afrique, au contraire, elle est excessivement fréquente, et, certes, elle n'est pas due à la fatigue; c'est plutôt un vice congénital chez ces peuples, ainsi que Winderbottom et plusieurs autres l'ont observé. Atkin, cependant, l'attribue aux mauvaises manœuvres qu'exercent les sages femmes sur les enfans: c'est une erreur. J'ai vu, dit M. Marshall, en Afrique, que, ni les bonnes accoucheuses, ni l'aisance de la vie ne pouvaient empêcher les hernies ombilicales de se former chez les enfans des indigènes.

Toutes les recrues dont on vient de parler ont été refusées indistinctement, parce que la loi britannique établit positivement qu'aucune recrue ne doit être reçue étant affectée d'une hernie quelconque ou d'une dilatation contre nature d'un des anneaux. Mais un grand nombre d'entre eux auraient pu très bien servir.

Passant ensuite au même examen dans les recrues en France, l'auteur se prévaut d'un relevé publié dans le n° 435 de *l'Athenæum*; il borne ses recherches à une période de trois années, 1831-32-33. Les proportions sont les suivantes:

Nombre des sujets refusés par infirmités: en 1831, 62,459 (sujets examinés, 295,978); en 1832, 58,870 (sujets examinés, 277,477); en 1833, 61,994 (sujets examinés, 285,805). Sur ces nombres, les chiffres des hernies sont, pour 1831, 4,044; pour 1832, 3,579; pour 1833, 4,222; ce qui donne, dit l'auteur, la proportion de 368 refus par 100 (1,000) individus examinés. Sur ce nombre, le chiffre des hernies est de 31,2 par 1,000 ou de 1 sur 32. En conséquence, sur chaque 11,8 d'individus refusés par infirmités, un était affecté de hernie.

Dans une dernière table, l'auteur donne le relevé des conscrits du département de la Seine, depuis 1800 à 1810. Il résulte de ce tableau que le nombre des sujets refusés par infirmité a été dans la proportion de 427 par 1000, c'est-à-dire de 1 sur 2 3/10, et que, sur ce chiffre, la hernie s'est présentée dans la proportion de 31,9, ou de 1 sur 31. En conséquence, sur chaque 13,3 conscrits par infirmités, un était atteint de hernie.

« Il résulte des tableaux précédens, dit l'auteur, 1° que le rejet pour cause de hernie, à Dublin, est triple de celui de Glascow et d'Edimbourg; 2° que la hernie paraît être plus fréquente dans la proportion de 50 pour cent chez les conscrits de France que chez ceux de Dublin; que la constance dans les chiffres proportionnels des conscrits refusés en France pour cause de hernie pendant les trois années indiquées (31,2), et dans le département de la Seine pendant une période de onze années (31,9), est très remarquable; 4° que la proportion beaucoup plus considérable des individus refusés pour infirmités en France, comparativement à ceux refusés à Dublin et en Irlande, est digne de méditation. »

DES FORMES ANORMALES DE L'HYSTÉRIE; par le docteur Th. LAYCOCK.

Ce travail fait suite à ceux déjà publiés par le même auteur sur le même sujet et doit être suivi encore de plusieurs autres. Il n'est pas plus susceptible d'être abrégé que les précédens, et il nous suffira de dire que l'auteur cherche par une savante analyse des symptômes anormaux qu'on rencontre si souvent chez les femmes, quel est le siége de la maladie. Ce siége, c'est dans le système nerveux qu'il le trouve et surtout dans celui qui est particulier à la femme, et pendant la période de la vie où l'appareil de la génération exerce sur tous les autres une influence dominante. Il passe en revue chacun des organes qui présentent des symptômes que l'on peut attribuer à l'hystérie et signale les rapports organiques et fonctionnels qui lient ces organes avec ceux de la génération. Ce mémoire, qui est plein de faits empruntés à tous les auteurs qui se sont occupés de la pathologie de la femme, n'occupe pas moins de quarante-deux pages.

RECHERCHES STATISTIQUES SUR LA FIÈVRE, SUR SA PRÉDOMINANCE, SON INTENSITÉ, SA GRAVITÉ ET SON PRONOSTIC, SUIVIES DE QUELQUES OBSERVATIONS SUR L'INFLUENCE DU TRAITEMENT MÉDICAL; par le docteur A. SAUNDERS THOMSON.

Il serait à désirer que nous eussions des notions plus exactes que celles que nous avons eues jusqu'ici sur l'état morbide que les Anglais désignent sous le nom de *fever*, et qui probablement comprend plusieurs maladies différentes; cependant ils ont recueilli tant de documens de tout genre sur ce sujet qu'on ne peut négliger les inductions qu'ils peuvent en tirer. On sait en effet que cette maladie existe continuellement parmi les classes pauvres des grandes villes du royaume-uni; Willan et Batman, MM. Twedie et Smith l'ont prouvé pour Londres; Ferriar et Percival à Manchester, Haigarth à Chester, Curri à Liverpool, Cowen à Glascow, et une foule d'autres écrivains qui se sont occupé de la fièvre dans d'autres localités et surtout en Irlande. La collection de tous les travaux publiés depuis le commencement du siècle actuel par les médecins anglais sur la fièvre surpasserait probablement tout ce qui a été écrit sur aucune autre maladie. Nous allons donc suivre l'auteur dans les recherches qu'il a faites sur ce sujet important, en profitant des nombreux documens dont nous venons de parler et signaler les conclusions les plus importantes auxquelles il arrive dans son travail.

Il regrette qu'on n'ait pas ouvert de registre régulier pour constater la prédominance de la fièvre et son action sur la mortalité générale, car on arrive souvent à des idées très erronées par des jugemens approximatifs. Dans les temps ordinaires, quand il n'y a pas de moyens de constater le nombre des malades, un grand nombre d'entre eux restent inconnus; mais aussitôt qu'on en tient compte, on voit leur nombre augmenter en apparence très rapidement; c'est ainsi qu'un asile ouvert aux aliénés, aux sourds-muets, aux aveugles, révèle immédiatement un grand nombre de cas qui étaient ignorés, ce qui fait croire que ces maladies augmentent.

On tient à Londres depuis 1592 des registres pour toutes les maladies mortelles, et bien que ces documens exposent à une foule d'erreurs ceux qui attacheraient trop d'importance aux informations qu'ils pourraient en tirer, cependant ils peuvent servir pour constater les lois auxquelles les maladies et la mortalité peuvent assujéties.

Le premier fait important qui ressort des nombreux chiffres employés par M. Thomson, c'est une diminution considérable à Londres dans le nombre des morts attribués à la fièvre; le tableau suivant fait ressortir ce fait d'une manière avantageuse, et indique le nombre de ces décès sur 1,000 habitans.

	Nombre de morts.	
De 1629 à 1635	6,5 sur 1,000 habitans.	
1660 à 1679	7,8	—
1728 à 1757	7,8	—
1771 à 1780	6,2	—
1801 à 1810	2,6	—
1831 à 1835	1,1	—

Ainsi le nombre des habitans de Londres victimes de la fièvre qui, au milieu du siècle dernier, était annuellement de 7 sur 1000, se trouve aujourd'hui réduit à environ 1 sur 1000. On ne peut prouver qu'il en est de même dans les autres villes de l'Angleterre; mais il est probable que la même amélioration s'y est manifestée dans la santé publique à l'exception de Glascow pourtant, où la fièvre, d'après le docteur Cowen, règnerait avec plus d'intensité depuis quelques années. L'âge auquel les individus sont le plus disposés à contracter la fièvre est au-dessous de 10 ans et de 20 à 30. Au-dessus de cet âge la susceptibilité dont nous parlons va en diminuant; il en est tout autrement de la mortalité produite par la fièvre, car c'est de 40 à 50 ans qu'elle est la plus forte. Ces résultats diffèrent tellement de ceux recueillis parmi nous par M. Louis et MM. Chomel et Genest sur la fièvre typhoïde que les élémens doivent nécessairement être différens, et qu'on ne peut établir aucune comparaison.

Il ne paraît pas que le sexe exerce une influence manifeste sur la susceptibilité à contracter la fièvre; mais il en est encore autrement sur la mortalité; car il paraîtrait, surtout d'après des documens recueillis à Glascow, que cette dernière y serait deux fois plus forte chez les hommes que chez les femmes.

La mortalité générale prise à la fois chez les deux sexes dans plusieurs villes différentes et en agissant sur un nombre de plus de 175,000 cas serait de 1 sur 15; mais il y a de grandes différences sous ce rapport entre les différentes villes qui ont fourni les documens sur lesquels repose ce résultat général. Ainsi tandis qu'à l'hôpital de Cork la mortalité n'était que de 1 sur 32, elle était à Glascow de 1 sur 10, et à Londres de 1 sur 6 1/2.

Il paraît résulter aussi des mêmes documens et surtout de ceux qui ont été recueillis en Irlande que quand la fièvre devient épidémique son intensité est moins forte que quand elle ne se montre que sporadiquement. Le docteur Batman a voulu expliquer ce fait en disant que quand la maladie est sporadique on ne reçoit dans les hôpitaux que les cas les plus graves; tandis que quand elle devient épidémique les malades y sont transportés dès le début de leur maladie.

On a souvent attribué aux saisons une influence sur la production des maladies que rien ne démontre, et nous pensons que les médecins n'ont guère été plus avisés ici que les gens du monde, et que l'on a considérablement exagéré cette influence. Si nous en croyons les recherches du docteur Thomson, c'est de juillet à décembre que la fièvre est le plus répandue, et ce serait pendant les cinq premiers mois de l'année, au contraire, qu'elle ferait le plus de victimes; le temps chaud et humide serait le plus favorable à sa propagation, et le temps froid et sec augmenterait beaucoup sa gravité. Le tableau suivant comprend un relevé de 51,944 cas de fièvre, traités dans différens hôpitaux de l'Angleterre, et dans différentes saisons.

	Nombre des cas.
En janvier	2,895
février	2,825
mars	9,152
avril	9,574
mai	3,990
juin	4,365
juillet	4,999
août	5,261
septembre	5,046
octobre	5,624
novembre	5,054
décembre	5,339

Les mois de janvier et de décembre sont trop semblables sous le rapport de la température et de l'hygrométrie pour que l'on puisse admettre, dans les circonstances ordinaires, une différence aussi notable que celle qui se trouve ici dans le chiffre des maladies attribuées à chacun de ces deux mois. Il y a là une autre cause qu'il faut peut-être chercher dans quelque usage social, ou au moins dans quelque influence étrangère à la température de la saison. On n'attribuera pas non plus cette différence au prix élevé des vivres et à la misère des classes inférieures; car on sait que c'est pendant les derniers mois de l'hiver, janvier et février, que ces causes agissent avec le plus d'énergie. Pour nous, nous savons que dans les hôpitaux de Paris on voit les salles se vider presque complètement à l'époque des fêtes et des grandes solennités, et se remplir quand le froid devient rigoureux. Nous n'avons pas besoin de dire qu'il en résulte un grand trouble dans les rapports de la mortalité avec le nombre des malades.

L'influence du traitement sur la durée et la terminaison des maladies est journellement mise en question, non-seulement par les gens du monde, mais même par les médecins; aussi le docteur Thomson a-t-il cru devoir soumettre cette question à l'épreuve des nombreux chiffres qu'il avait à sa disposition. Sans rappeler les élémens dont il se sert dans cette discussion, et dont quelques-uns ont peut-être moins de valeur qu'il ne leur en accorde, nous nous bornerons à faire connaître ses conclusions; savoir, que le traitement médical jouit d'une grande efficacité pour diminuer les chances de mort chez les fiévreux, et que la durée de la maladie est d'autant moins prolongée que la maladie a été traitée plus tôt. Le tableau suivant met cette dernière assertion hors de doute.

Jours de la maladie où on a commencé le traitement.	Nombre des cas.	Nombre des morts.	Nombre proportionnel.
Avant le 7e jour......	2,079	125	1 mort sur 16 1/2 malad.
Après le 6e jour......	1,461	170	1 8 1/2

D'où il ressort que le pronostic dans la fièvre est une fois et demi plus favorable chez ceux qui ont été soumis au traitement médical avant le septième jour, que chez ceux qui n'ont commencé à être traités qu'à une époque plus éloignée.

Pendant la grande épidémie de fièvre en Irlande, vers 1817, on a remarqué que la mortalité était plus forte chez les riches que chez les pauvres. M. Thomson dit qu'on a fait la même remarque en Angleterre, bien qu'on ne puisse l'appuyer par des résultats statistiques, et il attribue cette différence à ce que la diathèse inflammatoire qui détermine si fréquemment des complications mortelles est beaucoup plus prononcée chez le riche que chez le pauvre. Le tableau suivant offrira de l'intérêt sous le rapport des complications qui si souvent viennent ajouter à la gravité de la maladie primitive.

	Cas.	Morts.	
Fièvre simple...........	211	3	ou 1 mort sur 70 malad.
Complication cérébrale....	195	43	1 4
Thoracique.............	82	16	1 5
Abdominales............	79	1	1 79
Mêlées.................	136	30	1 4 1/2

L'auteur ayant divisé la durée de la fièvre par semaine compare les résultats qu'il a obtenus avec ceux signalés par MM. Chomel et Genest, et trouve une différence qui n'existe pas réellement. Ainsi, d'après M. Thomson, c'est pendant la seconde semaine que le plus grand nombre des morts arrivent; c'est-à-dire environ 82 sur mille; tandis que, d'après les auteurs indiqués ci-dessus, sur 42 morts, 10 seraient arrivées dans les deux premières semaines, et 32 pendant la troisième. Mais M. Thomson commet ici une erreur grave, en confondant la troisième période dont parlent les auteurs français avec la troisième semaine.

OBSERVATIONS SUR LA MANIÈRE D'EMPLOYER L'AMMONIACO-NITRATE D'ARGENT POUR DÉCOUVRIR DE TRÈS FAIBLES QUANTITÉS D'ARSENIC; par le docteur TH. STEWART-TRAILL.

L'auteur place sur un fragment de verre transparent une goutte de liquide suspect, et à côté une goutte de réactif; puis il les réunit l'une à l'autre, sans cependant les mêler entièrement à l'aide d'un tube de verre, et voici les résultats qu'il dit avoir obtenus de quelques-unes de ses expériences.

1° Avec 1/1000 de grains d'arsenic, le réactif produit un précipité floconneux d'un beau jaune, qui, en se précipitant, rend au liquide sa transparence.

2° Avec 1/2000 de grain d'arsenic, le précipité a encore été très visible à l'œil nu.

3° Avec 1/4000 de grain, on reconnaissait encore les caractères du précipité et à l'œil nu.

4° Avec 1/8000 de grain, le précipité était encore visible à l'œil nu.

5° Avec 1/10,000 de grain, et un examen attentif, on pouvait encore retrouver le caractère du précipité, sans le secours d'un verre grossissant.

6° Avec 1/12000 de grain, et un verre grossissant d'une force médiocre, on voit les flocons jaunes au milieu d'un liquide transparent.

7° Avec 1/16,000 de grain, on distinguait encore le précipité; mais on ne pouvait reconnaître exactement sa couleur.

L'auteur recommande de placer dans ces expériences le verre sur un objet noir, tel que la manche d'un habit.

ABCÈS PULSATILE DANS LE JARRET SIMULANT UN ANÉVRISME POPLITÉ; par M. HENRY GRAHAM.

OBS. — E. S., âgé de 38 ans, maigre, éprouvait de la douleur dans le jarret droit depuis deux jours. A l'examen, M. Graham trouve une tumeur molle, du volume d'un œuf de pigeon, placée sur l'artère poplitée, pulsatile au toucher. Les pulsations cessent si l'on comprime l'artère fémorale. En pressant la tumeur, avec les doigts, le malade accuse de la douleur et une sorte d'engourdissement dans la jambe. Pas de rougeur à la peau ni de gonflement dans le reste du membre. Quelques jours auparavant le malade avait fait un effort en voulant secourir une personne qui venait de tomber. Le diagnostic étant douteux, on tient le malade en observation; on lui prescrit un remède cathartique et l'usage d'un liniment stimulant.

Le lendemain, 8 avril, même état, santé générale assez bonne. Le malade a eu des garderobes. Langue blanche; pulsations de la tumeur très manifestes, mais pas plus étendues. On ordonne un vésicatoire à la partie postérieure de la cuisse, à quatre pouces au-dessus du jarret. Potion saline purgative.

Le 9; le vésicatoire a bien pris; la douleur a diminué; la tumeur s'est affaissée. On prescrit des fomentations avec une solution de sucre de saturne et opium.

Le 11, les symptômes s'aggravent, la tumeur a une plus grande étendue dans le jarret; douleur intense; pulsations aussi distinctes qu'auparavant; engourdissement dans la jambe. Cataplasme. Sulfate de magnés. avec acét. d'amm. On place le membre commodément sur un appareil.

Le 18, même état. Prescription *ut supra*. On sent une fluctuation très obscure et profonde dans le jarret; les pulsations continuent. On plonge avec précaution un bistouri vers le milieu de l'espace poplité, on arrive à une profondeur considérable, et l'on donne issue à une once et demie de pus. Bandage compressif depuis les orteils jusqu'au jarret. L'écoulement puriforme continue pendant plusieurs jours, puis il devient séreux, et enfin sanguinolent.

Le 3 mai, on introduit doucement un stylet dans l'ouverture qui arrive jusqu'à la capsule articulaire et s'étend à quatre pouces de profondeur dans les muscles. L'écoulement prend un mauvais caractère; il devient sanieux. Le malade se plaint de beaucoup de douleurs et ne peut étendre la jambe.

Le 15, même état; le patient est faible. On injecte dans le sinus purulent une solution d'un grain de sulfate de zinc dans une once d'eau; compression. On prescrit intérieurement du sulfate de quinine avec de l'acide sulfurique aromatisé. L'état du malade s'améliore sous l'influence de ces moyens; le pus diminue.

Le 18, mieux, écoulement moindre et de bonne nature. Injections de sulfate de cuivre.

Le 18 juin, amélioration progressive. Guérison.

Il est assez rare de rencontrer des abcès idiopathiques à la région poplitée, bien que d'ailleurs la nature des tissus n'offre rien qui puisse rendre raison du fait. On conçoit de quelle importance il était d'agir avec précaution dans le cas qui précède; la science possède tant d'exemples malheureux d'anévrismes pris pour des hernies, qu'on ne saurait trop se méfier des apparences de ces sortes de tumeurs. On a dit que dans les tumeurs superposées aux grosses artères, il était facile d'établir le diagnostic, attendu la forme particulière des pulsations (pulsations par soulèvement); cela est facile à dire en théorie, mais il n'en est pas toujours ainsi en pratique.

Lorsque la tumeur superposée est liquide comme dans le fait dont il s'agit, les battemens sont tout aussi expansifs que ceux des poches sanguines; le liquide reçoit les impulsions de l'artère et transmet ses ondulations à la peau comme les véritables anévrismes; aussi rien n'est-il souvent plus douteux que le diagnostic *a priori* dans ces cas. Il aurait été peut-être utile dans le fait de M. Graham de pratiquer, de bonne heure une ponction exploratrice à l'aide d'une aiguille à cataracte; on aurait probablement prévenu de la sorte les fusées qu'on a eu plus tard à combattre et employé une médication plus adaptée à la circonstance. Si l'on voulait enfin comparer les abcès de la région poplitée à ceux du cou, de l'aisselle et de la fosse iliaque interne, on pourrait peut-être trouver des rapprochemens utiles pour la pratique.

II. THE MEDICO-CHIRURGICAL REVIEW.

Le cahier du second trimestre comprend les articles originaux suivans: 1° *Plusieurs cas remarquables d'hydropisie suivis de nécropsie*; par M. David; 2° *Relation chirurgicale de l'infirmerie royale de Dumfries and Galloway pour l'année 1836-37*; 3° *Plusieurs faits relatifs aux écoulemens purulens de la vessie et du rectum dans les maladies hépatiques*; par M. Mouat; 4° *Relevé statistique des cas d'hydrocèle traités à l'hôpital de Calcutta depuis le 9 mars 1832 au 31 décembre 1837, à l'aide de la teinture d'iode injectée et abandonnée dans la poche de la tumeur*; par M. Martin; (l'auteur rapporte année par année le nombre des cas opérés. Total pour les cinq années, 1,148; sur ce nombre d'hydrocèles l'injection iodée n'a échoué que trois fois; les détails de tous ces faits se trouvent consignés dans le t. VII des *Transact. méd. de Calcutta*); 5° *Faits cliniques observés à l'hôpital de Cambridge pendant l'année 1836-37*; par M. Bond.

RELATION CHIRURGICALE DE L'INFIRMERIE DUMFRIES AND GALLOWAY, pendant l'année 1836-37; par M. LAUCHLAN.

Parmi les faits contenus dans cette revue, nous extrairons le suivant.

ANÉVRISME DIFFUS DE LA RÉGION POPLITÉE; LIGATURE DE LA FÉMORALE SUPERFICIELLE; GANGRÈNE DE LA JAMBE. NÉCROPSIE.

OBS.—Un homme, âgé de 30 ans, laboureur, a été reçu le 10 août 1837. Il est robuste et habituellement bien portant; il a eu seulement un rhumatisme à l'é-

paule, qui s'est ensuite fixé dans le membre inférieur droit. Il y a six semaines, il s'est aperçu d'une tumeur pulsatile dans le jarret du côté douloureux, laquelle a fait des progrès, et est devenue diffuse.

A l'examen, le malade s'offre dans les conditions suivantes :

1° Tumeur dans le jarret droit, pulsatile, fluctuante, diffuse, compressible, s'étendant dans tout le creux poplité, et entre les portions supérieures des muscles gastrochémiens. Ses pulsations sont manifestes dans tous les points du genou; elles cessent par la compression de l'artère fémorale.

2° Le membre au-dessous du genou est légèrement œdémateux; sa sensibilité est altérée : il est tantôt chaud, tantôt froid ; le malade y éprouve des douleurs depuis le jarret jusqu'aux orteils; ces douleurs reviennent par paroxismes irréguliers et sont violentes ; elles sont plus fréquentes la nuit que le jour, et l'empêchent de dormir. Le malade déclare que depuis six semaines il n'a pas dormi plus de six heures en tout.

3° Le reste de la constitution n'offre pas de lésions organiques; pas de toux ni de dyspnée, ni de palpitations; le malade se plaint seulement de douleurs fréquentes dans la tête, et de transpirations abondantes. Maigreur, inappétence. Pouls 100, dur, plein, vibratile, mais très compressible. Le pouls du membre malade a le même caractère que les battemens de la tumeur; mais au-dessous de celle-ci il n'y a pas de pouls sensible. Du reste, le pouls du membre opposé est moins plein et moins dur. Le malade a éprouvé trois épistaxis depuis que la tumeur a pris de l'extension. La percussion à la poitrine donne un son un peu mat vers la région du cœur; les battemens de cet organe sont un peu plus forts qu'à l'état normal; on les entend même en arrière.

Le malade déclare qu'il a été saigné trois fois depuis quelque temps, et que sept vésicatoires et des sangsues avaient été appliqués sur la tumeur.

PRESCRIPTION.—P. Muriate de morph.... 1 grain.
Eau.............. 1 once.
Acide pruss.......... 1 goutte.

F. pot. à prendre de suite. Calme. Un peu de sommeil. Une consultation a lieu : l'opération de Hunter est décidée.

OPÉRATION. M. Lauchlan pratique donc la ligature de l'artère fémorale superficielle. A l'instant même, les battemens de la tumeur cessent; les douleurs dans le membre diminuent beaucoup; le pouls devient mou ; chaleur naturelle au pied et partout. Le soir, les orteils sont plutôt un peu froids au toucher. Frictions chaudes au pied.

Le lendemain, 30 août, un peu de sommeil, nuit moins agitée qu'avant l'opération; orteils froids au toucher, mais sensibles à la pression; gonflement léger autour de la plaie. Les artères battent violemment au-dessus de la ligature. Anxiété du malade. Pas de pulsations au-dessous de la ligature. Douleur retro-sternale. Pouls 106.

Le 31, pied froid; plaie suppure; douleur sternale continue. Pouls 100.

Le 2 septembre, suppuration abondante de la plaie; langue sèche; les articulaires du côté interne du genou battent visiblement.

Le 3, ces artères battent moins; pas de pulsations dans la tumeur; son volume n'a pas diminué, elle est très sensible au toucher. Le pied continue à être froid; la peau de ce membre est morte. Suppuration abondante de la plaie. Purgatif. A une heure après midi une hémorragie veineuse a lieu par la partie supérieure de la plaie; elle s'arrête à l'aide d'une légère compression. Pouls 110.

Le 4, a dormi toute la nuit; rêves désagréables. Plaie douloureuse, pus sanguinolent; jambe froide; hoquet de temps à autre.

Le 5, région poplitée, gonflée et chaude, escarre sur son côté externe. Douleurs intolérables dans la cuisse. Vessies d'eau chaude sur la jambe. Hoquet. Pouls 130; abdomen chaud.

Le 6, progrès de la gangrène à la jambe. Agitation. Hoquet. On propose l'amputation à la cuisse. Le malade s'y refuse. Le lendemain, il consent à se laisser amputer; on le transporte de son lit sur la table des opérations, et il expire durant ce transport, sans être amputé.

NÉCROPSIE. La ligature est tombée; les deux bouts de l'artère sont remplis de coagulum. L'anévrisme est diffus, son sac est formé par les tissus environnans. Le point malade de l'artère répond exactement au pli de l'articulation, son ouverture est assez large pour laisser passer un gros pois. A l'endroit de la ligature, les parois du vaisseau sont saines. Le cœur gauche est dilaté et hypertrophié. Sur la valvule mitrale, près de l'aorte, est un anévrisme du volume d'une noix, qui fait saillie dans l'oreillette correspondante, et est perforé de trois ouvertures. Deux de ces ouvertures de la même valvule donnent dans l'oreillette; l'autre va dans le ventricule, elles admettent le passage d'un pois. Les valvules aortiques sont couvertes de dépôts calcaires, lesquels pendent dans le ventricule. Les parois de l'aorte sont également encroûtées de pareilles dépositions.

Cette observation peut donner lieu à plusieurs considérations. Notons d'abord la cause de l'anévrisme : une affection rhumatismale. Il est prouvé aujourd'hui que cette cause est la plus fréquente parmi celles qui produisent l'anévrisme spontané. Il paraîtrait que le principe rhumatismal se fixant sur la tunique fibreuse d'une artère la rend très fragile et très susceptible à se rompre sous l'influence de quelques mouvemens un peu brusques. Il est sans doute incontestable que l'artère est malade, fragile, avant que ces deux tuniques internes se déchirent; mais il resterait toujours à déterminer pourquoi, dans le cas précédent par exemple, l'altération artérielle n'était bornée qu'au jarret seulement; car au milieu de la cuisse, où la ligature avait été posée, le vaisseau était parfaitement sain; et pourtant, notez bien, le rhumatisme avait affecté également tout le membre, depuis l'aine jusqu'au pied. Est-ce peut-être parce que le rhumatisme sévit avec plus de force dans les tissus périarticulaires que dans le reste des membres? Ce doute fait déjà comprendre que, bien que l'étiologie des tumeurs en question soit déjà avancée, il reste néanmoins encore quelque chose à éclaircir.

Réfléchissons ensuite sur l'état des organes intérieurs avant et après l'opération chez ce malade. M. Lauchlan n'hésite pas à regarder leur maladie comme une conséquence immédiate de la stase qu'éprouvait le sang artériel dans le membre malade, stase qui a dû nécessairement provoquer une réaction sur le cœur, et par suite dans le cerveau. D'où il conclut que c'est à tort qu'on attribuait autrefois les anévrismes externes et les altérations du cœur qui les accompagnent si souvent à l'influence des causes générales qui auraient agi à la fois et sur les membres et sur les organes intérieurs. Evidemment, en effet, dit-il, la maladie du cœur a considérablement augmenté après la ligature. Cette manière de voir est sans doute logique, et pourrait être admise jusqu'à un certain point; pourtant, pourquoi la même réaction n'a-t-elle pas lieu à la suite de l'ablation de la cuisse ou des deux membres à la fois? Il y a donc autre chose qu'un simple obstacle mécanique au libre cours du sang dans la production des lésions intérieures qui accompagnent certains anévrismes.

Arrêtons-nous à présent sur la tumeur elle-même. Il est vraiment à regretter que l'auteur n'ait donné que des détails forts incomplets sur l'état des parties du membre malade, malgré qu'il assure en avoir fait une dissection fort minutieuse. Déjà Scarpa avait longuement discuté la question relative au traitement de l'anévrisme spontané, fort volumineux, ou diffus, comme on l'appelle, de la région poplitée. Il était arrivé à cette conclusion que le meilleur parti à prendre, c'est de désarticuler la jambe sur la cuisse; il a même décrit un procédé particulier pour cela. La présence de la tumeur, en effet, comprimant les branches anastomotiques principales de la région, fait échouer la ligature de la fémorale, la circulation inférieure ne se rétablit point, et la gangrène en est la conséquence. M. Lauchlan avait parfaitement saisi ces raisons, et avait proposé de prime-abord l'ablation du membre, mais le malade s'y étant refusé, il a fallu adopter un autre parti. N'aurait-il pas mieux valu, dans ce cas, opérer d'après l'ancienne méthode, c'est-à-dire par l'ouverture du sac? Quelques faits consignés dans les ouvrages de Guattani et de Boyer autorisent jusqu'à un certain point cette dernière pratique. On a pu voir que les choses ont bien été pendant les deux premiers jours; mais les artères articulaires qui battaient d'abord avec force s'étant de plus en plus affaiblies, la gangrène n'a pas tardé à se déclarer. Il y avait ici, il est vrai, d'autres causes graves auxquelles le malade n'aurait probablement pas manqué de succomber, en supposant que la ligature eût pu réussir, ou que le malade eût guéri par l'amputation; mais le précepte établi par Scarpa à ce sujet n'en est pas moins vrai et important à rappeler, et le fait qui précède ne fait que le confirmer pleinement. Une chose cependant fort essentielle reste à déterminer sur cette question, c'est de fixer d'une manière définitive et certaine les conditions matérielles de l'anévrisme dit diffus du jarret, qui n'est plus en état de guérir par la ligature de la fémorale, ni par l'ancienne méthode; c'est là un travail de la plus haute importance, et qui ne peut être entrepris qu'après un examen approfondi d'un grand nombre de faits.

Terminons ces réflexions en faisant remarquer :

1° Que la marche de la tumeur chez le malade en question a été tellement rapide que ce fait pourrait être regardé comme exceptionnel. On sait que ce n'est pas en six semaines que l'anévrisme poplité arrive ordinairement à l'état de diffusion. Plusieurs mois, et même des années se passent généralement avant d'atteindre ce but. A quoi cette circonstance pourrait-elle tenir? Incontestablement au manque d'inflammation adhésive autour de la gaîne artérielle.

2° Que l'attente de la dilatation des artères collatérales, qui doit, ainsi qu'on le dit, assurer la réussite de la ligature, est une véritable illusion; illusion qui s'oppose souvent à la réussite de l'opération. Les beaux travaux de sir A. Cooper, consignés dans les *Medico chirurgical Transactions*, et dans le *Guy's hospital reports*, et ceux non moins importans de plusieurs auteurs modernes prouvent, au contraire, qu'en règle générale, plus tôt on opère un anévrisme, plus il y a de chances de réussite; cette règle souffre sans doute quelques exceptions; mais elle est, comme on le voit, l'opposé de celle qu'on a suivie jusqu'à ce jour. Nous aurons probablement l'occasion de revenir sur ce sujet.

OBSERVATIONS DE MÉTASTASE PURULENTE PAR LA VESSIE ET LE RECTUM, DANS LES MALADIES DU FOIE, RECUEILLIES A L'HÔPITAL DE BANGALORE; par M. MOUAT.

L'auteur de cette communication, après avoir rappelé que la science possède déjà un assez grand nombre de cas de métastase purulente, et avoir dit qu'il ne connaissait pas d'exemple de ce mode de terminaison

dans les abcès du foie, exprime l'opinion que ces cas sont probablement plus fréquens qu'on ne pense, et qu'ils échappent à l'observation parce qu'on n'examine pas toujours avec assez d'exactitude les différentes matières excrétées. « Si, dit-il, nous n'avions pas remarqué le premier de ceux que je vais rapporter, il est probable que les autres nous auraient échappé. » Il rapporte l'observation de treize malades, qui tous ont présenté au début de leur maladie des signes de maladie du foie, et chez lesquels on a observé, au moment où les symptômes de l'abcès hépatique disparaissaient, du pus dans les urines, dans les selles, et même dans les vomissemens. On ne doit point oublier que ces cas ont tous été recueillis aux Indes, où les maladies du foie, si rares chez nous, sont au contraire très communes. Sur ces 13 cas, 6 se sont terminés par la mort, et dans tous on a trouvé des abcès du foie plus ou moins volumineux, ou même multiples; mais dans aucun, on n'a constaté de communication entre l'abcès du foie et les intestins; ou l'appareil urinaire, en sorte qu'il n'y a pas d'autre moyen d'expliquer, dans ces cas, la présence du pus dans les urines et les garderobes, que par la métastase, en prenant ce mot dans sa stricte acception; c'est-à-dire en supposant qu'il serait entré dans la grande circulation, et se serait dirigé sur un organe spécial. Nous insisterons spécialement sur les faits où la maladie s'étant terminée par la mort, on a pu constater l'exactitude du diagnostic porté pendant la vie, et l'état des parties après la mort.

Obs. I. — Le caporal J. Ward, arrivé aux Indes depuis un an, est admis à l'hôpital du régiment, le 22 septembre 1831, ayant tous les symptômes d'une hépatite très prononcée, et en outre des vertiges, une fièvre très forte et un peu de toux; le pouls était plein et fréquent; la langue blanche, les selles étaient liquides et mêlées de sang et de mucosités. Il fut traité activement et saigné plusieurs fois et en grande abondance; et cependant 27 jours après son admission, le côté droit offrait une dilatation manifeste, et qui continua d'augmenter jusqu'au 23 novembre, c'est-à-dire 37 jours après l'admission; et tandis qu'on attendait avec anxiété le moment où l'abcès serait entièrement fermé, on remarqua qu'il passait du pus par les garderobes; et le 8 décembre, on constata aussi qu'il y en avait une grande quantité dans les urines; en même temps la tumeur avait déjà commencé à diminuer; et le 22 janvier 1832, il n'y en avait déjà plus de traces. Le malade resta cependant encore à l'hôpital plusieurs mois; et bien que sa santé fût bonne, cependant, de temps en temps son côté droit devenait douloureux et saillant; puis tous les accidens disparaissaient quand il rendait du pus par les selles ou les urines. A plusieurs reprises, on constata une fluctuation évidente; mais comme rien n'indiquait que l'abcès fût sur le point de se faire jour à l'extérieur, on ne se hasardait pas à l'ouvrir. Le malade resta à peu près dans le même état jusqu'au mois de décembre 1832. Alors il fut réformé et envoyé à Punamalli; et, enfin, en Angleterre, d'où les derniers rapports nous ont appris qu'il était entièrement guéri.

Dans ce cas, la guérison paraît bien n'avoir été le résultat que des efforts de la nature, et surtout du passage du pus de l'abcès par les selles, et spécialement par les urines; aucun des phénomènes observés n'a pu faire penser que l'abcès se fût ouvert dans les intestins; et, d'ailleurs, sa disparition graduelle, et la grande quantité du pus contenu dans les urines ne permettent pas de faire cette supposition.

Obs. II. — J. Gibson, âgé de 23 ans, simple soldat arrivé dans l'Inde depuis deux ans et demi, fut admis le 5 avril 1832, pour une forte attaque d'hépatite aiguë, avec vives douleurs à l'épigastre, s'étendant au côté droit et à l'épaule; toux sèche et courte; fièvre très forte, etc.; il fut admis à un traitement actif et saigné largement. Le vingtième jour après son admission, il cracha en toussant une grande quantité de matière purulente, teinte par de la bile et d'un goût amer; et aussitôt il éprouva une forte diminution de la dyspnée, de la douleur, de la toux, etc. Dix jours après, il rendit du pus par les selles et par les urines, ce qui apporta pour quelque temps un soulagement notable à la douleur de côté. Cependant il conserva de la fièvre, maigrit rapidement et mourut le 14 mai, six semaines après son admission.

Autopsie. On trouve deux abcès dans le lobe droit du foie; l'un adhérent au diaphragme, et communiquant avec le poumon; mais petit et presque guéri; l'autre volumineux et sans communication avec les intestins, les canaux biliféres ou les reins, bien qu'on ait examiné ces parties avec l'attention la plus minutieuse.

Ici nous retrouvons encore les efforts faits par l'économie pour se débarrasser d'une suppuration abondante; l'ouverture nous apprend bien la voie qu'a suivie le pus sorti par l'expectoration; mais quelle est celle qu'avait suivie celui qui est sorti par les selles et les urines?

Obs. III. — R. Mallalew, simple soldat, âgé de 28 ans, aux Indes depuis quatre ans, paraissant habituellement jouir d'une bonne santé, fut admis le 29 juin 1833, avec les symptômes d'une dysenterie aiguë compliquée d'une douleur aiguë à l'épigastre, et augmentant beaucoup à la pression. Un traitement actif fut employé, et, bien qu'il eût grandement diminué les accidens dysentériques, cependant la douleur à l'épigastrique continua jusqu'au 7 juillet, époque où elle s'étendit au côté droit avec fièvre, toux légère et sèche, pouls fréquent, soif, etc. Elle continua sans diminuer, malgré de fortes et nombreuses saignées, jusqu'au 23 août, ou 56 jours après son admission. Alors on observa du pus dans les selles; et le lendemain, il y en avait aussi dans les urines, et en plus grande quantité; et aussitôt le malade éprouva du soulagement. Depuis cette époque jusqu'au 6 septembre, il continua à rendre une grande quantité de pus par ces deux voies; mais sans diminution de la douleur de côté. On ne put déterminer le ptyalisme, bien qu'on eût employé le calomel et le *blue pill* à fortes doses. Mort le 7 septembre.

Autopsie. Il y a dans le lobe droit du foie un vaste abcès qui contient environ 13 onces de pus de bonne nature. Le lobe droit est à l'état normal; la vésicule épaissie contient un mélange de pus et de bile. On ne peut trouver aucune autre communication avec les intestins et les reins.

Nous rappellerons encore le fait suivant, terminé par la mort, et où l'autopsie a prouvé l'exactitude du diagnostic et l'absence de communications entre les voies qu'avaient suivies le pus et l'abcès du foie.

Obs. IV. — M. Smith, simple soldat, depuis un an aux Indes, fut admis, le 18 juin 1834, atteint d'une hépatite aiguë, compliquée de dysenterie, fièvre légère, nausées, débilité générale. Il fut saigné copieusement et subit un traitement très actif. Le cinquième jour, il présenta une forte saillie dans le flanc droit avec une vive douleur. Dès le lendemain, il y avait déjà du pus dans son urine et il avait éprouvé un soulagement manifeste; la tumeur avait, en même temps, considérablement diminué, et le mercure qu'il avait pris avait commencé à agir sur les organes salivaires. Le 24, la douleur revint avec une grande violence (bien qu'il continuât à rendre beaucoup de pus par les urines et par les selles); il survint beaucoup d'oppression, une grande faiblesse, une transpiration froide et copieuse. Mort le 26.

Autopsie. — On trouve dans les deux lobes du foie plusieurs abcès de différentes grosseurs, et dont les uns communiquent entre eux, tandis que les autres sont isolés et pleins de pus. On ne peut constater aucune communication avec les reins ou les intestins, bien que la vessie fût encore pleine d'un mélange d'urine et de pus.

Quatre autres cas sont encore rapportés où la maladie s'est terminée par la mort, et qui ne diffèrent pas de ceux que nous avons rapportés ici, à l'exception d'un seul cependant, qui avait rendu des matières purulentes par les vomissemens, par l'urine, par les selles et enfin dans les crachats, et à l'autopsie duquel on ne trouva pas d'altération dans le foie, mais un vaste squirre ulcéré de l'estomac, qui était plein d'un liquide mucoso-purulent; une altération grave de la veine iliaque et de ses branches du côté gauche, qui, pendant trois mois, avait offert une infiltration considérable, mais sans communication à l'aide de laquelle on pût expliquer le mélange de pus et avec les crachats et avec les urines.

Parmi les cinq autres cas, qui se sont terminés par la guérison, nous en citerons encore un, en l'abrégeant beaucoup; les autres n'en diffèrent que par un retour plus ou moins rapide et plus ou moins complet à l'état de santé.

Obs. V. — M. Ridy, âgé de 40 ans, simple soldat, habitant les Indes depuis quinze ans, fut pris, le 12 juillet 1834 des symptômes d'une hépatite aiguë, accompagnée de nausées, de vomissemens, de faiblesse générale, de perte d'appétit, etc. Le lendemain, on trouva le flanc droit très saillant et très sensible à la pression. Il fut soumis, comme les autres malades, à un traitement très actif, et cependant la douleur et le gonflement persistèrent sans diminution jusqu'au 17, époque où le mercure commença à agir vivement sur la bouche, et l'on constata la présence du pus dans l'urine. A partir de ce moment, la douleur éprouva une diminution considérable et le gonflement fut moins prononcé. Depuis, le malade a continué de rendre du pus par les urines dans la proportion de deux à trois onces par vingt-quatre heures. Au commencement de septembre, la douleur et la tumeur diminuèrent d'une manière notable; le malade reprit des forces et sa santé s'améliora beaucoup. Pendant le mois de septembre, le pus parut en moindre quantité dans l'urine, et l'on n'y en observait plus le 20 novembre. Au bout de quelques jours, il reprit son service, et jouit aujourd'hui d'une bonne santé.

L'auteur qui a recueilli ces faits importans et curieux, et qui offrent, dans la manière dont ils sont rapportés et commentés, tous les caractères d'authenticité que l'on peut désirer, cherche à dissiper, dans le passage suivant, que nous traduisons textuellement, les doutes qu'ils semblent naturellement devoir inspirer aux esprits défians et peu soucieux du merveilleux :

« Les dépôts de pus fournis par les selles, l'urine et l'expectoration, ont été examinés chez tous les malades par les moyens ordinaires et les plus sûrs, et surtout par l'acide sulfurique, etc. et bien que les résultats de ces expériences ne soient que d'une nature négative, cependant quand ils sont tous réunis et qu'on tient compte de l'aspect de la matière elle-même, il ne peut plus rester de doutes. D'ailleurs, les symptômes qui ont précédé l'invasion chez les uns, chez les autres le développement du flanc droit, et les résultats nécroscopiques chez tous ceux qui ont succombé,

viennent encore à l'appui. Si on ne prenait qu'un ou deux cas en particulier, peut-être pourrait-il rester quelque doute dans l'esprit du lecteur; mais il n'en peut être ainsi quand on voit tant de cas, dont plusieurs ont eu une si longue durée, tous soumis en même temps à l'observation de tous les médecins attachés au régiment ou à l'hôpital, et dont plusieurs les suivaient avec un vif intérêt, et quand les nécropsies ont été pratiquées par les aides attachés au régiment, et avec l'injonction de rechercher, autant que possible, les moyens de communication qui auraient pu exister entre ces abcès et les intestins, les poumons et les reins. Il est vrai que, sur le sujet de la troisième observation, la vésicule du foie était pleine d'un mélange de pus et de bile et que le canal cystique était libre; mais, même dans ce cas, nous n'avons pas trouvé une explication de la présence du pus dans l'urine. »

KYSTE HYDATIQUE A L'HYPOGASTRE, SIMULANT UNE RÉTENTION URINAIRE; par M. BRIGHT.

OBS. — Un homme se plaignait d'incontinence d'urine. A l'examen on trouve une tumeur fluctuante à l'hypogastre, qu'on prend pour la vessie distendue. On croit, en conséquence, que l'incontinence est de l'espèce qu'on appelle *par regorgement*. Plusieurs médecins qui l'avaient traité avaient constamment sondé sans pouvoir tirer que fort peu d'urine. La prétendue distension de la vessie a été attribuée à une hypertrophie de la prostate, dont la présence se serait opposée à l'écoulement libre de l'urine. On sonde encore le malade, on tire quelque peu de liquide, mais la tumeur épipubienne persiste; enfin, à force d'introduire l'algalie dans la vessie, on tombe dans une sorte de cavité profonde; du liquide s'écoule, puis des hydatides et la sonde est bouchée par ces corps. On applique une seringue à l'algalie, et l'on pompe avec force; on tire de la sorte une quantité considérable de débris d'hydatides; mais cela n'a pas empêché le malade de succomber peu de jours après.

AUTOPSIE. — A l'ouverture du corps, on trouve que la tumeur n'était pas formée par la vessie, mais bien par un kyste hydatique organisé derrière elle et adhérant à sa paroi postérieure et avec son fond. La pression que ce kyste exerçait sur la vessie avait été la cause de l'espèce de ténesme que le malade avait éprouvé et de l'incontinence d'urine. Les parois de la vessie étaient aplaties, mais saines. Une ouverture existait à sa partie postérieure, communiquant avec la cavité du kyste. Cette ouverture avait été évidemment faite par les manœuvres un peu forcées qu'on avait exercées avec la sonde. La poche morbide contenait un quart au moins d'hydatides crevées. Les uretères étaient fort dilatés, pleins d'urine et de pus, par suite de la compression que la même tumeur avait exercée sur leur terminaison à la vessie.

Il était, en vérité, difficile de porter, *à priori*, sur ce fait, un autre jugement que celui qu'a porté M. Bright. Cependant l'auteur, qui a déjà rencontré un autre cas absolument pareil, fait une réflexion qui mérite toute attention. Si le cathéter, dit-il, qui pénètre dans la vessie ne donne pas issue à de l'urine colorée et fort chargée d'odeur ammoniacale, on peut être autorisé à penser que la tumeur qui simule la vessie distendue est étrangère à cet organe. Cette réflexion est d'autant plus importante que la ponction hypogastrique paraît parfaitement indiquée et peut dissiper les symptômes vésicaux sans exposer peut-être le malade à des accidens d'autre nature; nous disons *peut-être*, car, quelle que soit la méthode qu'on suit dans la ponction d'un kyste de cette espèce, on ne peut être certain sur l'absence d'un épanchement consécutif. Il est vrai que, dans le cas en question, cette ponction a été réellement pratiquée par le hasard et par une voie tout à fait insolite; mais malheureusement la chose a eu lieu trop tard pour atteindre le but de la guérison. Ce serait peut être le cas de ponctionner la tumeur par le rectum, si elle faisait saillie de ce côté, car il est plus probable que des adhérences existent avec cet organe qu'avec l'hypogastre. Néanmoins, il ne faut pas oublier que ces sortes de kystes naissent le plus souvent dans le tissu cellulaire extra-péritonéal; il y a, par conséquent, avantage à ponctionner du côté même où ils se forment, si la chose est praticable.

Cette observation est, comme on le voit, fort remarquable et digne de figurer au nombre des faits rares de la chirurgie.

III. THE DUBLIN JOURNAL OF THE MEDICAL SCIENCES.

Le cahier de juillet contient les articles originaux suivans: 1° *De l'état de la pupille dans le typhus, et de l'usage de la belladone dans certaines fièvres*; par M. Graves; 2° *Relation statistique de l'asile des aliénés de Richemond*; par M. Mollan; 3° *Remarques sur la cynanche trachéale et la laryngite*; par M. Travers R. Blackley; 4° *De l'identité de structure entre les reins et les glandes épidermoïdes*; par M. Robert Elliott Lindsay; 5° *Observations sur quelques préceptes de pratique obstétricale établis*, par M. Hamilton (article de polémique); 6° *Recherches sur le typhus dans les manufactures des cités de la Grande-Bretagne*; 7° *Plusieurs cas de folie puerpérale traités à l'aide de la belladone*; par M. David Scott.

DE L'ÉTAT DE LA PUPILLE DANS LE TYPHUS ET DE L'EMPLOI DE LA BELLADONE DANS CERTAINS CAS DE FIÈVRE; par M. le docteur R. GRAVES.

Dans cette communication qui semble plutôt destinée à appeler l'attention qu'à donner l'état de la science sur la question, le docteur Graves rappelle que la contraction et la dilatation de la pupille sont des phénomènes qui indiquent deux états morbides différens, opposés peut être, du cerveau, et qui doivent réclamer une médication différente; il rappelle en même temps que deux agens thérapeutiques, qui tous deux appartiennent à la classe des narcotiques, reproduisent ces deux phénomènes; savoir, la belladone, la dilatation de la pupille et l'opium, sa contraction. Il regrette beaucoup que, dans les ouvrages publiés sur les fièvres, on ait négligé d'indiquer l'état de contraction de la pupille lorsqu'elle existait, omission qu'il dit avoir faite lui-même dans les nombreuses observations de fièvre qu'il a publiées; car il croit avoir constaté que dans ce cas l'opium était suivi d'accidens fâcheux; si la pupille est médiocrement contractée le jour où l'on donne l'opium, le lendemain elle le sera bien davantage, et le malade tombe bientôt dans un état de coma d'où il ne se relevera plus. Après avoir observé plusieurs cas de ce genre où les narcotiques étaient indiqués, il pensa, d'après une suggestion du docteur Corrigan, que dans ces cas les narcotiques qui dilatent la pupille pourraient être utiles, ne se dissimulant pas cependant ce qu'il pourrait y avoir de bizarre dans un traitement où l'on ordonnerait un médicament pour un seul symptôme tel que la contraction de la pupille. Il résolut donc d'essayer cette médication, ce qu'il fit avec d'autant plus de facilité qu'il avait vu périr tous les malades qui à une époque avancée de la fièvre avaient offert des symptômes cérébraux avec contraction de la pupille. Il a donc employé la belladone dans plusieurs cas, tant en ville qu'à l'hôpital Meath, et avec des résultats favorables. Il rapporte deux observations à l'appui; nous en allons analyser une.

OBS. — M. R., âgé de 30 ans, d'une constitution pléthorique, tempérament nerveux et qui avait perdu son frère de la fièvre quelques mois auparavant, tombe malade le 1er septembre et présente les symptômes ordinaires du typhus; les sangsues, les affusions froides, les laxatifs et les boissons gazeuses ne modifièrent nullement la marche de la maladie.

Le 11e jour, les pétéchies apparurent; et dès le 12e la peau en était entièrement couverte.

Le 14e, diarrhée, abaissement notable de la température de la peau, prostration, insomnie. L'acétate de morphine arrête la douleur et procure un peu de sommeil.

Le 15 et le 16e jour, les accidens cérébraux reparaissent plus intenses avec délire aigu. Le vin et la glace restant sans effet, on prescrit la potion suivante.

Prenez :	Musc....................	10 grain.
	Extrait de bella lone.....	1 grain.
	Mucilage d'acacia.........	2 dragmes.
	Mixture camphrée.........	1 once.
	Sirop d'orange...........	2 dragmes.

A prendre en une seule fois toutes les six heures.

Le 18, le malade avait passé une meilleure nuit; les pupilles sont dilatées; on continue pendant quelques jours la même potion qu'on associe à la mixture de chaux et au café; et le 29e jour le malade entrait en convalescence.

RAPPORT STATISTIQUE SUR L'ASILE DES ALIÉNÉS DE RICHEMOND; par le docteur J. MOLLAN, médecin extraordinaire de l'établissement.

Ce rapport, ne contenant que les résultats statistiques, nous arrêtera peu de temps. Quelques recherches sur les circonstances dans lesquelles la folie s'est développée démontrent qu'en Irlande comme ailleurs, cette maladie est plus fréquente parmi les classes aisées et riches que dans les derniers rangs de la société. L'auteur signale un fait dont il ne peut donner l'explication: c'est le petit nombre de filles publiques parmi les aliénées de la ville de Dublin et des environs comparativement à ce que M. Esquirol a observé à la Salpêtrière, où elles forment au moins le vingtième de la totalité des aliénées, tandis qu'à Richemond, sur 277, on n'en a compté que 3.

Voici en tableau, le résultat du traitement employé dans cet établissement depuis 1833 jusqu'en 1837 :

	Hommes.	Femmes.
Sortis guéris	150	116
— soulagés	29	44
— sans soulagement	10	3
Morts	57	31
Restant	85	83
	331	277

L'auteur présente à la fin de ce travail un tableau des aliénés de tous les districts de l'Irlande, et dont le nombre s'élevait, en 1837, pour tous les établissemens publics et particuliers, à 3,129, auxquels il pense qu'on doit ajouter encore 120 pour les aliénés qui, en raison de l'encombrement des établissemens, ne peuvent être admis aussitôt après la demande. Voici comment ces 3,129 aliénés sont classés.

Idiots	528
Epileptiques	279
Cas considérés comme curables	779
Réputés incurables	1549

REMARQUES SUR L'IDENTITÉ DE STRUCTURE ENTRE LES REINS ET LES GLANDES ÉPIDERMOÏDES, par M. R. ELLIOTT-LINDSAY.

Ce sujet, qui a déjà été traité par le célèbre physiologiste allemand Müller d'une manière générale, est présenté ici avec quelques développemens qui y ajoutent de l'intérêt. Cependant, nous devons dire que l'auteur n'arrive pas, à notre avis, à démontrer l'identité absolue de structure entre les deux appareils dont il est question ici, mais bien une analogie très rapprochée. D'abord l'auteur emprunte à la physiologie les premiers argumens sur lesquels il appuie son opinion; ils démontrent l'analogie des fonctions, qui sont de séparer du sang les matériaux nuisibles qu'il contient, d'une part, l'acide carbonique et de l'autre l'azote. L'auteur n'oublie pas les cas pathologiques où l'un des deux appareils supplée aux fonctions de l'autre.

M. Lindsay convient que la similitude anatomique dont il parle n'est pas aussi claire et aussi tranchée qu'on pourrait le désirer. Il cite d'abord la conformation des reins chez les fœtus, lesquels, partagés en plusieurs corps glanduleux, semblent, sous ce point de vue, se rapprocher des glandes épidermiques; ensuite il parle d'un conduit excréteur de la glande, qui est si visible, surtout chez le nègre, et dans lequel il est facile d'introduire un poil, lorsqu'il a été développé par un vésicatoire. L'auteur trouve encore dans ce qui se passe dans cette petite opération une nouvelle preuve à l'appui de son assertion. En effet, si le sang s'en écoule avec plus d'abondance que des parties voisines, et sans aucune espèce de douleur, c'est parce que le tissu de ces petits corps est, comme celui des reins, à la fois et très vasculaire et dépourvu de nerfs, et insensible.

RECHERCHES SUR LE TYPHUS QUI RÈGNE DANS QUELQUES VILLES MANUFACTURIÈRES D'ANGLETERRE, AVEC QUELQUES OBSERVATIONS SUR LA NATURE DE LA COMPLICATION INTESTINALE; par le docteur J. STABEROTH, de Berlin.

Ce mémoire est un des meilleurs qu'on ait publiés, depuis quelque temps, sur la fièvre; c'est, nous dirions volontiers, une réponse à l'appel que nous avons fait tant de fois aux hommes que les circonstances mettaient à même d'observer les fièvres dans les pays étrangers, et surtout en Angleterre et en Irlande, pour la détermination exacte des lésions anatomiques observées chez les sujets qui succombent à la fièvre. Tandis que des hommes de talent et d'activité ne peuvent s'écarter, chez nous, des idées de gastro-entérite et d'inflammation intestinale, et s'efforcent de réunir sous la même dénomination des états morbides très différens, comme s'ils craignaient que la science prît trop d'extension, nous aimons à en voir d'autres traiter moins superficiellement la question et l'examiner sans idées préconçues et dans sa profondeur. Nous regrettons cependant que l'auteur n'ait traité qu'en passant quelques-unes des questions qui se rattachent à l'étude des fièvres; son travail aurait gagné à être plus étendu et plus complet: tel qu'il est, il ne peut être traduit et serait plus difficilement analysé. Son but était de combattre l'assertion émise par M. Lombard de Gênes dans le même journal sur l'origine de la fièvre qui règne dans les principales villes d'Angleterre, et que ce dernier suppose y être transportée et entretenue par les nombreux émigrans de l'Irlande, qui serait alors pour tout le royaume un foyer de contagion. Nous ne rapporterons pas les argumens qu'avance l'auteur contre l'opinion de M. Lombard, qui est celle de beaucoup de médecins anglais et aussi de quelques médecins irlandais eux-mêmes. La plupart sont décisifs et ne permettent plus de doute.

Il résulte des observations du docteur Staberoth que la lésion des glandes de Peyer est plus commune en Angleterre, et à Glascow surtout, qu'on ne le croit communément. Il est un point sur lequel il a gardé entièrement le silence, et sur lequel nous aurions désiré des renseignemens: c'est sur le nombre de fois qu'un même individu peut être atteint de fièvre. En France, il est à peu près démontré qu'on ne contracte la fièvre typhoïde qu'une seule fois et quand on se trouve dans certains foyers d'infection ou de contagion. S'il en était de même de la maladie que les Anglais désignent sous le nom de fièvre, il serait alors facile d'expliquer pourquoi un certain nombre des Irlandais et même des Écossais, qui viennent à Glascow, par exemple ceux qui n'auraient pas encore eu la maladie, en seraient atteints dans les premiers temps de leur séjour dans un lieu où elle règne constamment, ce qui paraît beaucoup embarrasser M. Staberoth.

Nous allons faire connaître le mémoire suivant contenu dans le précédent numéro du *Dublin Journal*, et qui n'avait pu, faute de place, faire partie de la précédente revue.

DE QUELQUES EFFETS QUI RÉSULTENT DES BLESSURES DES NERFS; par le docteur J. HAMILTON.

La pathologie des nerfs est encore si peu avancée, que nous ne voulons pas laisser passer, sans en donner au moins une courte analyse, ce mémoire du docteur Hamilton, qui, au reste, contient quelques faits intéressans pour l'étude des symptômes, ou plutôt des accidens que déterminent les blessures des nerfs. De ces faits, dont quelques-uns seulement ont été observés par l'auteur lui-même, il conclut que la blessure d'un nerf dans certains états de l'économie peut être suivie des accidens locaux ou généraux les plus graves, savoir:

1° Une douleur du caractère le plus aigu dans la partie lésée, ou semblant se diriger de cette partie sur d'autres nerfs, ou amenée vers le cerveau. Cette douleur est souvent accompagnée de la sensibilité la plus exquise.

2° Il y a souvent avec la douleur de la rougeur, du gonflement, qu'on pourrait prendre pour une inflammation d'un fascia, ou pour un abcès profond; mais qui en diffèrent par une rougeur moins vive, par la présence d'un œdème, et aussi parce que cette tumeur augmente et diminue à plusieurs reprises, et quelquefois même périodiquement.

3° Le membre éprouve, dans quelques cas, des contractions d'une violence extraordinaire, qui dégénèrent même quelquefois en épilepsie, et qui, dans un cas rapporté par l'auteur, ont amené la mort du sujet pendant une attaque de ce genre.

4° Ces accidens, lorsqu'ils n'ont point été influencés par les moyens employés, ont, après un long intervalle, décliné graduellement et fini par disparaître spontanément; mais, dans quelques cas, la terminaison a été funeste.

5° Les symptômes généraux sont ceux qu'on appelle communément nerveux ou hystériques, savoir: l'abattement, la prostration des forces, le globus, etc. Dans quelques cas, on a vu une fièvre hectique.

L'auteur cherche à s'expliquer pourquoi ces accidens ne se montrent que dans un certain nombre de cas de blessures des nerfs, et non pas dans tous. Il rappelle à cette occasion l'opinion de M. Brodie, qui, les ayant surtout observés chez les femmes hystériques et les personnes nerveuses, comprit ces accidens dans l'hystérie, dont il les fit dépendre; mais il repousse cette opinion, parce que ces accidens n'offrent jamais l'irrégularité que présentent les accidens vraiment hystériques, et au contraire se reproduisent avec une uniformité constante qu'on ne rencontre pas chez les hystériques; il semble plutôt disposé à les attribuer à une inflammation spéciale du nerf lésé et de ses branches, qui portent au cerveau et à la moelle épinière les impressions morbides, d'où résulte la réaction qui s'opère sur tout le système nerveux. Il rappelle à l'appui un certain nombre de faits où la section du nerf, ou peut-être de la cicatrice du nerf, a fait cesser les accidens, sinon immédiatement et pour toujours, au moins pour quelque temps, ou au bout d'un certain temps. Mais il n'en est pas toujours ainsi; car nous trouvons dans le mémoire de M. Hamilton bien des cas où l'opération a été inutile, et d'autres où les accidens ont disparu sous l'influence de moyens qui n'ont aucun rapport avec l'opération dont nous parlons. Nous ne citerons ici qu'une jeune fille dont l'histoire est rapportée longuement, d'un tempérament nerveux, qui, s'étant fait une large plaie entre le pouce et l'index en coupant du pain, fut prise de douleurs aiguës; d'abord bornées au pouce elles s'étendirent successivement à l'index, à la face dorsale de la main, à l'avant-bras, au bras, à l'aisselle, au dos et jusqu'aux hanches. On employa inutilement chez elle les toniques

les plus énergiques, les narcotiques, les mercuriaux, les répercussifs; enfin, on la traitait à l'hôpital Stevens, par l'arsenic, quand elle fut prise tout à coup dans la rue d'une attaque d'hystérie, après laquelle elle eut, pendant deux jours de suite, un violent hoquet, avec une difficulté extrême à avaler, et une vive sensibilité à l'épigastre. Quand l'accès fut passé, la douleur et le gonflement de la main qui l'accompagnaient avaient disparu, et ne sont point revenus depuis. Nous pensons qu'on peut attribuer ces accidens aux deux ordres de causes que nous venons de signaler : l'une, qui n'est qu'une prédisposition, c'est le tempérament nerveux, la prédisposition à l'hystérie et aux autres affections nerveuses ; l'autre, un état morbide particulier d'un nerf qui réagit sur tout le système nerveux quand la disposition dont nous parlons existe et se reproduit indéfiniment, comme dans toutes les maladies nerveuses chroniques; et qui, au contraire, se termine au bout d'un temps très limité, probablement avec la cicatrisation de la plaie, quand celle-ci se trouve chez un individu fort et robuste, et chez lequel le système nerveux n'a pas acquis une prédominance fâcheuse sur les autres systèmes de l'économie.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SUITE DE LA SÉANCE DU 16 JUILLET.

RECHERCHES SUR LES EFFETS DES VARIATIONS DANS LA PRESSION ATMOSPHÉRIQUE A LA SURFACE DU CORPS.

M. Emile TABARIÉ demande l'ouverture d'un mémoire cacheté qu'il a déposé dans la séance du 9 avril dernier, sous le titre de *Recherches physico-physiologiques*.

« Mon mémoire, dit l'auteur, renferme les principaux résultats de longues tentatives auxquelles je me suis livré, dans le but de créer, au profit de l'hygiène et de la thérapeutique, un ensemble de moyens usuels, propres à modifier utilement la pression que l'atmosphère exerce sur le corps humain.

» Les influences physiologiques qui dérivent des modifications que l'on peut faire subir à la pression de l'atmosphère, se sont présentées à moi sous divers points de vue, selon qu'elles touchent au degré d'intensité ou à l'état d'équilibre de cette pression; et, dans ce dernier aspect, une distinction même est à faire suivant que l'équilibre est rompu seulement sur une partie plus ou moins grande des surfaces du corps, ou sur la totalité des surfaces externes mises en opposition avec les surfaces internes.

» De là j'ai pu tirer six procédés différens dont la pression de l'air forme l'unique base, et dont l'utilité variée peut répondre à des indications hygiéniques et thérapeutiques nombreuses.

» Ces procédés comprennent :

1° La condensation générale de l'air sur toute l'économie;

2° La condensation locale sur les membres;

3° La raréfaction locale sur les membres;

4° La condensation et la raréfaction alternatives et locales, ou ondulation sur les membres;

5° La raréfaction sur toute l'habitude du corps sauf la tête ;

6° Le jeu des condensation et des raréfactions alternatives sur toute l'habitude du corps sauf la bouche, d'où résulte une respiration artificielle et complète contre l'asphyxie..... »

M. Tabarié annonce que ses recherches remontent à une époque déjà très reculée, et ont été de sa part l'objet de deux précédentes notes cachetées dont il déposa la première, dès l'année 1832, comme pierre d'attente, mais dont il ne demande pas l'ouverture en ce moment. Il ajoute qu'elles n'ont, avec ce qui a été publié depuis sur ce sujet, aucune conformité dans les moyens, dans le principe, dans le but, et moins encore dans la plupart des résultats.

« ..... De nombreuses expériences, dit-il, me permettent d'établir, avec une confiance pleine et entière, que la condensation de l'air, telle du moins que je suis parvenu à la rendre usuelle, est douée d'une vertu fortifiante et sédative, si certaine qu'on peut l'opposer toujours avec avantage à tous les accidens inflammatoires ou fébriles, dont on lui a fait, bien à tort, une sorte d'attribut. Elle dissipe, en effet, avec une grande puissance, toute ardeur intérieure du thorax, toute chaleur insolite des organes que cette cavité recèle; elle diminue la fréquence des mouvemens circulatoires, elle en précise le rhythme; elle calme l'exacerbation encéphalique et se montre éminemment propre à combattre le délire et l'ivresse, nullement à les exciter, ainsi qu'on l'a dit.....

» Parmi les observations que j'ai reproduites, quarante-neuf exemples se rencontrent touchant les maladies des organes de la respiration; et à ce nombre correspond un nombre égal de guérisons ou d'améliorations remarquables, qui m'autorisent à considérer la condensation de l'air comme susceptible de devenir le spécifique de ces redoutables affections.....

» La circulation reçoit à son tour une modification du même ordre qui la ramène également à son état normal. J'ai rapporté deux cents exemples d'observations, faites avec un soin scrupuleux, sur les battemens du pouls dans des états pathologiques; et l'on ne verra pas sans intérêt que la condensation de l'air abaisse généralement le rhythme actuel de la circulation, et, dans certains cas, opère, à l'heure même, une réduction durable de 10, de 15, de 20 pulsations par minute..... »

M. Tabarié dit avoir employé avec succès la condensation générale de l'air dans des cas nombreux et très variés, tels que l'aphonie, l'hystérie, la céphalalgie, l'hémiplégie, les fièvres intermittentes, etc.

Le paquet indiqué, ouvert séance tenante, renferme un travail ayant pour titre : *Mémoire sur un système de bains d'air généraux ou locaux, applicables à l'hygiène et à la thérapeutique et fondés sur les modifications que l'on peut faire subir à la pression de l'atmosphère.*

MM. Dulong et Magendie sont chargés d'en rendre compte à l'Académie.

RAPPORT SUR UN MÉMOIRE DE M. CHÉNEAU SUR LA NATURE ET LE TRAITEMENT DE LA PHTHISIE PULMONAIRE.

(Commissaires : MM. Serres, Double, rapporteur.)

L'Académie nous a chargés de lui rendre compte d'un mémoire manuscrit ayant pour titre : *Introduction à des recherches nouvelles sur la nature et sur le traitement de la phthisie pulmonaire;* par M. le docteur CHÉNEAU, médecin à Paris.

Des considérations générales sur les causes, sur le développement, sur la marche et sur la nature de la phthisie pulmonaire, en conservant à cette dénomination sa plus large signification; de sommaires notions, et un examen critique des diverses méthodes de traitement que l'on a successivement opposées à cette maladie : plus, six observations particulières très détaillées de cet ordre de faits pathologiques constituent le fond de ce mémoire. De pareilles matières, chacun le juge assez, laissent peu de prise à une analyse tant soit peu détaillée devant l'Académie. Elles ne veulent surtout pas être exposées au long dans cette enceinte, par ce motif qu'il n'y a là rien qui n'ait cours depuis longtemps dans la médecine, rien qui ne fasse déjà partie du domaine commun, soit à titre de critique soit comme observation; et aussi par cette raison que des idées d'un tel ordre se concentrent exclusivement dans les limites de l'art et n'atteignent point les sommités de la science.

Mais de ces données préliminaires, M. Chéneau s'élève à des conclusions qu'il est de notre devoir de rapporter et d'examiner.

Dans l'opinion de l'auteur, dont nous avions mission de faire connaître le travail, la phthisie s'établit, se développe et marche sous l'influence d'une altération des propriétés vitales, d'un désordre de l'innervation, c'est-à-dire de cette force générale, inconnue dans sa nature, insaisissable autrement que par ses effets, et qui retient sous sa dépendance tous les organes, toutes les fonctions. C'est uniquement sous l'influence de cette altération de l'innervation que surviennent, croissent et s'aggravent les dégénérescences de tissus appréciables, les désorganisations sensibles aux divers moyens d'investigation que la science a suggérés.

A l'aide de cette théorie, M. Chéneau avance qu'il se rend merveilleusement compte de l'ensemble des désordres successifs qui appartiennent aux diverses périodes de la phthisie. C'est aussi d'après les mêmes bases qu'il trace et qu'il arrête le traitement et le régime les plus rationnels, les plus efficaces en pareils cas. M. Chéneau résout ainsi, par l'affirmative, cette question qu'il a posée au début de son mémoire, savoir : « La guérison de la phthisie pulmonaire est-elle possible par les secours de la médecine? »

Parmi les agens modificateurs qu'il signale comme propres à atteindre ce but, se trouvent l'acide prussique, la digitale, l'opium, l'aconit, l'acétate de plomb, tous moyens dont l'action a été généralement reconnue propre à modifier l'innervation.

A présent, si nous avons assez bien fait connaître le travail de M. Chéneau, on jugera aisément que ce médecin a constaté pour la phthisie un principe entré depuis longtemps dans la science d'une manière plus large, un principe qui avait déjà été spécialement appliqué aussi à cette maladie.

Toutefois, nous croyons devoir le faire remarquer, M. Chéneau, qui est d'ailleurs un homme d'étude, et qui mérite à ce titre des encouragemens; M. Chéneau, disons-nous, a poussé trop loin les prémisses et les conséquences de son argument. La proposition dont il s'agit n'est rigoureusement vraie, n'est réellement juste, que pour la période d'imminence de la maladie, c'est-à-dire aux premières époques de la formation de la phthisie. Avec cette judicieuse restriction, au moyen de cette légitime réserve, le principe est incontestable. Il s'applique d'ailleurs à la presque totalité des maladies, ainsi que le rapporteur l'a journellement constaté depuis trente-cinq ans, et qu'il l'a démontré d'abord dans une dissertation sur la période d'imminence des maladies, et plus récemment encore dans un mémoire lu à l'Institut.

Ce principe ainsi posé, nous le répétons, est d'une application fréquente, ordinaire, et comme une loi établie en pathogénie générale : il s'applique aussi merveilleusement en particulier à la phthisie et à ses diverses formes.

Ainsi l'inflammation, soit aiguë, soit chronique des organes de la respiration, qui est incontestablement, dans des circonstances données, une cause de phthisie ; les dégénérescences organiques ou transformations des tissus qui conduisent aussi quelquefois à cette maladie ; les tubercules, ces productions accidentelles internes, qui se développent sur presque tous nos organes, et qui sont les causes déterminantes les plus fréquentes de la phthisie pulmonaire ; et finalement le premier travail désorganisateur du tubercule lui-même, simple ou multiple; toutes ces mutations de la vie normale des organes naissent et se développent, jusqu'à une période déterminée de la maladie, sous la vicieuse influence de l'innervation altérée, dérangée.

L'extrait d'aconit et le cyanure de potassium administrés à cette période de la maladie, et dans les conditions assignées, donnent souvent les plus favorables résultats. Des faits de cette nature ont été communiqués à l'Académie dans le mémoire déjà cité; et, depuis, d'autres faits du même ordre et non moins concluans sont venus confirmer encore cette vérité..........

On le voit assez sans doute, ce qu'il y a de vues élevées dans le travail de

M. Chéneau n'est point nouveau, et présente d'ailleurs une extension, une généralisation fautives. Ce mémoire est bien plutôt une œuvre d'application qu'une œuvre d'invention, une appartenance de l'art qu'une dépendance de la science; et nous ne pouvons résister au besoin de dire que ce travail, ainsi qu'un grand nombre d'autres mémoires analogues sur la médecine qui arrivent à l'Institut, auraient été bien plus justement, bien plus utilement dirigés vers l'Académie de médecine que vers l'Académie des sciences.

Non certes, et avons-nous besoin de le déclarer, non que nous prétendions bannir de l'Institut tous les travaux de médecine clinique; loin de nous une telle pensée. C'est au contraire pour que ces travaux conservent ici leur juste place, à côté des autres sciences, que nous désirerions n'y voir arriver que ceux qui en sont véritablement dignes; nous voulons dire ceux qui, par leur nouveauté, par leur importance et par leur transmission facile d'un esprit à un autre esprit, sortent évidemment des simples limites de l'art et rentrent ainsi manifestement dans les hautes attributions de la science.

Ce n'est point exclusivement par son anatomie et par sa physiologie que la médecine s'élève jusqu'aux sublimités des sciences physiques. La médecine clinique a aussi ses titres et ses droits à de si nobles destinées. L'observation qui suit, qui calcule et qui marque les lentes, les progressives et les infinies dégradations de la santé et de la vie, dont l'effet détermine tel ou tel ordre de maladies; l'intelligence qui signale logiquement et analogiquement les causes qui les déterminent et les modifications nouvelles à introduire dans l'économie pour prévenir, pour arrêter ou pour détruire ces élémens de trouble et de destruction; l'expérience qui découvre et qui constate la nature des agens modificateurs propres à opérer de si salutaires mutations; le médecin, en un mot, qui, riche de longues études, réalise de telles découvertes et qui les transmet à la vérification, à l'imitation et au perfectionnement de ses contemporains ou de ses successeurs, ne se place-t-il pas nécessairement au rang des hommes adonnés aux plus nobles occupations de l'humaine intelligence? Qui voudrait, après y avoir bien réfléchi, exclure des régions éminentes de la science ces méditations abstruses qui, prenant l'homme pour but, ont pour objet de reculer le terme de la vie, de prolonger la santé, d'abréger la durée des maladies, d'accroître la somme des forces intellectuelles et des forces physiques; d'ajouter à la première de toutes les richesses publiques, à la richesse des hommes; de créer réellement des produits matériels et intellectuels, en créant des jours de travail; car la liberté et l'intégrité des œuvres de la pensée, aussi bien que l'activité et la facilité de chaque ouvrage des mains, supposent, comme condition rigoureuse, une entière et une durable santé: personne n'y songera sans doute.

Mais quittons ces réflexions qui nous ont été suggérées par le travail en question, et disons pour conclure que les commissaires ont l'honneur de proposer des encouragemens à l'auteur de ce mémoire, M. le docteur Chéneau.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées.

NATURE ET PROPRIÉTÉS CHIMIQUES DES SUCRES.

M. Dumas fait, en son nom et celui de MM. Thénard, Gay-Lussac et Biot, un rapport sur des recherches à ce sujet, de M. Péligot.

Tout le monde sait que les chimistes désignent, sous le nom de sucres, des corps qui possèdent tous la propriété de fermenter; on sait aussi que parmi les sucres il en existe deux, le sucre de cannes ou de betteraves et le sucre de raisins ou de fruits qui peuvent prendre l'état solide, et qui, à ce titre, sont plus faciles à purifier que les sucres non cristallisables signalés par divers auteurs. Ce sont les sucres de cannes et de raisins solides qui ont fait l'objet principal des recherches de M. Péligot.

Pour le sucre de cannes, il n'avait, pour ce qui concerne la composition, rien à ajouter aux belles recherches de MM. Thénard et Gay-Lussac, ce qui ne l'a pas empêché d'ailleurs de faire de nouveau cette partie du travail; mais les analyses dont nous venons de parler ne donnent pas le poids atomique du sucre; M. Berzélius avait fait pour le découvrir quelques expériences dans le beau mémoire qu'il a consacré, il y a vingt ans, à l'analyse des corps organiques, et où il a si bien établi la nécessité, comme il a le premier fait connaître le moyen de déterminer leur poids atomique. De même que pour la plupart des corps, il a obtenu celui du sucre en le combinant avec l'oxide de plomb.

D'après Berzélius, le sucre, en se combinant avec l'oxide de plomb, perd un équivalent d'eau et perd deux équivalens d'oxide de plomb. Cela paraît vrai quand on fait éprouver au produit une dessiccation imparfaite; mais dans le sel bien desséché on trouve qu'en prenant deux équivalens d'oxide de plomb le sucre a réellement perdu deux équivalens d'eau. Ainsi, d'après M. Peligot, la formule du saccharate de plomb, se représente par $C^{24}\ H^{18}\ O^{9}$, 2 Pb O. Le rapporteur s'est assuré par lui-même de l'exactitude de cette analyse qui s'accorde bien mieux, du reste, que celle de M. Berzélius, avec les phénomènes que l'on observe en général dans le déplacement de l'eau par les bases oxigénées.

M. Péligot s'est assuré que le sucre forme un composé cristallisable avec la barite. Il a fait à ce sujet une observation importante: c'est qu'à froid la combinaison semble n'avoir pas lieu, tandis qu'à l'ébullition sans évaporation le saccharate de barite se cristallise tout à coup. Ce phénomène tient, en partie du moins, à une propriété qui se manifeste d'une façon plus remarquable encore dans le saccharate de chaux qu'à froid, tellement qu'une liqueur qui en est saturée se prend en gelée comme de l'empois vers cent degrés, et revient parfaitement liquide à la température ordinaire.

L'auteur fait l'analyse de ces deux sels; il s'est assuré que la formule $C^{24}\ H^{22}\ O^{11}$, Ba O ou $C^{24}\ H^{22}\ O^{11}$ Ca O en représente correctement la composition.

M. Péligot est parvenu à former avec le sucre de cannes des combinaisons bien définies avec la chaux ou la barite; il a vu de plus que ces saccharates solubles produisaient des saccharates doubles très solubles aussi et tout à fait indécomposables par les alcalis en s'unissant au saccharate de cuivre, circonstance qui explique les phénomènes singuliers dont M. H. Rose a enrichi l'analyse chimique.

Dans le travail des fabriques de sucre, on tirera plus d'une fois parti de ces observations pour se rendre compte des effets que la chaux peut produire sur des liquides sucrés, bouillans, et pour expliquer comment il se fait que lorsqu'un sirop renferme du cuivre, ce métal ne se précipite pas bien qu'on rende la liqueur alcaline par l'addition d'un excès de chaux.

Nul doute qu'on n'ait souvent aussi à mettre à profit dans ces usines l'observation suivante de M. Péligot. Si l'on mêle une partie de sel marin et quatre de sucre de cannes, qu'on anime la dissolution mixte à consistance de sirop et qu'on l'abandonne dans un air sec, il s'y formera bientôt des cristaux de sucre candi; mais le résidu liquide produira, vers la fin de son opération, des cristaux bien différens et dans lesquels il sera facile de reconnaître un véritable composé de sel marin et de sucre de cannes.

Ce composé est déliquescent à l'air. Il renferme 14,8 de sel marin pour 100; le reste est du sucre pur. D'où il suit que dans le travail des sucreries chaque kilogramme de sel marin qui se trouve dans les produits et qui passe à cet état rend déliquescens six kilogrammes de sucre dont il empêche la cristallisation.

M. Péligot se propose d'étudier bientôt les diverses applications de ces faits à l'industrie des sucres. Pour le moment, considérant le composé de sucre et de sel marin au point de vue théorique, il s'est attaché à en faire connaître la composition exacte. Il a trouvé qu'elle se représente par $C^{48}\ H^{41}\ O^{21}\ Ch^{2}$ Na, c'est-à-dire par deux atomes de sucre qui auraient pris un atome de sel marin et perdu un atome d'eau..

Quant au sucre de raisin qui, d'après les recherches de M. Péligot, ne diffère en rien par la composition ni par les propriétés du sucre d'amidon, de celui de diabète et de celui d'amidon constituant ainsi une espèce unique pour laquelle M. Dumas propose le nom de glucose (formé du mot grec *gleukos*, signifiant moût ou vin doux), perd neuf pour cent d'eau par la chaleur à 140° dans le vide sans s'altérer. Il est formé de $C^{48}\ H^{48}\ O^{24}\ 4\ H^{2}\ O$.

Il se combine avec le sel marin et fournit ainsi de volumineux cristaux composés de $C^{48}\ H^{52}\ O^{26}\ Ch^{2}$ Na. Ces cristaux perdent à 100° deux atomes d'eau sans fondre; mais vers 130° ils en perdent un de plus et entrent en fusion. Cette dernière combinaison pouvait déjà fournir le poids atomique du *glucose*; mais l'auteur ne s'est pas contenté du résultat qu'il a ainsi obtenu, et il a voulu les confirmer par l'examen des composés qu'il a formés en unissant ce corps aux bases minérales.

Si l'on abandonne du glucose en dissolution (du sucre de raisin par exemple) au contact de la chaux ou de la barite, on voit l'alcalinité du liquide s'affaiblir, le sucre disparaître, et au bout de quelques semaines le glucosate de chaux se trouve remplacé par un sel nouveau renfermant un acide très énergique. Celui-ci a pour composition $C^{48}\ H^{30}\ O^{15}$ et diffère conséquemment du glucose parce qu'il contient moins d'eau ou des élémens de l'eau.

Si au lieu de faire agir le glucose à froid sur les alcalis on met en contact les deux corps concentrés à chaud, une vive réaction se manifeste, la masse brunit, se boursoufle en un nouveau sel renfermant un acide noir qui se rapproche de l'acide ulmique, de l'acide métagallique et de l'acide zaponique. Il se rapproche surtout de ce dernier, mais il en diffère par la solubilité dans l'alcool et aussi parce qu'il renferme plus d'hydrogène.

Le sucre de cannes, qui résiste si bien à l'action des bases, se détruit facilement au contraire sous l'influence des acides; de son côté, le sucre de raisin, qui s'altère par le contact des bases d'une manière si profonde, n'éprouve de la part des acides aucune altération. L'acide sulfurique lui-même, loin de détruire le sucre de raisin, s'unit à lui et forme ainsi un nouvel acide, l'acide sulfo-saccharique de M. Péligot, qui vient se placer dans la famille des acides sulfo-viniques dont il présente les caractères, mais avec d'importantes modifications. L'analyse du sulfo-saccharate de plomb a offert à M. Péligot un rapprochement intéressant; car on a pour la composition de ce sel $C^{48}\ H^{40}\ O^{20}$, $S\ O^{3}$, 4 Pb O; ce qui montre qu'en se combinant avec l'acide sulfurique, le sucre de raisin perd plus d'eau qu'il n'aurait besoin d'en perdre pour devenir sucre de cannes.

Les faits observés par M. Péligot ajoutent beaucoup, disent les auteurs du rapport, à l'histoire des sucres, en nous faisant connaître des réactions nouvelles obtenues à l'aide de ces corps, et surtout en remplaçant par des analyses précises les notions vagues que l'on possédait à l'égard de leurs principaux dérivés.

Toutes ces formules déposent sur des analyses faites avec soin. Si on ajoute à celles qui concernent le sucre, le glucose et leurs combinaisons salines, elles forment un ensemble que l'on ne possède que pour un petit nombre de combinaisons organiques, et l'on pourrait croire d'après cela qu'elles doivent suffire à établir la formule rationnelle des sucres: telle n'est pas néanmoins la prétention de l'auteur. Cette formule rationnelle, qui seule permettrait de prévoir leurs réactions ou de les rattacher à une théorie commune, de se peindre en un mot l'arrangement moléculaire intérieur des sucres, demeure encore à découvrir.

Mais M. Péligot aura fortement contribué à la découverte de cette formule, en coordonnant ou confirmant les données acquises à la science sur la composition élémentaire des sucres, en établissant sur des faits nouveaux et certains le poids atomique de ce corps; enfin, en faisant connaître le nombre de réactions nouvelles et importantes produites par le sucre de raisin en particulier. Il serait à désirer, dans l'intérêt de la science, que loin d'abandonner cette étude, l'auteur, préparé comme il l'est à approfondir, en fit l'objet d'un travail nouveau.

L'examen chimique des sucres, comme l'examen chimique de l'amidon, et, en général, l'étude des composés organiques, peu volatils ou décomposables au feu, nous mène dans des voies nouvelles. Sans s'exagérer l'importance des faits, on ne peut méconnaître le rôle qu'ils sont destinés à jouer dans la discussion des théories générales de la chimie organique, et, à ce titre, comme à bien d'autres, nous croyons parler dans l'intérêt de la science et dans celui de

l'auteur, en disant que son premier mémoire sur les sucres nous fait désirer qu'il en produise bientôt un second sur le même sujet.

En demandant pour le mémoire de M. Péligot, disent en terminant les commissaires, une place dans le recueil des savans étrangers, nous ne surprendrons pas l'Académie; qui a compris qu'il s'agit d'un travail plein de faits, riche d'analyses exactes et nombreuses, et où les faits et les analyses sont discutés avec une intelligence complète de l'état actuel et des besoins de la science.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées.

SÉANCE DU 23 JUILLET.

LOIS DE LA POPULATION ET DE LA MORTALITÉ.

M. Demontferrand adresse quelques réflexions à l'occasion des remarques présentées dans les précédentes séances par M. Moreau de Jonnès.

J'ai, dit-il, été le premier à signaler les fautes et les lacunes d'une partie des documens officiels; mais j'ai prouvé en même temps qu'il n'y avait dans le plus grand nombre que des erreurs involontaires.

Malgré les imperfections reconnues des tableaux, avec quelle approximation pouvait-on, par une discussion approfondie, en tirer les lois de la mortalité? Telle est la question que je me suis proposé de résoudre, telle me semble être la marche philosophique des sciences. Les astronomes n'ont pas toujours calculé les mouvemens des astres à une seconde près; ils n'ont eu d'abord que des approximations grossières dont les limites se sont resserrées peu à peu. J'ai suivi leur marche; j'ai pu prévoir à 1/80e près les résultats du recrutement de 1834; j'ai retrouvé avec une approximation à peu près égale la population donnée par les recensemens... Avec le temps on obtiendra des approximations plus grandes; mais je pense que les statisticiens se croiront déjà plus près de la vérité en adoptant mes calculs qu'en suivant la méthode si justement blâmée par l'auteur des remarques, et qui consiste à généraliser les nombres obtenus sur une petite échelle.

M. Demontferrand termine par des remarques sur les perturbations que pourrait apporter la nouvelle table de mortalité dans les opérations des compagnies d'assurance, et il s'attache à prouver que les inconvéniens qu'on a signalés n'ont rien de réel.

SUR LA CONSTITUTION DES BAUMES.

M. Frémy s'étant occupé de ces produits a reconnu que les idées qu'on s'en fait communément sont loin d'être exactes, puisque les baumes les mieux caractérisés ne lui ont pas offert d'acide benzoïque.

Le baume du Pérou liquide est celui dont s'est occupé principalement l'auteur, qui le considère comme étant en quelque sorte le type des baumes. Il a reconnu que, par son oxidation, ce corps donne naissance à une substance parfaitement identique avec le baume de Tolu.

Le baume du Pérou purifié présente la plus grande analogie avec les corps gras. Il contient une matière liquide qui ressemble tout à fait à l'oléine, et qui, comme elle, peut se saponifier sous l'influence des alcalis en donnant naissance à une matière neutre analogue à la glycérine, et à un sel à base de potasse qui n'est que du *cinnamate de potasse*.

Cette saponification se fait sans dégagement de gaz et sans absorption d'oxigène.

Il se dépose, de plus dans le baume du Pérou, une matière cristallin-isomérique avec l'huile de cannelle qui se transforme en cinnamate de potasse et en gaz hydrogène, quand on la chauffe avec de l'hydrate de potasse fondu. Ce corps présente, comme on le voit, toutes les réactions de l'hydrure de cinnamile, quand on le traite par le chlore.

La matière liquide du baume du Pérou est celle qui se transforme en résine, la matière cristalline donne l'acide cinnamique.

Enfin, les baumes du Pérou et de Tolu qui ont été exposés à l'air contiennent de l'acide cinnamique et non de l'acide benzoïque, comme on le croit généralement.

ANALYSES COMPARÉES DES ALIMENS CONSOMMÉS ET DES PRODUITS RENDUS PAR UNE VACHE LAITIÈRE.

M. Boussingault adresse un mémoire sur des expériences qu'il a faites à ce sujet, dans le but d'examiner si les animaux herbivores empruntent de l'azote à l'atmosphère.

Pour arriver à la solution de la question que l'auteur avait en vue, il fallait nécessairement faire porter les observations sur un animal soumis rigoureusement à la *ration d'entretien*, c'est-à-dire, recevant une quantité de nourriture telle que, conservant bien sa santé, il n'augmentât ni ne diminuât de poids pendant la durée de l'expérience; c'est un résultat qu'obtiennent très aisément les agriculteurs dans les cas assez communs où ils le cherchent. M. Boussingault a choisi de préférence une vache laitière, parce que la sécrétion du lait s'oppose au développement des dispositions que l'animal pourrait avoir à engraisser.

Pour reconnaître si un animal, dont le poids normal ne s'accroît pas par le régime, fixe dans son organisation une partie de l'azote qu'il respire avec l'air atmosphérique, il suffit de comparer la quantité et la nature de la matière élémentaire qui entre comme aliment, avec la quantité et la nature de la matière élémentaire qui sort par les voies urinaires, par les voies digestives, et par la sécrétion du lait. Malheureusement, dit M. Boussingault, dans l'état actuel de la chimie physiologique, nous ne possédons aucune des données qui sont indispensables pour établir cette comparaison. Nous ignorons encore la composition des alimens et des fourrages les plus usuels; nous n'en savons pas beaucoup plus sur les produits d'origine animale. Ceux de la vache, dont nous aurions besoin ici, sont à peine examinés. A la vérité, M. Berzélius a analysé le lait de vache; mais ce lait, séparé de sa crème, devait être privé de beurre et d'une forte proportion de caséum. L'analyse de l'urine remonte à une époque déjà fort ancienne, puisqu'elle est due à Rouelle. Enfin, les excrémens de la vache n'ont point été analysés avec un soin suffisant. Mais en supposant même que toutes ces analyses ne laissassent rien à désirer, et que la composition de chaque principe immédiat fût parfaitement établie, il faudrait encore, pour arriver à un résultat précis, que ces analyses eussent été faites sur des produits issus d'un même sujet, alimenté d'ailleurs depuis longtemps avec une nourriture dont la composition eût été préalablement déterminée.

La difficulté d'isoler et de doser les différens principes immédiats de l'organisme animal; l'incertitude qui règne encore sur la composition du plus grand nombre de ces principes, sont autant de causes qui ont porté l'auteur à faire usage d'une méthode qui pût se passer des données ci-dessus énumérées. Il emploie uniquement l'analyse dernière; il compare la composition élémentaire des alimens à la composition élémentaire des sécrétions et des déjections : cette méthode permet d'évaluer par différence la matière élémentaire qui s'échappe dans l'acte de la respiration. C'est, comme on voit, la marche analytique que l'auteur a déjà appliquée avec succès à une recherche délicate de physiologie végétale.

Les résultats de l'expérience sont consignés dans des tableaux placés à la fin du mémoire. Les nombres qui y sont consignés montrent que la quantité de matière organique contenue dans les produits est moindre que celle qui a été introduite par les alimens; la différence est due à la portion de cette matière qui s'est échappée par la respiration et la transpiration. L'azote des produits diffère de 27 grammes en moins de l'azote des alimens; cette différence, dit l'auteur, n'est peut-être pas assez considérable pour que, sur l'autorité d'une seule expérience, on puisse affirmer que la perte soit réellement due à la dissipation de ce principe. Mais le sens de cette différence rend au moins extrêmement probable que l'azote de l'air n'a pas été assimilé pendant l'acte de la respiration, résultat entièrement conforme à celui déjà obtenu par les plus habiles observateurs.

L'oxigène et l'hydrogène qui manquent dans la somme des produits n'ont pas disparu exactement dans les proportions voulues pour former de l'eau. L'hydrogène en excès pèse 19,8 grammes; il est vraisemblable que cet hydrogène s'est transformé en eau en se brûlant pendant la respiration aux dépens de l'oxigène de l'air.

La perte en carbone s'élève à 2211,8 grammes. En négligeant la quantité de ce principe qui a pu s'échapper par la transpiration cutanée, on trouve qu'il a dû se former 7999 grammes d'acide carbonique, dont le volume à 0°, et sous la pression de 0m,76 serait de 4032 litres. Tel est le volume de gaz acide carbonique qui aurait été produit en 24 heures par la vache soumise à l'observation. Il résulterait de là qu'une vache peut vicier environ 19 mètres cubes d'air dans un jour.

Les expériences des physiologistes établissent qu'un homme produit en respirant 745 à 850 litres d'acide carbonique en 24 heures. A ce compte, il paraît qu'en 24 heures la vache a perdu par la transpiration pulmonaire et cutanée, près de 33 litres d'eau.

SUR LA NATURE ORGANISÉE DE LA LEVURE DE BIÈRE.

M. Turpin fait, en son nom et celui de MM. Becquerel et Thénard, un rapport sur un mémoire de M. Cagniard Latour, intitulé : *Observations et expériences sur la cause et les effets de la fermentation vineuse.*

M. Cagniard, bien convaincu que désormais toute analyse chimique doit être précédée et éclairée par une analyse microscopique, a eu recours, dit le rapporteur, à ce puissant moyen d'investigation. Grâce à cette méthode, la levure de bière, qui est regardée en chimie comme une simple matière qui s'isole du moût pendant la fermentation sous forme d'écume ou de sédiment, s'est offerte à lui comme une agglomération entièrement composée d'une multitude de petits individus globuleux, ou légèrement ovoïdes, vésiculeux, transparens, remplis de globulins, les gros ayant environ un centième de millimètre, sans mouvement, et par conséquent végétaux, d'après les définitions adoptées en histoire naturelle.

Après avoir reconnu que les globules vésiculeux de la levure de bière étaient organisés, il fallait constater par une série d'observations le mode de formation de ces petits végétaux dans la bière, leur développement et leur reproduction; nous disons leur reproduction, car c'est parce qu'ils engendrent des êtres semblables à eux qu'il y a augmentation considérable de la quantité de levure.

On pouvait se demander si les végétaux globuleux de la levure se multipliaient seulement par des seminules émanées par extension, soit de la surface extérieure de la vésicule mère, soit (ce qui était plus probable) de ses parois intérieures; ou bien si, placés dans un ordre un peu plus élevé de l'organisation, ils ne représentaient dans un ordre un peu plus élevé de l'agglomération de la levure que de simples corps reproducteurs de l'espèce destinés à germer ou à s'étendre en de petits végétaux plus compliqués.

Pour arriver plus sûrement à la connaissance de l'organisation et de la physiologie de ces végétaux microscopiques, l'auteur fit plusieurs essais. Les premiers n'eurent pas de succès; mais il n'en fut pas de même d'un essai assez long et pénible qui eut lieu pendant la nuit, dans la brasserie anglaise de M. Leperdriel, sur une cuvée d'environ dix hectolitres de moût de porter.

Le moût, d'abord examiné au microscope, n'offre qu'un grand nombre de particules très ténues et sans formes déterminées; mais une demi-heure après la mise en levain, qui eut lieu à neuf heures et demie du soir, au moyen de 3 kilog. et demi de levure, le moût, observé de nouveau, n'offrait que les globules vésiculeux de la levure employée, et le nombre de ces globules visibles dans le champ du microscope pouvait être d'environ 18. Des échantillons puisés dans la cuve d'heure en heure jusqu'à six heures du matin, temps nécessaire pour

la fabrication de la bière, présentèrent successivement les transformations suivantes :

Dans le premier, tous, ou presques tous les globules simples de la levure versée dans le moût étaient munis d'un ou de deux petits bourgeons plus transparens que le globule maternel dont ils étaient une extension. Quelques-uns n'avaient point encore poussé leurs bourgeons, tandis que d'autres, plus avancés même que les premiers, se composaient de deux articles globuleux égaux, le bourgeon ayant atteint le même diamètre que le globule reproducteur.

Dans le second, tous les individus se composaient de deux articles, et sur quelques-uns de ces articles, on voyait déjà un, et quelquefois deux nouveaux bourgeons opposés ou dirigés en sens contraire.

L'inspection de six autres échantillons tirés de la cuve, d'heure en heure, prouvèrent à M. Cagniard-Latour que la végétation avait continué; car dans le liquide du huitième, on distinguait un grand nombre d'individus formés de trois, de quatre et de cinq articles globuleux, nés successivement les uns des autres, et disposés en séries comme des fragmens de chapelets. Parmi ces individus, on en voyait beaucoup d'autres qui semblaient en retard. Les uns n'en étaient encore qu'au globule simple; les autres montraient sur ce globule un ou deux bourgeons naissans, ou bien deux ou trois globules munis, pour la plupart, de bourgeons terminaux.

En outre de ces développemens végétaux, M. Cagniard Latour croit avoir reconnu que le nombre des globules était plus grand que dans le premier échantillon retiré après la mise en levain. Quelques jours plus tard, ajoute l'auteur, lorsqu'on eut recueilli toute la quantité de levure produite par la cuvée, quantité qui était de 43 kilog. 1/2, à peu près sept fois le poids du levain versé dans le moût, on ne trouvait plus guère que des globules simples ou isolés, ce qui indique la grande facilité qu'ont ces petits végétaux moniliformes à se désarticuler lorsque les conditions nécessaires à leur existence les abandonnent.

L'auteur a remarqué que les globules du levain tendent constamment à s'élever à la surface du moût de bière tant que dure la fermentation, et il penche à croire que ces nombreuses ascensions sont dues au dégagement gazeux des globules dans le moût où ils se trouvent en suspension.

Il a cru aussi s'apercevoir que ces globules, pendant leur action sur le moût, diminuaient de volume en se contractant, et que, par l'effet de cette contraction, ils émettaient, dans l'espace liquide, des séminules ou corps reproducteurs qui, après avoir végété et atteint le diamètre du globule-mère, avaient la faculté de se développer par voie de bourgeons successifs, et de donner lieu, comme nous l'avons déjà dit, à de petits végétaux moniliformes ou en chapelet. Comme on le voit, M. Cagniard-Latour admet deux modes distincts de reproduction pour les végétaux de la levure de bière : la reproduction par séminules et la reproduction par gemmes ou bourgeons; or, c'est ce qui a lieu pour tous les végétaux simples et microscopiques situés au début de l'embranchement végétal.

Après les observations microscopiques, les recherches chimiques ont eu leur tour dans le travail de l'auteur, et le rapporteur donne, de cette partie des recherches, une analyse dans laquelle nous ne le suivrons point. Il conclut enfin à ce que le mémoire, qui contient d'importans résultats sur une question des plus intéressantes, soit imprimé dans le recueil des savans étrangers.

Ces conclusions sont adoptées.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 31 JUILLET. — PRÉSIDENCE DE M. MOREAU.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Un paquet cacheté de M. J. Guérin relatif au pied-bot.

2° Lettre de M. Sédillot sur les luxations de l'épaule. Voici le contenu de cette lettre :

LUXATION AXILLAIRE.

« La luxation de M. Malle, dit M. Sédillot, n'est autre que celle en bas de Monteggia, de Boyer et de Cooper, que j'ai désignée dans mon mémoire sous le nom d'axillaire.

» A. Cooper en a fait figurer un exemple dans ses planches.

» Boyer l'a également observée plusieurs fois, et voici ses paroles : « Nous avons toujours vu, dans la luxation en bas, la tête de l'humérus située entre la longue portion du muscle triceps et le sous-scapulaire, et appuyée sur le côté interne du bord antérieur de l'omoplate appelé sa côte. » Que répondre à une pareille affirmation du professeur Boyer, homme d'une admirable bonne foi? On pourrait encore invoquer d'autres autorités; mais celles aussi explicites de Boyer et d'A. Cooper suffisent ici.

» Il est extrêmement facile d'opérer ces luxations sur le cadavre, et elles confirment l'exactitude du témoignage du professeur Boyer.

Cependant M. Velpeau les a niées, en disant 1° qu'on ne rencontre pas chez les hommes affectés d'une pareille luxation, un allongement du membre proportionnel au déplacement; 2° que le bras devrait rester horizontal, ce qui n'a pas lieu.

» Ces deux objections n'ont aucune valeur; en effet, dans la luxation axillaire dont nous nous occupons, l'allongement du membre n'existe qu'à la condition du rapprochement du coude de la poitrine, rapprochement qui n'est pas possible, le membre restant toujours plus ou moins écarté en dehors, et dans cette position non-seulement l'allongement n'est pas considérable, mais il peut y avoir raccourcissement, parce que la tête de l'humérus est située plus en arrière ou plus en dedans de l'acromion qu'elle ne le serait dans l'état normal, et la différence forme l'étendue du raccourcissement.

» Si l'on force l'abaissement du bras, le ligament acromio-huméral, la toile aponévrotique qui s'étend de la voûte acromio-coracoïdienne, la capsule, et le deltoïde lui-même, se trouvant violemment tendus, entraînent l'acromion en le faisant basculer, et empêchent d'obtenir un allongement aussi considérable que l'indique la théorie.

Quant à la prétendue nécessité de la situation horizontale du bras dans la luxation axillaire, rien absolument ne la démontre; sur le cadavre, le bras est simplement incliné en dehors, et il en serait évidemment de même sur l'homme vivant, car le deltoïde est seul tendu, et n'empêche nullement cette position.

» On a parlé de l'extrême tension des muscles sus et sous-épineux et sous-scapulaire; mais c'est une erreur; ces muscles, devant embrasser, dans l'état normal, la demi-circonférence de l'extrémité supérieure de l'humérus, qui a de 20 à 24 lignes de diamètre, sont relâchés lorsqu'ils ne sont plus qu'appliqués sur la cavité glénoïde, qui n'a que 13 lignes de hauteur; et c'est ce qui explique pourquoi les différens procédés de l'ambi et du talon réussissent si bien; si on a relevé le bras, à la manière de White, de Thompson, de Mothes de Lyon, on ne les relâche que fort peu, comme il est très facile de s'en assurer.

» Je dois encore remarquer que ce n'est pas cette luxation axillaire que l'on a nommée luxation directe en bas; car ici la tête de l'humérus se trouve en avant de la longue portion du triceps, et constitue un déplacement en avant et en bas. (Voir ma classification.)

» Mais c'est la luxation qui aurait lieu sur le triceps lui-même, sur la véritable crête externe du scapulum, avec rupture obligée de la totalité du ligament capsulaire; c'est celle-là seule que l'on conteste et que je nie, et il en résulte que M. Malle a cru combattre une difficulté qui n'en est plus une depuis longtemps, puisque la forme qu'il a décrite est parfaitement prouvée et admise. »

REMÈDES SECRETS.

M. Planche fait plusieurs rapports officiels sur des remèdes secrets; ils ont pour sujets :

1° Une composition de la dame Blois, de Strasbourg, contre les pertes de sang;

2° Un prétendu spécifique contre les scrofules, par M. Quartier, médecin;

3° Un remède contre les maux de dents, par un officier de lanciers;

4° Une pommade contre la gale, par le sieur Capdeville;

5° Un médicament dit emménagogue, par le sieur Martin;

6° Un onguent contre les douleurs, par une dame dont le nom nous échappe.

Ces compositions sont ou déjà connues ou nulles ou dangereuses, et par conséquent il n'y a pas lieu d'appliquer à leurs auteurs le décret du 18 août 1810.

EAUX MINÉRALES.

M. Boullay fait un rapport officiel sur une source d'eau minérale dont on a demandé au gouvernement l'autorisation de faire un dépôt à Paris. Ce rapport n'a pu être adopté à cause du manque de détails relatifs à l'analyse. M. le rapporteur s'engage à présenter ces détails à la prochaine séance.

BAIN D'AIR COMPRIMÉ.

M. Pravaz obtient un tour de faveur pour lire un travail intitulé : *De l'emploi de l'air comprimé dans le traitement des affections tuberculeuses, des hémorragies capillaires, de la surdité catarrhale*. L'auteur a rapporté l'histoire de plusieurs malades qu'il a soumis à l'usage des bains pneumatiques, et qu'il dit s'en être bien trouvés; ces malades étaient affectés, les uns de dyspnée, les autres de langueur générale, par suite de la grippe, d'autres d'hémoptysie, d'autres enfin de surdité catarrhale ou par obstruction de la trompe gutturo-auriculaire. M. Pravaz a observé que le bain d'air comprimé agissait comme tonique en perfectionnant l'hématose.

A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de la section d'hygiène sur les candidats à la place vacante.

Samedi, 8 août, séance extraordinaire pour des lectures arriérées.

BIBLIOGRAPHIE.

ENCHIRIDION MEDICUM, ou Manuel de médecine pratique, fruit d'une expérience de 50 ans; par C. G. Hufeland; traduit de l'allemand par A. J. L. Jourdan. Paris 1838. Gros vol. in-8 de 800 pages. A la librairie médicale et scientifique de Lucas, à l'angle des rues Racine et Laharpe, 82.

Hufeland, à la fin de sa carrière médicale, si longue et si bien remplie, a cru ne pouvoir mieux employer les forces qui lui restaient que de présenter sous une forme concise tout ce que, pendant cinquante années consacrées à l'exercice et à l'enseignement de la médecine, il avait reconnu invariablement utile dans la pratique, tout ce qu'il croyait pouvait servir de guide aux jeunes médecins dans le début de leur carrière.

Telle est l'origine du *Manuel de médecine pratique*, qui ne devait être livré à la publicité qu'après la mort de l'auteur, mais que les instances de nombreux amis ne lui avaient pas permis de garder plus longtemps; un

autre motif encore et qui fait honneur à Hufeland l'avait déterminé à le publier de son vivant, c'est qu'il ne voulait pas en retarder trop longtemps le produit qu'il avait destiné à une fondation en faveur des médecins malheureux; noble et digne usage des derniers momens d'une vie aussi bien remplie pour l'humanité et pour la science.

On comprend dès lors facilement comment ce livre a pu en aussi peu de temps arriver à la quatrième édition dont la traduction française que nous annonçons est la reproduction. Ceux qui le parcourront avec quelque attention reconnaîtront qu'indépendamment des deux causes de succès que nous venons de signaler et qui devaient agir si puissamment sur cette nation allemande si enthousiaste pour tout ce qui concerne la science et la gloire de ses hommes remarquables, il renferme encore en lui-même des élémens d'un succès assuré; et nous ne pensons pas qu'il en soit autrement de sa traduction. Le lecteur partagera sans doute notre avis sur ce point quand nous aurons fait connaître non pas ce qu'il renferme, car nous ne prétendons pas présenter l'analyse d'un gros volume qui n'est lui-même que l'analyse d'une longue et vaste science, mais la manière dont l'auteur a disposé son plan, le point de vue d'où il considère la pathologie.

Le livre de Hufeland nous semble pouvoir être divisé en deux parties; l'une destinée à quelques considérations de pathologie générale sur la marche des maladies, leur diagnostic et leur thérapeutique, contient le résumé des doctrines admises par Hufeland, et nous pensons par la majorité des médecins allemands sur la nature des maladies, la manière dont elles sont produites et dont elles peuvent être combattues; la seconde renferme, disposées par classes, toutes les affections avec l'exposition des phénomènes qu'elles présentent et l'indication des moyens propres à les combattre.

Nous avons dit que nous insisterions surtout, dans cette courte notice, sur le point de vue d'où Hufeland considère la pathologie; rien ne nous semble plus important que cette connaissance pour juger le mérite et le prix de son travail. Cette science n'est pas bornée pour lui à l'étude de quelques symptômes qui, dans telle ou telle autre combinaison, prennent des noms différens; la maladie pour lui n'est qu'une modification de l'organisme opérée par des causes variables et présentant des différences non seulement suivant la nature de la cause et l'organe affecté, mais aussi et surtout suivant l'état de l'organisme malade. Pour lui aussi le diagnostic n'est pas ce diagnostic étroit et mesquin auquel on se borne trop souvent dans les écoles et qui consiste à donner un nom à trois ou quatre symptômes réunis. Pour Hufeland établir le diagnostic d'une maladie, c'est donc connaître l'état morbide de l'organisme auquel se rattachent les phénomènes visibles et toutes les circonstances générales ou individuelles qui modifient son état dynamique.

Ce que nous venons de dire de la manière dont Hufeland considère le diagnostic, nous pourrions le dire de la thérapeutique qu'il dirige toujours sur l'organisme et non pas sur un ou plusieurs symptômes. La guérison n'est, d'après Hufeland, comme la maladie, qu'une opération vitale ou plutôt n'est que le retour de l'organisme à l'état normal. Or ce retour ne peut s'opérer que par la réaction, par un travail curatif intérieur; tout l'art du praticien doit donc être de favoriser ce travail curatif et de le rendre complet.

Nous ne pousserons pas plus loin cette analyse de Hufeland sur la pathologie et la thérapeutique générales; notre travail serait inutile à ceux qui connaissent les vues profondes des médecins allemands sur la pathologie; les autres les étudieront dans son ouvrage lui-même, qui, grace au zèle et au talent du savant et laborieux traducteur auquel nous en devons la reproduction dans notre langue, n'offre que très rarement ces passages difficiles à comprendre que contiennent trop souvent les ouvrages des écrivains allemands et qui contrastent si fortement avec le style clair et précis de nos ouvrages classiques.

VARIÉTÉS.

Paris, 31 juillet 1838.

Monsieur le rédacteur,

Vous avez admis, dans le dernier numéro de votre journal, une lettre où l'on m'impute des faits sur lesquels quelques explications sont nécessaires. Ces explications, vous auriez pu les donner vous-même, car je n'ai rien à dire ici qui ne vous soit parfaitement connu.

En me chargeant de rendre compte, dans la GAZETTE MÉDICALE, des séances de l'Académie, je n'ai fait que suivre l'exemple qui m'était donné par d'honorables Académiciens, qui n'ont pas dédaigné de remplir ces fonctions dans les Annuaires et dans la GAZETTE elle-même; en cela, je n'ai donc fait qu'user d'un droit commun, non seulement à tous les membres de l'Académie, mais encore à toute personne qui, ayant la volonté d'en suivre les séances, a le loisir de les rédiger.

Mais on m'oppose mon titre de secrétaire du conseil, et on dit que, défense ayant été faite de communiquer la correspondance aux journaux, je devais me soumettre tout le premier. Cela est juste : aussi l'ai-je fait, et j invoque ici votre propre témoignage. Vous ne pouvez pas avoir oublié que, lorsque j'entrepris les comptes-rendus de l'Académie, je vous dis que, la communication officielle des pièces aux journalistes ayant été interdite, je ne dirais que ce que ma mémoire, aidée des notes que je prendrais en séance, pourrait me rappeler. Depuis lors, je me suis assuré qu'eussé-je voulu faire autrement, je ne l'aurais pas pu. Vous savez, en effet, que vous faisiez prendre habituellement ma copie le lendemain de la séance, au matin; or, la correspondance restait presque toujours dans le portefeuille de M. le secrétaire perpétuel, ou était emportée par M. le secrétaire annuel, à qui elle était nécessaire pour le procès-verbal. J'avoue, d'ailleurs, que je faisais de mon mieux pour être fidèle, mais j'étais nécessairement incomplet. L'amour-propre des auteurs en a été blessé; vous m'avez transmis leurs plaintes. Vous auriez souhaité que je donnasse l'analyse des pièces avec plus de détail, je ne l'ai pas voulu, et j'ai cessé de rédiger les comptes-rendus de la GAZETTE MÉDICALE.

J'ai l'honneur, etc.

BOUSQUET.

NOTE DU RÉDACTEUR. Nous nous empressons de reconnaître la vérité des faits allégués par notre honorable confrère M. Bousquet. Toutefois nous croyons nous devoir à nous-mêmes d'ajouter qu'ignorant les véritables motifs qui avaient fait cesser la communication des pièces de l'Académie aux journalistes, nous ne pensions pas demander à M. Bousquet une chose qui le mît en opposition avec ses engagemens contractés.

AUX MÉDECINS ET CHIRURGIENS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

Boston, 15 février.

Messieurs,

Les membres du comité de l'hôpital général de Massachusetts, nommés pour examiner la manière dont les hôpitaux sont aérés, chauffés, etc., etc., et pour faire un rapport sur le choix du moyen dont l'expérience aura prouvé la plus grande efficacité, prennent la liberté de s'adresser à vous, persuadés qu'ils sont que vous comprendrez avec eux toute l'importance de ce sujet. Ils vous prient de prendre en considération et de résoudre les questions que leur ont proposées les administrateurs de leur établissement; savoir :

1° L'érysipèle est-il une maladie fréquente dans votre service? Et cela étant, à quelle époque de l'année et dans quelles circonstances se développe-t-il?

2° Quelle classe de malades a été plus particulièrement affectée par cette maladie? Quelle est la proportion des cas déterminés par la mort?

3° Quel est le mode usité chez vous pour chauffer, aérer et assainir les appartemens? Et quelles ont été les influences de ces moyens hygiéniques sur l'apparition ou la disparition de l'érysipèle?

4° Quelles sont les autres circonstances qui vous ont paru en rapport avec la production ou l'éloignement de cette maladie?

Comme il s'agit pour nous d'avoir une solution rapide, le comité vous sera infiniment obligé, si vous voulez bien user en cette affaire de l'empressement qu'il requiert de votre obligeance.

Votre très humble, etc.

CHARLES AMORY, secrétaire du comité.

— TRAITÉ PRATIQUE DES ACCOUCHEMENS, par J. F. MOREAU, professeur d'accouchement, des maladies des femmes et des enfans, à la faculté de médecine de Paris. 8 livraisons de l'atlas in-folio, contenant un œuf humain d'un mois environ, un fœtus de trois mois, les rapports de l'utérus avec le placenta, le squelette d'un fœtus à terme, la tête osseuse d'un fœtus dans les diverses positions, la disposition du système vasculaire ou de la circulation du fœtus. Prix, fig. n., 4 f.; fig. col., 8 f.

Tous les souscripteurs à l'Atlas avant son entière publication recevront *gratis* les 2 vol. in-8 de texte.

— TRAITÉ PHILOSOPHIQUE DE MÉDECINE PRATIQUE; par A. N. GENDRIN, médecin de l'hôpital de la Pitié; t. 1, 1 vol. in-8 de 714 pages, 7 f.

Cet ouvrage formera 4 vol. in-8; le tome second est déjà sous presse, et paraîtra dans cinq à six mois.

— ÉLÉMENS DE MATIÈRE MÉDICALE ET DE PHARMACIE, contenant la description botanique, zoologique et chimique, la préparation pharmaceutique, l'emploi médical et les doses des drogues simples et des médicamens composés; avec des considérations étendues sur l'art de formuler et l'indication détaillée des recettes contenues dans le nouveau codex et les principales pharmacopées françaises et étrangères; par A. BOUCHARDAT, docteur en médecine et agrégé de la faculté de médecine de Paris, pharmacien en chef de l'Hôtel-Dieu. Un fort vol. in-8 de 768 pages (édition compacte). Prix : 7 fr.

Ces trois ouvrages se trouvent à la librairie médicale de Germer-Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17, à Paris.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE DE FÉLIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 32. (TOME VI. — 1838.) SAMEDI 11 AOÛT 1838.

Gazette Médicale
DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunis) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°.—Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Poissonnière*, n° 5, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE INTERNE.

RECHERCHES SUR LE DIAGNOSTIC DES ADHÉRENCES PÉRITONÉALES ET SUR QUELQUES-UNES DE LEURS ALTÉRATIONS SECONDAIRES (1); par le docteur Bright, médecin de l'hôpital Guy.

Il n'est pas sans importance de reconnaître les adhérences qui se sont formées entre les divers feuillets du péritoine, lorsque cette membrane a été le siége d'une inflammation qu'elle qu'en ait été la cause leur existence reconnue devra modifier à la fois et le traitement qu'on fait subir au malade et surtout le pronostic. Après tout, lors même que l'utilité de cette connaissance n'aurait pas, dans l'état actuel de la science, aux yeux de quelques praticiens, toute l'importance que nous y attachons, on ne peut nier que le médecin ne doive accueillir avec faveur toutes les recherches qui ont pour objet de nous faire connaître exactement les progrès et les effets de la maladie et qui peuvent acquérir dans l'avenir et par les progrès de la science une importance non prévue.

J'entrerai donc en matière en énonçant le fait qui ressort des observations que contient ce travail : c'est que j'ai observé dans plusieurs occasions que quand j'avais lieu de penser, d'après la marche de la maladie, qu'il s'était formé des adhérences entre le feuillet pariétal du péritoine et celui qui recouvre les viscères, on éprouve au toucher et en appuyant sur l'abdomen une sensation tout à fait particulière qui varie entre la crépitation produite par l'emphysème et la sensation que produit le cuir neuf lorsqu'on veut le plier dans la main. Or, comme dans tous les cas que je vais rappeler, j'ai constaté par l'autopsie qu'il existait des adhé-

(1) Extrait des *Transactions de la société médico-chirurgicale de Londres*. xixe vol.

Feuilleton.

GALERIE MÉDICALE.

N° VII.

DUPUYTREN (GUILLAUME).

> La gloire se doit toujours mesurer aux moyens dont on s'est servi pour l'acquérir.
>
> (Larochefoucauld.)

L'existence de certains hommes célèbres est tellement remplie d'oppositions et de contrastes qu'il semble qu'une fatalité pareille à celle d'Oreste y ait présidé; la vie de Dupuytren en est un exemple remarquable. Personne peut-être ne fut plus loué, plus vanté, plus admiré, et en même temps plus critiqué, plus déprécié, que ce grand chirurgien. La flatterie épuisa pour lui tous ses mensonges, comme la satire toutes ses exagérations. Si la fortune le combla de toutes ses largesses, plus d'une fois aussi elle l'abreuva d'amertume; il fut riche et célèbre, il eut des places, des honneurs, des distinctions, et pourtant sa vie fut courte, pénible, laborieuse, largement empreinte du sceau du malheur.

Toutefois, en jetant un coup-d'œil philosophique sur ces étonnans contrastes, on ne tarde pas à découvrir qu'ils sont des conséquences inévitables de l'homme, de son caractère et de ses actions. Sous ce rapport, on peut dire que l'étude morale et physiologique de Dupuytren est une des plus curieuses et des plus instructives parmi les illustrations de notre époque. Dès son enfance, il fit entrevoir ce qu'il pouvait être et ce qu'il devint en effet. Presque enlevé à ses parens, devenu boursier au collége de la Marche, ce fut un enfant remarquable par sa facilité, par son aptitude à apprendre et par sa turbulence. Plus tard, quand la jeunesse eut développé ses facultés, il se montra bientôt tel qu'il était, c'est-à-dire un homme fait pour dominer, dans quelque carrière que ce soit. Avec un sens moral exquis et sûr, un esprit logique, lumineux, hardi, une pénétration vive, une de ces volontés inébranlables, qui conçoivent et étreignent, pour ainsi dire, l'impossible, une trempe d'âme vigoureuse, habituée de bonne heure à lutter contre l'obstacle, Dupuytren devait s'avancer rapidement et se faire un nom dans la science. En effet, on le distingua dès ses premières études dans la médecine ; mais en même temps, on vit poindre ce moi hautain, dominant de si haut toutes ses actions, toutes ses pensées. Sa supériorité lui paraissait déjà léonine, et malheur à l'imprudent qui osait la lui contester. A dix-sept ans, nommé par concours prosecteur à l'école de médecine, il fut réduit à un état de pénurie tel qu'il raccommodait lui-même ses hardes; car le besoin, ce maître sans merci, qui tient toujours l'aiguillon en ac-

rences sur les points où j'avais éprouvé cette sensation, et comme je n'ai pas encore rencontré un seul cas où après avoir reconnu le phénomène dont je parle, j'aie constaté par l'autopsie qu'il n'y avait pas d'adhérences, je dois en conclure que probablement la même lésion anatomique existait dans les cas où elle n'a pu être constatée.

Obs. I. — W. Winebe, matelot, âgé de 42 ans, fut admis à l'hôpital Guy, le 2 mars 1829, ayant l'abdomen très distendu par un épanchement ascitique et les jambes infiltrées. Il rapporta que treize mois auparavant, il avait eu une inflammation du foie, suivie d'épanchement dans la cavité abdominale. Ce dernier, après avoir disparu sous l'influence du traitement, était revenu au bout de trois mois, et six semaines avant son admission on lui avait tiré par la ponction et sans diminuer notablement son ventre, six pintes d'un sérum sanguinolent. Le fluide se reforma graduellement et la fluctuation devint plus distincte, la langue était nette; le pouls 100. Je prescrivis les purgatifs et les diurétiques; et comme le ventre était extrêmement lourd, je fis pratiquer la ponction; et le 1er avril on tira quatre galons et deux pintes d'une sérosité fortement colorée par la bile et par le sang.

L'abdomen se remplit de nouveau avec rapidité, et l'opération ne fut suivie d'aucun résultat fâcheux; mais le 19 il se plaignit dans le côté gauche d'une vive douleur qui fut soulagée par une application de ventouses.

Dans les premiers jours de mai, il eut un dérangement avec quelques symptômes dysentériques qui furent combattus avec succès par l'huile de ricin et le laudanum, de petites doses de rhubarbe et d'ipécacuahna, et enfin des suppositoires d'opium.

Au commencement de juin, les diurétiques avaient amené une émission considérable d'urine; mais le 19 il fut encore pris de violentes douleurs dans le côté droit de l'abdomen. Une saignée fut pratiquée, et toutes les quatre heures, il prit trois grains de calomel et un d'opium. Au bout de deux jours les symptômes inflammatoires ayant disparu, on éloigne la dose du calomel avec l'opium.

Le 26 juin, depuis la saignée, les urines ont encore beaucoup augmenté de quantité et le ventre du malade a perdu au moins trois pouces de circonférence. Il rend environ neuf pintes d'urine pâle en vingt-quatre heures, et se plaint beaucoup de la faiblesse qui en résulte. Le gonflement des jambes diminue rapidement aussi. L'abdomen a pris un singulier aspect; il paraît à la fois flasque et solide au toucher.

Le 8 juillet, l'abdomen, quoique très diminué, fait cependant encore une saillie et communique au toucher la sensation d'une substance demi-solide, sans fluide; *en appuyant avec la main on dirait que deux surfaces adhérentes entre elles passeraient l'une sur l'autre*. C'est une espèce de *crepitus*. Bien que le malade n'éprouve pas de douleurs, il perd cependant ses forces; la figure s'amaigrit et devient terreuse. Quelques jours après, il perd l'appétit, est pris de diarrhée, et malgré un régime doux il succombe le 30 juillet.

Autopsie. Etat approchant du marasme; abdomen volumineux, surtout dans la partie centrale au-dessous de l'ombilic; en l'ouvrant on n'en voit pas sortir plus d'une ou deux pintes de sérosité. *A la partie inférieure et surtout au-dessous de l'ombilic et à droite, il y a de très fortes adhérences entre le péritoine pariétal et une grosse tumeur.* Après avoir détruit ces attaches, ce qui ne peut être fait sans produire des déchiremens, on reconnaît que la tumeur était une masse fongueuse, lobulée sur quelques points, mais partout molle et spongieuse au toucher, attachée à l'estomac et qui descendait jusque dans le bassin; elle tenait aux viscères par des adhérences de formation évidemment récente et qui furent facilement détruites. L'estomac paraît très dur et solide dans toute sa moitié pylorique; en l'ouvrant on voit que sa cavité est à moitié remplie de projections lobulées qui s'élèvent du fond de la grande courbure, vis-à-vis le point où la masse fongueuse est adhérente. La membrane muqueuse qui les recouvre est en partie saine; cependant on aperçoit au sommet de chaque lobule une dépression qui ressemble à un commencement d'ulcération. En outre, il y a au milieu de la masse une surface ovalaire, de la longueur d'un schelling, sur laquelle la muqueuse est entièrement détruite. Le pylore est à l'état normal.

La structure de la tumeur était très remarquable; elle était enveloppée d'une membrane sur laquelle on voyait se ramifier plusieurs gros vaisseaux. Sur quelques points, elle paraissait plus molle et plus fluide que dans d'autres, et présentait sur ces points des saillies demi-globuleuses. Incisée dans son épaisseur, elle parut en grande partie formée par une masse fibrineuse analogue au sang coagulé. Sur quelques points, elle était plus rouge et moins sur d'autres; elle offrait plusieurs kystes membraneux d'une force considérable et qui étaient pleins de sang fluide.

Les intestins étaient en partie recouverts d'une membrane accidentelle qui les tenait ramassés et enveloppait aussi le mésentère. On la retrouvait sur quelques parties de la tumeur et sur toute la surface convexe du foie dont le tissu était pâle, le bord inférieur arrondi et le tissu pâle et piqueté de rouge à l'intérieur. La vésicule biliaire contenait une petite quantité de bile d'un aspect anormal; le pancréas était sain; la rate couverte d'une membrane mince, irrégulière, cartilagineuse et les reins étaient pâles et durs.

Ce cas fut le premier où j'observai la *crépitation* dont j'ai parlé; mais, comme à la dissection je trouvai à la fois et une adhérence cellulaire des parois avec les viscères abdominaux et une tumeur spongieuse d'une structure anormale, je ne savais à laquelle des deux circonstances je devais attribuer la sensation particulière que j'avais observée du vivant du sujet. Nous allons retrouver les mêmes phénomènes dans les deux observations suivantes, bien qu'avec des circonstances moins embarrassantes :

Obs. II. — Sophie Young, âgée de 30 ans, entra à l'hôpital Guy le 30 février 1830, avec un développement considérable de l'abdomen. Elle avait eu cinq enfans et avait cessé d'être réglée depuis le mois d'avril, quand, trois semaines avant son admission, les règles reparurent, et, au moment de son entrée, elles coulèrent difficilement. La tumeur occupait tout l'abdomen et avait une forme très irrégulière. Elle s'était d'abord montrée dans la partie inférieure et gauche de l'abdomen; aujourd'hui la partie la plus saillante est à droite, près de la tête du colon, où l'on constate, par la vue et le toucher, une saillie ronde et dure. On constate encore par le toucher, et sur d'autres points, d'autres saillies également rondes et dures. Il y a, en outre, une fluctuation générale très distincte, et, *en pressant légèrement sur les parois abdominales, on distingue une sensation particulière, semblable à une légère crépitation ou au craquement que produit le cuir-nerf.*

Je regardai cette tumeur comme formée par l'ovaire ou par une collection d'hydatides, et j'attribuai la sensation particulière que j'avais perçue avec la main aux adhérences établies entre les parois abdominales et la tumeur. Penchant cependant plutôt pour une tumeur de l'ovaire, je proposai la ponction; mais la malade n'en voulut point entendre parler. Elle sortit le 7 juillet, avec l'abdomen plus volumineux, mais conservant encore une apparence de santé sous les autres rapports. Les jambes devinrent œdémateuses et s'enflammèrent; la malade s'affaiblit graduellement et mourut le 31 décembre 1830.

Autopsie. — L'abdomen offre un volume extraordinaire avec forme irrégulière; des veines nombreuses le parcourent dans tous les sens et forment de forts plexus sur la poitrine. *Les parois abdominales sont partout adhérentes à la tumeur, et surtout vers la partie centrale.* La cavité abdominale ne contenait qu'une pinte de sérosité limpide. Quand on eut enlevé avec soin les tégumens et les muscles amaigris de l'abdomen, on vit une tumeur qui avait toute la forme extérieure de l'abdomen, la seule différence étant que les saillies extérieures étaient plus marquées; on reconnut alors un énorme kyste, plein d'un fluide demi-gélatineux, et partagé en loges de différentes dimensions. Cette masse était attachée au ligament large de l'utérus, mais on ne put retrouver l'ovaire lui-même. L'utérus et l'ovaire droit étaient à l'état normal; les intestins n'offraient aucune adhérence avec la tumeur.

Obs. III. — M. A. R., âgé de 60 ans, après avoir été, au service militaire, exposé à toutes les vicissitudes du climat et de la température, fut pris, en mai 1830, d'une ascite suivie d'anasarque des extrémités inférieures. La figure était

---

tivité, ne lui épargna pas ses durs avertissemens. Néanmoins Dupuytren, loin de se décourager, concevait dès-lors un grand avenir, un grand théâtre et une grande fortune. Soit pressentiment instinctif, soit conviction de son mérite, il avait déjà ce désir, cette ardeur de prééminence, cette prétention de dictature chirurgicale, qui se sont ensuite si bien réalisées.

Cependant il y avait alors un homme dont l'éclatante renommée l'importunait sans cesse, cet homme était Bichat. Aussi, quand le 22 juillet 1802 mit fin à la carrière de ce rare génie, Dupuytren s'écria : *Je commence à respirer*: ce n'était pas haine, ce n'était pas envie, c'était plaisir et soulagement de ne plus se sentir gêné, comme oppressé par une célébrité acquise, en peu d'années, presque par un condisciple, par un ami. Depuis cette époque, la réputation du jeune chirurgien commença à s'élever, et il fit tout son possible pour l'accroître. Savoir, esprit, travail infatigable, patience à toute épreuve, adresse, énergie, résolution, il y employa tout ce qui caractérise l'homme qui veut parvenir, l'homme qui n'est à l'aise qu'au-dessus de la foule, qui marche droit à son but à travers tous les déboires, tous les obstacles, toutes les épines de la rivalité. On peut dire que c'est le temps où Dupuytren a peut-être le plus réellement travaillé, le plus amassé de travaux scientifiques, bien qu'il lui tardât d'être placé à sa hauteur. C'est alors qu'on trouve en lui le désir bien prononcé d'augmenter les richesses de la science, le soin d'en reculer les bornes, unis à cette ambition démesurée qui rend la veille ardente et enfiévrée jusqu'au sommeil, à cette force qui caractérise l'homme impatient de tout contrôle et jaloux de toute influence.

Dupuytren voulait être professeur à l'école de médecine, occuper la chaire de Sabatier, c'était là son but avoué. Mais pour y parvenir, que d'obstacles à surmonter! Sa réputation avait grandi, ses prétentions aussi, et, avec celles-ci, le nombre de ses rivaux, de ses ennemis. D'ailleurs, sa manière d'agir et de parler, n'était nullement faite pour lui concilier les esprits et les suffrages. A travers sa feinte douceur, il était aisé de découvrir ce qu'il y avait en lui d'avidité, de pouvoir et de désir de s'élever. On lui suscita donc mille difficultés, occultes, il est vrai, et par cela même d'autant plus dangereuses; mais Dupuytren surmonta tout, il se montra tellement supérieur qu'il arracha la palme des mains de ceux qui la destinaient à d'autres. Il fut nommé à l'unanimité et comme par acclamation. Ce mémorable concours eut lieu en 1812. Un pareil échelon l'exhaussa singulièrement; car dès-lors, il marcha de succès en succès; ils furent tels qu'en peu d'années sa réputation égala, surpassa même d'anciennes célébrités chirurgicales, tandis que la sienne n'a jamais été éclipsée par aucune. Parvenu à l'apogée de sa renommée, Dupuytren ne manqua ni à son génie, ni à sa position; il se trouva de force à lutter contre le torrent des occupations où il était entraîné. Il y eut vraiment quelque chose de gigantesque dans cette intelligence, qui suffisait à tout par sa prodigieuse activité, son éternel labeur, par son ardeur dévorante, enfin par cette sorte d'ubiquité qui lui permit de tout embrasser, comme de tout convoiter. Pendant près de vingt ans, Dupuytren fut toujours un des premiers à l'Hôtel-Dieu, quelle que fût la rigueur de la saison; il y passait plus de cinq heures dans les plus dures fatigues du corps et de l'esprit. A peine était-il sorti que de nombreux devoirs et une foule de malades l'appelaient de toutes parts. On conçoit à peine cette activité sans mesure et cette vie sans repos. Etait-ce besoin naturel de mouvement et d'action, était-ce nécessité d'éloigner de son sein certaines pensées douloureuses? Le problème est encore à résoudre; on sait seulement que

pâle, l'urine fortement colorée; le pouls donnait environ 80, et le malade se sentait à peine indisposé.

Du 19 juin au 15 juillet, la ponction fut pratiquée cinq fois et bien supportée; mais alors on sentit distinctement une tumeur *d'une surface inégale, spongieuse, et donnant à la pression une sensation de crépitation*. Je ne savais alors à quoi attribuer cette sensation (Sophie Young n'était pas encore morte). Depuis le 25 août, l'ascite cessa de se reproduire, et la tumeur sembla perdre de son volume. Puis l'ascite reparut au mois de novembre, mais pour peu de temps; le sujet se trouva même assez bien pour prendre du service dans l'armée de don Pédro, à Oporto. Cependant, il souffrait toujours, et après son retour du Portugal, il alla continuellement en s'affaiblissant, et eut quelques vomissemens de sang; et, dans les derniers jours de novembre, il fut pris presque subitement de coma et mourut le lendemain.

Autopsie. *Les parois abdominales sont partout adhérentes aux intestins par un tissu cellulaire organisé*, au point même qu'on ne put les séparer sans perforer plusieurs fois les intestins, et que ces derniers, après avoir été séparés, et restant agglutinés ensemble, ressemblaient un peu à un gros cerveau recouvert de la pie-mère et de l'arachnoïde épaissie. Sur quelques point, ces adhérences laissaient entre elles des espaces qui étaient remplis par un fluide d'apparence laiteuse. Presque tous les organes, à l'exception de la muqueuse de l'estomac, étaient ramollis et se déchiraient avec la plus grande facilité.

Le crâne était d'une pesanteur et d'une épaisseur remarquable. Sérosité abondante infiltrée dans la pie-mère, et épanchée dans les ventricules.

Dans ce cas donc, comme dans les deux précédens, la première notion de la formation des adhérences a été fournie par la sensation spéciale communiquée à la main. Je ne me rappelle pas avoir vu la cavité abdominale aussi complètement remplie que dans ce cas par de simples adhérences, et il est probable que c'est à cet état du péritoine que le malade doit la prolongation de sa vie; en même temps il n'est pas douteux que des adhérences aussi vastes produisirent d'autres effets qui étaient incompatibles avec une plus longue durée de l'existence.

Obs. IV. — Je vis, en avril 1832, en consultation, un malade qui, depuis deux mois, portait une ascite survenue à la suite d'une maladie grave; on fut d'accord sur l'opportunité de la paracenthèse. Deux fois l'opération fut pratiquée à 15 jours seulement de distance; et, après la seconde, je notai *une légère sensation de crépitation dans les parties de l'abdomen qui correspondent au foie et au grand épiploon*. Cette sensation fut distincte pendant trois ou quatre jours, et disparut ensuite.

Après la troisième ponction, faite au bout de dix jours, bien qu'on eût retiré sept pintes de sérosité du ventre, et qu'il semblât n'en plus contenir, on sentit une dureté distincte dans la situation du lobe droit du foie, et que l'on attribua à l'induration de l'épiploon. Après la quatrième opération, l'ascite ne se reforma plus; le malade partit pour la campagne; mais il oublia la recommandation qu'on lui avait donnée, retomba bientôt malade, et mourut en juin 1834, après avoir traîné pendant longtemps.

Autopsie. L'abdomen contient environ dix pintes de fluide. *Le colon et l'épiploon réunis en une masse sont adhérens aux parois abdominales*. Le foie, placé derrière les côtes, est en partie caché par la masse dont nous venons de parler. En le tirant avec quelque force, on en sépare une enveloppe presque cartilagineuse qui couvrait le lobe droit. Les petits intestins sont entièrement libres d'adhérences. Le foie était petit et ratatiné (*lobulated*.) La vésicule contractée renfermait quelques calculs biliaires, dont un fermait complètement le canal cystique.

Dans ce cas encore, nous voyons que la sensation spéciale de crépitation fit reconnaître la formation des adhérences, et que cette sensation fut bornée aux endroits où, à l'autopsie, on trouva ensuite ces adhérences.

L'histoire de ce cas peut amener à penser, non seulement que l'inflammation adhésive s'oppose à l'épanchement de la sérosité sur le point où elle se développe (ce qui est, on peut dire, évident); mais encore qu'elle l'empêche même sur les points où il ne se forme pas d'adhérences; car nous voyons qu'aussitôt que ces dernières ont commencé à se former sur un point de l'abdomen, la disposition à l'épanchement a considérablement diminué. Si donc, dans les cas où le péritoine verse dans sa cavité une grande quantité de sérosité, on pouvait déterminer l'inflammation du péritoine, sans cependant qu'il se formât d'adhérences, on aurait fait faire un pas immense à la pathologie; mais pour arriver à cette connaissance, si jamais on l'acquiert, il faudra étudier l'inflammation adhésive dans tous ses degrés, et à tous les instans de son développement.

Dans le dernier cas aussi, il est à remarquer que la crépitation n'a été sensible que pendant trois ou quatre jours, et j'ai quelques raisons de croire que, dans des cas analogues, cette sensation a été spécialement, mais non exclusivement observée pendant la première période de la formation des adhérences, probablement avant que les nouvelles fibres eussent acquis un certain degré de contraction ou de consolidation. Je donne dans ce moment des soins à une femme chez laquelle un épanchement inflammatoire dans le péritoine a été suivi d'adhérences qui ont été reconnues par la crépitation sur tout le flanc droit, des côtes au bassin; mais chez elle aussi cette crépitation, après avoir été manifeste pendant dix ou quinze jours, a complètement cessé d'être perceptible.

Dans chacun des cas précédens, le symptôme sur lequel je désire appeler l'attention y était assez prononcé pour que j'aie pu, dès la deuxième observation, le remarquer d'une manière spéciale, et soupçonner la cause qui le produisait.

Il y a en outre plusieurs symptômes, tant locaux que généraux, qui peuvent aider dans le diagnostic des adhérences; mais, au lieu de les rappeler, je vais jeter un coup-d'œil sur quelques-unes des plus remarquables lésions morbides du péritoine que j'aie rencontrées, et qui se lient quelquefois à l'ascite; j'indiquerai en même temps les principaux signes qui servent quelquefois à les faire reconnaître.

L'une des lésions les plus fréquentes du péritoine, c'est la présence, sur toute son étendue, d'une fausse membrane, qui lui ôte partout sa transparence, et peut occasionner une espèce de contraction de la membrane, surtout sur les points où elle soutient les différens viscères abdominaux, formant aussi une véritable ligature autour des viscères eux-mêmes. C'est ainsi que l'épiploon, se resserrant graduellement et comme ratatiné, finit par ne plus représenter qu'une bande étroite disposée le long de la courbure de l'estomac et du colon, que les mésentères se raccourcissent et que les intestins sont accolés le long de l'épioe. Le calibre des intestins eux-mêmes en est considérablement diminué, ainsi que leur longueur. Le foie est entraîné vers le diaphragme, la rate vers l'estomac; et les reins sont plus fortement attachés dans les cavités que forment les muscles, et tous ces organes sont tellement comprimés que leur forme en est le plus souvent altérée, et que leurs fonctions ne peuvent s'exercer dans toute leur intégrité.

Cette fausse membrane est polie comme le péritoine, et serait facilement prise à la première vue pour un épaisissement avec opacité de cette membrane; mais en l'examinant, on reconnaît qu'elle peut être détachée par larges plaques, au-dessous desquelles on retrouve le péritoine intègre et poli.

Je suis disposé à regarder cette membrane comme le produit d'un de-

---

cet homme, doué de tant de qualités, et dont la prospérité enflait si bien les voiles, ne fut pas heureux; il était de ceux qui ont une étoile pour la grandeur et pour l'infortune. Au reste, Dupuytren n'était nullement facile à pénétrer: sa dédaigneuse réserve, son enveloppe de hauteur froide et méprisante, ont fait que peu de regards sont descendus dans le secret de son intimité. A dire vrai, il y avait dans cette tête quelque chose de profond, de complexe, d'inexplicable, même pour ceux qui l'approchaient le plus. Il faut donc, pour le bien connaître et l'apprécier, le décomposer en quelque sorte, il faut l'examiner sous le triple rapport de professeur, de chirurgien et d'auteur.

Quiconque veut louer Dupuytren sans restriction doit le considérer comme professeur; c'est là son triomphe, c'est là où il a excellé. Vous souvient-il d'avoir vu cet illustre chirurgien au milieu de trois ou quatre cents élèves silencieux et attentifs, faire ses belles leçons de clinique chirurgicale? Avec quel ordre, quelle méthode il séduisait ses auditeurs! avec quel art il savait les guider, les pénétrer des clartés de l'évidence, par son habile et forte logique, inculquer à tous une bonne, une solide instruction. Sa parole douce, calme, fluante, facile sans prolixité, élégante sans recherche, toujours nourrie de choses et de faits; la netteté des vues, le rare talent d'exposition et de déduction du professeur, son étonnante facilité à formuler ses idées, à les classer, à les exprimer, à rendre les objets sensibles, évidens, à frapper l'attention, à la fixer, à la diriger, donnaient à ces leçons un attrait singulier. Quoique Dupuytren ne fût pas étranger à la science de *l'effet*, il n'était pas éloquent, et s'en souciait peu; les mouvemens à froid, l'animation verbeuse, certaine mélopée d'accent et de ton, lui étaient même antipathiques. Nul détail oiseux, nulle déclamation, nulle parure, tout était net, précis, intelligent; tout tendait au fait, au but, à l'instruction. Quelquefois même Dupuytren avait une sorte de simplicité outrée; il affectait de parler bas et lentement, parce qu'il avait la prétention de se faire entendre à force de se faire écouter. Il se répétait souvent afin, disait-il, d'avoir la chance d'être bien compris une fois. Tel était cet enseignement clinique si admiré et si digne de l'être. Toutefois les élèves reprochaient au maître de ne s'occuper avec prédilection que des malades chez lesquels le succès avait couronné ses efforts, et de déguiser ses revers avec beaucoup d'adresse, bien qu'on pût citer nombre d'exemples du contraire. Un autre reproche, peut-être plus fondé, c'est que cet illustre professeur ne citait jamais personne, bien moins encore les chirurgiens français que les autres. A dire vrai, il avait un dédain exclusif et marqué pour tout ce qui n'était pas lui et de lui; or, cette indifférence, ou plutôt ce scepticisme de tout et de tous, quand il s'agissait du talent de ses rivaux, avait évidemment sa racine dans le caractère naturellement altier de Dupuytren, méprisant profondément la pensée d'autrui, dans le passé comme inutile, dans le présent comme inférieure.

Ce que je viens de dire du professeur fait entrevoir ce qu'était le chirurgien. De l'aveu de tous, Dupuytren fut, à notre époque, le plus remarquable de sa profession. Très peu ont possédé à un tel degré, ce vaste et rare ensemble de qualités, qui constituent le grand chirurgien, et ces qualités lui étaient, pour ainsi dire, spéciales et comme innées. Il eut surtout une admirable force de jugement, ce qui rendait son diagnostic si vrai, si affirmatif qu'il frappait d'étonnement, bien qu'on le vît se tromper plusieurs fois, et qu'il n'eût pas cette vue de lynx, ou cette pénétration d'un *voyant*, dont on l'a qualifié. Du reste, dans l'observation et l'application des préceptes, c'était une exactitude d'analyse, une sûreté de bon sens pratique, une profondeur d'examen certainement très rares. Quoique hardi, sans

gré très inférieur de l'inflammation chronique, on peut-être comme le résultat de l'irritation constante, causée par la présence d'une quantité considérable de sérosité dans la cavité. Les seuls signes auxquels on puisse la reconnaître sont : le trouble général de la plupart des fonctions et l'absence de sonoréité à la percussion pratiquée sur la partie supérieure de l'abdomen, le malade étant couché sur le dos, sonoréité qu'on trouve souvent lorsque les intestins viennent flotter à la surface, ce qui ne peut être lorsqu'ils sont accolés sur la colonne vertébrale.

Cette enveloppe accidentelle du péritoine a quelquefois une telle épaisseur qu'elle obscurcit jusqu'à un certain point la fluctuation et qu'elle fait croire à l'existence d'une hydropisie enkystée quand, en réalité, elle est dans le péritoine lui-même. J'ai donné des soins à une femme qui supporta quatorze fois la ponction sans aucun symptôme extraordinaire. Le fluide se reformait avec beaucoup de lenteur, et une fois, entre autres, il fut si longtemps avant d'être sensible, qu'on put espérer une guérison radicale. Après l'évacuation du liquide, on sentait comme un vaste kyste, et on trouvait, dans le côté gauche du bassin, une tumeur dure et qui semblait être l'ovaire. Quand la malade mourut, au bout de trois ans, on trouva bien l'ovaire malade, mais on reconnut que le fluide était contenu, non dans un kyste, mais dans le péritoine lui-même, qui était recouvert d'une membrane si épaisse qu'elle offrait, sur plusieurs points, l'aspect et la consistance du cartilage n'ayant pas moins d'un sixième ou d'un huitième de pouce d'épaisseur. Le diamètre des intestins était petit et ils étaient refoulés à la partie supérieure de l'abdomen. Une masse ronde et blanchâtre, du volume du poing, occupait la place du foie. La tumeur du bassin offrait une fluctuation douteuse ; et ouverte, elle fut trouvée pleine de petits corps arrondis tenant aux parois de la tumeur par des vaisseaux, ressemblant à des grappes de raisin. Cette tumeur était adhérente au sacrum ; on ne put trouver les ovaires.

Il ne sera pas sans intérêt de faire connaître les motifs qui, dans ce cas, m'induisirent en erreur, car j'avais toujours cru à une hydropisie enkystée. Les principaux étaient l'absence de tous troubles constitutionnels ; l'absence d'accidens, soit pendant, soit à la suite de la paracentèse ; la couleur du fluide, toujours teint de sang, et qui déposait une quantité considérable de particules rouges, quelquefois semblables au vermillon, d'autres fois d'une couleur plus foncée, et la sensation qu'éprouvait la main après l'évacuation du fluide, car l'abdomen n'offrait ni rides ni éraillures, mais il était simplement vide et pendant, et paraissait à la pression épais et dur.

Cependant plusieurs circonstances me faisaient toujours soupçonner quelque chose de spécial dans le kyste ; avec la consistance du fluide, qui fut toujours la même depuis la première opération jusqu'à la dernière, il ne fut jamais gluant et se rapprochait davantage de ce qu'il est dans l'ascite. Le prétendu kyste n'offrait pas le moindre changement ; il n'y avait à sa surface ou dans ses parois, ni saillie, ni noyaux. La malade aimait mieux se tenir debout ou assise, comme si le fluide l'eût incommodée davantage lorsqu'elle était couchée. Le fluide occupait une étendue extraordinaire dans l'abdomen. Toutes ces circonstances me faisaient supposer un très grand kyste, d'une nature simple, et je soupçonnai que la tumeur pelvienne pouvait être une production accidentelle, comme une grossesse extra utérine, une masse de graisse, de chair, etc.

La plupart des lésions qu'on observe dans le péritoine semblent n'être que des lésions de cette membrane accidentelle, dont la faible organisation l'expose davantage à l'action des causes de maladies et au développement des produits morbides. Parmi ces derniers, je rappellerai surtout un dépôt comme carbonacé, plus ou moins considérable, dont la couleur est plus ou moins foncée, et que je crois être le résultat d'une infiltration sanguine dans le tissu de nouvelle formation et dans des conditions qui nous sont encore inconnues ; car nous ne savons si cette couleur noire ou grise, que j'ai peut-être tort de considérer comme charbonneuse, est le résultat d'une altération du sang ou de l'organisation du tissu, dans lequel il est infiltré. Ce dépôt noir ressemble beaucoup, pour l'aspect, à la matière noire qui se forme dans le tissu des poumons et à celle qui se dépose à la surface interne des intestins, lorsqu'ils ont été sujets à une irritation chronique. Je l'ai également trouvé sur les membranes du cerveau dans des cas où la mort était survenue sous l'influence d'un épanchement récent de sang ; il est probable que la couleur noire était le résultat d'une extravasation semblable, qui s'était faite à une époque antérieure.

Cette matière noirâtre se dépose sans uniformité sur les diverses parties du péritoine, sur les intestins, les parois abdominales, etc. L'observation suivante nous montrera les rapports de cette matière noire et une tendance à l'hémorragie, qui se fait dans les vaisseaux nouvellement formés de la membrane accidentelle.

Obs. V. — J. Wright, âgé de 45 ans, d'une grande intempérance, fut admis le 7 mai 1834, atteint d'une anasarque que j'attribuai à la maladie des reins, et traitai en conséquence. L'anasarque des extrémités inférieures disparut ; mais l'abdomen, qui était volumineux, et présentait une fluctuation obscure, persista dans le même état. Ce malade était en outre affecté d'épilepsie et succomba dans une attaque.

Autopsie. Tout l'abdomen est rempli d'une sérosité d'un rouge foncé évidemment teinte par du sang. Le péritoine pariétal et viscéral est couvert d'une membrane accidentelle très mince.

L'intestin grêle réuni en masse est attaché au milieu de l'abdomen ; les intestins sont d'un gris foncé et offrent à leur surface de petites masses de sang. On trouve au fond du bassin des particules rouges qui semblent s'y être déposées ; mais ce qu'il y avait de plus curieux, c'était le péritoine pariétal, sur lequel on voyait des caillots de sang d'une couleur foncée, affectant la forme de grappes (*botryoidal forme*), et qui semblaient maintenus dans cette position par une fausse membrane d'une consistance gélatineuse. La muqueuse intestinale était partout grise, avec de nombreux points noirs et très fine. Le foie offrait à l'extérieur cette apparence qui l'a fait comparer à un rayon de miel ou à un objet rongé par les vers, et qui est produite par la formation d'une fausse membrane très irrégulière. A l'intérieur, il était sain. Les reins étaient petits, aplatis, très pâle et d'une consistance comme cartilagineuse ; leur portion corticale était contractée, et leur surface granuleuse ; à l'intérieur, ils semblaient uniformément pâles.

Ce cas nous offre un exemple remarquable de la disposition à l'hémorragie interne qui existe dans les cas d'ascite et qui paraît quelquefois dépendre de la structure de la membrane de nouvelle formation. On voit fréquemment que ce fluide retiré par la ponction après avoir été parfaitement limpide pendant plusieurs opérations, prend dans les opérations suivantes une teinte rouge due à la présence du sang. J'ai déjà observé cette altération plusieurs fois, et les première et cinquième observations nous en offrent des exemples bien tranchés. Dernièrement encore j'en ai vu un cas chez un homme affecté d'ascite avec engorgement de la rate, chez lequel à la quatrième ou à la cinquième opération le fluide déposa un gros caillot de sang pur.

---

la moindre pusillanimité, Dupuytren n'opérait que le plus tard possible, quand il lui était bien démontré que c'était là le dernier appel de la maladie à l'art. Sa manière d'opérer était brillante, mais sans apparat, sans coquetterie de prestesse ; selon lui, le *citò* était toujours compris dans le *tutò*, aussi ne se hâtait-il que lentement, méthodiquement et dans le but d'instruire les élèves. Quant à l'adresse, à ce coup-d'œil décisif qui voit ce qui est, mesure le possible et assure le succès, quant au sang-froid, à l'art de trouver des ressources imprévues, à l'art plus difficile encore d'assurer la guérison, de *bien conduire une maladie*, Dupuytren eut toujours une incontestable supériorité ; nul ne fut plus fidèle à l'antique et glorieuse devise de la chirurgie : *consilio manuque* ; c'est là ce qu'on ne lui contesta point, même ceux qui, lassés de l'entendre appeler *le célèbre*, ne lui pardonnaient que difficilement sa brillante position. Cette justice était d'autant plus remarquable que Dupuytren n'eut pas la même équité ; car, parvenu au sommet de sa réputation, il voulait être, non le chef, mais le tyran de la chirurgie française ; c'est alors que l'individualité la plus exclusive, la plus âpre, a dominé tout son être, dicté ses pensées, gouverné ses actions. Aussi, dans ses relations sociales, préférait-il les amitiés peu exigeantes, les dévouemens passifs et sans condition.

Cependant, la justice oblige de dire que les hautes facultés du grand chirurgien qui nous occupe n'étaient pas de celles qui peuvent pour ainsi dire se transmettre. Dupuytren n'eut pas le génie qui découvre, mais il eut éminemment le génie qui applique ; or, celui-ci laisse peu de moissons à recueillir pour les générations suivantes, c'est précisément ce qui est arrivé. Avec un talent si élevé, avec une telle renommée, on s'attend à une imposante succession de travaux qui, ajoutant à la science, y tracent pour longtemps un sillon lumineux. Eh bien ! il en est autrement, pour Dupuytren ; ce qui nous reste de lui, ce que ses biographes recueilleront avec soin, ne peut se comparer avec ce qu'on était en droit d'espérer. Sans nul doute, Dupuytren sera toujours un chirurgien hors de rang ; on ne pourra jamais le confondre avec ces hommes dont la tombe fait une seule et même poussière de leurs œuvres et de leurs cadavres ; mais qui oserait comparer ses travaux à ceux d'Ambroise Paré, de J.-L. Petit, de Desault, de Sabatier et de Boyer ? Et comme la vie si courte des hommes est encore d'une plus grande durée que les jugemens et les affections de leurs contemporains, ne trouvez-vous pas que la réputation de ce grand chirurgien s'efface de plus en plus ? Je ne sais, mais il semble que les ombres de l'oubli et de l'indifférence s'épaississent de tous côtés autour de son nom qui jadis brillait de tant d'éclat ; et si ce nom n'était inscrit au-dessus de la porte du musée consacré à la mémoire de Dupuytren, on peut douter qu'il parvienne à une postérité éloignée. Il est étonnant que cet homme, doué de tant de qualités, n'ait pas compris qu'au-dessus de l'entraînement de la foule, du bruit, de la fortune, il y a le culte de l'art, la foi de l'artiste, la fin sacrée du progrès. Après tant de travaux, il s'est arrêté tout à coup dans la science, et il a pu dire ce que Canova se disait à lui-même dans une pareille circonstance : « Vous avez marché, vous n'avez pas monté. » Dupuytren fit beaucoup pour une grande et passagère célébrité, il ne fit rien ou presque rien pour une gloire durable.

En étudiant avec soin ce chirurgien célèbre, on peut expliquer, jusqu'à un certain point, ce défaut de rapport entre ses travaux, sa haute intelligence et le petit nombre des résultats produits. Dupuytren eut beaucoup plus de talent pour l'instruction et tout ce qui exige le secours de la parole et de l'action, que pour un travail lent, suivi, appliqué. En second lieu, il avait embrassé

Le mélange d'une certaine quantité de sang et la teinte foncée de bile que prend quelquefois la sérosité, sont les seules altérations qu'offre ce fluide dans l'ascite simple ; même dans les cas où elle se lie à quelque affection d'une nature fâcheuse; en sorte que, quand dans un cas douteux d'hydropisie de l'ovaire (cas qui deviennent douteux par l'étendue du kyste, par la fluctuation générale, et par l'absence, au moins pendant l'état de distension, d'une tumeur secondaire), nous voyons le fluide prendre l'apparence opaque du pus, ou une consistance muqueuse, ou l'apparence grumeleuse du sang déposé depuis longtemps et altéré, nous devons conclure, dans l'absence d'autres preuves, que le fluide n'est pas sécrété par le péritoine.

Dans d'autres cas aussi le fluide épanché contient de petits cristaux de cholestérine tels que les a décrits le docteur Bostock dans un des premiers volumes des *Transactions médico-chirurgicales.* On trouve cet état morbide spécialement dans les cas où ce fluide est resté pendant longtemps dans une cavité, par exemple dans un kyste de l'ovaire. La semaine dernière M. Bransby Cooper a pratiqué pour moi la ponction dans un cas où la fluctuation s'étendant même aux espaces lombaires et la forme parfaitement lisse de la tumeur pouvaient aisément être cause de doutes sinon d'erreur; mais le fluide était chargé de cholestérine, et je ne doute pas que la sérosité ne soit renfermée dans un kyste.

Quand les adhérences entre les parois abdominales et les organes sont peu étendues, on ne peut les découvrir à moins qu'elles ne gênent l'exercice de quelque fonction, et alors même elles ne sont l'objet que d'une simple conjecture. J'ai vu une constipation habituelle dépendre d'une forte et ancienne adhérence, bien que d'une petite étendue entre l'illéum et le péritoine; au fond du bassin le même effet a été produit par des bandes qui s'attachaient à l'épiploon, et on a vu ces bandes déterminer une constipation mortelle ou un étranglement intestinal. Quand l'adhérence est attachée à l'estomac, cet organe est fortement affecté, et de fréquens vomissemens en sont le résultat. Mais quand les adhérences entre les parois abdominales et les viscères ou les circonvolutions intestinales, sont plus considérables, on distingue au toucher une dureté sur une plus ou moins grande étendue qui suffit pour éveiller l'attention du praticien éclairé et lui faire soupçonner ce qui existe réellement. Lorsque ces adhérences sont universelles et qu'elles réunissent les intestins en une seule masse, la résistance qu'éprouve le toucher, l'empâtement ou la tumeur arrondie que l'on distingue dans le lieu où sont habituellement les petits intestins suffisent pour faire connaître parfaitement l'état du péritoine. Si, en outre, on ne trouvait pas cette sensation toute particulière que font éprouver les intestins lorsqu'ils semblent, dans l'état de santé, s'échapper sous la main qui les presse, bien qu'il fût difficile de savoir si ces viscères seraient adhérens entre eux, on ne pourrait méconnaître qu'ils le seraient aux parois abdominales. Si enfin, avec ou sans les symptômes que nous venons d'indiquer, on trouvait la crépitation dont j'ai parlé plus haut, il ne serait plus possible de conserver de doutes sur l'existence des adhérences.

La manière dont les adhérences se forment varie beaucoup suivant l'intensité de l'inflammation, et suivant l'état constitutionnel du malade. Dans les cas cités ci-dessus, les adhérences étaient du caractère le plus simple, formées de bandes fines, ressemblant à du tissu cellulaire, et il est probable que c'est cette espèce d'adhérences qui fournit la crépitation. Mais il arrive souvent que cette union cellulaire ne fait que précéder le développement des tissus d'une nature plus fâcheuse. Car il arrive communément de voir se déposer dans ces nouveaux tissus des milliers de tubercules miliaires ou des dépôts de matière scrofuleuse qui se forment entre les circonvolutions des intestins agglutinés les uns aux autres; dans les cas où il se forme des productions d'un mauvais caractère, squirrheuse, fongueuse ou tuberculeuse, c'est encore dans les adhérences qu'elles se développent; et souvent, lorsque les intestins paraissent couverts de ces productions pathologiques, on peut les enlever en détachant du péritoine les plaques de fausses membranes sur lesquelles elles reposent, et on trouve le péritoine sain.

Lorsque les fausses membranes éprouvent ces altérations, elles prennent une fermeté plus décidée, présentent à la main la résistance qu'offrirait une planche et qu'on ne peut faire disparaître en mettant les muscles dans le relâchement. Elle devient encore plus remarquable quand les viscères sont adhérens aux parois, car alors quand le malade maigrit beaucoup, on peut distinguer à travers ses parois la nature du ciment qui les agglutine.

Il est, en effet, tout à fait impossible de déterminer, d'après les symptômes locaux, si cette espèce de dépôt est de nature tuberculeuse, scrofuleuse ou cancéreuse. Il arrive cependant quelquefois, quand, à la suite et par l'effet de la ponction, il survient de l'inflammation dans le tissu cellulaire de la peau, que cette dernière présente, sur le point où les adhérences existent, des caractères qui ne doivent pas laisser d'équivoque. A l'appui de cette proposition, je pourrais citer ici des cas où, la maladie interne étant d'une mauvaise nature, les parois voisines l'ont fait connaître en devenant, en peu de temps, le siége de tubercules squirrheux, qui, placés très superficiellement, offraient au toucher la sensation d'un gros pois ou d'une petite fève. J'ai fait la même remarque pour les ligamens de la poitrine dans des cas où des adhérences d'une nature fâcheuse s'étaient établies entre le poumon et la plèvre costale. Quand le dépôt est de nature tuberculeuse, la main étendue et appliquée sur l'abdomen y distingue la présence de nombreuses granulations. Dans le plus grand nombre des cas, les malades présentent, en outre, les autres symptômes de la diathèse tuberculeuse, qui doivent avoir éveillé les soupçons.

Depuis que j'ai communiqué les remarques précédentes à la société médico-chirurgicale, j'ai eu connaissance de deux faits qui apportent encore une nouvelle démonstration en leur faveur. Le premier, que j'ai observé dans ma propre clientelle, est malheureusement incomplet, les parens du sujet n'ayant pas voulu consentir à ce que l'autopsie fût faite ; cependant les symptômes ont été, dans ce cas, dessinés d'une manière si précise que je n'ai pas craint d'affirmer que chez ce sujet il s'était formé des adhérences très étendues entre les divers feuillets du péritoine, et que je crois pouvoir le reproduire ici sommairement.

Obs. VI. — Le sujet qui avait passé l'âge moyen de la vie avait eu plusieurs dérangemens intestinaux et probablement une affection du foie. Au mois de février son indisposition prit un caractère plus grave; la figure prit une teinte terreuse; il se fit un épanchement dans l'abdomen; on discuta longuement sur la convenance de pratiquer la ponction qui à la fin fut rejetée à cause de la faiblesse du malade; les diurétiques amenèrent la diminution de l'épanchement et on sentit au niveau de l'ombilic une tumeur formée probablement par l'épiploon.

Le 4 mai, la diminution ayant continué, la pression sur l'abdomen fit éprouver une sensation que je ne puis mieux comparer qu'à celle que l'on ressent *quand*

---

tout le cercle chirurgical ; ce n'était pas un de ces hommes qui se vouent à une idée, ne vivent que pour la produire et la réaliser; lui voulut tout connaître dans sa profession et s'y distinguer, d'où il résulte qu'il ne contribua au progrès que çà et là, sur quelques points de la chirurgie. Ajoutons que poussé à être le premier en tout, il voulut aussi le devenir par une grande fortune; or, ce dessein l'occupa sans cesse ; d'autant qu'il y était porté naturellement par son caractère.

En général, le trait le plus distinctif, le plus marqué de ce caractère était l'orgueil; mais un orgueil immense, incommensurable, un orgueil vraiment titanique, qui ne pouvait souffrir d'être approché, coudoyé par un autre orgueil. Comme infusé dans le sang, comme inhérent aux organes, aux fibres, cet orgueil se manifestait en tout, dans les manières, dans le ton, dans le geste, dans l'air froid et hautain, dans le sourire, jusque dans le silence dédaigneux, le calme sardonique, si souvent reprochés à cet homme extraordinaire. Une pareille disposition morale contribua sans doute à stimuler Dupuytren ; ce fut une des causes de son éminent mérite, mais elle le conduisit nécessairement à l'ambition démesurée. Il y a des hommes dont les passions ont l'haleine courte et le vol bas, qui possèdent beaucoup de moyens pour se faire valoir, et infiniment peu pour valoir quelque chose. Dupuytren fut, au contraire, l'homme qui veut et qui peut, et il valait infiniment. A ses grandes qualités, il joignait un de ces égoïsmes dévorans que rien ne peut satisfaire, que l'obstacle indigne comme une insulte, la résistance comme une provocation, et qui absorberaient en eux tous les biens, tous les honneurs, s'ils avaient une puissance égale à leur ambition âpre et jalouse. Tel se montra Dupuytren dans la condition sociale qui lui était échue ; il désira une grande célébrité, il voulut tous les honneurs, toutes les dignités de la profession, enfin, acquérir une immense fortune. C'est alors qu'on observa en lui ce qui se voit chez les hommes de cette trempe; son esprit raide et fier, devenait souple et flexible quand il était nécessaire de l'être. Personne n'eut plus que Dupuytren le talent de se métamorphoser, l'art de dompter la fortune par la force, par l'adresse, par la patience, par le travail, la constance et une attention vigilante ; il calculait tout, prévoyait tout, un regard, un sourire, une inclination de tête, une poignée de main, tout cela avait une intention, un but, un intérêt. Habile à saisir toute espèce de nuance, il avait une manière d'être avec l'élève, une manière d'être pour le public, une autre pour le prince, une quatrième pour les personnes de la haute société, une cinquième pour les personnes appartenant à d'autres classes. Avoir le cœur dans la tête, et dans toutes les circonstances de la vie, tenir *les jetons à la main*, était une maxime qu'il sut constamment mettre en pratique.

Quiconque l'observait pendant quelque temps était surtout frappé du contraste de ses manières. En général, Dupuytren avait les formes agréables, mais par combinaison, nullement par une affabilité naturelle; c'était une politesse à fleur d'eau, et le roc au fond. Combien il fut loin de posséder cette cordialité qui flatte et donne à la politesse les apparences de l'amitié? Fier et altier, personne n'entendait mieux que lui, quand il voulait, la froideur déconcertante, l'air de hauteur et d'écrasant dédain, le ton glacialement impertinent. Eh bien! ce même homme n'était plus reconnaissable dans certaines circonstances. Se communiquer, avoir du laisser aller, cela passait sa nature; mais il savait se contenir, se maîtriser dans l'occasion. Adroit jusqu'à se faire modeste, habile jusqu'à se faire humble, il ne négligeait pas plus les petits moyens que les

on pose le doigt ou la main sur un verre humide ou sur *une autre surface polie et humide*. Elle me parut produite par le glissement des deux surfaces péritonéales l'une sur l'autre.

Le 7 mai, l'abdomen ayant encore diminué de volume, on découvre à la surface de la tumeur des irrégularités; et en appuyant fortement on sent une crépitation manifeste qui annonce que des adhérences s'établissent actuellement entre l'épiploon et les autres viscères et les parois.

Le 18, la crépitation est si forte qu'elle ressemble à celle que produit l'emphysème.

Le 21, nausées avec vomissemens qui deviennent de plus en plus fréquens et qui viennent aussitôt que le malade se lève pour manger. L'abdomen avait encore continué à diminuer; la physionomie était meilleure; mais l'impossibilité de prendre et de garder des alimens affaiblit graduellement le malade, et il mourut le 12 juin. Sans autopsie.

Le second fait m'a été rapporté par le docteur Hutchinson dont je vais citer les propres expressions.

Obs. VII. — J'ai ouvert hier un individu qui portait depuis plusieurs mois une ascite compliquée de lésion grave des viscères. Six semaines auparavant j'avais senti très distinctement la crépitation que vous avez décrite; et j'avais fait sentir à plusieurs praticiens. On la trouvait à droite au-dessous du bord du lobe droit du foie et dans un espace de la largeur de la main. Je l'attribuai à l'emphysème, et en conclus que la désorganisation des viscères était déjà avancée même pendant la vie.

A l'autopsie, je trouvai les parois abdominales adhérentes non seulement au foie, et à l'épiploon qui offrait une dureté squirrheuse, mais encore à l'arc du colon et à l'intestin grêle qui étaient adhérens entre eux. La rate, le pancréas et les glandes mésentériques étaient très volumineux; les glandes étaient squirrheuses; le colon descendant offrait, immédiatement au-dessus de la portion sigmoïde, un rétrécissement considérable ou épaississement squirrheux.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS.

I. MONATSSCHRIFT FUR MEDICIN, AUGENHEILKUNDE UND CHIRURGIE, publié par AMMON.

Les trois premiers cahiers du premier volume contiennent les articles suivans : 1° *Sur la formation de la cataracte capsulaire antérieure*, par le professeur Beck; 2° *Sur la ponction de la cornée dans l'hypopion*, par le docteur Schindler. Dans cet article l'auteur passe en revue les différentes opinions pour et contre cette opération, et penche du côté de ceux qui abandonnent la guérison de l'hypopion aux soins de la nature. Il rapporte deux observations dans lesquelles l'absorption n'ayant pas pu avoir lieu, le pus s'est échappé par une ouverture spontanée; 3° *Sur la blépharoplastie*, par le professeur Beck. Après avoir cité un grand nombre d'auteurs qui se sont occupés de pertes de substance des paupières et des moyens d'y remédier, M. Beck rapporte deux cas dans lesquels il a opéré d'après la méthode de Dieffenbach; 4° *Quelques remarques sur la diphthérite*, par le professeur Baumgaertner; 5° *Sublatio cataractæ*, nouveau procédé pour déplacer le cristallin devenu opaque, par le docteur Pauli, de Landau; 6° *Observations et remarques sur les rêves des aveugles*, par le docteur Herrmann; 8° *Sur les objets visibles existant dans l'œil lui-même et principalement sur les mouches volantes*, par le docteur Steifensand; 9° *Sur la diplopie*, par le même; 10° *Sur la phoronomie de l'organe de la vision*, par le docteur Tourtuol (article non achevé); 11° *Sur l'essence des maladies*, fragmens tirés d'un système de physiologie, devant paraître sous peu, par le docteur Carus; 12° *Sur l'inflammation de la cornée*, par le docteur Schindler; 13° *Mélanges et aphorismes*.

DE LA FORMATION DE LA CATARACTE CENTRALE CAPSULAIRE ANTÉRIEURE; par le professeur BECK.

L'auteur, en s'appuyant sur une observation et sur la structure anatomique des parties, pense que cette maladie survient dans la vie fœtale à l'époque où la membrane pupillaire existe encore, et dépend d'une congestion sanguine qui fait naître des adhérences contre-nature entre la capsule antérieure, la membrane pupillaire et l'enveloppe de l'humeur aqueuse; les débris de ces adhérences observés à la capsule antérieure constitueraient la cataracte capsulaire, et les autres débris formeraient les taches que l'on remarque devant l'iris dans l'épaisseur de la membrane de Descemet. Néanmoins, M. Beck croit que les débris de la membrane pupillaire, après avoir nagé dans les chambres aqueuses, peuvent encore aller se fixer contre quelques points de leurs parois, et y établir des taches.

SUBLATIO CATARACTÆ. SOULÈVEMENT DE LA CATARACTE : NOUVEAU PROCÉDÉ POUR DÉPLACER LE CRISTALLIN DEVENU OPAQUE; par le docteur PAULI, de Landau.

Il est évident qu'en général il n'est pas indifférent d'employer telle ou telle méthode de traitement dans la même maladie, et qu'il existe des indications particulières; celles-ci varient selon qu'une maladie se présente sous une forme ou sous une autre. Quant à la cataracte, M. Pauli admet trois variétés :

1° *Phacoscleroma*, endurcissement du cristallin; 2° *Phacomalacia*, ramollissement du cristallin; et 3° *Phacohydropsia*, diffluence de cet organe.

Nous donnons avec quelques détails la description des symptômes que M. Pauli indique comme caractéristiques de chacune de ces trois variétés, parce que nous y trouvons quelques particularités qui nous paraissent remarquables.

1° Le Phacoscleroma est une maladie de l'âge avancé dans laquelle le cristallin diminue de volume, augmente de consistance, et, en devenant opaque, peut admettre différentes colorations, sans autre maladie de sa substance ou de sa capsule, celle-ci reste également transparente. Le centre de la pupille devient gris jaunâtre, et à mesure que le trouble s'approche du bord, on le voit diminuer d'intensité. L'iris conserve toujours sa mobilité, et comme le corps opaque se trouve à une certaine distance derrière lui, l'ombre qu'il projette est très appréciable; aussi les individus affectés de cette maladie voient-ils mieux dans un demi-jour où la pupille se dilate; la vue est améliorée par des verres très convexes; mais elle est un peu louche, parce que la lumière arrive de côté. Le brouillard que les

---

grands. S'agissait-il d'atteindre un but, d'obtenir une place, une dignité, non-seulement il mettait dans la balance le poids de son nom, de ses travaux, de son incontestable mérite; mais il avait recours aux petites ressources d'un savoir-faire d'assez bas aloi. Il s'élevait, il s'abaissait, il se glissait selon les exigences du cas; il se faisait grand et superbe, il s'adoucissait, se rapetissait, il se faisait un homme tout à tous, un homme franc et rond, même un bonhomme, s'il le fallait absolument, toujours selon la circonstance, la personne et l'événement. C'est ainsi que pour parvenir à l'Académie des sciences, il fit valoir avec raison ses titres scientifiques; puis il obtint une lettre du roi Charles X; enfin, il sollicita des suffrages par des voies indirectes, et qui n'étaient pas des mieux choisies. La tenue et la dignité sérieuse de ses habitudes, ou plutôt les grandes proportions de son talent allaient si peu avec ces petits moyens, que c'était chose pénible à voir que l'air insinuant, la souplesse pateline, l'orgueil câlin d'un homme si haut et si irritable.

Ce qu'il a dû souffrir dans mainte circonstance doit facilement s'imaginer, bien que l'ambition explique tout. Et pourtant ces souffrances se multiplièrent à mesure que cette ambition trouvait plus d'occasion de se satisfaire; il n'en pouvait être autrement. Par sa renommée, par sa haute existence chirurgicale, Dupuytren fut admiré et exalté outre mesure. La tourbe des flatteurs, *mane salutantum*, ne lui manqua pas, car les neuf dixièmes des hommes sont les valets du succès. Mais aussi combien de blessures profondes et multipliées n'a-t-il pas reçues! que de mécomptes, de déboires, d'ennuis, n'a-t-il pas eu à essuyer! A la hauteur où il était parvenu, qui n'aurait pensé qu'il méprisait certaines attaques, souvent aussi faibles que lâches et absurdes; et pourtant il n'en fut rien; sa susceptibilité était extrême, et l'on ne doit pas s'en étonner, car, au fond de cette susceptibilité, se retrouve toujours le ver de l'orgueil. Manquant peut-être de cette noble fierté de l'âme qui foule aux pieds tous les serpens de la terre, comment aurait-il pu supporter, sans se plaindre, les inévitables malheurs de la célébrité; au contraire, il les aggrava par ses dédains, par l'affectation de s'isoler de ses confrères; aussi la critique l'irritait comme une injure, le blâme même l'importunait comme une intolérable nouveauté! Qu'on juge ce qu'il dut éprouver quand, se croyant blessé dans ses affections domestiques, il sut que l'opinion publique, aidée de commentaires malveillans, lui était peu favorable; lorsqu'on osa rappeler cette circonstance douloureuse de sa vie, dans une solennité publique; lorsqu'il fut injurié et frappé en plein amphithéâtre; lorsqu'on critiqua amèrement sa méthode de traitement dans l'assassinat du duc de Berry, etc.; les railleries, les sarcasmes, les mots à double sens, et tout cet arsenal inventé par l'envie, par la sottise, par l'esprit de dénigrement, le blessa au vif et profondément. Toutefois, chaque blessure saignait secrètement; car, en raison de son orgueil, de sa force de caractère, Dupuytren sut presque toujours se contenir, se montrer ferme et digne. Il affecta même l'indifférence, avec le même aplomb qu'il jouait la modestie quand il y trouvait de l'utilité ou quelque satisfaction d'amour-propre. C'est là une de ces échappées, un de ces replis de caractère qu'on trouve chez la plupart des hommes qui confondent trop souvent la finesse madrée avec l'habileté! Qu'en arriva-t-il? Que Dupuytren fut estimé à la valeur que lui-même se donna. Il eut des admirateurs, il eut des familiers, peu ou point d'amis; on sentait trop qu'il y avait du cœur au cœur une barrière infranchissable. La couronne chirurgicale lui fut décernée; mais il apprit que cette couronne, ainsi que toutes les autres, n'était pas sans épines; on enviait son génie, son talent, ses dignités, sa fortune; mais qui donc

malades aperçoivent n'est pas plus notable à une certaine distance que dans la proximité, et le trouble est toujours le même, quelle que soit la position qu'on donne à la tête, et ne présente jamais des figures particulières. Cette maladie n'est jamais accompagnée de douleurs, de photophobie, de mouches volantes ou d'autres phénomènes morbides. Le globe de l'œil présente sa consistance naturelle. Le phacoscleroma n'est presque jamais accompagné d'inflammation, d'adhérences contre-nature, ou d'autres complications fâcheuses, ce qui rend son diagnostic assez favorable, et facilite toutes espèces d'opérations.

2° Le *Phacomalacia* consiste dans un ramollissement morbide de la lentille, déterminé par une altération de sa capsule, qui est toujours trouble dès le principe. Ce trouble se présente dans toute l'étendue de la pupille, dont la dilatation, souvent rendue impossible par des adhésions, ne favorise en rien la vue; les adhérences donnent quelquefois à la pupille un aspect anguleux et pongé. La vue diminue plus tôt et d'une manière plus uniforme dans le scleroma; c'est pourquoi on n'observe pas, comme dans ce dernier, de strabisme ou la diplopie. Les lunettes ne sont d'aucun secours. Dans le ramollissement, le cristallin augmente de volume, celui-ci s'applique contre l'uvée, et on ne voit plus l'ombre projetée par l'iris. Les complications avec d'autres maladies sont fréquentes, et le plus souvent on ne peut méconnaître une dyscrasie. La malacia a toujours une couleur mate, blanche, souvent argentine, et offre des figures variables; de là ses différentes dénominations arbitraires de cataractes marbrées, étoilées, etc. Les mouvemens de la tête ne modifient pas le trouble de l'œil. Le brouillard est plus prononcé pour le malade de loin que de près. Cette maladie se développe avec rapidité, si on la compare avec le scleroma, et est toujours accompagnée de maux de tête, de mouches volantes, de photophobie, etc. Elle ne se développe souvent qu'à un seul œil, est plus rare que le scleroma, n'est jamais congénitale, mais souvent héréditaire, comme les dyscrasies qui l'accompagnent. Elle n'a jamais pour cause des lésions traumatiques. Le globe de l'œil paraît souvent plus dur que dans l'état sain. Entre le cristallin et la paroi postérieure de la capsule, il se forme quelquefois des kystes ichoreux; le corps ciliaire devient quelquefois variqueux, ce qu'on peut reconnaître à un anneau bleuâtre autour de la cornée. Des soins médicaux sont quelquefois d'un certain secours, sinon pour la guérir, du moins pour enrayer sa marche. La maladie s'observe à toute époque de la vie, et a ordinairement pour cause des inflammations chroniques de la capsule, produites par des maladies internes. Toute espèce de blessure y fait naître une réaction vive; c'est pourquoi l'opération par l'extraction ne convient pas ici, parce qu'elle produit une plaie considérable; et, d'ailleurs, le volume augmenté du crystallin, qu'on a beaucoup de difficultés à faire passer par la pupille, la rendrait encore plus difficile; de plus, la capsule malade donne facilement lieu à des cataractes secondaires. Le broiement ne convient pas non plus, parce que le corps amolli n'est pas fluide, mais glutineux, et ne s'écoule pas par l'ouverture de la capsule, d'ailleurs très disposée aux inflammations et aux adhérences. Le déplacement est l'opération la plus convenable; cependant, il ne faut pas perdre de vue l'état général de l'organisme, des dyscrasies cachées, la constitution atmosphérique, qui peuvent rendre la suite de l'opération fâcheuse.

3° La *Phacohydropsia* est une variété de la lentille qui se rapproche de l'hydropisie, et est toujours la suite de l'inflammation de la capsule. La capsule, médiocrement obscurcie, contient une humeur fluide souvent lactescente, et la manifeste lorsqu'on imprime un mouvement à la tête. Le trouble est grand; blanc ou bleuâtre; le nuage change de place avec les mouvemens de la tête. Les malades voient encore moins que dans le malacia, et tous les objets leur paraissent comme vus à travers un crêpe ou une épaisse toile d'araignée; la flamme de la lumière leur paraît volumineuse, souvent divisée, mais toujours très peu distincte; cet effet augmente lorsqu'on couche le malade sur le dos, le trouble semble s'éloigner de l'iris; c'est pourquoi celui-ci projette une ombre plus distincte. La compression exercée par l'hydropisie sur l'iris rend la pupille très large et immobile; il y a des cas où on observe des adhérences. Les lunettes ne sont ici d'aucun secours. Des mouches volantes, des photoscopies et des photophobies accompagnent généralement cette maladie, qui a souvent pour cause des agens physiques et chimiques. A cause du développement rapide de cette affection, le traitement antiphlogistique reste en général sans succès. La Phacohydropsia est ordinairement libre de toute complication locale ou générale; elle n'est ni héréditaire ni congénitale, mais fréquemment la suite d'ophthalmie des nouveaux-nés. Le globe de l'œil est le plus souvent d'une consistance naturelle au toucher. Si la capsule, considérablement amincie et distendue, vient à crever, il peut se former une cataracte cystique par la rétention des membranes de la capsule autour des débris de la lentille qu'elle contient encore. La kératonyxis est ici l'opération la plus convenable, à cause de la rapidité avec laquelle se fait la résorption.

On voit, d'après la description que nous venons de donner des différentes formes que M. Pauli assigne à la cataracte, qu'il n'est pas indifférent de l'opérer d'après tel ou tel autre procédé, et qu'il y a des difficultés à surmonter dans toutes les méthodes. Parmi les accidens qui se présentent à la suite de l'opération, l'inflammation se rencontre dans tous les cas. Celle qui suit l'opération par extraction est la plus prononcée de toutes; elle est moins forte et revêt généralement la forme chronique après le déplacement du cristallin; elle est peu marquée après le kératonyxis. Les plaies faites par incision ne développent pas un appareil inflammatoire aussi intense que les plaies déchirées et les plaies contuses. On doit donc noter parmi les circonstances qui, dans un cas d'opération de cataracte, font naître des accidens inflammatoires plus intenses que dans un autre, les dilacérations plus ou moins grandes qu'ont éprouvées le corps vitré, ainsi que sa membrane hyaloïde et les autres membranes qui l'entourent. C'est pourquoi il importe de causer le moins de désordre possible, en faisant une incision nette au corps vitré, et en facilitant l'écoulement d'une certaine quantité du liquide hyaloïdien, afin d'éviter une trop grande compression. D'un autre côté, il vaut mieux pénétrer dans l'intérieur de l'œil par une partie de sa surface qui présente peu ou point d'organes sensibles à traverser que par une autre où il faudrait diviser des membranes vasculaires et nerveuses. C'est pour cette raison qu'il est plus avantageux de porter l'instrument droit sur la cornée, que de l'enfoncer dans le globe oculaire par la sclérotique; car la cornée est peu sensible, tandis que la sclérotique, la choroïde et la rétine supportent difficilement les contusions et les tiraillemens inévitables pendant l'introduction et les mouvemens de l'aiguille, quelque adroitement ménagée qu'elle soit; et encore, lorsqu'on choisit la cornée pour faire la ponction, celle-ci doit être pratiquée avec une aiguille bien tranchante sur les côtés, et capable de faire une incision d'une certaine étendue, afin de permettre à l'humeur aqueuse de s'échapper. L'écoulement d'une partie de l'humeur aqueuse

---

ignorait qu'au-dessous de cette brillante surface se trouvaient l'angoisse et le chagrin; on le regardait comme une sorte de puissance dont il fallait se garder d'être l'ennemi, avec l'impossibilité bien reconnue d'en être jamais l'ami; tout le monde lui tendait la main, mais personne ne la lui serrait; on l'admirait, on le craignait, on le plaignait tout à la fois, singulière destinée d'un homme incontestablement supérieur.

Ajoutons que, comme les esprits orgueilleux, susceptibles, irritables, Dupuytren était souvent inégal et bizarre. A la lettre et selon l'expression vulgaire, on ne savait quelquefois par quel bout le prendre: il faisait le bien et le mal par boutades et par caprice. Si, dans certains cas, on put le taxer de fausseté, de dureté, d'autres fois il fut d'une loyauté exemplaire, d'un désintéressement inouï; s'il se trouva peu disposé à obliger ceux qui l'entouraient, on le vit un jour se lever à quatre heures du matin pour aller à Bicêtre, solliciter la voix de feu Murat en faveur d'un de ses amis.

Cette bizarrerie de caractère influait également sur sa manière d'être en général, et même sur son extérieur. Qui ne se rappelle ses étranges guêtres à une certaine époque, son éternel habit vert râpé, sa barbe rarement faite, son tablier placé jusque sous ses aisselles, le petit pain qu'il mangeait en courant dans un assez triste cabriolet de place, etc. C'était là son cachet d'originalité, cachet plus ou moins marqué, mais dont aucun homme de génie n'a pu s'affranchir.

Toutefois, cette affectation de simplicité, ce fastueux étalage de modestie, s'alliait facilement en lui à l'esprit de superbe. Parvenu à tout dans sa profession, il ne chercha plus qu'à devenir un capitaliste. Les distinctions scientifiques lui convenaient, il aimait surtout le titre de baron; mais maintenant que les billets de banque sont en hausse et les parchemins en baisse, il voulut aussi dominer par les richesses et il y parvint, quoique toujours par l'immense talent qu'on lui reconnaissait dans son art. Ce grand chirurgien avait vécu dans sa jeunesse avec le sentiment pénible de la supériorité de son talent et de l'infériorité de sa fortune, de là le poignant désir de s'enrichir; mais il toucha bientôt à l'écueil où échouent tant de gens: l'ambition insatiable. Dupuytren devint très riche et rêva sans cesse aux moyens de le devenir davantage; doué des plus éminentes qualités, il ne put jamais s'élever au-dessus des intérêts matériels, et leur donna une trop large place dans son esprit. Ayant appris qu'Astley Cooper possédait plus de six millions, tous ses efforts tendirent à ne point rester en arrière, même sur ce point, de son illustre rival. C'était là, pour ainsi dire, son idée fixe, la force occulte et fatale qui le poussait, son rocher de Sisyphe qu'il roulait sans cesse et presque sans espoir. Ce qu'il avait lui paraissait tellement hors de proportion avec ses plus légitimes prétentions, qu'étant déjà malade, il écrivit, dit-on, de l'Italie, à un de ses amis, que se sentant fatigué par de longs travaux, il était résolu à se retirer, après avoir consacré encore quelques années à l'exercice de la chirurgie, pour se faire un *petit bien-être*, et il avait déjà cent cinquante mille livres de rente. Conçoit-on une pareille soif de l'or, un désir de lucre si constamment irrité? A quoi servent donc l'esprit, le jugement, le savoir, si c'est pour arriver à un tel résultat? Pourquoi ce dédain de la foule, ce front superbe, ces sentimens altiers, s'il s'agit de déroger ainsi à la haute mission d'ouvrir de nouvelles routes à la science? Était-il nécessaire de faire tant de bruit, de sacrifier son repos et sa santé pour devenir un simple *entasseur d'argent*, pour être dans le nombre de ces impor-

est avantageux, parce qu'il évite la compression trop forte qu'exercerait plus tard le gonflement préparatoire subséquent. Cependant, l'écoulement de cette tumeur ne doit pas être trop abondant, ce qui arrive lorsqu'on se sert d'aiguilles dont la partie tranchante surmonte une tige trop rétrécie; si, d'un autre côté, la tige était plus forte que l'extrémité tranchante, elle comprimerait trop fortement la cornée et la membrane de Descemet; c'est pourquoi M. Pauli veut qu'on se serve d'aiguilles uniformément épaissies.

Parmi les inconvéniens attachés à la méthode par abaissement se présente celui de la cataracte remontée; une des principales causes de cet accident se trouve dans la légèreté spécifique du cristallin et de sa capsule, et c'est pour remédier à cet inconvénient que quelques auteurs préfèrent la réclinaison du cristallin à sa dépression, parce qu'effectivement la lentille réclinée remonte plus difficilement que celle qui n'a été que simplement abaissée. Pour être plus sûr de n'avoir pas à craindre la cataracte remontée, M. Pauli propose de déplacer le cristallin en le faisant remonter au-dessus du corps vitré. C'est pourquoi on veut qu'on pratique une incision nette à la demi-circonférence supérieure de ce corps et qu'on s'efforce ensuite de loger dans cette plaie la lentille encore entourée de sa capsule intacte. Par ce procédé on déchire moins de cellules de la membrane hyaloïde dont les cloisons les plus prononcées sont horizontales et, par conséquent, pas exposés à être coupées en travers. Il s'en suit que les dilacérations sont moindres et l'inflammation qui succède offre moins de gravité. Dans les opérations où l'on se borne à déplacer la lentille réfringente seule, la capsule laissée en place peut sécréter une tumeur trouble, qui remplit le champ de la vision et donne, par conséquent, naissance à une cataracte secondaire. Par le procédé que M. Pauli a adopté, il croit prévenir, ou du moins diminuer, la plupart des inconvéniens qu'on rencontre ordinairement lorsqu'on opère par les autres méthodes, et sur quarante-quatre yeux qu'il a opérés sur 23 individus, il n'a eu d'insuccès que pour deux yeux.

Voici comment il décrit son opération :

PREMIER TEMPS. — Ponction de la cornée. Celle-ci doit être faite sur le centre de la membrane transparente. La petite cicatrice que l'opération laisse après elle est peu importante et ne gêne jamais la vision. On se sert d'une aiguille courbe sur le plat; on la tient comme une plume à écrire, et on traverse brusquement la cornée en ayant soin de tenir la concavité de l'instrument en bas. Lorsque la cornée est divisée, on fait cheminer l'aiguille plus lentement, ayant toujours la convexité tournée en bas et vers le cristallin, afin de ne pas s'exposer à aller embrocher cet organe, ce que l'on obtient en abaissant un peu le manche.

DEUXIÈME TEMPS. — Incision du corps vitré.

Lorsque la pointe de l'instrument est parvenue au bord supérieur de la capsule cristalline, on le retourne et on en abaisse encore davantage le manche, afin d'entamer avec la pointe le bord supérieur du corps vitré et de pratiquer sur cet organe une incision en forme de croissant. Cette plaie doit avoir au moins autant d'étendue que le diamètre du cristallin, afin de pouvoir facilement loger ce corps. Cette incision a pour but de détacher la capsule cristalline du corps ciliaire, de la zone de Zion et de la membrane hyoloïde; elle est très praticable sans intéresser les vaisseaux du corps ciliaire; au moins n'y fait-on pas de déchirure, comme cela arrive toujours lorsqu'on opère par dépression.

TROISIÈME TEMPS. — Soulèvement du cristallin.

Après avoir fait l'hyalotomie ou l'incision du corps vitré, on ramène la pointe de l'instrument dans la chambre antérieure, en ayant soin de lui conserver toujours la même direction; mais il faut avoir l'attention de relever son manche, afin que la convexité de la lame soit toujours tournée contre la lentille pour ne point blesser sa capsule. Puis lorsqu'on est arrivé avec la pointe de l'aiguille jusqu'au bord inférieur du cristallin, on soulève celui-ci en abaissant le manche, et s'il n'y a pas d'adhérence extraordinaire, on parvient facilement à loger la lentille encore enveloppée de sa capsule intacte dans la plaie supérieure du corps vitré. Dans le cas d'adhérences contre-nature, on isole encore en bas la capsule cristalline en la contournant inférieurement avec la pointe de l'instrument, ce qu'on parvient généralement à exécuter sans blesser la capsule; si cet accident devait arriver, l'opération n'aurait pas d'avantage sur les autres modes de déplacement de cataracte, mais n'offrirait pas non plus de plus grands inconvéniens.

QUATRIÈME TEMPS. Ce temps consiste dans l'extraction de l'aiguille. Il ne présente rien de particulier. Il faut seulement avoir soin de retirer l'instrument avec lenteur, et pendant qu'on le ramène dans une direction semblable à celle qu'on lui avait fait suivre en entrant, on doit avoir la précaution de soutenir l'œil avec un doigt.

OBSERVATIONS ET REMARQUES SUR LES RÊVES DES AVEUGLES SOUS LE RAPPORT PHYSIOLOGIQUE ET PSYCOLOGIQUE DES ORGANES DES SENS; par le docteur HUMANN.

Ce long mémoire, renfermant plus de cent observations décrites avec un soin minutieux, est beaucoup trop étendu pour en permettre une analyse exacte; nous ne pouvons donc mieux faire que de donner les conclusions que l'auteur tire lui-même à la fin de son travail.

Lorsque les impressions fournies par les sens de la vue ont pu se fixer dans l'entendement d'une manière convenable, elles reviennent dans les rêves longtemps encore après la perte de l'organe de la vue.

Lorsqu'on perd la vue avant cinq ans, le souvenir des images fournies par ce sens s'évanouit; lorsque la cécité arrive après sept ans, on peut se rappeler ce qu'on a vu.

Que cette époque de la vie correspond à celle dans laquelle les sourds perdent ou conservent la parole;

Que l'intégrité du sens externe n'est pas une condition indispensable pour entretenir l'activité du sens intime;

Que cependant le sens intime ne peut se représenter aucun objet quelconque, à moins de l'avoir perçu auparavant par un sens externe;

Que l'activité physique n'est pas circonscrite dans le cerveau seul et qu'il n'y a pas de parties spéciales du cerveau uniquement destinées à telle ou telle autre impression ou perception, mais que ces impressions et ces perceptions s'établissent par des stimulans extérieurs particuliers correspondant uniquement à des impressions particulières.

OBSERVATION REMARQUABLE D'UN MANQUE DE SUBSTANCE A L'IRIS; par le docteur SCHOEN.

Une fille de cinq ans présente la difformité congénitale suivante de la pupille : au centre correspondant à la pupille naturelle, le fond de l'œil

---

tances pécuniaires de la profession, parmi lesquelles Leroy, ce fameux vendeur de purgatifs, n'est pas une des moins considérables.

Mais dans cette fougue d'amasser que manifesta Dupuytren, surtout pendant les dernières années de sa vie, que devenaient la science et le progrès? Bien moins jaloux d'inscrire son nom dans les fastes de l'art que dans le grand livre de la dette publique, il ne fit plus rien de remarquable. Sans doute, le grand chirurgien se voyait dans plus d'une occasion; ses belles leçons de clinique se continuaient, et on s'y pressait encore; mais si quelques-uns de ses élèves aussi instruits que laborieux, attachés à la gloire du maître, eussent négligé de les recueillir, il n'en resterait qu'un souvenir confus. Par lui-même, Dupuytren ne publia rien, sinon une assez chétive production, en 1832. C'est une lettre qu'il adressa à un banquier renommé, et dans laquelle ce docte chirurgien assure gravement que le choléra-morbus asiatique peut se guérir avec une simple décoction de tête de pavot. Certes pour arriver là, on doit croire que le sens médical, ordinairement si juste et si profond chez cet homme célèbre, avait singulièrement baissé. Cet effet provenait-il de sa continuelle préoccupation de s'enrichir, on l'ignore. Cependant par une sorte d'ironie de la fortune, ces richesses tant désirées ne furent pas pour lui un baume consolateur. Si Dupuytren tomba dans l'erreur commune que l'or est un talisman qui produit infailliblement le bonheur, l'expérience prouva que ce talisman fut pour lui sans vertu, mais qui dit passion dit illusion. Le bonheur est une affaire de caractère plutôt que de situation, bien que celle-ci puisse y contribuer. Or Dupuytren n'était pas organisé pour être heureux, peut-être ne le fut-il jamais.

Et cette espèce de dérision du destin dont il fut la victime devint aussi complète que possible : car doué d'une constitution forte, sa vie fut néanmoins assez courte. Qui a vu Dupuytren dans la plénitude de son existence a pu se faire l'image d'une force virile exubérante sous beaucoup de rapports. Le large développement d'un front hardi, la prestance d'un corps vigoureux, la finesse du regard, quelquefois profond, méditatif, comme chargé de pensées, la mobilité des traits, un langage doux, calme, impérieux, fascinant, toujours précis et logique, frappaient aussitôt l'observateur. La belle physionomie de Dupuytren avait le caractère de l'activité réfléchie et d'une haute puissance intellectuelle. Un siècle de vie et de santé paraissait réservé à une telle constitution, le sort en décida autrement. D'une part, une activité sans bornes, des travaux continuels; de l'autre, la douleur morale concentrée, et par cela même sans pitié, altérèrent ce corps robuste, si bon serviteur de l'ame et de l'esprit. D'assez bonne heure, Dupuytren acquit un embonpoint qui gêna ses mouvemens; sa physionomie perdit de sa vivacité, et l'on remarqua bientôt ce développement matériel de la face, signe presque certain de diminution intellectuelle; aussi ne tarda-t-il pas à être frappé quoique légèrement d'apoplexie. Dès lors on put suivre pas à pas le déclin de cet astre chirurgical. Dupuytren perdit de plus en plus; sa tête dépouillée et blanchie par les angoisses de l'ambition, son corps usé par des labeurs sans fin, par la lime du chagrin et de la contrariété; en un mot la décadence attristante d'un organisme autrefois si énergique, firent présager ce qui arriva bientôt. Peu de temps après son retour d'Italie, il fut atteint d'une maladie qu'il méconnut, lui dont le diagnostic était si pénétrant; les bains de mer qu'il prit, furent tout à fait contraires et un hydrothorax se déclara. Quoique lents les progrès de la maladie ne s'arrêtèrent pas, mais ce grand chirurgien supporta son mal avec calme et résignation. Son cœur devenu bienveil-

parut d'un beau noir, mais en-dehors de la ligne qui devrait représenter la petite circonférence de l'iris, cette membrane paraît découpée en deux endroits, en sorte que la pupille semblait irrégulièrement agrandie, mais inégalement noire; la place qui correspondait aux deux pertes de substance de l'iris était d'un noir moins intense que la véritable pupille, ce qui semblerait prouver que l'iris est formé de deux feuillets et que l'urée constitue une véritable membrane.

OBSERVATION D'UNE DILATATION IDIOPATHIQUE DE LA PUPILLE (mydriase) GUÉRI PAR LE SEIGLE ERGOTÉ; par le docteur KOCHANOWSKI.

La mydriase, le plus souvent symptomatique, suite d'une autre maladie, est très commune; il n'en est pas de même de la dilatation idiopathique où il existe un état paralytique de l'iris; cette dernière affection est ordinairement très rebelle; l'observation suivante en fournira une nouvelle preuve, et montrera aussi l'heureux emploi qu'on a fait du seigle ergoté.

OBS. — Madame W., institutrice, âgée de 30 et quelques années, souffrant depuis longtemps d'hémorroïdes et d'une menstruation irrégulière, eut, au mois de mai 1835, sans cause connue, une dilatation extraordinaire de la pupille droite, avec insensibilité complète à la plus forte lumière. L'œil gauche était à l'état normal; en lisant la malade se trouvait plus vite fatiguée qu'auparavant, avait une légère douleur et un sentiment de pesanteur au côté droit de la tête vers la profondeur de l'œil; au reste elle était bien portante. Dans la supposition d'un commencement d'amaurose, suite de suppression de l'écoulement hémorroïdal, on fit appliquer des sangsues à l'anus, et on donna à l'intérieur des poudres de tartarate de potasse avec de la rhubarbe. La malade se plaignait de pesanteur de tête; on plaça des sangsues derrière l'oreille, puis un vésicatoire; la dilatation de la pupille resta dans le même état. D'autres médecins appelés en consultation, prenant cette mydriase pour un symptôme de la présence d'un ténia, firent administrer à la malade de l'huile de térebenthine, de l'huile éthérée et de la poudre de fougère mâle, mais le tout sans succès. Enfin M Kochanowski, regardant cette affection comme purement idiopathique dépendant de la paralysie de la pupille, prescrivit la racine de valériane avec les fleurs d'arnica en poudre à l'intérieur, appliqua des irritans sur l'œil même et plaça un vésicatoire au-dessus des sourcils; plus tard, il donna l'extrait de pulsatille, et fit faire plusieurs frictions de cantharides dans le voisinage de l'œil; tous ces moyens restèrent absolument sans effet.

Dans cet état de choses, M. Kochanowski, partant de l'idée que l'extrait de belladone appliqué sur l'œil produit une dilatation de la pupille, que ce même moyen est employé contre les spasmes du col de l'utérus, et que par contre on fait usage du seigle ergoté pour produire des contractions de l'utérus, a pensé que ce dernier médicament pourrait être utile dans le cas présent. M. Kochanowski a été conduit en partie à l'emploi de ce médicament parce qu'il partage l'opinion des auteurs qui admettent que les contractions et les dilatations de la pupille dépendent de la contraction des fibres qui se trouvent à la surface antérieure et postérieure de l'iris et qui forment un muscle orbiculaire; ces fibres ont d'ailleurs le plus de ressemblance avec celles de l'utérus qui sont très distinctes lors de la grossesse.

Le 22e jour de la maladie, on prescrivit 12 grains de seigle ergoté à prendre en quatre fois. Déjà le lendemain, la pupille était moins dilatée, et un peu sensible à la lumière; l'amélioration était encore plus marquée lorsqu'on porta la dose à 15 grains. L'époque menstruelle étant survenue, on supprima l'emploi de ce moyen; mais bientôt la dilatation de la pupille devint de nouveau plus forte. Cette époque passée, on reprit le seigle ergoté à la dose de 18 grains en poudre, et plus tard d'un scrupule en décoction. Au bout de quelques jours la dilatation disparut complètement, les contractions de l'iris devinrent normales, et les deux yeux tout à fait égaux.

M. Kochanowski a revu sa malade en juillet 1836 et l'a trouvée encore parfaitement guérie.

II. HUFELAND'S JOURNAL DER PRATISCHEN HEILKUNDE, continué par OSANN.

Les cahiers de nov. et déc. 1837 et de janv., février, mars et avril 1838 contiennent : 1° *Sur les rapports qui existent entre les maladies contagieuses et épidémiques*; par le docteur Kreysig. Dans cet article, l'auteur cherche à prouver que le principe de ces différentes maladies se développe dans l'homme même, qu'il se propage d'individu à individu, et que dans certaines circonstances les modificateurs de la vie peuvent en devenir le véhicule. 2° *Esquisse sur le traitement du choléra*; par le docteur Burtz, de Berlin; 3° *Remarques sur l'action curative de la décoction de Zittmann*; par le docteur Schürmayer; 4° *Observation d'une fièvre intermittente erratique après le typhus*; par le docteur Rampold; 5° *Observations pratiques*, par le docteur Mehlhose : 1° *Névralgie utérine intermitente qui a cédé au sulfate de quinine*; 2° *Hémitrite de Celse*; 3° *Fièvre varioleuse sans éruption de variole*; 6° *Sur la constitution médicale de* 1835; par le docteur Rosch; 7° *Sur le choléra à Eger pendant* 1836; par le docteur Lautner (suite); 8° *Plusieurs cas de morts subites*; par le docteur Trusen; 9° *Observation d'une fièvre intermittente pernicieuse chez un enfant de trois ans*; par le docteur Horst; 10° *Sur le tritoxide de fer hydraté comme contrepoison de l'arsenic*; par le professeur Schultz; 11° *Efficacité du magnétisme animal chez une femme en couche*; par le docteur Borchardt; 12° *Sur la peste à Moscow pendant les années* 1770 *et* 1771; par le professeur Hecker; 13° *Sur l'emploi de la racine de grenadier contre le tenia*; par le docteur Rothenburg (article presque complètement historique, bon à consulter); 14° *Sur la dyssenterie qui a régné dans le cercle de Kemnah (Bavière) en* 1834; par le docteur Munzenthaler; 15° *Sur les conditions pathogéniques de l'épidémie du choléra pendant* 1827 *à Berlin*; par le docteur Wallmuller; 16° *Plusieurs articles sur des bains*; 17° *Sur le choléra qui a régné à Breslau en* 1837; par le docteur Ebers; 18° *Notes et extraits relatifs à l'histoire naturelle et à la médecine*; par le docteur Pitschaft; 19° *Extraits du journal intitulé la Peste et publié par le docteur Bulard*; 20° *Observations tirées de mon expérience*; par le docteur Toit (rien de saillant); 21° *Sur les causes qui enraient ou accélèrent l'élimination des vésicules du sang usées et impropres à la vie*; par le professeur Schultz; 22° *La théorie de Sydenham comme cause de désaccord dans la doctrine sur la goutte*; par le docteur Heidler; 23° *Guérison d'un abcès du psoas*; par le docteur Ideler Jun; 24° *Sur l'angine parotide qui a été observée pendant l'été* 1837 *à Hall*; par le docteur Zeitzen; 25° *Variétés*.

SUR LES CAUSES QUI ENRAIENT OU ACCÉLÈRENT L'ÉLIMINATION DES VÉSICULES DU SANG USÉES ET IMPROPRES A LA VIE; par le professeur SCHULTZ.

Nos lecteurs connaissent déjà la théorie singulière de M. Schultz sur la circulation du sang et sur la composition de ce fluide. Ils se rappelleront sans doute que le professeur de Berlin admet dans la crasse du sang des bulles ou vésicules membraneuses formées d'une enveloppe corticale so-

---

lant et doux sut pardonner comme il espéra qu'on lui pardonnerait. Jusqu'au dernier moment, il conserva le plein exercice de son intelligence, et selon la judicieuse remarque du professeur Bouillaud : « Bien que trois fois sillonné par la foudre apoplectique, son robuste et vaste cerveau a vraiment été *l'ultimum moriens*. » Il succomba le 8 février 1835, à l'âge de 58 ans. Les phrénologistes découvrirent, dit-on, à l'inspection de son crâne, l'organe de la *destructivité*, organe qui l'aurait porté à se faire chirurgien, afin de voir couler le sang plus souvent; c'est aussi là l'instinct du tigre. Il serait difficile de ravaler à un tel degré la chirurgie, cet art si noble, si éminemment conservateur. Dupuytren devint chirurgien parce qu'il était fait pour l'être, parce que son génie le poussait à de hautes conceptions. Sans doute il eut des torts, des erreurs, des passions; toujours inquiet du succès qu'il avait ou du succès qu'il attendait, il ne sut ni s'arrêter ni se borner; avec trop de fierté, trop de dédain, il ne sut s'accommoder ni avec la vie telle qu'elle est, ni avec les hommes tels qu'ils sont; sa carrière n'a pas été tout ce qu'elle devait être; mais si son nom ne se trouve pas *dans le plus pur froment des mérites de l'humanité*, avouons que quoique réputé heureux, il a souvent porté une lourde et douloureuse croix. L'adversité qui marche derrière toute félicité humaine, comme l'ombre derrière la lumière, lui fut-elle donc épargnée? La voix des *insulteurs* de son triomphe ne s'est-elle pas fait entendre assez longtemps? L'envie à qui tout est proie et pâture ne l'a-t-elle pas blessé de ses traits les plus envenimés? Après tout néanmoins quand la tombe est scellée, on peut dire hautement que Dupuytren fut un grand et incomparable chirurgien, que son génie est une de nos gloires nationales, que son testament, qu'on ne peut comparer cependant à celui de la Peyronie, vrai chef-d'œuvre de munificence et de bonté, honorera longtemps sa mémoire et son nom. Oui, la vie de cet illustre chirurgien bien écrite et bien comprise est peut-être la plus haute leçon de philosophie pratique qu'on puisse donner aux hommes de sa profession, ils y puiseront de grands et salutaires avertissemens.

R. P.

— DE LA MIGRAINE, par M. PINET, avocat à la cour royale de Paris. 1 vol. in-18. Prix : 1 fr. 50 et 2 fr. franc de port par la poste. Paris, Bechet jeune, libraire de la Faculté de médecine, place de l'école de médecine, 4.

— NOUVEAUX ÉLEMENS D'HYGIÈNE; par CH. LONDE, membre de l'Académie de médecine, etc. Deuxième édition, entièrement refondue. 2 vol. in-8°. Prix : 12 fr.

— MANUEL DES EAUX MINÉRALES DU MONT-D'OR; par F.-V. MÉRAT, membre de l'Académie de médecine. 1 vol. in-8°. Prix : 1 fr. 25 c.

Ces deux ouvrages se trouvent, à Paris, chez J.-B. Baillière, libraire, rue de l'École-de-Médecine, n° 17.

lide et d'un noyau central fluide et qui sont suspendues dans un liquide séreux au moyen d'une substance particulière que l'auteur nomme *plasma* ou élément plastique. Ces corpuscules ou vésicules sont vivans et présentent des différences entre eux, selon leur âge et selon le séjour qu'ils font dans l'économie animale. M. Schultz prétend avoir reconnu cette différence à l'aide de recherches microscopiques, et il lui suffit de regarder une certaine quantité de sang, pour savoir s'il est riche en vésicules jeunes et propres à la nutrition, ou s'il renferme au contraire beaucoup de vésicules usées et destinées à être éliminées du corps. Dans un ouvrage qu'il a publié sous le nom de *Nouveau système de la circulation*, il indique les caractères physiques propres à chaque espèce de vésicule. Quant aux propriétés vitales de ces petits corps, il dit que les plus jeunes étant spécifiquement plus légers et renfermant moins de matière colorante circulent plus vite, et que les vieux étant plus lourds s'encombrent et se déposent plus facilement surtout dans certains appareils circulatoires, comme le système de la veine-porte, par exemple, qui aboutit au foie, organe destiné à éliminer du corps les vésicules usées.

Dans le mémoire que nous avons sous les yeux, l'auteur examine les circonstances de la vie qui peuvent favoriser au contraire cette action éliminatrice du foie; c'est un fait prouvé, dit-il, que les dissolutions salines ne se chargent pas facilement de la matière colorante du sang, ce qui avait fait penser à Hewson que cette matière était insoluble dans la partie saline du sérum du sang; mais cette particularité ne provient pas de l'insolubilité absolue de la matière colorante dans les menstrues salines; elle tient à ce que le sel crispe l'enveloppe corticale des vésicules sanguines et empêche la matière colorante de s'échapper et de colorer le liquide salé qui la dissoudrait facilement si elle était isolée.

Plus les vésicules sont jeunes, plus elles manifestent de ténacité pour retenir la matière colorante; à mesure qu'elles vieillissent, elles perdent cette propriété; elles la perdent encore si elles nagent dans une trop grande quantité de liquide aqueux; elles la conservent au contraire et la possèdent à un plus haut degré si elles plongent dans un liquide salé. De là, deux circonstances dans lesquelles ces corpuscules peuvent se trouver; ou bien ils circulent dans un sérum trop salin qui rend leur enveloppe plus tenace, ou bien ils baignent dans un sérum aqueux qui les décolore avec facilité, et ne laisse voir à l'observateur que la portion incolore sous forme de couenne et de plasma.

M. Schultz a fait des expériences avec du sang reçu dans des vases vides, et d'autres contenant de l'eau en diverse proportion, et il a vérifié que les vésicules se décoloraient d'autant plus qu'elles nageaient dans une plus grande quantité d'eau. Il en a conclu que les causes qui accumuleraient les principes salins dans l'économie devaient donner plus de cohésion aux vésicules sanguines, et que celles qui faisaient surabonder la quantité d'eau devaient diminuer cette même cohésion, et par conséquent hâter la dissolution des vésicules et leur élimination hors de l'économie.

Lors donc que les sécrétions urinaire et cutanée sont diminuées, empêchées ou répercutées, il reste trop de sel dans le torrent de la circulation et les vésicules du sang vieillissent moins vite; elles laissent moins facilement échapper la matière colorante; leur nombre s'augmente; elles encombrent facilement les canaux vasculaires, et de là engorgement, surtout du système de la veine-porte.

Dans les cas au contraire où les individus boivent trop, absorbent trop de liquides, sont soumis aux effluves marécageux, alors la masse d'eau augmente dans le sang; les vésicules vivent plus vite, si l'on peut parler ainsi; elles perdent trop tôt la matière colorante et s'échappent avant le temps de l'économie, et alors le système circulatoire s'appauvrit, ce qui arrive dans la chlorose, l'ictère et autres maladies semblables. Ce que la théorie avait indiqué à M. Schultz, il l'a cherché à constater par l'expérience; il a fait nourrir des animaux d'alimens divers, afin d'accumuler chez les uns les principes salins et d'augmenter chez les autres la masse d'eau. Il n'a pas manqué d'obtenir les résultats auxquels il s'était attendu. On conçoit facilement quelles devront être les conséquences pratiques qui découleront de la manière de voir de M. Schultz et comment il expliquera le mode d'action du sel et de l'eau. Des maladies sporadiques, des épidémies ou des épizooties pourront naître de l'excès de l'un ou de l'autre de ces deux agens, et les moyens thérapeutiques devront être choisis en conséquence.

REMARQUES SUR L'ACTION CURATIVE DE LA DÉCOCTION DE ZITTMANN, par le docteur SCHURMAYER.

La décoction, ou pour mieux dire la méthode de Zittmann, si bizarre dans sa composition, et d'un effet presque merveilleux dans la syphilis invétérée, vient de trouver une application plus étendue par M. Schürmayer, qui l'a employée dans les maladies suivantes.

AFFECTIONS DÉPENDANT D'UNE DYSCRASIE ARTHRITIQUE.

OBS. I.—INFLAMMATION DE L'ŒIL : Un homme, âgé de 50 et quelques années, autrefois fort mangeur et buveur, eut dans sa jeunesse une éruption cutanée, probablement de nature scrofuleuse, la gale à l'âge de puberté, et, à plusieurs reprises, des attaques de goutte vers l'automne : il était débarrassé de celles ci depuis quatre ans; mais depuis le même temps il souffrait d'une ophthalmie qui le gênait dans ses occupations. Des traitemens rationnels, qui furent successivement employés n'eurent qu'un succès momentané. Lorsque M. S. vit le malade pour la première fois, les yeux étaient très enflammés, la photophobie grande et les douleurs insupportables. (Sangsues, vésicatoires à la nuque, et purgatif.) Légère diminution des douleurs et de la photophobie, état inflammatoire au même état. On eut recours à la décoction de Zittmann; le malade, après avoir bu 24 bouteilles, ne se trouvant pas mieux, fut mis à une diète consistant dans un régime lacté, des bouillons faibles, et un quart de livre de veau rôti. Le malade étant couché avait de fortes transpirations, la sécrétion urinaire était copieuse et les selles nombreuses; son état s'était amélioré au bout de huit jours; et déjà, au bout de trois semaines, il était complètement guéri.

Le médecin, en revoyant son malade cinq années après, a appris avec grande satisfaction que la guérison s'était constamment soutenue; le malade, toujours bien portant, a suivi une diète sévère.

OBS. II.—Mme B., âgée de 40 ans, était affectée depuis de longues années de douleurs arthritiques, suite de plusieurs refroidissemens, et probablement aussi d'une disposition héréditaire. Cet état avait été précédé d'une menstruation irrégulière et de crampes d'estomac. Depuis deux ans la malade souffrait d'une ophthalmie arthritique, tantôt plus, tantôt moins intense. L'œil gauche était plus affecté que l'œil droit. La décoction de Zittmann, qui fut employée avec un plein succès, fut suivie pendant plusieurs semaines d'une forte transpiration, à laquelle succéda une éruption miliaire qui disparut spontanément.

OBS. III. — ANGINE : M. B., âgé de 36 ans, de constitution faible, avait été affecté de la gale à l'âge de puberté, au reste toujours bien portant jusqu'à l'âge de 30 ans, où il fut pris de différentes affections de nature évidemment arthritique. Dans les deux dernières années, il souffrait souvent d'angine, qui revenait au moindre vent rude et froid dont le malade était frappé; en outre, il était très disposé à la transpiration. La décoction de Zittmann, à laquelle il fut soumis, fit passer l'angine, ainsi que toutes les autres affections arthritiques antérieures.

OBS. IV. — PÉRICARDITE CHRONIQUE : Un homme, âgé de 48 ans, autrefois souffrant d'affections arthritiques, dont il fut débarrassé par des bains, tomba dans l'état suivant : toux sèche, sentiment de douleur obtuse dans la région précordiale, de pesanteur et de plénitude dans toute la poitrine, battemens de cœur forts et souvent irréguliers; de temps en temps des douleurs passagères, déchirantes, traversant la poitrine, en partant de la région du cœur. Contre cet état, qui s'était empiré dans les dernières quatre semaines, on employa à plusieurs reprises des saignées, des sels neutres, et, plus tard, la digitale avec le calomel, et on appliqua un vésicatoire sur la région précordiale. La digitale seule produisit un soulagement passager. Dans la vue d'une inflammation chronique arthritique, on eut recours à la décoction de Zittmann, accompagnée d'une diète sévère. Pendant les trois premiers jours, les symptômes s'exaspérèrent évidemment, le traitement fut suspendu pendant deux autres; mais comme au troisième il se déclara une forte transpiration accompagnée d'une sécrétion d'urine abondante qui soulagea le malade, on reprit le traitement; la transpiration devint toujours plus copieuse, les selles plus liquides, et l'urine déposait un sédiment épais brunâtre. La décoction de Zittmann, répétée deux fois, fut suivie, au bout de cinq semaines, d'un mieux-être très marqué. Tous les phénomènes indiqués ci-dessus cessèrent. La peau resta toujours moite, l'urine était tout à fait claire. Trois mois après le malade pouvait être regardé comme complètement guéri.

OBS. V. — DYSURIE : Un homme arthritique, âgé de 50 et quelques années, souffrant d'une dysurie qui avait résisté à tous les moyens, fut soumis à la décoction de Zittmann; celle-ci, quoique imparfaitement employée, améliora l'état du malade plus que tous les médicamens employés jusqu'alors, mais sans le guérir complètement.

OBS. VI.—GONARTHROCACE : La décoction de Zittmann, employée dans cinq cas, resta sans succès sur trois individus âgés de plus de 50 ans, depuis long-temps malades, et où les extrémités osseuses étaient déjà sensiblement atteintes. Une femme de 36 ans et un homme de 40 ans, atteints d'un fort gonflement du genou avec plusieurs fistules qui donnaient issue à du pus avec des flocons caséeux furent guéris. Des phénomènes arthritiques avaient précédé depuis plusieurs années la maladie locale.

OBS. VII.—PANARIS : Une fille de 20 et quelques années, atteinte à deux reprises différentes d'une arthritis générale, accompagnée en dernier lieu d'une raideur des extrémités, eut, dans l'espace de deux ans, cinq panaris, dont le dernier avait son siége au doigt indicateur. Probablement, à la suite d'un mauvais traitement, il se développa une carie, avec un fort gonflement de la seconde phalange. Sous l'influence de la myrrhe, de la ciguë, de l'hydriodate de potasse en bains locaux, de l'assa fœtida, des antiarthritiques, etc.; le mal ne fit qu'augmenter. Avant de se décider à l'amputation du doigt, on eut recours à la décoction de Zittmann; bientôt l'aspect de l'ulcère s'améliora, la sécrétion purulente devint meilleure, quelques petits morceaux d'os furent expulsés, et, au bout de dix semaines, la malade était complètement guérie.

OBS. VIII. — APHONIE CHRONIQUE : Un homme, âgé de 42 ans, toujours bien portant, sauf quelques affections arthritiques, fut pris subitement en travaillant aux champs d'une aphonie, accompagnée d'une douleur continuelle, très forte,

au larynx. Une toux sèche, sifflante s'y joignit. Ce ne fut qu'au bout de plusieurs mois que le malade eut recours à un médecin qui employa sans le moindre succès du sel ammoniac, de l'extrait d'aconit, des antimoniaux, des vésicatoires, etc. Les symptômes, sauf une toux moins sèche, avaient déjà duré dix-huit mois, lorsqu'on consulta M. Schürmayer; celui-ci employa la décoction de Zittmann, qui guérit complètement le malade, encore cette fois il se déclara une forte transpiration qui dura pendant plusieurs semaines.

SCROFULES. — Entre plusieurs cas de scrofules, où l'auteur dit avoir employé cette méthode avec un succès étonnant, il ne donne que l'observation suivante :

OBS. IX. — P., enfant naturel, âgé de 12 ans, scrofuleux dès sa naissance, d'une mère de mauvaise vie, était dans l'état suivant : glandes fortement engorgées et plusieurs cicatrices difformes, suite d'anciennes ulcérations, à plusieurs endroits du corps; ulcères à bords flasques, boursoufflés, aux bras, aux pieds, au cou et au dos; extrémités des os des pieds, des doigts et des bras boursoufflées; plusieurs ulcères fistuleux au pied droit, par où on pouvait arriver jusqu'aux os. Toux chronique avec expectoration muqueuse; amaigrissement considérable, faiblesse et fièvre hectique.

Depuis plusieurs années, P. avait été traité par différens médecins, qui avaient employé les moyens antiscrofuleux sous toutes les formes. M. Schürmayer commença à relever les forces au moyen d'une alimentation convenable, à laquelle il joignit l'extrait de quinquina. Au bout de quelque temps, il fit prendre journellement une demi-bouteille de la décoction forte et autant de la faible. Le traitement, accompagné et suivi d'une nourriture animale, fut couronné d'un plein succès. Le malade, au grand étonnement de tous ceux qui le connaissaient, s'est complètement rétabli.

L'auteur se loue encore de cette méthode dans des cas d'*ulcères atoniques des pieds*, où il existe souvent une *dyscrasie psorique*, dans ceux d'*éruptions dartreuses*, dans quelques *caries* dépendant d'une dyscrasie arthritique, rhumatismale ou scrofuleuse.

SUR LE TRITOXIDE DE FER HYDRATÉ COMME CONTREPOISON DE L'ARSENIC; par le professeur C. H. SCHULTZ, de Berlin.

En se fondant sur ses expériences, l'auteur pose en fait que les lapins et les cochons d'Inde, auxquels il a administré un ou deux grains d'arsenic et peu après une quantité convenable de peroxide de fer hydraté, périssent avec les symptômes d'empoisonnement au bout de six heures à peu près; que les chiens, auxquels on donne de l'arsenic (4 à 5 grains), puis du peroxide de fer, ne périssent pas, mais il leur survient de nombreux vomissemens et des déjections alvines copieuses; toutefois les mêmes symptômes s'observent aussi sur les chiens auxquels on a administré de l'arsenic (4 à 5 grains), sans peroxide de fer, et ils ne crèvent pas, quoiqu'on leur ait donné l'antidote. Dans un cas même où l'auteur a empêché le chien de vomir en lui étreignant l'œsophage, l'évacuation du poison s'est faite par des selles. De ces faits, l'auteur conclut que les animaux dans l'estomac desquels les alimens séjournent plus longtemps que dans d'antres, les herbivores, par exemple, sont plus facilement empoisonnés que ceux dont l'estomac et le canal digestif en général sont plus petits. Chez les lapins les matières contenues dans l'estomac y subissent un mouvement de rotation qui les met en contact prolongé avec les parois de cet organe. Chez les chiens, dont le cardia est moins ample, les mouvemens péristaltiques et antipéristaltiques tendent à faire remonter les contenta vers l'œsophage et à opérer les vomissemens, on à les repousser vers les parties inférieures à travers le pylore. Le cœcum des carnivores étant moins volumineux que celui des herbivores, les substances vénéneuses doivent y séjourner moins longtemps, et enfin la disposition du rectum est encore à l'avantage des carnivores pour l'expulsion du poison par les selles. Les chevaux, quoique herbivores, supportent une grande quantité d'arsenic; mais ici le poison se trouve, d'un côté, comme perdu dans la grande masse de matière alimentaire; d'un autre côté, l'épithélium est si dur et les appendices cornés sont si nombreux qu'ils protègent la muqueuse contre l'action de l'agent délétère.

Dans un autre travail (GAZ. MÉD., p. 309 et 518, 1835), le savant professeur de Berlin a fait voir qu'il y a des différences très marquées dans le canal digestif de l'homme, selon qu'il se rapproche davantage tantôt du petit canal alimentaire des carnivores, tantôt du tube digestif spacieux des herbivores; plus cependant l'aptitude aux vomissemens, auxquels les herbivores ne sont pas sujets. Cette différence dans le canal alimentaire de l'homme, et même la disposition aux vomissemens, varient selon les âges, selon les idiosyncrasies, selon les mœurs et même selon les pays. Un poison doit donc agir avec d'autant plus d'énergie sur un individu que celui-ci a un tube digestif qui se prête davantage au long séjour de l'agent vénéneux, et celui-ci agira d'autant plus vite qu'il sera plus soluble. Si nous examinons maintenant, sous le rapport chimique, l'action du peroxide de fer hydraté sur l'oxide d'arsenic, il n'y a pas de doute que celui-ci ne soit transformé en arsenite de fer très peu soluble. Reste à savoir maintenant jusqu'à quel point le séjour de ce dernier sel dans le canal digestif est inoffensif et encore jusqu'à quel point la rapidité avec laquelle la sécrétion des deux sels s'effectue dans l'estomac, où l'intervention des différentes humeurs animales peuvent modifier l'action chimique, qui est très simple dans les vases du chimiste. Peut-être que le peroxide de fer, administré dans les cas d'empoisonnement par l'arsenic, se borne seulement à rendre l'action de ce dernier plus lente, à peu près comme le blanc d'œuf, qui convertit le sublimé en sel moins soluble, mais qui exige ensuite une évacuation, soit par en haut, soit par en bas.

M. Schultz prouve donc qu'il ne faut pas regarder aveuglément le peroxide de fer comme un antidote infaillible, mais qu'il s'agit de réduire son efficacité à sa juste valeur, et, quant à lui, il y voit un moyen propre à temporiser l'action du poison, qui, plus tard, doit être expulsé.

III. WOCHENSCHRIFT FUR DIE GESAMMTE HEILKUNDE; par CASPER.

OPÉRATION CÉSARIENNE, SUIVIE DE SUCCÈS; par le docteur WIEFEL.

OBS. — Une petite femme, âgée de 27 ans, était déjà en travail depuis cinq jours, lorsqu'on s'assura de l'impossibilité d'un accouchement normal, en constatant qu'il y avait moins de deux pouces de diamètre sacropubien, et que le bassin était considérablement aplati d'arrière en avant. On se décida pour l'opération césarienne, et celle-ci fut faite d'après la méthode ordinaire, en suivant le côté gauche de la ligne blanche, car on avait reconnu que le placenta était inséré à droite. Il ne survint point d'accident pendant l'opération; l'enfant fut retiré vivant, mais il mourut au bout d'une demi-heure. Le placenta fut retiré immédiatement après l'enfant, et on rapprocha les bords de la plaie de l'utérus à l'aide d'un point de suture dont on laissa pendre un des chefs au-dehors à travers la plaie des tégumens abdominaux, et ceux-ci furent aussi réunis au moyen de cinq points de suture. Rien de particulier ne se manifesta à la suite de cette opération. Les lochies coulèrent dès le premier jour par les voies naturelles, et la plaie présenta de suite un bon aspect. Comme au quatorzième jour l'anse de fil qui était passée par les parois de l'utérus n'était pas encore tombée, l'opérateur se décida à la couper en pénétrant au fond de la plaie avec un bistouri boutonné de Pott conduit sur une sonde percée d'un œillet, susceptible de suivre l'anse de fil comme un serre-nœud. Au moins de vingt deux jours, la plaie était cicatrisée et la femme put se promener sans difficulté.

Les cas où l'opération césarienne a réussi sont aujourd'hui très nombreux, mais ils ne méritent pas moins d'être enregistrés dans les annales de la science. Le mode de pansement que M. Wiefel a suivi offre une particularité en ce qu'il a jeté une anse de suture sur les parois mêmes de l'utérus.

SUR L'ACTION CURATIVE DES FEUILLES DE TABAC; par le docteur FISCHER.

D'après les expériences de l'auteur, le tabac paraît diminuer et abréger les accès de la coqueluche. — Sur deux individus affectés d'épilepsie, où l'on a employé le médicament, il a réussi dans deux cas où la maladie avait été la suite de la masturbation. Les accès qui survinrent presque journellement devinrent plus faibles et plus rares; les pertes séminales ainsi que le penchant à la masturbation se perdirent.

Ce narcotique était surtout très efficace dans les pertes séminales involontaires et même diurnes; l'auteur a étendu son usage aux paralysies et à d'autres affections purement nerveuses. Nous rapportons en abrégé quelques observations choisies entre cinq antres, d'où sortira tout ce qu'on peut attendre de ce narcotique employé avec discernement et prudence.

OBS. I. — Un homme, âgé de 63 ans, de constitution toujours forte, adonné aux liqueurs alcooliques, tomba peu à peu dans un état de stupidité; une paralysie du pied et du bras gauche se déclara; à cette dernière se joignit bientôt celle de la vessie; dans cet état, on appela un médecin qui parvint, au moyen d'un traitement rationnel, à faire disparaître presque entièrement la paralysie de la jambe; mais bientôt après de nouveaux excès de boissons, il eut une forte attaque d'apoplexie qui eut pour suite une paralysie de la langue, du bras gauche et du pied. Quelques heures plus tard, la peau devint froide, la faiblesse grande, la respiration stertoreuse, l'exrétion de l'urine abondante et involontaire, les facultés intellectuelles pas complètement abolies. (Thé d'arnica; large vésicatoire sur la poitrine, sinapismes à la partie interne des cuisses, lotions et lavemens excitans.)

Le lendemain, amélioration sensible. Après l'emploi de l'arnica, de la serpentaire de Virginie, de l'éther sulfurique et de sinapismes aux membres paralysés, et enfin d'un peu de rhum et de frictions fortement stimulantes, le malade parvint à faire quelques mouvemens avec le pied, mais les facultés intellectuelles dans un état voisin de la stupidité et la paralysie de la vessie restèrent au même point.

Dans la huitième semaine de cette dernière attaque et à peu près deux ans depuis le commencement de la maladie, on prescrivit :

Prenez : Racine d'Angélique .... 3 gros,
— de réglisse .... 1/2 once.
Feuilles de tabac .... 1 gros.
Eau bouillante Q S pour une infusion de 8 onces,
à prendre une cuillerée toutes les heures 1/2.

Au bout de huit jours, pendant lesquels on augmenta la dose du tabac d'un scrupule, l'état du malade s'améliora au point qu'il parvint bientôt à uriner volontairement; ses facultés intellectuelles, surtout la mémoire qui avait extrêmement souffert, devinrent plus libres; outre les mouvemens du pied, ceux du bras devinrent très sensibles. A cause d'une constipation opiniâtre, on prescrivit des pilules de tabac avec de la rhubarbe. (4 gr. de tabac à prendre trois à quatre fois par jour.)

Le malade urinant facilement, marchant sans guide, et voyant que les selles se régularisaient à la suite de mouvemens prolongés, abandonne tout traitement.

Obs. II. — Un jeune homme de 27 ans, très bien conformé, de tempérament sanguin, se livrant outre mesure au culte de Vénus et de Bacchus, était si épuisé et énervé qu'il eut des pertes séminales involontaires et tomba dans l'hypocondrie avec penchant au suicide; sa maigreur était extrême, sa figure grippée, sa vue affaiblie, sa mémoire ruinée et ses digestions dérangées; les parties génitales flasques, les testicules petits et légers. Pouls petit et vide, peau sèche et ridée, yeux ternes et paupières boursouflées; appétit vorace, mais digestion difficile, accompagnée souvent de vomissemens, constipation, sécrétion de l'urine naturelle, mais à jet très mince; sommeil long, fatigant à cause de fréquentes pollutions qui sont quelquefois diurnes. Si l'on en excepte quelques blennorrhagies, le malade n'a jamais eu d'autres affections vénériennes. Le cathétérisme qui fut pratiqué ne fit découvrir rien d'anormal. Une diète lactée que le malade a suivie depuis six mois n'a fait que l'affaiblir. Par l'emploi du lichen d'Irlande, uni à l'extrait de quinquina, de la racine de Colombo, de bons bouillons, de poudre de feuilles de tabac, un gros, quatre fois par jour, et plus tard, deux gros avec huile essentielle de menthe ou de calomas, puis en soumettant le malade à une surveillance continuelle, les pertes séminales cessèrent; le moral et le physique abattus se remontèrent; la progression devint plus facile, et au bout d'un mois, le malade put marcher sans soutien. La maigreur était toujours extrême; d'après l'observation de l'auteur, elle persiste toujours plus longtemps que celle qui est produite par toute autre maladie. Pour hâter la convalescence, on fit faire des frictions spiritueuses le long de la colonne vertébrale; bientôt le malade gagna de l'embonpoint et devint de nouveau gai.

Quoique M. Fischer ait employé plusieurs moyens très énergiques à côté du tabac, que le malade a très bien supporté, il est disposé à adjuger à ce dernier médicament la plus grande part dans cette guérison.

Obs. III. — E. H., âgée de 9 ans, fut atteinte de la varioloïde qui marcha très régulièrement; la desquammation était au complet lorsque l'enfant eut, sans cause connue, une forte fièvre, une soif ardente, de la céphalalgie, des douleurs au dos, un sommeil agité, du délire vers le soir et pendant la nuit; son décubitus était dorsal, et il existait de la constipation (acide hydrochlorique avec jus de framboise dans la boisson, électuaire de séné, sinapismes aux mollets); la fièvre diminua, le délire, la céphalalgie et les douleurs au dos disparurent, l'appétit était bon; mais l'enfant en voulant se lever pour aller à la garderobe ne pouvait marcher sans soutien; en palpant la colonne vertébrale, l'enfant manifestait des douleurs lorsqu'on arrivait aux vertèbres lombaires supérieures. Pouls un peu développé mais mou, urine trouble et formant un sédiment, peau molle et humide, desquammation cependant achevée, légère constipation, langue couverte d'un léger enduit blanchâtre, au reste nette (sangsues à l'endroit douloureux; quatre fois par jour un gr. de calomel avec demi gr. de camphre, légère infusion d'arnica); il survient des sueurs d'une très mauvaise odeur, l'urine déposait toujours un sédiment, les selles deviennent plus régulières, l'enfant était sans fièvre et gaie, mais ne pouvait pas cracher (frictions mercurielles sur la colonne vertébrale, large vésicatoire sur le sacrum qui fut entretenu pendant huit jours; plus tard des bains, une infusion d'arnica et de thé de tresique); transpiration toujours forte, urine épaisse et trouble; l'enfant qui se sentait plus forte commençait à marcher au moyen d'un appui, mais elle traînait plutôt les pieds qu'elle ne les soulevait; en promenant une éponge imbibée d'eau chaude le long de la colonne vertébrale, l'enfant ne manifestait aucune douleur. L'auteur crut le moment venu pour essayer le tabac comme moyen anti-paralytique; il prescrivit sans aucun autre médicament une infusion d'un scrupule de tabac avec la racine de polypode et du sucre sur une colature de six onces à prendre toutes les deux heures une demi-cuillerée. Au commencement le tabac produisit des coliques et quelques selles liquides; mais comme au bout de quelques jours il survint des vomissemens, on y associa la racine de calomas et du sirop d'écorces d'oranger; cette potion fut très bien supportée. Encore dans ce cas la sécrétion de l'urine était abondante; l'action du tabac sur le système nerveux locomotif était frappante; l'enfant en général très paresseux montait les escaliers en éloignant tout appui qu'on voulait lui prêter. Au bout de quatre semaines de l'emploi du tabac, l'état de l'enfant s'était amélioré au point qu'on ne lui donna que de l'éther acétique contenant du fer pour le fortifier.

ILÉUS GUÉRI PAR L'EAU FROIDE; par le docteur LUCAS.

Obs. — Un jeune homme, d'une diathèse scrofuleuse, eut à la suite d'une indigestion de la constipation avec de fortes douleurs spasmodiques passagères dans le bas-ventre, contre lesquelles on employa, sans effet, pendant cinq jours, une foule de médicamens. Le malade avait une soif inextinguible, les extrémités froides et des vomissemens de matière fécale. Dans cet état, on appliqua des fomentations froides sur le bas-ventre, qu'on renouvela toutes les heures, puis on donna de l'eau froide en boisson et en lavemens réitérés toutes les trois heures. Au bout de dix heures de ce traitement, les vomissemens cessèrent, le malade eut des selles fétides et l'amélioration avança d'heure en heure.

SPASMES SUITE DE LA PRÉSENCE D'UN MYRIAPODE DANS LA NARINE; par le docteur ANDRAC.

Obs. I. — Un garçon de 13 ans, affecté, il y a deux ans, de la danse de St-Guy, tomba malade en mars 1835 d'une fièvre nerveuse, sa marche était régulière, lorsque, le neuvième jour, il fut pris de spasmes des membres et souvent des muscles de la face, avec perte complète de connaissance; ces accès, se répétant journellement deux à quatre fois, durèrent d'un quart à une demi-heure. Les convulsions, qui commencèrent ordinairement par le pied et montèrent jusqu'à la tête, étaient plus fortes à droite qu'à gauche; dans ces accès, le malade était complètement insensible, il n'avait pas d'écume à la bouche; la respiration et la température de la peau étaient à l'état normal; les irritans de la peau, les vermifuges, les antispasmodiques restèrent sans effet, lorsque le vingt-troisième jour il eut, après un des accès, des envies d'éternuer, et retira enfin, avec beaucoup de peine, de la narine droite, un myriapode vivant. A l'instant même, les accès cessèrent, la fièvre diminua, et le malade, sans prendre aucun médicament, put quitter le lit au bout de quinze jours.

IV. ZEITSCHRIFT FÜR DIE GESAMMTE MEDICIN, publié par FRICKE et OPPENHEIM.

Les cahiers de juin et de juillet contiennent les notices et travaux originaux suivans : 1° *Sur l'extirpation d'excroissances polypeuses molles, situées sur la cavité utérine*, par le professeur Osiander (rien de saillant); 2° *Sur l'épisiorrhaphie*, par le docteur Fricke; 3° *Recherches anatomico-physiologiques sur les condylomes muqueux*, par le docteur Dubigk; 4° *Esquisse de la littérature médicale allemande pendant l'année* 1837, par le docteur Nathan; 5° *Guérison prompte et complète d'une plaie passant à travers la poitrine et la partie postérieure de l'abdomen*, par le docteur Grähl.

SUR L'ÉPISIORRHAPHIE; par le docteur FRICKE.

Obs. I. — K. M., âgée de 43 ans, entra à l'hôpital le 8 mars 1837; quinze mois auparavant elle avait subi l'épisiorrhaphie; devenue enceinte, elle accoucha huit semaines avant sa seconde entrée à l'hôpital; l'accoucheur, qui ignora probablement l'observation rapportée par le docteur Plath (Gaz. Méd., p. 13, 1837), divisa complètement avec l'instrument tranchant le pont qui réunissait les deux grandes lèvres; un prolapsus de l'utérus en fut la suite. Une nouvelle opération, aussi facile que la première, remédia complètement à ce nouvel inconvénient, dont la femme demandait avec instance d'être débarrassée.

Obs. II. — J. H., âgée de 41 ans, ouvrière, de constitution robuste, entra à l'hôpital le 6 juillet 1837, six ans après un accouchement fait à l'aide du forceps, où elle eut le périnée déchiré; de ce moment date, d'après le dire de la malade, une chute de l'utérus et du vagin, formant entre les cuisses une tumeur du volume de la tête d'un enfant. On éprouva quelques difficultés à faire la réduction de ces organes; elle réussit pourtant. Après un traitement convenable de huit jours, la menstruation, qui avait cessé depuis plusieurs années se rétablit de nouveau; mais la malade, en se levant, fut de nouveau menacée de la chute.

Le 22 août, on entreprit l'épisiorrhaphie. Les grandes lèvres s'étaient allongées vers l'anus; cependant elles avaient encore assez de largeur pour pouvoir en enlever d'assez grands lambeaux de peau. Instruit par l'expérience que, lors même que la réunion ne se ferait pas complètement jusqu'à l'anus et qu'il ne restait qu'un pont dans la partie moyenne, le prolapsus était suffisamment empêché; on se décida cette fois à ne pas tenter la réunion de toute la fente et à conserver en arrière une ouverture assez grande pour pouvoir y engager le doigt. Quatorze sutures furent appliquées. On avait d'abord essayé la suture encheville, indiquée par Koch, mais on fut obligé de se contenter de la suture en anse, que l'opérateur avait toujours employée jusqu'alors. On fit toutes les heures des injections d'eau froide à travers l'ouverture dont nous venons de parler; une sonde fut placée dans la vessie; la malade, couchée sur le côté, avait les genoux rapprochés par une bande. La guérison fut si rapide qu'au bout de quinze jours la malade était presque complètement guérie, sauf une toute petite ouverture, qui, touchée avec la pierre infernale, se ferma presque complètement. L'utérus est parfaitement maintenu.

Du résultat de cette dernière observation, M. Fricke a été conduit à ne pas tenter la réunion des côtés de la vulve jusqu'à l'anus, et les avantages qu'il y trouve sont les suivans :

1° L'opération est plus prompte et moins douloureuse, parce que les piqûres des aiguilles près de l'anus font éprouver toujours de fortes douleurs, à cause de la sensibilité de ces parties.

2° A travers l'ouverture qu'on ménage, il est plus facile d'appliquer des moyens antiphlogistiques et de nettoyer les parties.

3° Les injections qu'on fait dans ce dernier but s'écoulent plus facilement par cette ouverture.

4° L'éconlement des mucosités et du sang menstruel s'en trouve aussi beancoup facilité.

RECHERCHES ANATOMICO-PHYSIOLOGIQUES SUR LES CONDYLOMES MUQUEUX; par le docteur DUBIGK, à Berlin.

L'anteur dit que l'épithélium qui recouvre cette excroissance ressemble moins à l'épiderme qu'à une surface muqueuse : ce qui le prouve surtont, c'est la sécrétion de cette excroissance; lorsqu'on conpe le corps on le pédicule de cette tumeur, on y voit de petits sinus nombreux qui se présentent comme les trous d'un tamis; ces trous, de dimensions variables, sont tantôt cylindriques, tantôt coniques comme un entonnoir. Lorsqu'on dissèque ces excroissances, après les avoir injectées, on remarque que plusieurs des petits canaux qui les parcourent se réunissent de branches en branches jusqu'à un trou unique qui s'élargit peu à pen, et reçoit dans sa marche d'autres branches latérales aboutissant à des espèces d'ampoules dont les parois sont aussi perforées comme des tamis. Cette disposition se répète deux à trois fois jusqu'à la surface inégale dn condylome. L'auteur ne sait pas si les cananx qu'il a injectés sont de véritables vaisseanx sangnius on des canaux spongieux; car il n'est point parvenu à en disséquer de véritables tuniques; mais leurs parois paraissent bomogènes comme la substance des condylomes; il n'y a point non plns pu tronver de nerfs. Le sang qui sort des condylomes ne devient pas seulement ronge par le contact de l'air; mais il a déja cette coulenr an moment où il s'échappe. Lorsqn'on coupe un condylome qui n'a pas été lié, le sang s'en écoule par saccade; mais lorsqn'on les coupe après les avoir liés, il suinte en nappe comme si on avait piqné de petites vessies. Les condylomes ne paraissent être sensibles qu'à la base, ce qui paraît pronver que s'il y a des nerfs ceux-ci ne s'étendent guère an-delà des pédicules. Lorsqu'on essaie la transplantation de petits condylomes sur des grands, à l'aide d'incisious et de bandelettes agglutinatives, on remarque qn'an bont de 6, 8 et 10 heures, il s'est fait une espèce de réunion organiqne; en ce qne le condylome greffé, d'abord devenu pâle, reprend de nouvean sa rougeur; néanmoins, an bont de 24 henres, il se dessèche, ce qne l'anteur attribue au défaut de tranquillité des malades; car, dans un cas, la transplantation a si bien réussi qu'on ne put détacher le condylôme greffé sans produire un éconlement de sang. Ce qu'il y a d'étonnant, c'est que, par de simples et légères incisions faites à la surface de ces excroissances, celles-ci se flétrissent vers la base, ce qn'on pourrait peut-être expliqner par leur stracture, en ce que les incisions ouvrant les ampoules superficielles, elles se vident du sang qu'elles contiennent; mais aussitôt les nombreuses ouvertures qui y communiquent se bonchent, et la partie incisée privée de nourriture doit nécessairement mourir; nous ne comprenons pas cette dernière circonstance, ni comment l'anteur a pu greffer ces végétations, tandis qu'une légère incision a suffi pour les flétrir. Les plaies résultant des incisions des condylomes guérissent comme des plaies simples; les grandes sont suivies de cicatrices; on n'eu remarque pas après les petites. On peut dessécher le condylome avec la poudre d'alun, et aussi avec le sucre de Saturne; la teinture d'opium n'a pas d'action.

GUÉRISON PROMTE ET COMPLÈTE D'UNE PLAIE PASSANT A TRAVERS LA POITRINE ET LA PARTIE POSTÉRIEURE DE L'ABDOMEN; par le docteur GRAHL.

OBS. — Un homme, âgé de 27 ans, d'une constitution forte, adonné avant son mariage à tous les excès de l'ivrognerie et de l'amour, fut atteint de quelque dérangement dans les fonctions digestives; du reste, il jouissait d'une santé parfaite.

Dans la nuit du 22 au 23 septembre 1835, après avoir entretenu sa femme de son état actuel et de sa vie passée, il s'enferma dans sa chambre, plaça la pointe d'un sabre de cavalerie près du mamelon gauche, et se précipitant contre le mur, fit sortir l'instrument à la région lombaire. Le sabre qui avait ainsi traversé obliquement et de haut en bas la poitrine et l'abdomen, avait parcouru un espace de 16 pouces de longueur à peu près. Le blessé ayant ouvert la porte aux prières de sa femme, celle-ci le reçut dans ses bras, et eut assez de présence d'esprit et de force pour retirer l'instrument tranchant de la plaie. Cinq minutes après cet événement, j'arrivai dans la maison du malade qui se trouvait déjà dans son lit. Les blessures étaient couvertes de compresses, trempées dans du vinaigre; l'une, qui était située au côté interne du mamelon gauche, avait quatorze lignes de longueur; on y entendait distinctement le passage de l'air à travers les poumons. L'autre, à cinq quarts de pouce de la colonne vertébrale et deux pouces au-dessus du sacrum, avait douze lignes de longueur et présentait un emphysème considérable. Pouls 84, au reste normal. Par de ventouses sèches appliquées aux deux plaies on retira une notable quantité de sang. (Réunion des plaies par des sutures, douze sangsues autour de la plaie dorsale, potion nitrée, eau fraîche pour boisson, diète sévère et repos absolu.)

M. le docteur Friche appelé en consultation cinq heures après l'événement proposa de fermer complètement les plaies par des bandelettes agglutinatives, de les couvrir constamment de glace et de pratiquer une saignée de douze onces.

Pendant la journée qui se passa bien, le malade rendit tant par la toux que par une forte expiration quelques caillots de sang. Du reste, nuit bonne, sommeil pendant une heure et demie, urine rouge, mais non sanguinolente.

Le troisième jour de la maladie, le pouls plein et un peu dur réclama une saignée de huit onces.

Le 27, cinquième jour, sommeil tranquille, transpiration modérée; pouls normal, selles régulières, absence de toute douleur; on renouvela l'appareil.

Le 3 octobre, le malade se plaignit d'une tension du bas-ventre : on prescrivit des pilules d'aloës et de rhubarbe. Les crachemens de sang avaient cessé; la respiration était complètement libre; l'emphysème avait disparu.

La plaie de la poitrine fut complètement cicatricée le 15; celle du dos le 20 octobre, vingt-troisième et vingt-huitième jour de la maladie. Depuis ce moment, le malade a continué à jouir d'une très bonne santé et se porte mieux que les années précédentes.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 30 JUILLET.

M. le président annonce à l'Académie la perte qu'elle vient de faire dans la personne de M. Fréderic Cuvier, membre de la section de zoologie, inspecteur-général de l'université, et mort dans l'exercice de ses fonctions, comme est mort naguère un de ses amis, qui était, de même que lui, inspecteur-général et membre de l'Académie des sciences, M. Ampère. M. Frédéric Cuvier venait d'être nommé récemment professeur de physiologie comparée au Museum d'histoire naturelle, mais il n'avait pas encore ouvert son cours. Il paraît avoir succombé à une maladie semblable à celle qui a frappé son illustre frère.

M. Frédéric Cuvier était moins connu du public qu'il ne méritait de l'être, et cela tenait d'une part au grand nom de Cuvier, d'une autre part à la forme sous laquelle ont paru beaucoup de ses travaux. L'histoire des animaux de la ménagerie, où l'on trouve tant d'observations judicieuses, n'a pu, en raison de son format et du prix auquel elle se vend, être à la disposition que d'un très petit nombre de lecteurs. Quoi qu'il en soit, ses ouvrages, où se montre un excellent esprit, seront longtemps consultés avec fruit par tous les naturalistes qui s'occuperont de mammalogie, et il serait bien à désirer qu'on pût les reproduire plus tard sous une forme qui permît aux travailleurs de se les procurer.

STRUCTURE DES MUSCLES.

M. Mandl adresse les résultats de ses nouvelles recherches sur ce sujet. Elles l'ont conduit à diviser les muscles en deux grandes classes, dont les uns, qui offrent à leur surface des stries parallèles, se trouvent continuellement en contact avec les fluides alcalins de l'organisme, tandis que les autres, qui n'offrent que des fibres longitudinales, placées les unes à côté des autres, sont exposés à l'influence des liquides acides du corps.

M. Mandl ajoute que les stries tranversales, exclusivement propres aux muscles de la première classe, disparaissent par un séjour de quelques heures dans des liquides acides; que ces stries, au contraire, deviennent plus manifestes par le séjour dans l'alcool et les alcalis. Quant à la cause de ces stries, elle est, suivant lui, dans l'existence d'un filet de tissu cellulaire, qui entoure, en forme de spirale, les fibres élémentaires, et qui produit, dans les points où deux tours consécutifs de la spire sont assez rapprochés pour se toucher, les stries noires transversales que l'on observe.

INSTRUCTIONS RÉDIGÉES PAR M. ARAGO.

Cette partie du rapport ne pouvait, par sa nature, avoir la spécialité de celles qui ont rapport, par exemple, à la botanique, à la zoologie ou à la géologie; aussi l'auteur y a-t-il envisagé, sous un point de vue général, divers problèmes de météorologie, qu'il n'avait pas traités dans les instructions rédigées pour la *Bonite*, dont elles doivent être ainsi considérées comme formant le complément, et leur ensemble pourra servir également aux recherches de l'expédition envoyée dans le nord de l'Europe. Les questions dont il s'est occupé ici sont les suivantes :

ANOMALIE TOUCHANT LA DISTRIBUTION DE TEMPÉRATURE DANS L'ATMOSPHÈRE.

Les causes physiques qui concourent à rendre les couches de l'atmosphère d'autant plus froide qu'elles sont plus élevées, n'ont pas été soumises jusqu'ici à une appréciation exacte, et il est permis de supposer que quelque chose manque à l'énumération qu'on en a faite. Il avait paru en conséquence à M. Arago qu'une anomalie pouvait, tout aussi bien que l'étude générale du phénomène, mettre sur la voie des lacunes, s'il en existe, et suggérer les moyens de les combler; aussi avait-il déjà appelé l'attention des observateurs de la *Bonite* sur l'exception que la loi subit la *nuit* par un *temps serein*; sur la progression alors croissante que les températures atmosphériques présentent depuis le sol jusqu'à une certaine limite de hauteur qui n'a pas encore été exactement déterminée.

Aujourd'hui ce champ de recherches paraît s'être agrandi; dans certains climats en effet les températures atmosphériques semblent pouvoir être *croissantes avec la hauteur*, même en *plein jour* : c'est un résultat que M. Arago a constaté en discutant, dans d'autres vues, des observations de MM. les capitaines Sabine et Foster, faites en juillet 1823, pour déterminer l'élévation d'une montagne du Spitzberg, isolée et très pointue. Il résulte aussi de cette observation, dont il donne les détails, et de quelques autres qu'il cite également, que l'anomalie n'existe pas quand le temps est entièrement couvert, mais qu'elle atteint au contraire son maximum par un ciel serein. Ce phénomène mérite d'attirer surtout l'attention des membres de l'expédition du Nord. En

ballon captif, qui porterait un thermomètre à minimum (le thermomètre à déversement est le seul dont l'usage soit sûr dans ce cas) et qu'on lancerait de temps à autre dans les airs, servirait à faire des observations d'une manière encore plus concluante qu'en s'établissant sur une montagne isolée et à sommet aigu.

TEMPÉRATURE DE LA TERRE DANS LES RÉGIONS POLAIRES ET SUR LA CROUPE DES MONTAGNES ÉLEVÉES.

Dans nos climats, la température moyenne des caves, des puits, des sources ordinaires, est à peu près égale à la température moyenne du lieu, déterminée à l'aide d'un thermomètre situé à l'ombre et en plein air. Il n'en est plus de même dans certaines contrées voisines du pôle, et dans toutes les contrées voisines des neiges perpétuelles. Là, comme l'ont surtout prouvé les observations de MM. Wahlenberg et L. de Buch, la température du sol et par conséquent celle des sources sont notablement supérieures à la température moyenne de l'atmosphère.

M. Arago rappelle les explications qu'on a données de cette anomalie et montre qu'elles sont, non seulement insuffisantes, mais encore inconciliables avec certaines observations. Les membres de l'expédition du Nord auront là un intéressant sujet de recherches s'ils s'arrêtent dans le Finmark, à Kielvik, à Hammerfest ou à Alten, dont la température moyenne est *au-dessous de zéro;* ils devront rechercher pourquoi l'eau n'y gèle jamais dans les caves bien closes. Le ruisseau d'Hammerfest, qui, d'après M. de Buch, ne cesse pas de couler au milieu de l'hiver, fixera aussi leur attention; enfin ils ne manqueront pas, ne fût-ce qu'en se servant de simples trous pratiqués avec le fleuret du mineur, d'examiner comment la température de la terre varie journellement à différentes profondeurs.

SOURCES THERMALES.

Si l'on admet avec la plupart des physiciens de notre époque que les eaux thermales vont emprunter leur haute température à celle des couches terrestres profondes, plusieurs de ces sources pourront nous éclairer sur l'ancien état thermométrique du globe. Un exemple, le plus favorable, au reste, qu'il soit possible de citer, rendra la liaison des deux phénomènes parfaitement évidente.

En 1783, Desfontaines observa, près de Bone, en Afrique, une source thermale, dont la température s'élevait à 96° 3 cent., la source était connue des anciens, comme le prouvent des restes de bains; or, cette circonstance prouve qu'en 2000 ans la température de la terre, en ce lieu, n'a pas varié de 4° centigrades. Supposons, en effet, une diminution de 4°. Il s'en suivra que du temps des Romains et des Carthaginois, la température de la couche terrestre d'où l'eau émane, aurait été de 100°, 3 cent.; ainsi l'eau serait venue à l'état de vapeur comme dans les Geysers d'Islande. Or, qui pourrait croire à l'existence d'un phénomène aussi extraordinaire, quand Senèque, Pline, Strabon, Pomponius Mela, n'en ont pas fait mention.

Une seule objection pourrait être faite contre cette déduction : les dissolutions n'entrent pas en ébullition à 100°, comme l'eau pure, et la différence croît avec la proportion de matière saline dissoute; c'est précisément pour cela que de nouvelles observations de la source thermale des environs de Bone sont indispensables; c'est pour cela qu'il faudra joindre à la détermination de la température une analyse chimique de l'eau. Si, aujourd'hui, l'eau de la source arrive à la surface à peu près saturée des matières calcaires qu'elle y dépose toute difficulté s'évanouira, et un important problème de climatologie se trouvera résolu.

Le défaut d'espace nous oblige à nous contenter d'indiquer les titres des paragraphes relatifs aux *Effets du déboisement*, aux *Refractions atmosphériques*, aux *Courans sous-marins*, aux *Vents*, aux *Halos*, aux *Aurores boréales*, à l'*Electricité atmosphérique*, aux *Marées*, aux *Trombes*.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE EXTRAORDINAIRE DU 4 AOUT.—PRÉSIDENCE DE M. MOREAU.

OPHTALMOLOGIE HIPPIATRIQUE.

M. Dupuy ouvre la séance par la communication du fait suivant.

Un cheval était atteint de kératite ulcérative chronique et de cécité au côté droit. On avait tout fait pour le guérir, mais inutilement. Ayant été consulté, je me suis aperçu que l'animal portait une tumeur sur la région maxillaire du même côté; j'ai cru que la maladie oculaire n'était qu'un effet de la compression de quelques filets du nerf de la cinquième paire, et j'en ai, en conséquence, prescrit l'ablation. Je ne me suis point trompé, car, aussitôt la tumeur enlevée, le mal d'yeux s'est dissipé comme par enchantement. Mais ce qu'il y a de plus curieux, c'est que quelque temps après l'affection de l'œil a reparu : un examen attentif m'a fait découvrir que l'os zygomatique sous-jacent à la tumeur était malade; je l'ai fait cautériser, et à mesure que sa guérison avait lieu, le mal de la cornée disparaissait. Il est impossible de trouver un fait plus frappant qui démontre l'empire absolu de la 5e paire sur les fonctions de l'organe visuel; mais il n'est pas le seul que je pourrais citer de ma pratique. J'ai vu fort souvent la morve être accompagnée d'affections oculaires graves, uniquement parce que l'irritation de l'intérieur de la narine agissait en même temps sur les filets de la même paire de nerfs. Sur 167 chevaux atteints de morve que j'ai soignés dans une époque, j'en ai eu 111 qui sont devenus aveugles.

La fluxion périodique des yeux sur le cheval, fluxion qui se termine ordinairement par la cataracte, ne tient en général qu'à l'irritation de quelque filet dentaire des nerfs de la cinquième paire. Vous avez beau déplacer avec toute la délicatesse possible le cristallin, l'œil tombe en fonte purulente, si vous n'arrachez pas d'abord la dent qui agit sur le nerf. Tenon avait remarqué que chez le cheval la dent molaire n'a pas de racine avant l'âge de quatre ans. Jusque là, cette dent repose précisément sur le nerf maxillaire inférieur et le comprime. Aussitôt que la racine se forme, ce qui a lieu de 4 à 8 ans, le nerf est déplacé par elle, et il cesse d'être comprimé. Cela explique pourquoi la cataracte n'a lieu ordinairement chez le cheval que pendant ou avant la formation complète de la racine molaire, et fort rarement après. Cette observation nous explique aussi pourquoi chez les chevaux de race la cataracte est si rare, tandis qu'elle est si fréquente chez les nôtres : c'est que chez les chevaux anglais, le nerf maxillaire se trouve naturellement placé au-devant et non au-dessous de la molaire.

Je suis tellement convaincu de la réalité de ce que j'avance, que je me suis habitué à diagnostiquer les maladies des nerfs de la cinquième paire à la seule inspection de l'organe oculaire; et il m'arrive rarement de me tromper. Dernièrement nous étions à Montfaucon, M. Rayer et moi; j'ai vu un cheval borgne, j'ai prédit à ce seul caractère que le nerf en question était malade; nous l'avons fait abattre, j'ai disséqué la cinquième paire en présence de M. Rayer, et la chose était telle que je l'avais prévue; le nerf était fort altéré sur plusieurs points. La pièce a été déposée au collége de France où on peut la voir.

Ces faits m'ont paru assez importans pour appeler l'attention de l'Académie sur le rôle immense que jouent les nerfs de la cinquième paire dans une foule d'affections oculaires.

FAITS DIVERS OBSERVÉS A CONSTANTINE.

M. Guéneau de Mussy fait un rapport verbal sur deux lettres adressées à l'Académie par M. Bonnafons, médecin militaire à Constantine. Ces lettres portent sur les objets suivans :

1° NON CONTAGION DU CHOLÉRA. Pour prouver combien sont dans l'erreur les personnes qui croient à la contagion du choléra, M. Bonnafons rapporte qu'un grand nombre de militaires cholériques ayant dûs être transportés d'un endroit dans un autre, ont traversé plusieurs localités habitées par un grand nombre d'Arabes, sans que la maladie se soit déclarée dans aucune de ces localités.

2° RESSEMBLANCE PATERNELLE. Une négresse se marie avec un Maure et a un enfant qui porte la teinte et les traits physionomiques du père. Vingt ans après, la même femme se marie à un nègre, et fait un enfant ayant la couleur et les traits de ce dernier. Ce fait a paru à l'auteur exprimer d'une manière frappante la puissance du cachet physionomique de l'homme sur le germe.

3° TOPOGRAPHIE MÉDICALE. En décrivant les conditions hygiéniques du sol de Constantine, M. Bonnafous appelle principalement l'attention sur les variabilités thermométriques. Elles sont telles que quelquefois on trouve dix degrés de différence aux différentes heures d'un même jour, circonstance qui ne s'observe point dans le reste de l'Algérie. C'est à cela que l'auteur attribue le nombre considérable de phthisiques qu'on rencontre à Constantine; tandis qu'on en voit à peine dans le reste de l'Algérie.

4° VACCINE. Des épidémies varioleuses ravagent souvent le territoire de Constantine. M. Bonnafous a fait venir du vaccin de Bone et a fait un très grand nombre de vaccinations qui lui ont parfaitement réussi. Il dit qu'il s'occupe très activement et avec succès à la propagation de la vaccine dans l'Algérie. M. Bonnafous demande s'il ne pourrait pas envoyer cette partie de sa lettre au concours des prix que l'Académie de médecine décerne tous les ans aux vaccinateurs. (Appuyé par plusieurs voix.)

CONCLUSIONS. Remercîmens à l'auteur. Envoi de sa lettre au comité de vaccine. (Adopté.)

MÉDECINE ISLANDAISE.

M. Honoré fait un rapport sur des documens manuscrits que M. Gaymard a envoyés d'Islande à l'Académie, de la part de M. Wortenson, praticien distingué de l'île. Ces documens, quoique assez nombreux, ne sont pour la plupart que des résumés généraux disposés en tableaux et avec fort peu de détails. Voici les points les plus remarquables de ces documens.

1° Tableaux des naissances, mariages et morts pendant une période de...

2° La cause la plus fréquente de la mort en Islande, c'est la fièvre catarrhale, ou la bronchite aiguë et chronique. Chose remarquable, la phthisie est fort rare, malgré la fréquence extrême de la bronchite, ce qui ferait présumer que cette dernière affection n'est pas une condition réellement prédisposante à la phthisie.

3° Après la fièvre catarrhale vient l'hépatite chronique dans l'ordre de fréquence des maladies. Cette affection suppure assez souvent; les abcès s'ouvrent au dehors ou bien du côté du péritoine, du côté des bronches, ou bien enfin ils restent petits et enkystés; malgré ces circonstances, l'hépathite suppurante guérit asses fréquemment. (Marques d'incrédulité.)

4° La circonstance la plus remarquable de la topographie médicale d'Islande, c'est la variabilité excessive et brusque de la température. C'est à cela que tient la fréquence du catarrhe qui complique toutes les maladies.

5° Le rhumatisme est une affection extrêmement commune; il règne souvent épidémiquement comme la fièvre catarrhale, et n'est aucunement amélioré par l'emploi des saignées. (Sensation.)

6° Malgré l'humidité habituelle de l'atmosphère, et les engorgemens chroniques du foie, les fièvres intermittentes sont inconnues en Islande; et, chose étonnante, les personnes étrangères atteintes de cette maladie guérissent sans médicamens en habitant l'île pendant quelque temps.

7° Une maladie fort fréquente et fort grave en Islande, c'est le tétanos chez les enfans; il se manifeste ordinairement vers le sixième jour de la naissance et est mortel le plus souvent. Ceci ne s'observe que dans une partie de l'île seulement : si les femmes vont accoucher ailleurs, leurs enfans n'ont pas le tétanos; et si elles viennent de loin accoucher sur les lieux où le mal s'observe habituellement, les enfans en sont aisément atteints, ce qui prouve bien que cette affection dépend de causes toutes locales.

8° La fièvre puerpérale du reste ne s'observe que fort rarement.

9° Parmi les maladies assez fréquentes de l'Islande, on compte les kystes abdominaux. Ces tumeurs acquièrent quelquefois un volume démesuré; elles contiennent plusieurs dizaines de livres de sérosité et des quantités considérables d'hydatides. Leur siége est tantôt autour du foie, tantôt sur tout autre point de l'enceinte ou de la cavité abdominale.

10° Les maladies vénériennes ne sont aucunement connues dans l'île.

11° La lèpre y est assez commune et l'on en connait trois espèces : 1° la lèpre d'Islande proprement dite, c'est la plus grave; 2° la lèpre scorbutique; 3° la lèpre des Orientaux, celle-ci est fort rare.

12° On a eu dans l'île deux fois la peste; mais elle s'est bornée à une seule partie du pays, et n'a jamais envahi l'île entière.

CONCLUSION. Remercier l'auteur. Envoyer les pièces au comité de publication.

Une discussion s'engage à l'occasion de ce rapport.

M. DUBOIS D'AMIENS : Je regrette en vérité de ne trouver dans le rapport de M. Honoré aucune réflexion critique sur les assertions étranges contenues dans les pièces de l'auteur; assertions qui n'étant pas accompagnées de détails ni de preuves ne peuvent présenter que très peu de valeur. On vous dit que la bronchite est très fréquente, la phthisie rare; que l'hépatite avec épanchement purulent dans les bronches et dans l'abdomen guérit le plus souvent; que la saignée est inutile dans le rhumatisme aigu; que le tétanos s'observe endémiquement dans certains points de l'Islande et pas ailleurs, et on ne nous donne aucune raison, aucune observation particulière qui puisse nous faire croire au moins probables de pareilles assertions ?

M. HONORÉ : Le rapport que je viens de lire est déjà fait depuis dix-huit mois; je suis obligé de m'en rapporter entièrement aux expressions de mon travail, n'ayant plus présens à la mémoire les détails contenus dans le mémoire de l'auteur. A ce que je puis cependant me rappeler, je dirai que bien que les documens ne presentent pas beaucoup de développement, néanmoins ils n'en manquent pas tout à fait; il y a plusieurs choses bonnes à prendre. Voilà pourquoi j'en ai proposé le renvoi au comité de publication; on prendra ce qu'il y aura de plus digne à faire imprimer. D'ailleurs, n'ayant pas pratiqué dans le climat d'Islande pour voir les variations qui y subissent les maladies, je ne me suis pas cru assez autorisé, assez compétent même, pour juger un travail d'un praticien consommé du pays. Ce sont autant de renseignemens, courts sans doute et incomplets, mais qu'il faut recevoir tels qu'ils sont ne pouvant pas exercer de contrôle sur leur valeur.

M. VILLENEUVE : L'auteur dit que les indurations du foie qui sont endémiques en Islande guérissent très bien dans le pays. Je désirerais savoir par quels moyens; ce serait une véritable conquête pour la médecine française. Cela paraît d'autant plus étrange que les maladies endémiques sont toujours plus graves dans les localités où elles existent.

M. HONORÉ : L'auteur dit que cette maladie guérit surtout dans le début, si on la traite à l'aide des remèdes antiphlogistiques. Elle guérit aussi quelquefois, quand elle est ancienne, à l'aide des mêmes moyens, et malgré la présence de foyers purulens. Que voulez-vous répondre à cela ? Il faut bien y croire, puisque, d'un côté, nous n'avons pas de moyen de contrôler les faits, de l'autre, M. Gaymard nous assure de la probité et de l'expérience de l'auteur.

M. BRICHETEAU : S'il est vrai que la phthisie est rare dans un pays où les affections catarrhales sont fort fréquentes, il s'en suit que la bronchite ne peut être regardée comme une cause formatrice des tubercules pulmonaires, ainsi qu'on le croit. Cette opinion n'est pas tout à fait nouvelle, d'ailleurs. Un auteur anglais, qui a fait un ouvrage sur la phthisie, soutient précisément cette idée ; il va même plus loin : il croit que le catarrhe est un remède contre les tubercules et conseille aux phthisiques de s'enrhumer. (On rit.) Il est de fait, dit-il, qu'en Russie, où les bronchites sont excessivement fréquentes, les phthisies sont fort rares, comparativement au climat variable de l'Angleterre. Aux Antilles, au contraire, où les rhumes sont rares, la phthisie est fort fréquente. Il paraîtrait, d'après cela, que la bronchite ne peut être regardée comme une cause de phthisie, et qu'en général cette maladie est rare dans les climats dont la température est peu sujette aux variations brusques. L'auteur dont je viens de parler regarde la bronchite comme un moyen révulsif et, par conséquent, résolutif des tubercules ; la toux et les efforts pour cracher effectivement mettent en action les muscles de la poitrine et le diaphragme, et produisent une sorte d'excitation salutaire sur le poumon. (On rit.) Le chlore, qu'on a trop promptement condamné d'après moi dans le traitement de la phthisie, produit quelquefois des effets avantageux par son action excitante sur l'organe pulmonaire. La remarque du médecin d'Islande sur la rareté de la phthisie, malgré la fréquence excessive de la bronchite, exprime donc un fait important, qui avait déjà été relevé par d'autres, dans d'autres pays.

M. CHERVIN : M. le rapporteur a mentionné un fait fort curieux, savoir, que les deux épidémies pestilentielles qui ont eu lieu dans l'île se sont bornées à tel ou tel point sans attaquer l'île entière. Comme en Islande il n'y avait probablement pas alors de cordons sanitaires ni de lazarets, cela prouverait que la peste n'est peut-être pas contagieuse. Le même fait a été observé en Perse, où on n'a pas non plus de lazarets. C'est là une simple remarque que je voulais faire.

M. DUPUY : J'appuie ce que vient de dire M. Chervin, car j'ai observé dans les épizooties qu'on confond communément les maladies d'infection avec les affections véritablement contagieuses.

J'ajouterai un mot relativement aux kystes hépatiques dont parle notre confrère d'Islande. Ces kystes sont extrêmement fréquens chez les animaux à cornes. J'ai eu l'occasion d'en disséquer un grand nombre ; ils sont formés par des entozoaires, par des hydatides animées. Il pourrait bien se faire que chez l'homme la même affection dépendit aussi de la même cause.

M. DUBOIS D'AMIENS : Ce que vient de dire M. Bricheteau concernant la phthisie et la bronchite en Russie n'est pas très exact. J'ai habité pendant huit ans ce pays, et je puis assurer y avoir vu fort peu de phthisiques et aussi fort peu de personnes atteintes de bronchites. Cela n'infirme pas, comme on le voit, l'exactitude de l'observation sur le rapport constant qui existe entre la fréquence de la bronchite et de la phthisie. L'auteur des documens n'a pas donné de détails ni de preuves sur ses assertions un peu paradoxales ; n'aurait-il pas eu pour but de se rendre plus intéressant aux yeux de l'Académie par ces sortes de sentences bizarres ? Je ne m'oppose pas à ce qu'on imprime son travail, mais je désirerais que le comité de publication vît d'abord ce qui est digne d'être imprimé.

M. HONORÉ donne lecture de la lettre d'envoi de M. Gaymard. Il est dit dans cette lettre que l'auteur des documens est un praticien recommandable, et qu'on peut avoir confiance dans les résultats généraux consignés dans lesdits documens, bien qu'ils ne soient pas accompagnés de longs détails.

M. BOUILLAUD : Le travail sur lequel on vient de rendre compte à l'Académie se trouve déjà assez honoré par les termes flatteurs du rapport, et sans la conclusion du renvoi au comité de publication qui ne me paraît pas la mériter. Si l'on en juge, en effet, par les propositions étranges qu'on vient de reproduire, ce travail est non seulement insignifiant, mais encore plein de fautes graves que l'Académie doit se garder de répandre. Qu'est-ce, en effet, ce langage vague et sans détails sur les différentes maladies qu'on vient de nommer? Quelles que soient les différences du climat et des habitudes des hommes qui l'habitent, une maladie est toujours la même quant à sa nature, en Islande comme à Paris, au Spitzberg comme à Pékin; et si le rhumatisme cède à Paris sous l'influence des saignées, il doit en être de même dans tout autre point de la terre. Je demande en conséquence, qu'on se contente d'adopter pour toute conclusion, de remercier l'auteur et de déposer ses documens aux archives.

M. CASTEL : L'Académie n'a probablement pas oublié qu'elle a chargé M. Gaymard d'une mission scientifique en Islande, et qu'elle lui a pour cela adressé un programme. Le travail que vous venez de recevoir est le premier document que M. Gaymard vous envoie de la région polaire où il se trouve. Tout en le jugeant avec la sévérité que l'Académie doit toujours mettre dans les questions de thérapeutique, vous devez user d'indulgence et encourager même M. Gaymard et l'auteur des documens. Sans cela, au lieu d'exciter l'émulation, et d'obtenir des travaux plus importans, vous découragerez les médecins du pays, et vous n'obtiendrez rien. Je crois en conséquence qu'on doit maintenir les conclusions du rapport; avec cette restriction pourtant que le comité de publication prendra dans ce travail ce qui lui paraîtra digne d'être inséré dans vos fascicules.

Je dirai maintenant quelques mots sur les différentes questions qu'on vient de soulever. D'abord sur les maladies du foie : on s'étonne de ce que ces maladies, qui sont très fréquentes et endémiques en Islande guérissent facilement, même dans les cas où elles seraient incurables dans nos climats. Mais on ne réfléchit pas qu'aux Indes le même phénomène a été constaté. Cela ne doit donc pas étonner; car on sait que les termes extrêmes de température peuvent conduire aux mêmes résultats. Ensuite, il n'est nullement contraire à notre observation qu'une atmosphère toujours froide et chargée d'humidité qui entre continuellement dans les bronches irrite facilement la muqueuse, et détermine des affections catarrhales. Cette cause étant dominante, on conçoit pourquoi la bronchite doit être la maladie la plus fréquente et la complication ordinaire de toutes les maladies.

Actuellement, est-il vrai de dire que le catarrhe mène à la phthisie? Non ; rarement du moins. On ne voit le catarrhe dégénérer en phthisie que chez quelques individus exerçant certaines professions, comme les cuisiniers et les boulangers par exemple. Chez eux, j'ai observé plusieurs fois les crachats devenir à la longue purulens, et les symptômes de la phthisie se déclarer.

Le rapport et ses conclusions sont mis aux voix et adoptés.

DYSSENTERIE A L'ILE MAURICE.

M. FOLLET lit un mémoire sur le traitement de la dyssenterie qui règne endémiquement à l'île Maurice.

Ayant été chargé par M. le ministre de la guerre d'aller sur les lieux étudier la maladie et de rendre compte du traitement suivi dans les hôpitaux militaires anglais, M. Follet fait connaître à l'Académie le résultat de sa mission et la relation qu'il a faite à l'autorité.

Il résulte des conférences de ce praticien avec les médecins anglais de l'île Maurice et des observations qu'il a pu faire lui-même dans les hôpitaux :

1° Que la dyssenterie y règne surtout en été et qu'elle est souvent mortelle; 2° Que la proportion de la mortalité est fort variable, de 5 à 50 pour 100; 3° Que les soldats en sont plus fréquemment et plus gravement atteints que les nègres; 4° Qu'elle affecte plusieurs formes, étant tantôt simple, tantôt compliquée. Les formes les plus fréquentes sont l'inflammatoire, la bilieuse, la muqueuse. Le mal est souvent compliqué d'hépatite; 5° Que les rechutes sont fréquentes et graves, et que le meilleur moyen de les guérir, c'est d'envoyer les malades en Europe; 6° Que les symptômes particuliers que le mal présente sont variables selon les complications. C'est par une douleur à l'épigastre que le mal débute ordinairement; 7° Que les véritables causes de la maladie sont entièrement inconnues; 8° Que les indigènes négligent généralement la maladie et ne songent à entrer à l'hôpital que lorsqu'elle est très avancée et après avoir pris des substances stimulantes; aussi la proportion des guérisons est toujours moindre chez les indigènes qu'on traite dans les hôpitaux militaires; 9° Que la base du traitement des Anglais est le calomel. Ils l'administrent, les uns à haute dose, les autres à petites doses et plus ou moins combiné à l'opium. Les uns donnent ce médicament comme altérant, les autres comme purgatif : on va presque toujours jusqu'à la salivation. Des potions salines ou huileuses suivent le calomel. La saignée générale est employée quelquefois dans le début de la maladie et chez les sujets pléthoriques. La saignée capillaire à l'aide des sangsues est mise rarement en usage à cause de la rareté et de la cherté de ces annélides. Les ventouses scarifiées sur l'abdomen sont préférées; mais elles sont rarement applicables, à cause de la douleur excessive que les malades éprouvent dans ces régions. Quelques praticiens prescrivent l'ipécacuanha.

Tout en se louant de l'accueil que lui ont fait les médecins anglais, et de l'habileté pratique de quelques-uns d'entre eux, M. Follet pense que le traitement de la dyssenterie adoptée à l'île Maurice ne mérite pas la préférence sur celui qu'on suit dans les hôpitaux de France. Il s'est convaincu, par les proportions de la mortalité, que les saignées répétées à l'aide des sangsues (*loco dolenti*), les cataplasmes émolliens, les bains, la diète et l'ipécacuanha à dose vomitive, donnent de bien meilleurs résultats que la méthode anglaise.

SÉANCE DU 7 AOUT. — PRÉSIDENCE DE M. MOREAU.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Lettre de M. le ministre de la guerre qui consulte l'Académie sur la convenance de faire revacciner les élèves de l'école polytechnique. Le bureau nomme une commission spéciale composée de six membres pour examiner la question.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. LE PRÉSIDENT annonce que le bureau a reçu une lettre d'un médecin d'Amiens, lettre concernant un des membres de l'Académie, M. Dubois.

Le bureau commence la lecture de cette lettre.

Aussitôt de nombreuses et vives réclamations s'élèvent de toutes parts. On interpelle le bureau sur l'inconvenance de cette lettre. On réclame l'ordre du jour. MM. Lisfranc, Chervin, Bouillaud, Bandelocque, Londe, etc., se récrient contre un semblable procédé.

M. LISFRANC formule positivement la proposition d'interrompre cette lecture et de passer à l'ordre du jour.

M. BAUDELOCQUE dit que l'attaque n'est pas venue de M. Dubois d'Amiens; que cet académicien a été injurié dans une feuille politique par le signataire de cette lettre.

M. DUBOIS D'AMIENS demande la parole. Messieurs, dit ce membre, je ne m'oppose pas à la lecture de cette lettre, mais je dois faire remarquer qu'en effet c'est sans provocation aucune et hors de cette enceinte que j'ai été attaqué par le signataire de cette pièce.

Il s'agissait encore de ma communication relative au régime alimentaire du collége.

Si on s'était borné à contester, à nier même, la réalité du fait qu'on m'avait communiqué et que j'ai transmis à l'Adadémie, je ne me serais trouvé offensé en aucune manière; mais le signataire de cet article, qui n'est autre que l'auteur de cette lettre, a pris sur lui de déclarer *hautement*, ce sont là ses expressions, qu'il *était impossible*, que ces faits m'eussent été communiqués; or, là était l'injure, et l'injure *la plus* grossière. J'étais accusé d'avoir trompé mes collègues, d'en avoir imposé à l'Académie, au public médical tout entier, en supposant une communication qui ne m'aurait pas été faite. Voulez-vous savoir, messieurs, où on voulait en venir? Le voici. On vous l'écrit textuellement dans cette lettre: on voulait m'amener à dénoncer dans les journaux la source d'où je tenais mes renseignemens. Je ne l'ai pas fait, messieurs; mais si quelqu'un de vous, ce que je ne puis supposer, pouvait douter un seul instant de la réalité de mes renseignemens, je suis tout prêt à les lui communiquer, confiant dans sa loyauté, car, ces pièces, je les ai conservées. (Marques d'assentiment unanimes.)

L'académie, consultée par le président, déclare qu'elle n'entendra pas cette lettre, et qu'elle passe à l'ordre du jour.

Toujours au nom du conseil d'administration, le président annonce une lettre de M. Berna le magnétiseur, lettre dont le conseil n'a pas autorisé la lecture.

L'Académie réforme encore sur ce point la jurisprudence du conseil; la lettre venue exprès d'Amiens n'a pas été lue; celle de M. Berna sera lue.

M. Berna prend fait et cause pour Mlle Pigeaire. Il considère comme non avenu le rapport fait par la commission à l'Académie, attendu, dit-il, que les membres de cette commission n'ont pas assisté aux expériences de Mlle Pigeaire. M. Berna propose de donner 50,000 fr. à celui des membres de l'Académie qui pourrait lire et jouer aux cartes avec le bandeau de Mlle Pigeaire; il ajoute que pour les deux membres les plus incrédules, MM. Bouillaud et Dubois d'Amiens, il élevera la somme à 70,000 fr., s'ils peuvent lire avec ledit bandeau. (Rire général.)

MM. Fiard et Donné envoient un mémoire relatif à des recherches microscopiques faites en commun sur le virus vaccin. (Commission.)

FIÈVRE TYPHOÏDE.

M. FORGET, professeur de clinique interne à Strasbourg, lit un mémoire intitulé: *Recherches historiques et critiques sur le traitement des fièvres graves.* Le but que l'auteur s'est proposé est de démontrer que les partisans exclusifs des purgatifs dans le traitement des fièvres dites graves ont tort d'invoquer en leur faveur le témoignage des anciens, et principalement de Stoll et de Frank. En consultant exactement les auteurs les plus classiques depuis Hippocrate jusqu'à MM. Petit et Serre, M. Forget fait voir qu'aucun de ces auteurs n'a été partisan exclusif des évacuans, que la plupart les ont blâmés au contraire, et que ceux qui s'en servaient ne les prescrivaient que vers la fin de la maladie et après l'emploi répété des saignées, encore ne donnaient-ils que les purgatifs fort doux, tels que la manne, le miel délayé dans du lait, la casse, etc.

Les auteurs dont M. Forget a reproduit, interprété et critiqué les passages, sont après Hippocrate, Fracaster, Sydenham, Payer, Baglivi, Huxam, Pringle, Tissot, Cullen, Stoll, Frank. Il passe ensuite à l'appréciation générale des purgatifs dans le traitement de la maladie en question et décore ces médicamens du titre de *création monstrueuse et micidiale.* Il termine en se déclarant partisan exclusif des saignées coup sur coup dont il dit avoir eu l'occasion d'expérimenter les heureux effets sur un très grand nombre de malades.

M. BOUILLAUD: Je demande qu'un rapport soit fait sur le travail de M. Forget.

M. LE PRÉSIDENT: Il n'y a pas de rapport à faire, attendu que l'auteur est membre correspondant.

M. BOUILLAUD: Je demande alors à parler sur le sujet; vous ne pouvez pas vous opposer à ce qu'une discussion ait lieu sur une question aussi importante.

M. LE PRÉSIDENT: Une discussion ne peut avoir lieu, car M. Forget n'étant que correspondant, ne peut prendre la parole.

M. BOUILLAUD: Vous n'avez pas le droit d'empêcher les membres de parler sur une lecture qu'on vient de faire.

M. VELPEAU: Vous êtes dans l'erreur, M. le président. Les correspondans peuvent prendre part aux discussions; je vous citerai pour exemple M. Mirault d'Angers qui, il n'y a pas longtemps, a eu la parole et a discuté la question qu'a soulevée sa lecture.

M. CHERVIN: J'ai l'honneur de faire observer à M. le président que, d'après le réglement les correspondans n'ont pas le droit de voter, mais ils ont le droit de prendre part active aux discussions.

Il est quatre heures, M. le président annonce que l'Académie va se former en comité secret pour la continuation de la discussion du rapport de la section d'hygiène.

P. S. Si nous sommes bien informé, la séance n'aurait pas été moins vive que la précédente, quoique cependant personne ne soit sorti des formes académiques. Toutefois aucune délibération n'a été prise sur la question de la prééminence de l'Académie à l'égard des sections; seulement il a été à peu près convenu qu'on demanderait au ministre le changement de deux articles du réglement qui ont servi de prétexte à ceux qui ont voulu soutenir l'omnipotence des sections.

BIBLIOGRAPHIE.

MÉMOIRE SUR UN CAS D'HERMAPHRODISME MASCULIN OBSERVÉ A L'HÔTEL-DIEU DE PARIS; par M. LANDOUZY, interne à l'Hôtel-Dieu de Paris. 16 pages in-8. Paris, 1837. Chez Germer Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 13 bis.

L'hermaphrodite dont il est question dans cette brochure est le nommé Gœttlich, saxon de naissance, qui, après avoir vécu jusqu'à l'âge de 34 ans avec la conformation extérieure, les vêtemens, les goûts, les habitudes de la femme, et avoir eu un grand nombre d'amans, se trouva presque tout à coup, à cet âge, transformé en un individu du sexe masculin, avec les goûts et en partie la conformation extérieure qui appartiennent à ce sexe. De chaque côté de la vulve apparut une tumeur qui se trouva être un testicule. Au bout de quelque temps, Gœttlich abandonna ses habits de femme à Heildeberg, d'après les conseils du professeur Tiedman, qui lui attesta par un certificat en règle que le sexe masculin prédominait chez elle.

Depuis lors, Gœttlich voyage d'université en université, allant toujours au-devant des questions, se soumettant à tous les examens, se prêtant à toutes les expériences; mais comme il tire tous ses moyens d'existence de son vice de conformation, il est naturellement très porté à l'exagération. Arrivé à Paris dans le but qui lui avait déjà fait parcourir l'Allemagne et l'Angleterre, il fut obligé, pour une légère bronchite, d'entrer dans le service de M. Bally, à l'Hôtel-Dieu, où il a été visité par de nombreux étudians.

Tout son extérieur annonce un homme chez lequel les caractères de la virilité sont peu prononcés. Au lieu occupé ordinairement par la verge, il y a un pénis rudimentaire long de deux centimètres, sans orifice urétral, caché par deux grandes lèvres, dans l'épaisseur desquelles sont les deux testicules, et entre lesquelles est un cul-de-sac assez profond, simulant assez bien un vagin, et par sa position anatomique, et par les usages auxquels il avait servi jusqu'alors. Au fond de ce vagin il n'y a pas de matrice; mais à la partie moyenne de sa paroi supérieure, on trouve l'orifice urétral. Ce qu'il y a de plus remarquable, et ce qui est une nouvelle preuve du sexe de l'individu, c'est qu'entre le pénis et le faux vagin, on voit les orifices des glandes de Cooper et ceux des conduits éjaculateurs. Au moins on a le droit de le croire, d'après les assurances très positives que donne Gœttlich lui-même, et d'après les expériences faites par les médecins qui, ayant soumis le fluide qui en sort pendant le coït à l'examen microscopique, lui ont trouvé tous les caractères du sperme. Il paraît cependant que l'exiguité de son pénis l'a empêché d'user, près des femmes, des prérogatives de son nouveau sexe.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE DE FÉLIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunis) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivant à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Poissonnière*, n° 5, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

OPHTHALMOLOGIE.

MÉMOIRE SUR LA CATARACTE TRAUMATIQUE ET PAR ATTOUCHEMENT, lu à la séance de l'Académie de médecine du 30 juin 1838; par le docteur CONVERS DE VEVEY.

Il existe une espèce d'altération du cristallin dont les auteurs se sont en général peu occupés et qui a été appelée *cataracte traumatique*. Cette maladie mérite d'être mieux étudiée qu'elle ne l'a été jusqu'à nos jours. Ayant eu l'occasion de voir, dans ma pratique oculistique, une assez grande quantité de cas de cette nature, je vais en traiter d'après mes propres observations. J'ai pensé qu'il ne serait pas sans intérêt pour mes confrères d'appeler leur attention sur une maladie qui prive souvent d'un œil et même des deux yeux les personnes qui en sont atteintes.

Cataracte traumatique signifie une opacité du cristallin ou de sa capsule, dont l'origine est due à une cause vulnérante. Après une lésion de cette espèce, il faut nécessairement qu'il survienne à la cornée transparente un désordre dont les suites compliquent les altérations que la vue doit naturellement éprouver, puisqu'il existe en même temps un désordre superficiel plus ou moins grave et une cataracte, qui, par elle-même, prive le malade de la vue. Voilà donc une maladie compliquée, qui offre souvent à l'art peu de ressources; car lors même qu'on aurait pu obtenir sans trop de difformité la guérison de l'altération survenue à la cornée transparente, et qu'on aurait réussi à opérer avec succès la cataracte traumatique, il est probable que la vue du malade sera toujours plus ou moins imparfaite.

Les cataractes traumatiques sont assez fréquentes dans les pays où l'on fait sauter des rocs par le moyen de la poudre à canon: les divers cas de ce genre, que j'ai été à même de traiter, ont presque tous eu leur origine dans cette espèce d'explosion.

Feuilleton.

LETTRE MÉDICALE.

Voici, mon cher confrère, une série de petits faits que nous vous envoyons comme ils s'offrent à notre mémoire, c'est-à-dire sans ordre ni suite, profitant en cela du privilége de notre correspondance, qui est on ne peut plus commode.

Nous commencerons par le magnétisme animal, qui a fait grand bruit dans ces derniers temps, comme vous avez pu le voir dans les comptes-rendus des séances académiques et dans ce feuilleton même. Il semblait que le problème se présentait cette fois sous une face si claire, qu'une solution était inévitable. Mademoiselle Pigeaire voit-elle ou ne voit-elle pas les yeux bouchés? Quoi de plus facile à résoudre, ce semble, que cette question *de fait?* Nous ne pensions pas nous-mêmes qu'il pût y avoir la moindre difficulté à constater la réalité ou la non réalité du phénomène; eh bien! il y en a eu, et de telles, qu'aujourd'hui on n'est pas plus avancé que le premier jour. Vous avez lu le rapport fait à l'Académie par M. Girardin, au nom de la commission du prix-Burdin; les conclusions de ce rapport sont qu'il n'y a pas de conclusion, et il n'y a pas de conclusion parce que l'expérience n'a pas été faite, et l'expérience n'a pas été faite parce que les commissaires n'ont pas pu s'entendre avec l'expérimentateur sur le nombre et la nature des conditions. En décidant que mademoiselle Pigeaire n'a pas gagné le prix de trois mille francs, la commission académique n'a pas voulu dire qu'elle en fût incapable; elle a dit seulement que l'expérience n'ayant pu se faire dans les conditions qui lui semblaient indispensables, il n'y avait pas lieu à décerner la récompense promise. Ce rapport est au fond très sage, quoique l'esprit d'incrédulité qui y règne soit un peu exagéré; et nous-mêmes, qui sommes certes sans aucune prévention pour ou contre le magnétisme animal, nous sommes arrivés, par suite de nos propres observations, à un résultat analogue, savoir: que les conditions sous lesquelles mademoiselle Pigeaire fait ses expériences ne sont pas *rigoureusement suffisantes* pour prévenir toute objection. Ce n'est pas que nous portions le rigorisme au point de ne pas admettre que les conditions de la production d'un phénomène semblable ne sont et ne sauraient être arbitraires. Nous savons et nous convenons qu'en pareil cas il faut laisser la nature agir à sa guise, ainsi que l'ont très bien dit MM. Delens et Adelon. Nous avons nous-mêmes, en diverses circonstances, parlé dans le même sens; mais la *prudence* et la *logique* exigent aussi quelque chose. Il ne faudrait pas, sous prétexte de ne pas contrarier la nature, supprimer le phénomène même qu'il s'agit d'étudier; or, c'est ce qui arriverait si, par exemple, dans le cas de la vision avec les yeux fermés et bouchés, on ne s'assurait pas que les yeux sont effectivement bien fermés et bouchés. Or, selon les commissaires, et peut-être aussi selon nous, cette condition n'est pas *suffisamment* remplie par le bandeau habituel de ma-

OBS. I. — Je soigne en ce moment un malade qui, en voulant décharger un fusil, a reçu dans l'œil gauche une partie de la capsule métallique, qui, après avoir traversé la cornée dans sa partie supérieure, a enlevé une petite portion de l'iris, qu'on distingue fort bien; c'est comme si l'on avait voulu pratiquer une opération de pupille artificielle par la *corectomie*. Dans le même trajet, le fragment de capsule a heurté le cristallin, qui, au bout de peu de momens, est devenu opaque. Lorsque je fus appelé auprès de ce malade et que j'eus reconnu le désordre, je le rassurai en lui disant que s'il ne survenait aucune inflammation, comme je l'espérais, d'après maintes expériences de l'emploi, au début, de l'arnica en fomentation, je pourrais alors opérer la cataracte et que la vue serait rendue à son œil. Malheureusement mon pronostic ne s'est pas vérifié, car dès le troisième jour l'œil est devenu très enflammé à l'extérieur et bientôt l'iris et la capsule du cristallin ont partagé cette phlogose intense. Cela devait être, car le sujet est un homme adonné à la boisson et dont la figure enluminée annonce une disposition aux congestions sanguines de l'encéphale. Le malade commença à ressentir des douleurs lancinantes dans le front, surtout à la région surcilière, aux environs du trou sus-orbitaire, douleurs qui augmentaient d'intensité vers le soir; l'œil commença à craindre la lumière; le larmoiement était considérable, et cet organe ne supportait pas le moindre contact; la pupille éprouva un rétrécissement et un changement de forme, elle devint presque quadrilatère; les fibres de l'iris paraissaient effacées, comme si elles avaient été enduites de quelque corps visqueux. Cependant sa couleur ne fut point altérée, symptôme qui apparaît souvent dans l'inflammation de la sclérotique et de la cornée, si la membrane de Desemet est comprise dans la maladie. La conjonctive était d'un rouge de sang, des faisceaux de vaisseaux engorgés fortement s'étendaient jusqu'à la cornée transparente qui paraissait comme couverte d'une vapeur.

Le malade conservait une légère faculté de distinguer le jour et quelques gros objets; il lui semblait qu'un poids pesait sur l'œil, la paupière supérieure était gonflée et œdémateuse.

Tout l'organisme participait à cet état inflammatoire; le pouls était fort et plein, la figure colorée, la tête lourde et douloureuse, pas de sommeil; et le malade voyait, même quand les paupières étaient closes, des objets fantastiques de couleur rouge ou étincelante.

Tous ces symptômes réunis commandaient une abondante saignée, qui fut pratiquée le matin; le soir, on appliqua des sangsues derrière l'oreille, qui ne produisirent pas un grand effet salutaire; mais les ventouses scarifiées, à la nuque et aux épaules, allégèrent un peu les douleurs; on lava fréquemment l'œil avec le collyre de pierre divine, de Beer. Cet état inflammatoire se soutint encore quelque temps; mais le malade ne voulut plus se soumettre à aucun traitement: il renvoyait d'une semaine à l'autre l'emploi des moyens qui devaient le guérir, et pendant ce temps la maladie suivait sa marche naturelle.

Je ne vis dès-lors le malade que de loin en loin, et je ne pus pas par conséquent suivre pas à pas le développement de cette affection et appliquer au moment opportun le remède qui paraissait indiqué.

A une de mes visites, je reconnus, à la surface intérieure de la cornée deux points gris parfaitement ronds, paraissant boursouflés, et après quelques jours je pus être convaincu par leur couleur et leur progrès que ces nouveaux symptômes étaient deux *onyx* ou épanchemens purulens entre les lamelles de la cornée.

Il aurait été à désirer qu'on pût au moins détruire cette complication par l'application réitérée de la liqueur de Bénédict Conrad; mais après un essai de ce remède, le malade ne voulut plus suivre aucun traitement. Au bout d'un certain temps, toute inflammation a disparu, la pupille est devenue tout à fait irrégulière et la cataracte est demeurée stationnaire.

OBS. II. — Un jeune homme, travaillant aux salines, reçut dans les yeux l'explosion de la poudre conjointement à beaucoup de gravier. L'œil du côté droit fut immédiatement perdu et le gauche tellement maltraité, que la vue en fut abolie. Il fut d'abord soigné dans le lieu même où l'accident était arrivé et guéri des lésions extérieures; mais comme il ne voyait pas, on l'amena auprès de moi.

Après l'avoir examiné, je vis que la pupille était frangée irrégulièrement, que le cristallin était devenu opaque, par suite de l'attouchement du corps étranger, et qu'il serait peut-être possible, après la résorption de la lentille, de le mettre au moins en état de se conduire et de voir les gros objets. Je l'ai opéré le lendemain.

J'introduisis par la cornée, après la dilatation de la pupille, l'aiguille en rond hache tranchante, et je coupai en tout sens le cristallin et la cristalloïde. Le même jour, il retourna chez lui avec l'injonction de se présenter de nouveau au bout de six semaines, ce qu'il fit. Il voyait distinctement et mieux que nous ne l'avions espéré; toute trace de cataracte avait disparu; maintenant il continue à exercer son état primitif.

OBS. III. — Un troisième cas de cataracte traumatique qui s'est présenté en même temps que le précédent est survenu à un ouvrier, qui, en faisant sauter des rocs pour établir une route, reçut l'explosion dans la figure, et lorsqu'on m'appela, à six lieues de chez moi, je le trouvai horriblement défiguré, tout noirci par la poudre et couvert de sang et de poussière. Après l'avoir lavé et nettoyé, je reconnus que l'œil droit avait été complètement vidé par le choc de fragmens de roc; les paupières écartées permettaient de voir le moignon du globe de l'œil entièrement dépourvu de ses humeurs. Il y avait une plaie énorme à la joue de ce côté, qui n'était pas pénétrante; le corps de la mâchoire inférieure du côté gauche était fracturé, ce qui lui rendait la bouche tordue, avec impossibilité de l'ouvrir. Un des doigts de la main gauche était endommagé et l'œil de ce côté était tellement noirci et gonflé qu'on avait de la peine à apprécier le dommage qui y existait.

Un examen attentif m'a fait reconnaître la cornée comme incrustée de grains de sable et de grains de poudre; je cherchai à les détacher au moyen d'une aiguille montée. Après bien du travail, je pus reconnaître que cette membrane était bien endommagée. Je pansai le malade avec soin, et je ne le revis que quatre jours ensuite. L'œil était dégorgé, la cornée moins chargée, et on pouvait voir la couleur gris-nacrée de la capsule du cristallin, constituant une cataracte traumatique.

Je conçus quelque espoir de lui rendre la vue dans la suite, dans le cas où la cornée aurait conservé quelque transparence. Ayant indiqué le traitement à suivre, le malade retourna chez lui, et comme j'avais fixé le terme de six semaines pour décider si une opération serait possible, il revint auprès de moi lorsque ce temps fut expiré. Je reconnus alors que mon pronostic avait été trop favorable, car l'œil ne présentait qu'une masse staphilomateuse avec adhérence de l'iris à la cornée, qui elle-même était leucomateuse et ne permettait qu'une légère perception de la lumière.

Je donnerai le nom de *cataracte par attouchement* à cette opacité du cristallin et de sa capsule, qui survient par suite d'un refoulement de la cornée transparente sur ces organes, déterminé par une compression ou un choc sur le globe de l'œil, les paupières étant closes ou non. Des organes aussi diaphanes que le cristallin et ses enveloppes ne peuvent souffrir le moindre contact sans s'altérer d'une manière prompte, car on voit une cataracte se former en peu d'heures, ce qui doit paraître bien extraordinaire puisque la cataracte en général met habituellement un temps très long à se déclarer avant de pouvoir être opérée, et même dans quelques cas, elle peut rester longtemps stationnaire; alors on voit la capsule de la lentille d'une couleur gris-fauve, et, malgré cette opacité, la personne qui en est atteinte peut voir d'une manière distincte. Je me rappelle avoir vu une demoiselle atteinte de deux cataractes stationnaires, paraissant prêtes à être opérées, pouvoir distinguer les objets, lire les caractères un peu gros et même enfiler une aiguille. Cet état a duré quelques années, ensuite sa vue a beaucoup diminué. Elle subit alors l'opération à un œil qui réussit; l'autre œil resta sans être opéré.

Les cataractes formées par attouchement ou par compression sont pour la plupart du temps capsulaires et ne deviennent lenticulaires qu'après un laps de temps plus ou moins long. Mon célèbre maître, le professeur Beer,

---

demoiselle Pigeaire; et il est fâcheux qu'aucun autre bandeau n'ait été accepté. Il est facile, ce semble, de boucher hermétiquement deux yeux, et de s'assurer qu'ils le sont effectivement; mais ce problème, fort simple en lui-même, a souffert cependant tant de difficultés qu'il n'a pu être encore résolu. On nous apprend qu'un de nos confrères, qui a rendu compte dans le *Journal des Débats* d'une expérience de mademoiselle Pigeaire, s'occupe de la confection d'un appareil qui, dit-on, préviendra toute objection, et qui sera accepté par le père de la somnambule. Nous attendons avec la plus grande impatience cette nouvelle expérience, qu'il est dans l'intérêt de tous de rendre décisive.

Il est question de supercherie dans le rapport, et dans le sein de l'Académie on n'a pas ménagé davantage les expressions. Quant à nous, sans prétendre rien nier ni affirmer à cet égard, nous dirons ce que nous avons dit plusieurs fois déjà, qu'il serait à propos de montrer en quoi consiste cette supercherie et signaler les moyens employés pour tromper. Cette démonstration, réclamée par l'équité, aurait, en outre, le grand avantage de ne plus laisser le moindre doute sur la nature des phénomènes. Nous avons entendu avec plaisir M. Bouillaud se plaindre de cette lacune du rapport. Pour notre compte, une explication de ce genre nous aurait fait grand plaisir; car, bien que l'expérience dont nous avons été témoins nous ait laissés dans le doute, nous déclarons qu'il nous serait impossible de nous rendre positivement compte de toutes les circonstances du fait. Les commissaires, sauf erreur, n'en savent pas là-dessus plus que nous.

On a lu à l'Académie une lettre, dans laquelle on propose une très forte somme (30 ou 70 mille fr.) à quiconque lira avec le bandeau de Mlle Pigeaire. Cette proposition, faite, sans doute, dans une intention louable et dans l'intérêt de la vérité, a le tort de paraître une vaine bravade; loin d'avancer la solution des difficultés, elle les augmente en indisposant les esprits.

Nous n'approuvons pas davantage la proposition déjà reproduite plusieurs fois par MM. Bouillaud et Rochoux, de repousser à l'avenir toute communication relative au magnétisme animal, comme l'Académie des sciences en use pour les questions de la quadrature du cercle et du mouvement perpétuel. Il n'y a pas parité entre ces choses, et il est profondément illogique de conclure des unes à l'autre. Nous avons bien des fois réfuté cette fin de non recevoir tirée de la prétendue *impossibilité* des faits somnambuliques: Nous n'y reviendrons pas.

Mais en voilà assez et même trop sur le magnétisme animal.

Un fait moins important sans doute, mais plus intéressant pour nous, c'est l'élection faite dans la dernière séance de l'Académie. Vous avez su (car la GAZETTE a pris la liberté d'en instruire le public médical) ce qui s'était passé dans la section chargée de présenter les candidats; vous n'ignorez pas que cette section, procédant par le mode inusité de l'exclusion aurait formé sa liste par l'élimination successive de tous les prétendans qui ne plaisaient pas; que ce travail de la section a été vivement attaqué pardevant l'Académie entière réunie en comité secret; qu'il a été question même d'altérer gravement la liste présentée par la section, et que ce n'est que par une déférence excessive à des articles du réglement susceptibles d'interprétations diverses qu'on a fini par sanctionner ce qui avait été fait, tout en décidant que l'on demanderait à l'autorité supérieure la modification du réglement. C'est sous ces impressions qu'a eu lieu l'élection qui a présenté des circonstances très curieuses. Ainsi, par exemple, le premier tour de scrutin a donné 25 voix à un nom qui n'était pas sur la liste des candidats présentés par la commission, majorité la plus forte qui se soit exprimée après

prétend que les causes des cataractes qui se forment d'une manière si rapide doivent déterminer la séparation complète du cristallin d'avec sa capsule, et souvent aussi la capsule des parties voisines. Dans la maladie très rare, nommée par cet auteur *hydatide du cristallin*, on peut s'assurer de la vérité de cette assertion, puisque dans ce cas-là la capsule forme, pour ainsi dire, une petite poche à la lentille, qui reste suspendue dans cette enveloppe.

L'hydatide du cristallin se présente bien rarement dans la pratique. J'ai eu l'occasion de voir cette maladie une seule fois dans la clinique du professeur Jæger, et depuis lors il s'est écoulé un grand nombre d'années sans que j'aie retrouvé un cas pareil, lorsque dans le courant de l'année 1830, il vint à ma consultation un homme, âgé de 26 ans, qui souffrait de douleurs dans l'œil gauche, et dont la vue était presque perdue de ce côté. Je l'examinai attentivement avec le verre éclaireur pour l'œil et ensuite avec la loupe. Je vis une pupille légèrement déformée et devenue elliptique, au milieu de laquelle existait une petite masse de couleur gris-verre, ayant la forme d'un pepin de raisin placé verticalement; le fond de la pupille était gris foncé, assez semblable à un œil amaurotique. Cette petite masse était vacillante; en faisant pencher la tête d'un côté ou de l'autre, elle en suivait les mouvemens.

Il était curieux de voir la capsule du cristallin représentant une petite bourse, où était contenu le reste de la lentille, déjà diminuée de volume, quoiqu'il n'y eût que quinze jours ou trois semaines que l'accident, cause primitive de cette désorganisation, était survenu. Cette cause primitive était un coup de baguette sur la paupière supérieure, dont le choc avait refoulé la cornée transparente qui, elle même, avait froissé le cristallin et son enveloppe et déterminé la fonte de ce corps dans la capsule. Le malade avait éprouvé quelques douleurs dans l'œil et la diminution de la vue. Quelque temps après, il revint auprès de moi ayant son œil en bien mauvais état; la pupille était irrégulière et bouchée par un nuage gris foncé; la vue de cet œil était abolie.

Les faits suivans nous offrent d'autres exemples de cataracte par attouchement ou par compression.

Obs. IV. — Un petit savoyard, âgé de 10 ans, était occupé avec ses parens à abattre des chataignes, lorsqu'un de ces fruits tomba de l'arbre sur son œil gauche; la chataigne était recouverte de son enveloppe garnie d'aspérités, dont plusieurs s'implantèrent dans la cornée transparente, lui causèrent de la douleur et déterminèrent promptement une vive inflammation de la conjonctive, qui devint très boursoufflée au point qu'elle sortait entre les paupières comme un repli gonflé.

On appliqua de l'eau fraiche, et plus tard un cataplasme de pain et de lait avec lequel il passa la nuit.

Amené auprès de moi, le lendemain de l'accident, je m'occupai d'abord de cette phlogose, afin d'être à même d'extraire les pointes de l'enveloppe de la chataigne restées sur la cornée. Au bout de peu de jours je parvins à en ôter deux; mais il en restait une plus profondément enracinée; à sa sortie il s'écoula comme par jet une partie de l'humeur aqueuse; je pus voir alors une cataracte qui paraissait partagée par une ligne noire irrégulière, la moitié supérieure était marbrée gris foncé, et l'autre moitié d'un gris plus clair. L'enfant voyait bien peu de cet œil, mais la vue n'était pas perdue.

Au bout d'un certain temps, l'œil reprit son état naturel, la pupille fut dilatée au moyen de la jusquiame, et la kératonixis fut pratiquée.

Six semaines après, le petit malade était guéri et sa vue bien rétablie.

Obs. V. — Un jardinier occupé à tailler un arbre en tenait fortement une branche qu'il laissa échapper et dont la force élastique vint frapper les deux yeux. Il ressentit aussitôt une douleur vive aux paupières et fut saisi d'un éblouissement assez intense et durable. Transporté chez lui, on bassina ses yeux avec de l'eau vulnéraire qui les irrita; ils devinrent rouges et toute la conjonctive de la sclérotique fut fortement ecchymosée.

Je fus appelé le surlendemain, et je remarquai que les deux cristallins étaient devenus opaques; je prescrivis une goutte de suc d'arnica avec huit onces d'eau, qui guérit en peu de temps l'ecchymose; mais la vue devint chaque jour plus troublée, les mouvemens de la pupille s'exécutaient encore, mais plus tard elle devint fort dilatée; le malade voyait chaque jour moins. On put diagnostiquer une amblyopie amaurotique qui amena au bout d'un certain temps la cécité complète.

Obs. VI. — Un jeune maçon, travaillant à un bâtiment, reçut, en levant la tête, une pierre détachée du mur et qui vint frapper verticalement la paupière supérieure de l'œil gauche et détermina une douleur assez vive. Dans la journée, il survint de l'enflure et une couleur bleue à l'endroit blessé; le malade ne pouvait pas ouvrir l'œil lorsqu'il me fut présenté. J'eus recours à l'arnica dont on fomenta souvent les tégumens meurtris, le remède opéra efficacement, et je pus distinguer l'intérieur de l'œil dont le blanc était encore ecchymosé. Je vis distinctement une cataracte capsulaire, coupée diagonalement par une ligne qui séparait la portion supérieure de couleur blanc de lait, et la portion inférieure de couleur gris cendré; les mouvemens de l'iris s'exécutaient librement; le maçon voyait encore les gros objets. Il fut soumis à un régime et à une tranquillité parfaite, ce qui rendit à l'œil son état normal. Ayant l'intention d'opérer cette cataracte, j'appliquai une ou deux fois l'extrait de jusquiame sur l'œil, afin de voir la place du cristallin et de son annexe dans toute son étendue. Ayant fait asseoir ce malade et soulever la paupière supérieure, je plongeai une aiguille en fer de lance, plus étroite et plus tranchante que que celles qui servent pour l'abaissement de la cataracte, je la plongeai, étant tenue plate entre les doigts, dans la sclérotique à une demi-ligne du limbe de la cornée et un plus haut que le demi-diamètre de cette membrane; j'opérai alors plusieurs incisions verticales et une transversale, afin de couper régulièrement la capsule et le cristallin; je ressortis l'aiguille comme elle avait été introduite; l'œil fut fermé et bassiné avec la solution d'arnica et d'eau; le malade demeura une heure ou deux sur sa chaise dans un état de tranquillité parfaite.

Deux mois plus tard, je revis ce jeune homme, il était clairvoyant; la pupille était noire et débarrassée de tout résidu de cataracte. Il a dès-lors repris les travaux de son état.

Obs. VII. — Un autre maçon valaisan, âgé de 40 ans, a reçu à l'œil le choc d'une portion de caillou; sa vue a immédiatement diminué et est devenue troublée.

Le lendemain, lorsqu'il s'est présenté chez moi, j'ai vu qu'il était atteint d'une cataracte par attouchement; elle était placée sur l'œil droit et parfaitement formée. J'ai conseillé à cet ouvrier de ne point toucher à cet œil, puisque son congénère lui suffisait.

Obs. VIII. — Dans une rixe un jeune homme reçoit sur l'œil gauche un coup de couteau dont le tranchant effleure légèrement la paupière inférieure; l'œil s'est trouvé meurtri par le choc; il est devenu rouge et douloureux. Il y eut alors une plainte portée et le chirurgien du lieu déclara que l'œil ne présentait aucune espèce de danger, et que sous peu de jours le malade pourrait reprendre ses travaux. Mais au bout de ce temps, voyant que sa vue se troublait, il vint auprès de moi, ayant une forte ophthalmie.

Peu de temps après, il fut guéri de ce mal, et je vis clairement que le cristallin avait perdu sa transparence, et que la vue diminuait chaque jour davantage. Ensuite en regardant attentivement on voyait une cataracte diffuse, et une couleur vert de mer au fond de la pupille annonçait une altération du corps vitré. En un mot, l'œil était perdu sans ressource.

Dans plusieurs cas je n'ai point suivi la méthode de Langenbech pour opérer la kératonixis, laquelle méthode, comme chacun le sait, consiste à pénétrer dans l'œil par la cornée transparante avec une aiguille courbe

---

celle du candidat nommé, M. Lecanu. La surprise a été grande pour tous, et pour quelques-uns il s'y est joint de l'effroi. On a pu craindre un instant que le prétendant (M. J. Guérin), non seulement non présenté, mais encore *exclu* par la section, ne conservât assez de voix pour être balloté au dernier tour de scrutin, ce qui eût été, sans doute, un grand scandale! Ce nom qui revenait si souvent, quoique, selon la théorie de quelques personnes, il ne dût pas même être prononcé, a visiblement jeté l'alarme sur quelques bancs. Le danger a paru si grand qu'on a cru nécessaire de se défendre. On a donc interrompu la marche régulière du scrutin par une motion tendant à faire décider que les noms non inscrits dans la liste de présentation ne pourraient être inscrits sur le bulletin des électeurs. Cette proposition a été vigoureusement repoussée par M. Velpeau qui a énergiquement maintenu le droit de l'Académie et noblement défendu les absens.

Cette élection offre cela de particulier qu'elle a trompé toutes les prévisions et frustré l'espérance de tous ceux qui s'en sont activement occupés. Le résultat définitif était, on peut le dire, imprévu; tous les résultats partiels de cette lutte ne l'étaient pas moins, et il est clair que, dans cette élection, comme à Rosbach, *toutes les probabilités ont été mises en déroute*. C'est ainsi que la fortune se joue des projets des humains. Ceux qu'on prétendait abaisser ont été élevés, ceux qu'on prétendait élever ont été abaissés, et le succès a été précisément en raison inverse des chances. Croyez après cela à la méthode numérique.

Nous finirons là nos remarques, qu'il nous serait cependant très agréable de pousser plus loin, afin d'être plus clairs. Mais il vaut mieux peut-être laisser sur tout cela quelque obscurité.

Deux médecins, illustres, mais à d'autres titres que la science médicale, sont morts il y a peu de temps, Dulong et Laurent de Jussieu. Le premier était un des premiers physiciens et chimistes de l'Europe, le second en était le plus grand botaniste. Tous deux membres de l'Académie des sciences, c'est dans le sein de cette savante compagnie que leurs travaux doivent être appréciés. Déjà ce dernier et solennel hommage a été rendu, il y a peu de jours, à de Jussieu, par l'organe de M. Flourens, qui a su dignement faire admirer les travaux de ce grand homme par la voie la plus courte, la plus sûre, mais aussi la plus difficile, en les faisant comprendre. Le tour de Dulong viendra plus tard, et la tâche, quoique confiée probablement à d'autres mains, ne sera pas moins bien remplie. Nous nous permetrons de dire, par anticipation, que nul homme n'a porté haut loin que Dulong l'alliance des plus belles qualités du cœur aux qualités les plus élevées de l'intelligence : il était aussi vertueux que savant, et aussi savant que vertueux.

Pour finir par une nouvelle moins triste, je vous dirai que la commission ministérielle chargée de rédiger le projet de loi sur l'enseignement et l'exercice de la médecine a presque entièrement terminé son travail. *Le projet sera présenté aux chambres à la session prochaine.* Le fait est aussi certain que peut l'être un fait futur, et bien que pour cette loi nous ayons essuyé déjà bien des désappointemens, nous espérons fermement que tous les ajournemens sont terminés. Parmi les articles les plus importans de ce projet on signale les suivans : 1° Abolition du grade des officiers de santé; 2° Développement des *écoles secondaires*, mais pas de facultés nouvelles; 3° Abolition du concours. Les professeurs seraient nommés par le roi sur la présentation d'un candidat unique faite par le corps même. Je vous livre les faits sans discussion, ni remarque aucune. Nous y reviendrons en temps et lieu.

et tranchante, qui sert à couper le cristallin et sa capsule. J'ai observé qu'il est plus facile de manier une aiguille droite qu'une aiguille courbe; on suit les mouvemens avec l'œil plus distinctement; ainsi je préfère faire pénétrer dans la sclérotique une aiguille droite dont l'extrémité présente un renflement ayant ses bords tranchans. Cette aiguille pénètre dans la chambre postérieure de l'œil, va couper en plusieurs sens le cristallin et sa capsule. On peut ainsi bien plus aisément faire passer quelques fragmens de la lentille dans la chambre antérieure, à travers le trou pupillaire, que si l'on pratiquait cette manœuvre en traversant la cornée transparente, d'une manière directe.

Quoiqu'il arrive rarement que la piqûre faite avec l'aiguille dans la cornée transparente soit sujette à des suites fâcheuses, j'ai vu chez des individus de mauvaise constitution cette piqûre rester longtemps fistuleuse, et devenir ensuite la base d'un ulcère difficile à guérir. En opérant la kératonixis par le procédé que j'expose ici, on n'a jamais à risquer de voir survenir ces accidens, et le succès de l'opération est aussi certain que lorsqu'elle est pratiquée par la cornée.

J'ai une dernière réflexion à présenter qui m'a été suggérée par plusieurs faits de pratique. Chacun sait que la manière d'éloigner la cataracte par le procédé nommé la *réclination*, consiste à introduire dans l'œil une aiguille en fer de lance, tenue à plat entre les doigts; et lorsque cette ponction est achevée, on retourne l'aiguille en ramenant la main en dehors et en bas, afin de pénétrer dans la chambre postérieure; on éloigne et on repousse le cristallin en avançant la main, jusqu'à ce qu'elle soit en ligne verticale de la ponction. Le cristallin ainsi remué se loge dans l'espace compris entre le muscle droit interne et le muscle droit inférieur. Dans cette méthode, dis-je, il est expressément recommandé de commencer à déchirer la cristalloïde, avant de procéder à la réclination de la lentille, et j'ai vu maintes fois que dans cette manœuvre cette membrane était séparée presque aussitôt de la lentille, et qu'ainsi elle obstruait la pupille de manière à empêcher de voir assez bien pour opérer le déplacement projeté. En outre, cette membrane, suivant son degré de densité, voltige dans la chambre antérieure, ou bien remonte chaque fois que l'opérateur cherche à l'éloigner, en sorte que la cataracte étant déplacée, il reste un obstacle à la vision, lequel devient difficile, pour ne pas dire impossible à détruire.

Impatienté une fois par cet obstacle à la réussite d'une opération de cataracte par réclination, je me décidai aussitôt à ouvrir la cornée et à chercher à débarrasser la chambre postérieure d'une capsule qui voltigeait dans cet espace; cette membrane a toujours fui devant tous les instrumens que j'ai employés, j'ai dû renoncer à mon projet et le succès de l'opération a été nul.

Je ne prétends pas donner pour règle générale de ne pas déchirer la cristalloïde dans l'opération de la cataracte par déplacement; mais je puis cependant affirmer que j'ai réussi dans plusieurs cas, en ménageant beaucoup cette capsule et en opérant immédiatement le déplacement de la lentille, sans chercher à toucher à la capsule. Ces deux organes adhérens se sont trouvés éloignés de la pupille; le malade voyait et il n'est résulté aucun accident secondaire.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

I. ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

Les cahiers des mois de juin et juillet renferment les articles originaux suivans : 1° *Mémoire sur la phrénologie;* par M. Lafargue (dernier article); 2° *Mémoire sur la pseudo-mélanose du poumon;* par M. T. Rilliet, élève interne des hôpitaux; 3° *Note sur l'arrachement de l'ongle incarné;* par M. Néret, médecin à l'hôpital de Nancy (rien de neuf); 4° *Observation d'anévrisme vrai de la sous-clavière gauche communiquant avec l'intérieur du poumon correspondant;* par le même; 5° *Recherches sur le traitement des fractures des côtes;* par M. Malgaigne (première partie). Nous en rendrons compte quand tout le travail sera publié; 6° *De quelques cas d'absence de bruit respiratoire vésiculaire et application de ces faits à la trachéotomie;* par M. Barthe, chef de clinique; 7° *Observations et réflexions sur l'opération de l'empyème* (fait isolé; pas de conclusions nouvelles).

MÉMOIRE SUR LA PSEUDO-MÉLANOSE DES POUMONS; par M. RILLIET, interne des hôpitaux.

Ce mémoire sur un sujet dont tant de fois il a été question déjà dans la GAZETTE MÉDICALE, est une courte mais juste analyse des travaux publiés jusqu'ici sur la pseudo-mélanose des poumons, que le docteur Stritton a proposé de désigner sous le nom de *anthracosis*. Bien qu'un nombre considérable de cas de cette maladie aient été déjà observés en Angleterre depuis six ans, un seul l'avait encore été en France. Le mémoire de M. Rilliet en contient un second dont l'histoire nous paraît mériter d'être reproduite, et pour le soin avec lequel elle a été recueillie et pour les recherches chimiques que M. Lecanu a faites sur la demande de l'auteur.

OBS. — Rigaud, âgé de 33 ans, mouleur en cuivre, entre le 12 mai, à l'hôpital Necker, et dit être malade depuis deux ans et avoir éprouvé pendant les six premiers mois de nombreuses hémoptysies. Depuis seize mois, l'intensité de la toux l'a forcé de cesser ses occupations. Dès le début, l'expectoration avait présenté une couleur noirâtre que le malade attribuait à sa profession; né de parens pauvres, son histoire ne fait connaître aucune cause à laquelle on pense rapporter sa maladie.

Le lendemain de son admission, il présente l'état suivant :

Constitution peu forte, maigreur assez avancée, poitrine plate en avant, matité de la partie moyenne et supérieure du poumon droit, gazouillement marqué au-dessous de la clavicule. La toux est assez rare; l'expectoration grise noirâtre peu abondante; peau sans chaleur; pouls petit 120. La voix est un peu voilée. (Traitem. pect. pot. gom. tartre stibié, 2 gr.)

La potion n'est pas tolérée; elle occasionne plusieurs vomissemens.

Le 12, application d'un moxa à l'eau chaude, sous la clavicule droite.

Le 15, douleur thoracique assez vive à droite (saignée de deux palettes dont le sang se recouvre d'une couenne).

Le 18, accès d'étouffemens dans la nuit, râle crépitant en arrière et à gauche, dans toute la hauteur du thorax.

Le 19, mort.

AUTOPSIE. Le cerveau n'offre rien d'anormal. Le larynx présente, près des cordes vocales, deux ou trois petites érosions irrégulières. Les plèvres sont adhérentes par d'anciennes traces celluleuses assez lâches; elles sont plus serrées, plus courtes au niveau du lobe supérieur droit qu'elles enveloppent presque tout entier. Le poumon gauche présente à son sommet un tissu très dur, ne criant pas sous le scalpel, lisse à la coupe, d'un beau noir, communiquant cette couleur aux doigts qui sont en contact avec lui. Mis dans l'eau il tombe au fond; traité par la coction, il perd de son brillant, mais conserve sa coloration; soumis à la macération pendant vingt-quatre heures, il donne au liquide dans lequel il a séjourné une teinte analogue à celle de l'encre de la Chine. A peu près au centre de cette altération se trouve une petite excavation pleine de liquide gris-noirâtre; elle n'est tapissée par aucune membrane et communique avec une bronche qui paraît taillée à pic dans le point où elle pénètre dans son intérieur. Le lobe inférieur tout entier présente à la coupe un grand nombre de petites masses noirâtres variant entre le volume d'une noisette et celui d'une lentille; leur composition est en tout semblable à celle du tissu décrit ci-dessus.

Le poumon droit est dur au toucher. Au sommet il y a une excavation capable de contenir une orange, et communiquant avec une petite bronche. Sans brides dans son intérieur, elle est tapissée par une fausse membrane blanchâtre, molle, d'un quart de ligne d'épaisseur, qui s'enlève avec la plus grande facilité quand on promène le scalpel à sa surface; les parois sont constituées en dehors par des adhérences anciennes, et par la plèvre, épaissie en dedans par une couche de tissu noirâtre, en tout semblable à celui du poumon gauche. Cette couche de matière noire varie d'épaisseur à la partie supérieure et postérieure de l'excavation; elle n'a pas plus de trois lignes. La caverne ne contient dans son intérieur qu'une petite quantité de liquide gris-noirâtre. Les lobes moyen et inférieur de côté droit présentent les mêmes altérations que ceux du côté gauche. En examinant le tissu altéré, on trouve au milieu une masse du volume de l'extrémité du petit doigt, jaune, friable, tuberculeuse en un mot. On n'en a pu trouver nulle part ailleurs.

Les autres organes n'offrent rien de très anormal.

ANALYSE CHIMIQUE DE LA MATIÈRE NOIRE. La matière divisée préalablement, introduite dans un nouet de linge et malaxée dans un filet d'eau distillée, n'a pu être complètement décolorée, tant la matière noire adhérait fortement à la fibre; mais une partie a pu cependant en être isolée et recueillie ensuite sur un filtre. Epuisée des matières solubles dans l'eau, dans l'alcool, dans l'éther qui d'ailleurs ne l'ont pas dissoute, elle est restée sous forme de poudre noire, sans odeur, sans saveur, insoluble dans l'eau de potasse qui n'en altérait en rien la teinte, ainsi que dans l'ammoniac, les acides acétique, nitrique, sulfurique, hydrochlorique.

Calcinée à l'air libre elle a laissé un résidu inorganique considérable dans lequel on a constaté la présence d'une forte proportion de phosphate de chaux et de peroxide de fer.

Calcinée dans un petit tube fermé à l'une de ses extrémités, elle s'est décomposée et a répandu l'odeur propre aux matières anormales, et dégagé des matières ammoniacales.

Traitée de nouveau par l'acide hydrochlorique pur, puis par la potasse, elle a cessé de répandre des matières ammoniacales par la décomposition ignée et laissait peu de cendre de phosphate de chaux, sans traces de fer; elle se comportait avec les réactifs absolument comme l'eût fait du charbon.

L'auteur de cette intéressante observation entre ensuite dans quelques considérations sur l'étiologie de la maladie; il nous semble supposer un peu prématurément que les accidens dans tous les cas cités jusqu'ici n'ont pas été produits par le charbon, mais que les excavations qu'on rencontre dans les poumons des individus atteints de pseudo-mélanose ne sont que le

résultat de la fonte de la matière tuberculeuse. Nous croyons que les faits observés jusqu'ici ne sont ni assez nombreux ni même assez caractérisés pour que l'on en tire cette induction.

DE QUELQUES CAS D'ABSENCE DU BRUIT RESPIRATOIRE VÉSICULAIRE; VALEUR SÉMÉIOLOGIQUE DE CE PHÉNOMÈNE ET CONSÉQUENCE PRATIQUE QUI EN DÉCOULE POUR L'OPÉRATION DE LA TRACHÉOTOMIE; par le docteur BARTHE.

Si nous en croyons l'auteur de ce mémoire, l'absence du bruit respiratoire causé par les obstacles qui s'opposent à la libre introduction de l'air dans les voies aériennes et donnent lieu an rétrécissement ou à l'occlusion du larynx ou de la trachée artère, n'aurait été signalée nulle part. Il n'en est point ainsi : M. Chomel lui-même en rapporte plusieurs cas de ce genre, et même il a publié quelque part l'histoire d'un sujet affecté d'anévrisme de l'aorte qui en comprimant une bronche principale déterminait l'absence du bruit respiratoire dans une des portions du poumon, et sans modification de la sonoréité. Cependant cette absence du murmure respiratoire peut, dans des cas où jusqu'ici on n'en avait pas tenu compte, jeter quelque jour sur le diagnostic, le pronostic et même le traitement qui doit être adopté; c'est ce qui va ressortir de l'analyse du mémoire de M. Barthe.

Le murmure respiratoire peut être plus ou moins considérablement diminué par toute lésion capable de rétrécir le calibre interne de la partie supérieure des voies aériennes, soit parce que la colonne d'air arrive avec moins de facilité dans les bronches et y donne lieu à des vibrations moins énergiques, soit parce que ce fluide y pénètre en moins grande quantité, ou n'arrive pas jusqu'aux dernières ramifications bronchiques. Ces lésions peuvent occuper les divers points du tube laryngo-trachéal sur lequel elles peuvent agir soit en rétrécissant ou obstruant sa cavité, soit en bouchant son orifice supérieur, soit en le comprimant de dehors en dedans.

Ces lésions sont nécessairement de la nature la plus diverse : les végétations, les polypes, les ulcérations avec gonflement œdémateux de l'épiglotte, des amygdales, et toutes les tumeurs qui peuvent comprimer le larynx et la trachée-artère. Nous ne pensons pas cependant avec M. Barthe que ces lésions puissent être confondues sans une négligence impardonnable avec un emphysème pulmonaire. Dans les cas où il existe un obstacle au passage de l'air sur le trajet du larynx ou de la trachée constamment, nous pensons, on peut le soupçonner ou même le reconnaître d'une manière positive; mais il est quelques cas embarrassants où la sonoréité de la poitrine persistant et le bruit respiratoire étant absent, l'obstacle à la circulation de l'air se trouve à la fois dans les bronches et dans la trachée; ainsi dans quelques cas de croupe les fausses membranes s'étendent jusque dans les petites bronches. Dans les cas où l'obstacle est à la partie supérieure du tronc laryngo-trachéal, et où il a'y absence de murmure respiratoire avec sonoréité de la poitrine, il est évident qu'après l'emploi des moyens propres à faire disparaître l'obstacle, on devra avoir recours, en dernier lieu et sans hésiter, à la trachéotomie, et que le soulagement du malade sera immédiat. Dans ceux au contraire où l'obstacle sera plus bas, les chances de soulagement par la trachéotomie seront on très faibles ou même nulles.

Quelques observations sont rapportées ici à l'appui de ces considérations et prouvent toute l'utilité qu'on peut retirer de l'emploi de ce moyen d'investigation; nous les allons indiquer sommairement. La première est l'histoire d'un sujet qui mourut asphyxié après avoir présenté l'absence presque complète du bruit respiratoire, et chez lequel, à l'autopsie, on trouva une hypertrophie avec dégénérescence des ligamens thyro-aryténoïdiens. La seconde est celle d'un sujet syphilitique, chez lequel la laryngotomie pratiquée pendant une suffocation imminente n'empêcha pas la mort. Le bruit respiratoire avait été nul, et à l'autopsie on trouva de nombreuses altérations du larynx. La quatrième et la cinquième observation sont des cas d'inflammation des voies supérieures de la respiration avec dyspnée et où un traitement actif a suffi pour dissiper tous les accidens. La sixième est un cas de croupe dans lequel la fausse membrane pénétrait dans les dernières ramifications bronchiques des deux poumons. La septième est mal caractérisée, et la huitième est la plus intéressante de toutes; c'est l'histoire d'un sujet syphilitique chez lequel la suffocation était imminente avec absence de murmure respiratoire et qui guérit complètement après l'opération de la trachéotomie.

MÉMOIRE SUR LES DIFFÉRENTES LÉSIONS SPONTANÉES DES POUMONS QUI PEUVENT AMENER SUBITEMENT LA MORT; par M. LEBERT.

Ce mémoire renferme un assez bon nombre d'observations, qui, toutes, sont des exemples de mort par les poumons. De ces observations, les unes, colligées dans des auteurs qui ont écrit à une époque déjà assez éloignée de nous, n'offrent qu'un médiocre intérêt; les autres, recueillies de nos jours, et avec les développemens qu'exigent les connaissances anatomiques actuelles. Parmi ces dernières, les plus remarquables sont celles où l'on voit un sujet être pris tout d'un coup, et sans cause appréciable, d'une hémoptysie foudroyante, et avec mort subite, et chez lesquels on ne trouve, après la mort, aucune altération qui puisse expliquer ce raptus du sang on cette attraction du sang vers l'organe pulmonaire. L'auteur signale, il est vrai, dans deux cas, la réplétion de l'estomac à la suite d'un bon dîner qu'avaient fait les sujets; mais sans nier qu'un repas copieux soit une disposition éloignée aux accidens de ce genre, nous pensons qu'il faut leur chercher une cause plus énergique, et surtout insolite. Nous en dirons autant de la présence d'un ou deux tubercules qu'on a trouvés quelquefois dans les poumons de sujets qui avaient succombé à cet accident. Avons-nous besoin de dire que l'apoplexie pulmonaire, la congestion séreuse des poumons, l'emphysème traumatique de cet organe peuvent aussi donner lieu à la mort subite; et que l'auteur rapporte quelques exemples de ces différentes lésions, mais qui n'ajoutent rien à la science actuelle? M. Lebert cite en outre des cas de mort subite par affection nerveuse ou par un trouble de l'innervation de la vitalité; mais nous nous arrêtons ici pour ne point entrer dans le champ des hypothèses.

RECHERCHES SUR LA COAGULATION DU SANG DANS L'ARTÈRE PULMONAIRE ET SES EFFETS; par M. C. BARON, interne à l'Hôtel-Dieu.

L'auteur appelle l'attention sur un état morbide qu'il croit avoir passé jusqu'ici inaperçu, et à la suite duquel on ne trouve sur le cadavre d'autre altération qui puisse l'expliquer, que la coagulation du sang dans l'artère pulmonaire, et rapporte trois observations où cette altération fut trouvée, et dont une seule a été recueillie par lui-même. Ces observations sont trop longues pour que nous puissions les reproduire. Nous nous contenterons de résumer en peu de mots celle qui est propre à M. Baron. C'est celle d'une femme âgée de 45 ans, sujette à la toux et aux palpitations depuis un an, toussant davantage depuis cinq semaines, époque où elle commença à sentir des douleurs sous le sternum, et qui fut apportée à l'hôpital quand, déjà depuis trois jours, elle était hors d'état de se livrer à aucune occupation. A son arrivée, on constata une grande faiblesse, un œdème général, l'insensibilité du pouls aux artères des extrémités, une dyspnée extrême, avec tous les phénomènes qui l'accompagnent d'ordinaire, des battemens réguliers au cœur, et à peine un peu de râle sous-crépitant et de râle bronchique sec dans l'auscultation des poumons. La dypsnée augmenta et la malade mourut trente-six heures après son admission, ayant conservé jusqu'à la fin l'intégrité de ses fonctions intellectuelles. A l'autopsie, on trouva, comme lésion principale, mais, dit l'auteur, la seule qui puisse expliquer la cause de la mort, des caillots obstruant la cavité des artères pulmonaires dans toute leur étendue et des deux côtés.

Maintenant peut-on admettre que la malade eût vécu aussi longtemp avec une altération aussi grave qu'une oblitération de l'artère pulmonaire, lors même que nous supposerions, avec l'auteur, que cette oblitération ne se serait pas faite à la fois sur tous les points. Qui ne sait combien la plus petite altération de l'un des poumons, lorsqu'elle vient subitement, détermine d'accidens mortels? D'ailleurs, si les diverses branches de l'artère pulmonaire s'étaient oblitérées successivement dans un intervalle d'une année, quelle différence immense il y aurait eu entre les premières, où le sang se serait coagulé, et les dernières! Et l'auteur nous dit que dans toutes le caillot offrait le même aspect; partout la membrane muqueuse des bronches qui se trouvait en contact avec le caillot était jaune et lisse, et n'offrait pas ces adhérences qu'on ne tarde pas à observer entre les parois artérielles et le caillot sanguin quand un certain temps s'est écoulé depuis sa formation. Cette maladie ne serait point le résultat d'une altération de l'artère elle-même, ainsi qu'il ressort de l'examen de ses parois; ce serait donc ou une altération du sang, ou un trouble fonctionnel, ou un défaut d'innervation. Mais dans ces trois hypothèses, on ne peut supposer une marche aussi lente que celle observée dans ce cas; peut-être pourrait-on attribuer tout simplement cette altération aux derniers instans de la vie, ou même aux premiers momens qui ont suivi la mort, et à un état du sang dont nous ignorons complètement la cause, et d'après lequel on le trouve, chez certains sujets, coagulé dans tous les organes, et, au contraire, liquide chez quelques autres. Au reste, la question soulevée par M. Baron est importante, et exige de nouvelles recherches, des faits plus nombreux, et surtout des faits contradictoires.

II. REVUE MÉDICALE.

Les cahiers des mois de mai, juin et juillet contiennent les articles originaux suivans: 1° *Mémoire sur l'iritis*; par M. Pamard (suite et fin).

Ce travail est assez bien fait, mais il n'offre absolument rien de neuf. L'auteur paraît avoir pris les ouvrages de Lawrence et Mackenzie pour modèle des descriptions qu'il donne; 2° *Note sur l'état des trous rachidiens dans les déviations de l'épine*; par M. Chally; 3° *Mémoire sur les rapports numériques des sexes dans les naissances*; par M. Girou de Buzareingues (cinquième mémoire); 4° *Paralysie générale chez les aliénés*; par M. Hubert Rodrigues; 5° *De l'exportation du choléra de Marseille en Afrique*; par M. Audouard; 6° *De l'action des purgatifs*; par M. Suard; 7° *Bec-de-lièvre guéri avant la naissance*; par M. Chauvin. Il s'agit d'une petite fille qu'on a amenée à M. Chauvin pour la faire traiter d'une fracture de l'avant-bras. Ce médecin lui a trouvé une cicatrice à la lèvre supérieure qui d'après la déclaration des parens existait dès la naissance; il a par conséquent présumé que cela devait tenir à un bec-de-lièvre guéri naturellement avant la naissance; 8° *Sur l'ulcère simple chronique de l'estomac*; par M. Cruveilhier (suite et fin); 9° *Observation d'ulcère chronique de l'estomac*; par M. Bouchacourt; 10° *Sur une tumeur purulente située entre le rectum et la matrice*; par M. Camus; 11° *Cas remarquable d'application du forceps*; par M. Seguin.

DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE CHEZ LES ALIÉNÉS; par le docteur HUBERT RODRIGUES.

La plupart des maladies chez les aliénés diffèrent de celles qu'on observe chez les sujets qui ont conservé le libre usage de leur intelligence. Elles suivent, dans leur mode de développement, dans la succession de leurs périodes, dans leur mode de terminaison, une marche assez différente de celle qu'on observe ailleurs, pour qu'on la désigne ordinairement par une dénomination particulière, d'où la paralysie des aliénés, la gangrène pulmonaire chez les aliénés, etc. Aussi, la première question que pose l'auteur est-elle celle de savoir si la paralysie générale diffère réellement de la paralysie en général, ou si elle serait le résultat d'une altération particulière. Après avoir rapporté les opinions de MM. Esquirol, Calmeil, Georget, et de tous ceux qui se sont occupés de ce sujet, et les avoir comparées, il en conclut que la paralysie générale des aliénés ne diffère en rien de la paralysie en général, et qu'elle est, comme toute paralysie, le résultat de la compression du cerveau ou de sa désorganisation. Ainsi sont conciliées toutes les opinions; ainsi sont expliqués tous les faits. Chaque auteur, dit M. Rodrigues, n'avait examiné qu'un coin du tableau; pour arriver à la vérité, il ne restait plus qu'à réunir toutes les opinions, même celles qui établissent en principe la paralysie générale est l'effet d'une altération inconnue dans son essence.

Dans les premiers travaux sur la paralysie des aliénés, on avait cru remarquer que la paralysie commençait par les membres inférieurs; mais c'est une erreur qui, au reste, a déjà été relevée par le docteur Lallemand, et qu'avait pressentie M. Calmeil. L'auteur dit avoir vu à l'hôpital des aliénés de Montpellier plusieurs exemples de paralysie générale, et avoir toujours remarqué que les bras étaient plutôt paralysés que les jambes. Une femme, entre autres, pouvait à peine porter les mains à sa bouche pour se nourrir, et qui marchait encore, quoique en chancelant.

Dans les ouvrages *ex professo*, sur la paralysie générale, le traitement a été complètement négligé, parce qu'il a été presque toujours infructueux. Mais c'est un défaut qu'on pourrait articuler contre presque tous les ouvrages de médecine de nos jours; il semble qu'on ait oublié que la médecine est l'art de guérir. Dans le *traitement curatif*, durant la première période, l'auteur recommande surtout l'emploi des saignées locales et générales, et le médecin ne doit point être retenu par l'âge avancé, le sexe, la pâleur de la face, la faiblesse apparente du pouls. Il y a des espèces de folies dans lesquelles les émissions sanguines sont nuisibles; mais elles sont toujours avantageuses dans celles dont il est question ici. Les toniques qu'on emploie fréquemment dans ces cas peuvent bien relever les forces affaiblies par la masturbation ou les autres causes de débilitation; mais une véritable paralysie qui aura son siége dans le cerveau ne pourra qu'en être aggravée. Quels que soient les moyens de traitement employés contre la paralysie des aliénés, les exemples de guérison sont très rares; on compte facilement ceux qu'ont publiés les auteurs, et M. Rodrigues en rapporte un qui lui a été communiqué par M. Buisson, et dans lequel l'emploi de la digitale portée jusqu'à la dose d'un gros ent les plus heureux résultats. Non-seulement la paralysie disparut, mais la raison revint, et après deux rechutes provoquées par l'excès des boissons, et des attaques d'épilepsie, le malade a guéri complètement de sa folie, de sa paralysie, et même de cette épilepsie, bien qu'il soit retombé dans son ivrognerie ordinaire.

MÉMOIRE SUR L'ULCÈRE SIMPLE CHRONIQUE DE L'ESTOMAC; par M. CRUVEILHIER.

Cet article, complément de celui dont nous avons rendu compte dans notre dernière revue des journaux français, contient plusieurs observations qui confirment les faits consignés dans le précédent article. L'auteur insiste cependant avec plus d'instance sur quelques faits qu'il avait à peine signalés, et que nous allons reproduire. Un point de vue fort important sous lequel l'ulcère chronique doit être envisagé, c'est celui de sa gravité qui se survit pour ainsi dire à elle-même. Car la cicatrisation une fois obtenue, le malade n'en est pas moins exposé à la perforation et à l'hémorragie. M. Cruveilhier examine dans quelles conditions la perforation peut arriver après la cicatrice formée; il trouve qu'elle a lieu alors par l'effet d'une nouvelle ulcération ou par le défaut d'extensibilité, par la fragilité de la cicatrice, qui se rompt par suite de la distension de l'estomac, soit par des gaz, soit par des alimens, ou par suite de forts vomissemens. Ces divers faits, qui sont appuyés d'observations intéressantes, indiquent déjà les précautions que doivent apporter dans leur régime alimentaire les personnes chez lesquelles on a pu soupçonner un ulcère de l'estomac, longtemps même encore après que tous les symptômes ont disparu. Il faut aussi conclure avec quelle mesure le praticien doit administrer chez ces mêmes personnes les vomitifs.

CINQUIÈME ET DERNIER MÉMOIRE SUR LES RAPPORTS NUMÉRIQUES DES SEXES DANS LES NAISSANCES; par M. GIROUX DE BUZAREINGUES.

Ce mémoire est le complément de ceux publiés par le même auteur sur le même sujet, et qui ont été analysés dans les précédentes revues. L'auteur a cherché à démontrer dans ces mémoires, et paraît avoir mis hors de doute l'influence du développement de la force musculaire sur la procréation du sexe masculin. Dans cette dernière partie, l'auteur soumet sa théorie aux documens fournis par la population de l'Angleterre, et arrive aux mêmes résultats que dans les articles précédens, savoir : que dans les comtés où il y a le plus d'activité, où la force musculaire est le plus exercée, et par conséquent devient prédominante, le nombre des mâles est plus considérable que dans les comtés placés dans les circonstances opposées.

La même théorie, appliquée à l'émigration et à l'immigration, a produit les mêmes résultats. L'émigration se compose en général de plus d'hommes que de femmes; les émigrans sont pour la plupart jeunes et vigoureux. La population qu'ils quittent en devient faible; celle à laquelle ils s'ajoutent en devient forte. L'émigration doit donc par elle-même être une cause d'augmentation du nombre relatif des naissances féminines, comme l'immigration doit être aussi par elle-même une cause de diminution du nombre relatif de ces mêmes naissances. A ces effets immédiats il faut ajouter encore ceux du décroissement de la consommation, et, par suite, du travail, dans les pays que l'émigration affecte; et de l'accroissement de la consommation, et par conséquent du travail, dans ceux auxquels elle profite. Les résultats que M. Giroux obtient de ces différentes recherches étant tous imprimés en chiffres ne peuvent être reproduits ici; nous sommes obligé de nous borner à dire qu'ils sont complètement d'accord avec sa théorie.

SUR UNE TUMEUR PURULENTE VOLUMINEUSE SITUÉE ENTRE LE RECTUM ET LA MATRICE; par M. CAMUS.

OBS. — Une femme, âgée de 30 ans, bien constituée, mère de deux enfans, n'était pas réglée depuis six mois. Cependant elle ne présentait aucun indice de grossesse. Une sage-femme néanmoins qu'elle consulta la crut enceinte. Des tentatives d'avortement ont été faites à la suite de cette présomption. Ces tentatives ont été faites à l'aide d'instrumens pointus qu'on a enfoncés dans la matrice, ce qui a produit beaucoup de douleurs, des hémorragies dont la durée a été de six semaines, et une métrite. La malade est entrée à l'hôpital de l'Ourcine. A l'examen elle a le ventre gros, accuse beaucoup de souffrances dans le bassin, mais rien ne démontre qu'elle soit enceinte : le diagnostic a paru par conséquent fort obscur.

Néanmoins, M. Robert, chirurgien de cet hôpital, a reconnu l'existence d'une tumeur dans le bassin, faisant corps avec l'utérus qu'elle avait déplacé de manière à le faire basculer. Le col se dirigeait en avant et très haut derrière le pubis, au point d'être difficilement atteint par le doigt, tandis que la face postérieure de cet organe se confondait avec la tumeur : celle-ci soulevait en même temps la paroi postérieure du vagin dans le point de son insertion sur le col de la matrice : la tumeur était facile à sentir de ce côté; on la sentait également par dessus les pubis remplissant l'excavation pelvienne.

A l'époque où cette malade entra à l'hôpital, l'écoulement sanguin persistait encore; mais on dut surtout s'occuper de combattre les symptômes inflammatoires qui étaient développés à un degré extrême. Aussi la médecine antiphlogistique, dans toute sa rigueur, fut-elle mise en usage : sangsues, saignées, bains, émolliens de toute espèce, etc. Ce traitement procura quelque soulagement : la tumeur parut même s'affaisser; mais le mieux ne fut que de courte

durée. A la sortie de l'hôpital, deux mois et demi après son entrée, elle souffrait encore beaucoup, la tumeur persistait. Considérablement amaigrie, cette femme ne rentra chez elle que pour se mettre au lit.

C'est à cette époque que M. Camus a été appelé, cinq mois et demi après les tentatives d'avortement. Il trouve l'état suivant :

Le bassin est rempli par une tumeur qui s'élève jusqu'à l'ombilic ; cette tumeur est arrondie, sans bosselure; elle paraît néanmoins un peu déprimée à sa partie moyenne, plus étendue transversalement que d'avant en arrière. Les parois abdominales étant amincies par suite de l'amaigrissement extrême, il est facile de se convaincre que cette tumeur touche immédiatement la paroi postérieure du ventre. La possibilité de la déplacer d'un côté à l'autre fait connaître qu'elle n'y a pas contracté d'adhérences. Cette tumeur est dure, également rénitente dans tous ses points. Cette rénitence peut être rapportée à l'épaisseur de ses parois, et surtout à l'énorme distension par un liquide. Néanmoins le sentiment de la fluctuation y est obscur : le palper est douloureux, surtout du côté droit : le ventre est développé comme à cinq mois de grossesse. Du côté du vagin, le toucher fait connaître une tumeur qui descend jusqu'à environ deux pouces de la vulve. Cette tumeur est un peu allongée et prend évidemment naissance de plus haut; elle soulève la paroi postérieure du vagin au point de l'appliquer fortement contre l'arcade pubienne. Quelque effort que l'on fasse pour atteindre le col de la matrice, on arrive à peine à reconnaître le museau de tanche immédiatement au-dessus du pubis et derrière la paroi abdominale. La faible portion que j'en ai pu toucher me porte à penser qu'il est sain. La place de la vessie est entièrement occupée par la tumeur : celle-ci est manifestement fluctuante, malgré l'épaisseur de ses parois; elle est continue avec celle que l'on sent dans la région sous-ombilicale. La pression du doigt déplace un liquide sans déplacer la tumeur, avec difficulté il est vrai, mais d'une manière assez sensible pour qu'il n'y ait pas crainte d'erreur. On découvre aussi les rides transversales du vagin sur la tumeur, ce qui porte à penser que la collection de liquide n'a pas seulement pour paroi ce conduit, mais qu'elle a dû se former plus haut aux dépens d'autres tissus.

M. Camus pratique le cathétérisme de la vessie, afin de s'assurer de l'état de cet organe. Pour pénétrer, le pavillon de la sonde s'inclinait en arrière jusqu'à toucher la commissure postérieure de la vulve, tandis que le bec arrivait derrière la paroi abdominale. La vessie ne contenait pas d'urine ; mais, au lieu d'être revenue sur elle-même également dans tous les sens, elle était aplatie d'arrière en avant. Le toucher par le rectum fut pratiqué avec soin : le doigt sentait la tumeur remplissant la courbure du sacrum sur lequel elle s'appliquait, au point d'effacer complètement le calibre de l'intestin. Le toucher, de ce côté, donnait une sensation analogue à celle produite par une tête d'enfant engagée dans le vagin; toutefois, la consistance était moins solide. On sentait une fluctuation vague, en raison de la tension des parois et de leur épaisseur. Du reste, aucune lésion appréciable dans les points accessibles du rectum. Les garderobes, bien que rares et difficiles, n'avaient aucun caractère qui pût faire présumer que la maladie avait son siége dans la dernière portion de l'intestin. Par la vulve, aucun écoulement, de quelque nature que ce fût : l'absence de tout écoulement datait de la cessation de la perte provoquée par les tentatives d'avortement, perte qui avait cessé à l'hôpital environ deux mois et demi avant cet examen. La malade se plaignait de douleurs constantes, lancinantes, et d'un poids vers le siége. Amaigrissement extrême, fièvre, insomnie, vomissemens, facies hippocratique.

A ces symptômes, M. Camus diagnostique, mais avec réserve, et par voie d'exclusion, une collection de liquide entre le rectum et la matrice, et il se décide à faire ponctionner la tumeur du côté du vagin par M. Robert. Ce chirurgien plonge en effet un trois-quarts courbe dans la partie la plus saillante. Ecoulement de deux litres de pus très fétide : le ventre s'affaisse. Soulagement; injections consécutives d'eau tiède dans le kyste. Amélioration progressive. La canule a été laissée en place pendant les quatre premiers jours. Le dixième jour, reproduction de la tumeur et des douleurs. L'ouverture n'est pas bouchée, on réintroduit la canule à l'aide de quelques tâtonnemens. Ecoulement libre; injections, oblitération du kyste; guérison après cinq mois d'injections.

L'observation de M. Camus est d'autant plus intéressante qu'elle exprime un fait grave, et dont les auteurs ont à peine parlé. Cette dernière circonstance fait déjà présumer que la maladie doit être fort rare. Les circonstances minutieuses dans lesquelles l'auteur est entré donnent à sa description une valeur réelle, et il suffit de quelques autres faits analogues aussi bien observés pour trouver les élémens d'un tableau dogmatique de cette affection.

Notons d'abord la cause de la collection purulente. C'est une violence traumatique, une manœuvre coupable de provocation d'avortement qu'on peut comparer à une sorte d'empalement par le vagin. La science possède pourtant des cas de blessures du même genre, sans que les conséquences aient présenté rien de pareil. N'y avait-il pas autre chose que cela dans la production de l'abcès chronique ? Remarquez, en effet, qu'avant les manipulations de l'avortement, l'appareil utérin était malade, puisque les règles manquaient depuis six mois, et que la femme n'était point enceinte. Un doute plus sérieux encore se présente, relativement au véritable siége de la tumeur : bien que celle-ci proéminât dans le vagin et du côté du ventre, on ne peut dire positivement si son point de départ était dans l'ovaire, dans le tissu cellulaire près-utérin, ou dans la paroi même de la matrice, ainsi qu'on en a des exemples. Un journal anglais rapporte un fait de cette dernière espèce, accompagné d'autopsie, et que nous reproduirons dans notre prochaine revue. Du reste, que l'abcès eût son origine en dedans ou en dehors du péritoine du plancher pelvien, cela importe peu; ce qu'il y avait de plus essentiel à saisir était relatif au diagnostic général de la tumeur. Les détails de M. Camus ne laissent rien à désirer à cet égard, et l'indication curative qu'il a saisie était fort logique. Il y a pourtant un point dans les phénomènes de la maladie sur lequel nous aurions désiré que l'auteur s'arrêtât, c'est l'œdème circonscrit à la peau de la région malade qui accompagne les suppurations profondes, et qui, d'après J. L. Petit, peut servir à distinguer une loupe ou une tumeur humorale quelconque d'une collection purulente. Au foie, par exemple, ce signe sert parfaitement pour distinguer les collections biliaires dans la vésicule de ce nom des abcès chroniques ou aigus. Les abcès intra-pelviens sont généralement accompagnés d'œdème au périnée ou ailleurs. Joint à la préexistence des douleurs lancinantes et frissonneuses, ce symptôme aurait pu servir utilement dans le diagnostic du fait dont il s'agit.

Ce qui intéresse surtout dans l'observation de M. Camus, c'est l'issue heureuse de la ponction. On est rarement aussi heureux dans les conséquences de cette opération, alors que le mal est aussi étendu que celui dont on vient de lire les détails.

On conçoit sans peine que ces sortes d'abcès peuvent s'ouvrir spontanément, soit du côté du vagin, soit du côté du rectum, et se terminer heureusement, ainsi qu'on en connaît quelques exemples. Dans le premier cas, il en résulte quelquefois des hernies intra-vaginales, hernies qui proviennent de la partie supérieure ou de l'impasse du vagin, et qui peuvent manquer de sac par suite de la destruction du péritoine. Il ne serait même pas impossible que la malade de M. Camus offrît avec le temps quelque chose d'analogue, à moins que des adhérences solides n'aient été établies par la nature. Des fistules diverses peuvent aussi s'établir de la sorte dans le vagin, etc.

III. L'EXPÉRIENCE.

Les cahiers des mois de juin et juillet renferment les articles originaux suivans : 1° *De la résorption purulente*; par M. Tessier; 2° *De l'inflammation considérée comme cause des affections organiques du cœur*; par M. Legroux (suite et fin) ; 3° *Plusieurs cas d'inflammation de la veine ombilicale*; par M. Duplay; 4° *Recherches pour servir à l'histoire de la perforation des intestins par les vers ascarides et des tumeurs vermineuses des parois abdominales*; par M. Mondière; 5° *De la présence de la quinine dans l'urine des individus auxquels elle a été administrée à haute dose*; par M. Quevenne; 6° *Des accidens déterminés par l'appareil inamovible dans les traitemens des fractures* ; 7° *Du typhus ictérode*; par M. Levacher.

QUELQUES OBSERVATIONS POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE L'INFLAMMATION DE LA VEINE OMBILICALE; par le docteur DUPLAY.

Des huit observations qui entrent dans la composition de ce mémoire, aucune n'a été recueillie par l'auteur lui-même. Elles lui ont été communiquées par des confrères, ou il les a empruntées à divers ouvrages. Au reste, le seul phénomène que nous retrouvions constamment dans ces huit observations, c'est la présence du pus dans la veine ombilicale. Quant aux phénomènes morbides, ou ils n'ont point été observés, ou ils ont offert la plus grande variété. Cependant, comme cette phlegmasie veineuse n'a pas encore fixé d'une manière spéciale l'attention des observateurs, puisqu'elle n'a été que signalée par Osiander, Meckel et Assé, nous allons reproduire les conclusions que l'auteur a cru pouvoir tirer de la comparaison de ce petit nombre de faits :

1° La cause de la phlébite de la veine ombilicale doit être recherchée dans les circonstances qui accompagnent la ligature du cordon, circonstances sur lesquelles les observateurs ont gardé jusqu'ici un silence complet.

2° Cette phlébite s'accompagne souvent d'une péritonite dont on retrouve souvent les traces après la mort.

3° L'ictère qui survient dans ce cas, et qui a été un des symptômes les plus constans, peut mettre sur la voie de ce qui se passe du côté de la veine ombilicale.

4° L'érysipèle est encore un des symptômes les plus fréquens. Il serait important de savoir s'il affecte surtout les parois abdominales.

5° Quelquefois cette phlébite s'accompagne des accidens liés à la résorption purulente; mais cela est rare, puisque jamais on n'a vu de foyers purulens se développer dans les viscères. Quant aux suppurations articulaires et à celles du tissu cellulaire, nous ne saurions nous prononcer sur leur fréquence; car il est probable que les recherches n'ont pas été dirigées avec assez de soin dans ce sens ; la liaison entre ces altérations et les inflammations veineuses n'ayant frappé l'attention des observateurs que depuis un certain nombre d'années.

RECHERCHES POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE LA PERFORATION DES INTESTINS PAR LES VERS ASCARIDES ET DES TUMEURS VERMINEUSES DES PAROIS ABDOMINALES, par M. MONDIÈRE, médecin à Loudun (Vienne).

On a discuté la question de savoir si les vers intestinaux étaient capables de perforer le tube alimentaire par l'action propre de leur museau et sans l'intervention de la phlogose ulcérative. Cette question a dû être résolue par l'affirmative, attendu les faits incontestables de ce genre que la science possède; mais on était encore à s'expliquer le mécanisme de ces perforations, de la formation de quelques tumeurs vermineuses, et de certaines émigrations étonnantes de ces vers. C'est là le sujet que M. Mondière s'est proposé d'examiner dans le mémoire que nous avons sous les yeux.

L'idée culminante du travail de M. Mondière est celle-ci: les vers ascarides sont capables de perforer le tube intestinal par l'action de vrille de leur extrémité pointue, action qui écarte simplement les fibres de l'organe sans les déchirer. De là la possibilité de rencontrer de ces hôtes dans le péritoine, dans des espèces de kistes accidentels sous le derme ou à la surface du corps sans aucune communication apparente avec l'intestin. « Selon nous, dit-il, il n'y a point dons le cas qoi nous occupe érosion ou destruction des fibres qui composent l'intestin, mais bien seulement écartement de ces mêmes fibres, opéré d'une manière lente et successive par les mouvemens que les vers impriment à leur extrémité antérieure, qui est pointne et susceptible d'un certain degré d'érection, comme on l'observe chez le lombrics terrestre. Pour juger par analogie combien peut être grande la force de ces petits animaux, et pour bien saisir le mécanisme que nous cherchons à dévoiler, essuyez exactement la surface d'un lombrics de terre d'une grosseur assez considérable et encore tout plein de vie; tenez-le enfermé dans votre main: alors, bien que cette partie soit maintenue exactement fermée, vous sentirez le ver imprimer à sa tête de petits mouvemens comme ceux d'une vrille, et bientôt vous verrez apparaître au dehors son extrémité antérieure, fortement contractée et ayant la forme d'une pointe acérée et résistante. C'est par un mécanisme semblable, selon nous, et en écartant leur fibres que les vers ascarides se fraient un passage à travers les parois intestinales. On conçoit par là comment des observateurs ont po trouver dans la cavité abdominale, ou voir sortir en dehors des vers, sans découvrir la petite perforation dans toute l'étendue des intestins. En effet, les fibres plus intestinales, n'étant qu'écartées, doivent revenir sur elles-mêmes en vertu de leur élasticité propre et de leur contractilité, et effacer ainsi les petites ouvertures qui ont donné passage aux vers. »

C'est à cette doctrine que l'auteur rattache plusieurs faits d'helmenthiasis qui étaient demeurés presqu'inexplicables. Les vers rendus par la vessie urinaire, par exemple, soit lombricoïdes soit hydatiques, ne seraient d'après M. Mondière que le résultat de ces émigrations; il en est de même de ceux qu'on malade avait rendus à travers le trajet d'un abcès par congestion et sur le cadavre duquel on n'a trouvé aucune communication avec l'intestin, etc. Cette manière de voir explique aussi comment un abcès vermineux peut se former à la paroi abdominale saos contenir de matière intestinale et sans laisser de fistule stercorale à sa suite. Aux faits de cette dernière espèce que la science possède, M. Mondière en rapporte un autre qui lui est propre.

Il serait curieux et important de savoir quelle sont les causes qui donnent lieu à ces espèces d'émigrations vermineuses. On croit que les substances anthelmiotiqoes que les malades auraient pris pourraient y contribuer; mais c'est là une pure hypothèse.

Parmi les cas intéressans de tumeurs vermineuses qoe M. Mondière a réunis, le suivant est tiré de sa propre pratique.

ABCÈS VERMINEUX; OUVERTURE; GUÉRISON.

OBS. I. — Une femme, âgée de 35 ans, mère de deux enfans, grande, de bonne constitution, cheveux noirs, ordinairement d'une bonne santé, et se livrant habituellement aux travaux de la campagne, éprouvait, depuis quelque temps, des coliques dans le flanc droit. Elle avait rendu quelques vers par l'anus, ce qui lui arrivait souvent dès l'enfance. Depuis une dixaine de jours, elle s'était aperçue qu'elle portait dans l'aine droite une tumeur du volume d'un œuf de pigeon. Survenue sans cause connue, cette tumeur existait d'abord sans douleur, puis elle avait acquis de l'accroissement et était devenue douloureuse. Une petite tache rouge s'était manifestée dans son milieu, et la malade y accusait une sorte de frémissement qu'elle comparait à celui que feraient éprouver des hannetons renfermés et pressés dans l'intérieur de la main.

A l'examen, M. Mondière trouve que la tumeur est placée un peu au-dessus et à gauche du pli de l'aine. Elle est un peu oblongue, a le volume d'un œuf, est peu douloureuse à la pression, si ce n'est à son sommet, où l'on remarque une tache rouge assez foncée et de la grandeur d'une lentille; elle n'est pas fluctuante. Le canal inguinal est libre. M. Mondière diagnostique un abcès des parois abdominales.

Cataplasmes émolliens, laxatifs, demi-bains. Peu de jours après, la tache devient noire et se convertit en escarrhe. La tumeur est fluctuante. La malade y accuse des pulsations profondes. Petite ouverture à l'aide du bistouri; issue de quelques cuillerées de pus; soulagement; continuation des cataplasmes.

Le lendemain, issue de huit vers lombricoïdes par l'ouverture. D'autres vers existent dans le fond de l'abcès; ils sont tirés successivement; dix-sept vers en tout. Ecoulement d'un peu de sérosité stercorale pendant quelques jours. Cicatrisation prompte de l'abcès. Guérison.

Voici maintenant quelles sont les conclusions auxquelles l'auteur est arrivé relativement aux tumeurs vermineuses,

1° Ces tumeurs ne se montrent que chez les individus atteints de diathèse vermineuse et qui rendent habituellement des vers par les voies supérieures et inférieures. Il suit de là que les enfans, étant plus sujets que les adultes à cette même diathèse, doivent aussi être plus fréquemment atteints de l'accident dont nous parlons; c'est ce que démontre l'observation.

2° Les vers agglomérés en nombre plus ou moins grand et réunis en boule sont la cause première des accidens qu'ils produisent ici d'une manière toute mécanique, en dilatant un point de l'intestin, irritant et enflammant ensuite les tissus environnans: d'où formation d'une tumeur qui se termine par suppuration.

3° Ces tumeurs sont toujours précédées, et ceci est un symptôme caractéristique de douleurs plus ou moins vives dans le point des intestins correspondant exactement à celui des parois abdominales où elles se montrent.

4° Avant de s'ouvrir au dehors, elles deviennent souvent le siége de sensations particulières qui peuvent aider au diagnostic. Ainsi notre malade a éprouvé dans l'intérieur de celle qu'elle portait un frémissement particulier observé également par Wanderbach; M. Méuard y a remarqué une crépitation emphysémateuse; d'autres malades y ont éprouvé des picotemens et des ponctions.

5° Leur formation est souvent aussi précédée de tous les symptômes d'une gastro-entérite plus ou moins intense et de nausées qui pourraient peut-être s'expliquer par le contact des vers sur les parois des intestins.

6° Ces tumeurs se terminent toujours par suppuration; quelquefois il se forme à leur sommet une escarrhe gangreneuse plus ou moins étendue, qui nous paraît dépendre du mélange de quelques matière intestinales avec le pus de l'abcès.

7° Soit que ces tumeurs soient ouvertes avec le bistouri, soit qu'elles s'ouvrent elles-mêmes, et alors il se forme un ou plusieurs trous, comme par usure, il sort d'abord un peu de pus, et bientôt on voit apparaître un ou plusieurs vers isolés qui se détachent de la masse principale; souvent aussi la pelote de vers est expulsée en bloc, et alors on voit sortir des matières intestinales presque immédiatement.

8° Ces abcès une fois ouverts, soit spontanément, soit par l'art, dégénèrent en vraies fistules intestinales qui ne guérissent qu'après la sortie complète des vers. Mais aussitôt que cette sortie a eu lieu, on voit la tumeur s'affaisser, l'ouverture se rétrécir, ses bords se rapprocher, et la guérison ne tarde pas à être parfaite.

9° Les vers ascarides sont presque les seuls qu'on ait ainsi vus sortir de ces tumeurs. Cependant nous avons rapporté une observation dans laquelle un *tænia* a été cause de tous les accidens dont la marche et les symptômes sont restés les mêmes que dans tous les autres cas.

10° Un seul fait à nous connu semblerait devoir porter à croire que les vers, après être sortis des intestins, et une fois parvenus dans l'épaisseur des parois abdominales, pourraient s'entourer d'une espèce de kyste, qui, les isolant de la cavité intestinale, permette aux parties déchirées de se cicatriser par derrière lui, de sorte qu'à l'ouverture de la tumeur on ne voit sortir qu'un peu de pus et des vers, mais rien qui ressemble aux matières contenues dans les intestins, dont la perforation ne peut être retrouvée.

11° Le traitement consiste uniquement dans l'emploi de cataplasmes émolliens et maturatifs, à ouvrir la tumeur, à faciliter la sortie des vers après laquelle la guérison a lieu d'une manière spontanée.

DE LA PRÉSENCE DE LA QUININE DANS L'URINE DES INDIVIDUS AUXQUELS ELLE A ÉTÉ ADMINISTRÉE A HAUTE DOSE; par M. QUEVENNE, pharmacien de la Charité.

Les recherches de M. Piorry sur la présence de la quinine dans l'urine (voy. GAZ. MÉD., an. 1836, p. 73) ont engagé l'auteur de cette communication à publier des recherches analogues qu'il a faites sur l'urine d'un individu auquel M. Leroy, d'Etiolles, fit prendre, dans un cas de fièvre pernicieuse, soixante grains de sulfate de quinine le premier jour; soixante grains le lendemain; et cent-dix grains le troisième jour. Deux onces et demie seulement de cette urine lui furent remises, ce qui ne lui a pas permis de la soumettre à toutes les expériences qu'il

aurait désiré faire. Après avoir traité cette urine par divers réactifs, et lui avoir fait subir plusieurs opérations que nous ne pouvons rapporter, M. Quevenne a obtenu une solution limpide, qui possédait à un haut degré la saveur amère du sulfate de quinine, et offrait, quand on l'examinait à la lumière réfléchie, cet aspect bleuâtre opalisant, particulier aux solutions des sels de quinine.

Cette solution, exposée à l'étuve, laissait déposer des bandes minces qui, examinées au microscope, étaient composées de belles aiguilles prismatiques enchevêtrées les unes dans les autres. Quelques-unes de ces aiguilles en prisme avaient jusqu'à 15/100 de millimètre de long sur 1/400 de large. Elles étaient tronquées obliquement à leur sommet. Evaporée jusqu'à siccité, cette solution a fourni un résidu cristallin, très amer, soluble dans l'alcool.

L'auteur tire de son analyse les deux conclusions suivantes :

1° La quinine ou son sulfate peut passer dans les urines des malades qui en font usage.

2° Le tannin est un très bon réactif pour isoler les alkalis végétaux, puisqu'il a permis, dans cette circonstance, de retirer une très petite quantité de quinine qui se trouvait au milieu d'un liquide d'une nature assez complexe.

DÉPÔT DE PHOSPHATE AMMONIACO-MAGNÉSIEN CRISTALLISÉ A LA SURFACE DU PÉRITOINE; par M. MOISSENET, interne.

Ce fait, rapproché de ceux signalés par le docteur Harrison, professeur d'anatomie à Dublin, et par le professeur Schœnlein, de Zurich, mérite de fixer l'attention. Nous allons le rapporter presque textuellement.

OBS.—Un jeune homme de 18 ans, fortement constitué, qui a succombé dernièrement au cinquième jour d'une méningite avec épanchement considérable de sérosité dans les ventricules, a présenté à l'autopsie, faite 36 heures après la mort, la particularité suivante :

Il y avait à la surface péritonéale du colon descendant, dans l'étendue de 3 pouces, un amas de petits cristaux incolores et transparens, qui étaient si intimement unis à l'intestin, qu'on ne pouvait les en séparer sans déchirer la membrane séreuse. Un petit nombre d'entre eux, les plus gros, avaient au moins une ligne de diamètre longitudinal et paraissaient être des prismes rectangulaires; les autres, dont en raison de leur petit volume il était impossible de déterminer la forme à l'œil nu, avaient tout à fait l'aspect d'une poussière de verre. Examinés au microscope, ils présentaient tous des formes régulières dérivant du prisme rectangulaire. La plupart avaient, au lieu de l'arête supérieure, une facette parallèle à la base, et presque toujours un ou plusieurs de leurs angles étaient tronqués. Les plus gros adhéraient par leur base à la surface séreuse, tandis que les plus petits étaient enfoncés dans son épaisseur ou recouverts par elle. La forme de ces cristaux suffisait pour faire reconnaître qu'ils étaient composés de phosphate ammoniaco-magnésien neutre. L'analyse chimique qui en a été faite par M. Guibourt a confirmé le résultat fourni par l'inspection microscopique.

Le péritoine à l'état normal contenait trois ou quatre cuillerées d'une sérosité transparente; le tube intestinal était à l'état sain. La vessie était distendue avec une grande quantité d'urine; la muqueuse, vivement injectée, ainsi que celle des uretères et des bassinets. Les reins étaient tellement congestionnés que leur section ou même leur simple piqûre donnait lieu à un écoulement de sang assez abondant.

Le péricarde, les plèvres et la membrane arachnoïde ne contenaient point de cristaux.

L'auteur signale quelques recherches qu'il aurait dû faire pour que l'histoire de cette production accidentelle fût complète. Par exemple, il aurait dû analyser le fluide contenu dans le péritoine, l'urine, les matières stercorales, et même le sang. Ce sont des recherches que les observateurs de nouveaux faits ne manqueront pas de faire.

En 1837, M. Chavignez a trouvé des cristaux de carbonate de chaux de quatre formes différentes, sur le péricarde et l'endocarde d'une femme dont il a présenté l'observation détaillée à l'Académie des sciences. C'est aussi vers la même époque que le docteur Harrison annonçait avoir trouvé dans cinq ou six cas différens des cristaux à la surface des viscères abdominaux, et aussi sur le péritoine pariétal. Il n'en a jamais vu sur la vessie. Ces cristaux existaient toujours chez des femmes d'un âge avancé et très maigres, mais dont le péritoine paraissait parfaitement sain. Ils étaient composés d'acide phosphorique, d'ammoniaque et de magnésie. Le même auteur paraît avoir observé deux fois les mêmes cristaux à la surface de l'arachnoïde.

Les cristaux que le docteur Schœnlein a trouvés dans le corps humain diffèrent des précédens, et par le siége, et par la nature. Il ne les a trouvés que dans les escarres jaunes que présentent dans l'intestin grêle les individus qui succombent à la fièvre typhoïde, et dans leur matière fécale; mais jamais dans aucune autre maladie. Ces cristaux étaient composés en grande partie de phosphate de chaux, de sulfate de chaux, et d'un peu de sulfate de magnésie.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 13 AOUT.

GRAND PRIX DES SCIENCES PHYSIQUES.

RAPPORT SUR LE GRAND PRIX DES SCIENCES PHYSIQUES POUR L'ANNÉE 1837.

(Commissaires : MM. SAVART, DULONG, BECQUEREL, DE BLAINVILLE, et MAGENDIE, rapporteur.)

L'Académie avait donné pour sujet du grand prix des sciences physiques à décerner en 1837 la question suivante :

Déterminer, par des recherches anatomiques et physiques, quel est le mécanisme de la production du son chez l'homme et chez les animaux vertébrés et invertébrés qui jouissent de cette faculté.

Un seul mémoire en réponse à cette question est parvenu au secrétariat de l'Académie.

Cet ouvrage annonce des connaissances étendues et variées en anatomie et en physiologie; son auteur est sans doute un esprit très exercé aux travaux scientifiques. Sous ces divers points de vue votre commission se plaît à reconnaître qu'il mérite des éloges; mais l'Académie, en proposant cette question, désirait surtout que les concurrens se livrassent à des recherches d'acoustique expérimentale qui pussent éclairer ce que la théorie de la production du son dans les animaux offre encore d'obscur et d'incertain.

Le mémoire ne contenant aucune recherche nouvelle de ce genre, vos commissaires ont jugé qu'il n'y a pas lieu à décerner cette année le grand prix des sciences physiques.

Mais comme la question proposée en 1835 pour ce prix leur paraît d'un haut intérêt pour les progrès ultérieurs de la physique et de la physiologie, ils ont l'honneur de vous proposer de la remettre au concours pour l'année 1839, en la restreignant dans les termes suivans :

Déterminer par des recherches anatomiques, par des expériences d'acoustique et par des expériences physiologiques, quel est le mécanisme de la production de la voix chez l'homme et chez les animaux mammifères.

PRIX DE PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

RAPPORT SUR LE PRIX DE PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE POUR 1837.

(Commissaires : MM. MAGENDIE, SERRES, DUMERIL, DE BLAINVILLE et BRESCHET, rapporteur.)

Treize ouvrages ont été adressés à l'Académie des sciences pour concourir au prix de physiologie.

Parmi ces ouvrages, celui de M. Bernard Heine jeune, de Wurtzbourg, intitulé : *Recherches expérimentales sur la régénération du système osseux*, nous a surtout paru remarquable.

C'est un travail qui a exigé de son auteur une persévérance peu commune et une grande habileté dans l'art de l'expérimentation.

C'est à l'aide d'un instrument que vous connaissez (*l'ostéotome*), et pour lequel vous avez accordé une récompense à M. Heine, que ce médecin a entrepris une série d'expériences sur le mode de cicatrisation des os et sur leur régénération.

L'ostéotome l'a mis en état d'agir à travers de petites ouvertures faites aux parties molles, sur la surface des os, et d'y produire tantôt de simples solutions de continuité, tantôt des solutions de continuité avec pertes de substance, afin de pouvoir décider quelle était la part du périoste, de la membrane médullaire ou des os eux-mêmes dans la cicatrisation et la reproduction du tissu osseux. Pour arriver à cette connaissance, M. Heine a fait, pendant plusieurs années, des expériences sur des animaux vivans.

Les pièces résultant de ces expériences ont été soigneusement injectées et disséquées, et votre commission a pu en faire l'examen.

La plupart des expérimentateurs, et M. Miescher lui-même, qui est l'auteur de l'ouvrage le plus récent sur cette matière, ont borné leurs recherches aux fractures et à leur mode de consolidation, tandis que M. Heine a varié à l'infini ses investigations, non seulement par l'incision et la résection des os, mais encore par leur extirpation dans leur totalité, en faisant ces opérations sans ménager le périoste, ou en le disséquant et en le conservant autant que possible dans son intégrité.

Les pièces osseuses envoyées par M. Heine et examinées par votre commission ne lui ont pas fait reconnaître, d'une manière aussi manifeste et aussi claire qu'il le dit, les reproductions d'os entiers avec leur appareil médullaire, leurs cartilages d'encroûtement et les cavités régulières pour servir aux articulations.

Ces prétendus os nouveaux ne semblent être réellement qu'un dépôt de matière osseuse amorphe et ne pouvant pas représenter l'os que l'expérimentateur avait enlevé.

Les propositions principales que l'on peut extraire des expériences de M. Heine sont :

1° Que le périoste joue le rôle principal dans la cicatrisation des os;

2° Que, quelle que soit la nature de la lésion du tissu osseux, le périoste

concourt toujours, et pour la plus grande partie, à la sécrétion de la matière osseuse qui répare les pertes de substance;

5° Que le périoste suffit pour former un os nouveau complet, pouvant remplacer l'os primitif;

4° Que la membrane médullaire concourt aussi à la reproduction des os, mais dans une moins grande proportion, et seulement en tant qu'elle a été plus ou moins lésée ou mise à nu;

5° Que les prolongemens vasculo-membraneux du périoste et de la membrane médullaire, qui pénètrent dans le tissu osseux, concourent également, mais à un moindre degré que cette dernière membrane, à la cicatrisation des os et à la formation du cal;

6° Que le tissu osseux lui-même, sans les prolongemens vasculo-membraneux dont nous avons parlé, ne participe point au travail de la consolidation des fractures;

7° Que les parties molles n'ont qu'une action secondaire;

8° Enfin que le sang, ici comme dans le reste de l'économie animale, est certainement l'agent principal de la cicatrisation et de la reproduction des os, mais d'une manière médiate.

Bien que plusieurs des faits annoncés comme nouveaux par M. Heine soient depuis longtemps connus; bien que d'autres faits aient été interprétés par lui d'une manière qu'on pourrait contester, et que ces faits, pour prendre place dans la science, demandent à être observés un plus grand nombre de fois, cependant votre commission trouve dans les expériences nombreuses de M. Heine un intérêt assez grand pour lui accorder le prix de physiologie.

PRIX RELATIF AUX ARTS INSALUBRES.

RAPPORT SUR LE CONCOURS DE L'ANNÉE 1837 POUR LES ARTS INSALUBRES.

Commissaires : MM. GAY-LUSSAC, DULONG, CHEVREUL, DOUBLE ; DUMAS, rapporteur.

La commission que vous avez nommée pour juger les pièces adressées au concours ouvert en faveur de ceux qui auront rendu un art ou un métier moins insalubre avait à s'occuper de dix mémoires, parmi lesquels elle regrette de n'en avoir trouvé aucun qui remplit convenablement les conditions qui servent de base à ses décisions.

En effet, votre commission pense que, pour être couronné, un mémoire présenté à ce concours doit renfermer une découverte capable d'améliorer l'hygiène des ouvriers et sanctionnée par la pratique en grand.

Des recherches chimiques ingénieuses, des recherches industrielles intéressantes lui ont été soumises; mais comme elles n'avaient pas pour effet de rendre un art ou un métier moins insalubre, votre commission n'a pu les ranger au nombre des résultats que M. de Montyon s'était proposé de récompenser et d'encourager. C'est dans l'intérêt de la santé ou de la vie des ouvriers occupés de travaux nuisibles à leur santé, ou capables de compromettre leur vie, que les prix qui nous occupent ont été fondés : ne le perdons pas de vue.

Votre commission a distingué, néanmoins, parmi les pièces qui lui ont été transmises, le mémoire de M. Chaix de Maurice. On sait que par l'addition d'une certaine dose d'argile dans les chaudières à vapeur, on est parvenu à diminuer ou à détruire les dépôts calcaires qui se forment dans ces chaudières, et qui constituent une cause d'explosion évidente, en même temps qu'ils augmentent la consommation du combustible d'une manière très notable. Ce procédé, mis en pratique en France par M. Chaix, a été acquis, dans un intérêt public, par M. le ministre de la marine, et cette circonstance suffisait pour le recommander hautement à l'attention de votre commission. Elle a pensé, toutefois, qu'avant de se prononcer sur l'utilité de cette découverte, il convenait de s'entourer de nouvelles lumières. Votre commission craindrait de vous proposer de couronner un procédé qui, tout en étant exact et fidèlement décrit, ne serait pas accepté par la pratique journalière, par une cause imprévue quelconque. Or, elle n'a pas trouvé dans les pièces fournies par M. Chaix la preuve que son procédé soit entré dans le travail courant des chaudières à vapeur travaillant avec des eaux capables de former des dépôts. Elle désire vivement que cette preuve soit fournie à l'Académie, et elle propose en conséquence d'ajourner toute décision à l'égard de M. Chaix.

De semblables motifs, déjà exprimés dans un autre rapport, ont forcé votre commission, à son grand regret, à ajourner de même sa décision à l'égard de M. le docteur Vallat, qui est l'inventeur d'un lit de sauvetage pour les mineurs blessés ou asphyxiés. Sans nul doute, il suffit d'avoir pénétré dans une mine, d'avoir pu se rendre compte des difficultés et des souffrances qui accompagnent nécessairement l'extraction d'un ouvrier blessé au moyen de la tonne, pour comprendre que ce serait un grande consolation pour tout mineur blessé, que de songer qu'il sera extrait de la mine à l'aide d'un appareil toujours prêt et calculé de manière à lui épargner d'inutiles douleurs.

On pensera peut-être, avec votre commission, qu'il serait à désirer que les exploitans de mines pourvussent leurs établissemens de cet appareil et se missent en mesure de s'en servir dans tous les cas qui peuvent l'exiger.

Mais c'est à ce vœu que votre commission doit se borner, jusqu'à ce qu'il lui ait été démontré par des faits certains que le lit de sauvetage de M. le docteur Vallat est adopté dans l'exploitation des mines pour conduire au jour les mineurs blessés ou asphyxiés.

Parmi les pièces présentées au concours, il en est une qui a trait à l'amidonnier, dont quelques opérations ne sont pas sans inconvénient pour l'hygiène publique. M. Martin, déjà couronné par la société d'encouragement, vous a soumis un procédé dans lequel, imitant ce qui se passe dans nos laboratoires pour l'extraction du gluten, il cherche à tirer parti, non-seulement de la fécule, mais aussi du gluten et de la matière sucrée qui existent dans les céréales. Quand le procédé dont il s'agit sera mis en pratique en grand dans plusieurs fabriques, et que l'Académie pourra le juger par elle-même, tout porte à croire qu'il pourra devenir l'objet d'un examen qui lui sera favorable.

L'Académie a déjà prouvé l'intérêt qu'elle porte au développement de la gymnastique. Votre commission lui eût donc proposé avec confiance d'accorder un prix à l'ouvrage de M. de Courtivron sur l'application de la natation à l'art de la guerre, si elle eût trouvé dans cet ouvrage une découverte caractérisée, adoptée par la pratique en grand. L'ouvrage de M. de Courtivron renferme des vues, des conseils qui seront lus avec fruit. Il insiste avec raison sur les avantages de la natation pour le soldat; mais, tout en lui donnant un éloge, votre commission regrette de n'y avoir pas trouvé l'occasion de décerner un prix à son auteur.

Un mémoire de M. Conseil sur le sauvetage des hommes et des navires à la mer nous avait paru, par son objet, entrer si bien dans le sens du concours qui nous occupe, que nous nous attendions à y rencontrer des faits et des résultats pratiques. Mais il n'en était pas ainsi, et le travail dont il s'agit consiste en propositions ou projets que la commission, fidèle à ses principes, n'avait pas à juger.

Les mémoires de M. Mottet sur la fécule du marron d'Inde, de M. Pallas sur le sucre de maïs, ne renfermaient rien qui pût rendre un art moins insalubre; le traité du lessivage à la vapeur de M. le baron Bourgnon de Layre ne contient rien que son auteur ait pu signaler à la commission comme une découverte industrielle; enfin le procédé de M. Miegeville pour rendre la fabrication du tabac moins insalubre est inapplicable; par tous ces motifs, votre commission a dû les écarter du concours.

Restait à prononcer sur un procédé de M. Pernet, relatif au broyage du vert-de-gris, qui avait été ajourné l'an dernier, faute de pièces suffisantes. Votre commission vous propose un nouvel ajournement, l'auteur n'ayant pas fourni des renseignemens assez complets, quoiqu'il ait produit plusieurs pièces de nature à prouver que son procédé a été mis en pratique avec succès par quelques artistes. Mais votre commission a pensé qu'à cette occasion encore il fallait la preuve que la pratique acceptait ce procédé d'une manière un peu générale, avant delui accorder une récompense évidemment réservée aux découvertes dont le temps a constaté hautement la réalité.

PRIX DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.

RAPPORT SUR LES PRIX DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE L'ANNÉE 1837.

(Fondation MONTYON.)

Commissaires : MM. MAGENDIE, SERRES, DOUBLE, ROUX, DUMÉRIL, LARREY, SAVART, DE BLAINVILLE, et BRESCHET, rapporteur.

La commission avait à examiner, pour l'année 1837, les ouvrages envoyés par quarante-trois auteurs, sur les différentes branches des sciences médicales; et si ces travaux ne répondent pas, pour la plupart, aux intentions de M. de Montyon, fondateur de ces prix, exprimées dans son testament, presque tous indiquent un véritable talent.

La commission a cru plus que jamais, pour accorder des récompenses ou des encouragemens, devoir se conformer aux termes du testament, et ne tenir compte que des travaux dans lesquels on trouve des inventions ou des perfectionnements réels, qui, déjà accueillis par les praticiens, ont reçu la sanction de l'expérience et ont contribué aux progrès de la médecine et de la chirurgie.

Parmi les travaux les plus importans que votre commission a eu à examiner, les uns sont relatifs à la variole et à la vaccine; les autres aux influences salutaires que les longues études, les observations multipliées de M. le docteur Chervin ont eues sur les mesures sanitaires prises par divers gouvernemens.

I. VARIOLE ET VACCINE.

Une des plus importantes questions de la médecine actuelle, est celle de la vertu préservatrice de la vaccine. Cette question a déjà été traitée sous les rapports médicaux et politiques, non-seulement dans le Wurtemberg, mais encore dans la Bavière, la Prusse, et aujourd'hui l'Autriche en est vivement émue. De nombreux ouvrages ont paru dans les trois royaumes de la Grande Bretagne et aux Etats-Unis de l'Amérique du Nord.

On sait que Jenner s'était toujours élevé contre une diminution progressive, d'année en année, de la faculté préservative de la vaccine, et que, pour expliquer des faits d'abord niés ou contestés, mais trop positifs pour qu'on ne dût pas y croire, on admit successivement une fausse et une vraie vaccine, puis l'on s'attacha à l'influence d'une idiosyncrasie individuelle; puis enfin à une influence irrésistible en certains temps, d'une diathèse varioleuse.

On avait cependant établi que la vaccine préserve de la variole pour toujours, sauf quelques rares exceptions.

Beaucoup de contradicteurs s'élevèrent contre cette proposition; on les laissa d'abord dire, puis on les écouta; et, enfin, leur voix, exprimant des faits nouveaux, devint si puissante, que certains gouvernemens s'en émurent, et qu'après avoir rendu la vaccine obligatoire, on en vint à penser qu'il était nécessaire d'en agir de même à l'égard de la revaccination.

En effet, Messieurs, aucune raison ne doit être considérée comme assez forte pour empêcher de dire ici la vérité, et ce serait manquer grandement à son devoir que de la taire, surtout lorsqu'à cette vérité se rattache l'intérêt de la société. Fontenelle avait-il raison lorsqu'il disait que s'il avait toutes les vérités dans sa main, rien ne pourrait le décider à l'ouvrir? Le mal est dans l'erreur et dans la faiblesse qui vous fait taire ou cacher la vérité.

D'après les ouvrages les plus récens publiés en Allemagne, et particulièrement dans le Wurtemberg, il est constant que la variole est très commune après la vaccine; suivant M. le docteur Heim, auteur d'un ouvrage important publié tout nouvellement de l'autre côté du Rhin, sur 1,055 personnes vaccinées, 186

ont eu la petite vérole; et (nous le dirons une fois pour toutes) sachez, Messieurs, qu'il s'agit ici de documens officiels, de chiffres recueillis par ordre, sous la surveillance du gouvernement, et par des délégués *ad hoc*.

Les résultats de la revaccination n'ont pas été moins saillans; dans le civil, sur 44,000 revaccinés, 20,000 ont offert la vraie vaccine; 9,000 la vaccine modifiée; et chez 15,000 il n'y a eu aucun résultat.

On a été naturellement conduit à examiner l'influence des cicatrices. Dans le civil, sur 1,322 personnes offrant des cicatrices normales, la vaccine a pris sur 65/100, la vaccine modifiée a été observée sur 26/100, 9/100 n'ont rien offert.

Sur 1,134 personnes à cicatrices incomplètes, 18/100 ont eu la vaccine modifiée, et les autres la vraie vaccine.

Dans le militaire, sur 7,845 personnes offrant une cicatrice normale, 31/100 ont offert une bonne vaccine, 29,100 ont présenté une vaccine modifiée, 40/100 n'ont rien offert.

Sur 6,539 personnes présentant une cicatrice non normale,
28/100 ont eu une bonne vaccine,
26/100 une vaccine modifiée,
46/100 n'ont rien présenté.

La cicatrice de la vaccination ne prouve donc rien quant à l'aptitude à *reprendre* la vaccine; elle n'est pas plus probante quant à l'aptitude à contracter la petite vérole : sur 1,055 personnes à cicatrice normale, et 141 à cicatrice imparfaite, il y eut 147 des premières et 39 des secondes que la variole atteignit.

Cette opinion de la non-valeur des cicatrices, comme indice, est générale aujourd'hui en Allemagne; et ce qui prouve qu'elle est bien le fruit de l'observation, c'est que les premières ordonnances prescrivant la *revaccination* ne la rendaient obligatoire que pour les personnes dont la cicatrice n'offrait pas les caractères indiqués par Grégory. Plus tard on a été obligé, par l'extension des varioles et des varioloïdes, de ne plus faire attention à ces prétendus caractères (1).

En définitive, les opinions qui prennent racine partout où la question a été examinée avec soin et rigueur, sont :

Premièrement, que la vaccine est un préservatif temporaire.

Les avis sont partagés sur la durée de cette vertu préservatrice. M. Heim pense qu'on peut la fixer, par approximation, à quatorze ans; que, ce laps de temps écoulé, cette vertu est épuisée, et qu'il faut vacciner de nouveau.

Secondement, que la variole est comme la vaccine, qu'elle ne préserve d'elle-même, c'est-à-dire d'une seconde éruption variolique, que pendant un certain temps, après lequel l'économie humaine devient sujette à contracter derechef la petite vérole.

Troisièmement, que les éruptions varioloïdes annoncent le déclin du pouvoir préservatif de la vaccine, et que la variole commence à reprendre son empire sur le corps humain, mais sans avoir encore assez de force pour se développer comme variole proprement dite.

Quatrièmement, que ce déclin de la vertu préservatrice de la vaccine explique tout ce qu'on a dit de l'affaiblissement du vaccin.

Cinquièmement, que par conséquent le recours au cowpox primitif n'est pas nécessaire; mais que, si on le jugeait tel, il ne serait pas aussi difficile de s'en procurer qu'on semble le penser, puisque dans le Wurtemberg, en cinq années (de 1831 à 1836), il s'est présenté sur 274 vaches, et 188 l'ont offert dans toute sa perfection.

Il résulterait de cet exposé des opinions régnantes chez les nations voisines de la France, et particulièrement en Allemagne, d'après des observations recueillies avec un grand soin, et sur l'authenticité desquelles on ne peut élever aucun doute que la vaccine n'a qu'une vertu préservative temporaire, et que c'est beaucoup plus à cette vertu temporaire qu'à l'affaiblissement du virus vaccin ou à son altération qu'il faut attribuer le retour des épidémies varioleuses, les varioles, chez des sujets déjà vaccinés, et chez lesquels les boutons avaient offert tous les caractères d'une bonne éruption.

Au milieu de toutes ces graves questions agitées chez nos voisins, et qui ont amené des résultats importans, que les gouvernemens ont pris en considération, et d'où sont sorties des mesures sanitaires, la France est restée presqu'entièrement indifférente et muette. Quelques voix se sont élevées çà et là, mais sans avoir assez de force pour être écoutées, et sans rapporter des faits assez importans et assez nombreux pour mériter une sérieuse attention.

Cependant nous avons remarqué plusieurs travaux que nous croyons devoir signaler.

M. TUEFFERD.

En suivant l'ordre chronologique, nous nommerons d'abord M. le docteur Tuefferd, médecin à Montbéliard. Depuis longtemps cet habile praticien a signalé le nombre croissant des éruptions varioloïdes ; il rapporte, dans plusieurs mémoires adressés à l'Académie royale de médecine, en 1833 et 1835, que, pendant les neuf dernières années, il avait observé quatre épidémies de variole, bien que le zèle pour répandre la vaccine fût toujours le même, et qu'il produisît à peu près le même nombre de bonnes vaccinations.

« Après avoir vu (c'est M. Tuefferd qui parle) avec admiration qu'on pouvait exposer impunément les nouveaux vaccinés à la contagion de la variole, on s'est hâté de croire que la vaccine avait détruit leur capacité variolique pour toujours. Cette opinion, si décevante, est encore si accréditée, que des observations très nombreuses, des expériences décisives, ne peuvent jusqu'à présent la faire abandonner, ni la faire modifier par les praticiens.

» Toutefois, qu'on veuille observer les faits sans prévention, qu'on veuille juger les expériences sans partialité, et on verra avec quelle facilité nous pouvons en expliquer la plus grande partie, en admettant que l'effet préservatif de la vaccine s'affaiblit plus ou moins lentement chez la plupart des vaccinés (1). »

On voit que M. Tuefferd accuse bien moins l'altération ou la dégénération du virus-vaccin que l'affaiblissement ou la cessation de l'effet préservatif de ce fluide chez les personnes qui ont été régulièrement vaccinées, mais depuis longtemps.

Pour remédier à ce mal, M. Tuefferd propose de vacciner de nouveau tous les sujets qui ont été soumis à cette opération depuis un certain nombre d'années. Car nous n'accepterons pas dans son entier le conseil qu'il donne dans son premier mémoire, et que voici :

« Je connais trois moyens de diminuer de beaucoup les désastres de la variole, à savoir : l'inoculation faite environ dix ans après une bonne vaccine ; l'inoculation pratiquée deux jours après la vaccination ; et, enfin les revaccinations, en observant que, si le premier de ces trois moyens n'est pas le plus certain, ni surtout le plus durable, il est le seul qui ne soit jamais dangereux pour l'individu auquel on l'applique, ni pour le public (2). »

M. BRISSET.

Après M. Tuefferd, nous devons nommer M. Brisset, dont les travaux ont été suivis avec zèle et constance.

M. Brisset ayant comparé, après quatorze années d'intervalle, les caractères des éruptions de vaccine, crut reconnaître une différence dans les boutons des deux époques distinctes de son observation ; ce qui fit naître en son esprit l'idée de dégénération ou d'affaiblissement du vaccin, de l'éruption qu'il produisait, ainsi que des effets préservatifs de cette éruption. Il consigna dans un mémoire ses idées sur la probabilité de l'altération du vaccin, de la vaccine et de ses effets préservatifs contre la variole ; enfin il chercha à faire sentir la nécessité de renouveller le virus, dût-on, pour atteindre ce but, recourir à l'inoculation, sur la vache, du fluide pris sur le cheval atteint du mal nommé *les eaux aux jambes*.

La société de la faculté de médecine, devant laquelle ce mémoire fut lu le 28 mai 1818, n'accueillit pas favorablement les opinions de son auteur.

En 1828, M. Brisset publia un opuscule (3), dans lequel il chercha à réunir, dans quatre séries, toutes les preuves rationnelles ayant pour but de démontrer l'affaiblissement progressif que subissent, suivant lui, dans chacune de leurs reproductions successives chez l'homme, et beaucoup plus rapidement chez le mouton, le vaccin et la vaccine, et en même temps la diminution proportionnelle qui s'opère dans les effets préservatifs de l'éruption vaccinale.

---

(1) Des renseignemens que nous avons obtenus du nord de l'Europe, et particulièrement du Danemarck, de la Suède et de la Norwége, sont dans une parfaite harmonie avec ceux que nous avions de l'Allemagne, et surtout de la Prusse et du Wurtemberg. Depuis la fin du siècle dernier, la vaccination a été pratiquée avec le plus grand soin en Norwége, et le 3 avril 1810, une loi a été rendue pour que cette opération y fût universellement pratiquée.

A cette époque, les épidémies varioliques étaient devenues très rares, et pendant un certain temps, jusqu'à l'année 1819, elles ne parurent plus. Depuis lors on a observé des varioloïdes, et l'on a vu reparaître la variole véritable. Ces deux affections sont devenues de plus en plus fréquentes, et dans ces dernières années, elles ont pris le caractère épidémique.

L'opinion dominante parmi les médecins norwegiens est que les personnes vaccinées, et chez lesquelles l'éruption a été régulière, ne sont pas attaquées de la variole pendant un temps indéterminé, mais qu'elles peuvent être atteintes par la varioloïde.

M. le docteur Holtz, professeur à l'université de Christiania, nous a assuré avoir fait de nombreuses observations à ce sujet. Il partage l'opinion des médecins ses compatriotes, opinion que nous avons indiquée. Il convient cependant d'ajouter que parmi les personnes vaccinées, et qui ont été plus tard affectées de la variole, on croit que chez un grand nombre la vaccination pouvait bien n'avoir pas été bonne. Beaucoup de vaccinés, et particulièrement dans la campagne, ont reçu leur certificat de vaccination sans s'être présentés aux vaccinateurs pendant l'éruption du vaccin, et surtout lors de la maturité des boutons ou sans avoir été vus par eux depuis que l'opération a été faite.

Les médecins norwégiens pensent généralement que le virus-vaccin en passant successivement d'individu à individu, a perdu de sa force préservatrice, et que la vaccination doit être renouvelée. La vaccine n'ayant pas encore été trouvée sur la vache en Norwége, et cet animal devenant de plus en plus rare à mesure qu'on gagne le nord de l'Europe, on ne peut plus avoir de cowpox, et les autorités font venir du vaccin de France, d'Allemagne ou d'Angleterre.

La vaccination, en Norwége, est très rigoureusement exécutée, car, d'après la loi citée plus haut, personne ne peut être inscrit comme élève dans une école publique ou être admis dans un gymnase; personne ne peut être confirmé, à l'âge de puberté, dans la religion luthérienne, ni se marier sans produire un certificat constatant qu'il a été vacciné et que l'éruption a été normale ou qu'il a eu la variole.

L'inoculation de la variole est prohibée et sévérement punie. Le médecin qui la pratiquerait serait destitué de l'emploi public qu'il remplirait, et on lui retirerait le droit d'exercer la médecine.

La revaccination n'a pas encore été ordonnée en Suède et en Norwége par une loi; cependant, depuis quelques années, elle a été souvent pratiquée. On croit qu'elle préserve non seulement de la variole, mais encore des varioloïdes.

Ce que nous venons de dire peut aussi s'appliquer au Danemarck, pour ce qui concerne la variole et la vaccine; mais il y a quelques années que le roi de Danemarck a ordonné de revacciner toutes les recrues ainsi que tous les militaires qui constituent son armée.

(1) Appendice au nouveau mémoire du docteur Tuefferd, de Montbéliard, sur la vaccine et la variole après la vaccine. — Avril 1835.

(2) *Nouveau mémoire sur la vaccine et la variole des vaccinés.* — Mars 1833.

(3) *Réflexions sur la vaccine et la variole, ayant pour but d'obtenir par la vaccination l'extinction complète de la petite vérole*; par J. A. Brisset,

Il emprunta les preuves de la première série à l'analogie du vaccin avec d'autres virus, et même sous certains rapports, avec des miasmes contagieux; celles de la deuxième série, au nombre, toujours croissant, d'exemples de préservation imparfaite, laquelle, à dater même de l'époque où l'on adopta généralement la vaccination, commença à être observée chez les vaccinés, mais à des degrés variables. Il tira les preuves de la troisième série, des changemens remarquables dans la marche, les symptômes généraux, et surtout les symptômes locaux de la vaccine, en l'observant avec soin, jour par jour, à dater de la fin de l'année 1825, jusqu'en 1828, et en comparant cette marche dans les deux ordres de symptômes, avec ce qu'avaient écrit les premiers vaccinateurs et principalement Jenner.

Quant aux preuves de la quatrième série, elles sont déduites des différences supposées ou réelles, entre l'aspect des cicatrices de la vaccine chez les vaccinés des premières années de la vaccination, comparé à l'aspect des cicatrices de la même éruption aux diverses époques de cette nouvelle vaccination, et surtout à celles de 1826 à 1828. Ces différences, suivant M. Brisset, consistent dans la diminution et la disparition progressive de tous les caractères propres aux cicatrices des vaccines fortes et décidément préservatives des premiers temps de la vaccination. Or, ces mêmes différences sont si grandes, et par conséquent tellement manifestes, qu'elles auraient suffi seules, suivant M. Brisset, à démontrer l'affaiblissement progressif de l'action locale de la vaccine.

Nous avons vu, au commencement de ce rapport, que les caractères des cicatrices n'avaient aujourd'hui, dans quelques parties de l'Allemagne, aucune valeur réelle.

Toutes ces preuves, qui paraissent si convaincantes à M. Brisset, ont été considérées comme étant plutôt rationnelles que déduites de l'expérience, et n'ont point porté, dans l'esprit des membres des commissions médicales ou des académies, la conviction dont M. Brisset semble être profondément pénétré, de l'altération du vaccin, des modifications survenues dans les symptômes généraux et locaux de la vaccine, de l'affaiblissement de l'effet préservatif de l'éruption vaccinale, enfin de la nécessité de renouveler le vaccin le plus promptement possible, et de soumettre les vaccinés à une nouvelle insertion de ce virus.

M. Brisset pense que la force de la vaccine et de ses effets préservatifs sont toujours, en raison directe du nombre des pustules vaccinales, résultant des piqûres. Il croit que c'est parce qu'en Amérique, et surtout dans la Grande-Bretagne, beaucoup de vaccinateurs ont continué, pendant vingt ans environ, de vacciner en faisant une seule piqûre à chaque bras, d'après la méthode de Jenner; qu'il y a dans les pays que nous venons de nommer, et principalement dans la Grande Bretagne, un plus grand nombre d'exemples de préservation, non seulement incomplète, mais encore plus rapprochée de la nullité de préservation. Aussi M. Brisset conseille-t-il de porter le nombre des piqûres d'insertion du vaccin à cinq ou six à chaque bras, et même d'en pratiquer quelques unes sur les jambes ou sur les cuisses.

M. FIARD.

M. le docteur Fiard a, comme MM. Tuefferd et Brisset, fait des recherches sur la vaccine et le virus-vaccin.

Ces recherches paraîtront surtout remarquables à l'Académie des sciences, parce qu'elles ont un caractère d'expérimentation qu'on ne trouve pas au même degré, ou qu'on n'aperçoit pas dans les autres ouvrages sur la vaccine, qui ont été soumis à l'examen de votre commission.

La première question posée par M. Fiard est celle-ci : Quelle est l'origine du virus-vaccin? Est-il le produit d'une maladie propre à la vache, ou provient-il de l'inoculation fortuite de la variole de l'homme à l'espèce bovine; ou, enfin, de la maladie du cheval, appelée par les hippiatres *les eaux aux jambes*, transmise à la vache par inoculation?

M. Fiard est le seul de tous les prétendans au prix de M. Montyon qui ait cherché à répondre à ces questions. Il a fait, en 1832, sur quinze vaches, mais sans aucun résultat positif, des inoculations avec le virus vaccin et avec la liqueur des *eaux aux jambes*. Ce qui l'a porté à conclure que la vaccine est une maladie propre à la vache. Ces premières observations ont été corroborées par des expériences du même genre faites en 1833, à Alfort et à Rambouillet.

Le cow-pox ou virus-vaccin, provenant d'une maladie éruptive de la vache, est-il susceptible de dégénérer par son séjour dans le corps humain et ses transmissions successives et très multipliées d'individu à individu de l'espèce humaine? Cette question a été examinée et traitée dans les ouvrages de plusieurs prétendans au prix Montyon. M. Fiard, dans un mémoire lu à l'Académie de médecine, le 12 avril 1831, cherche à établir l'existence de cette dégénération, à l'aide des moyens suivans : si le vaccin n'a subi aucune altération par son séjour et ses nombreuses transmissions d'individu à individu de l'espèce humaine, depuis l'année 1805 jusqu'à l'année 1828, il doit, comme l'attestent les procès-verbaux du comité central de vaccine, jouir de la propriété d'être reporté de l'homme à la vache, et de la vache à l'homme. Pour arriver à la connaissance de cette propriété du virus-vaccin, M. Fiard a inoculé le virus ordinaire à soixante-dix vaches, dans des conditions diverses, sans pouvoir reproduire *la picote*, et il conclut de la disparition de cette propriété, jadis constatée, qu'il existe une altération ou une modification dans les élémens constitutifs du virus-vaccin, qui doit faire présumer l'affaiblissement ou la cessation de la faculté préservatrice de la variole dans le virus-vaccin actuel.

En 1828, M. Fiard se procura du virus-vaccin d'Angleterre, qui lui fut envoyé comme provenant du cow-pox primitif; il l'inocula à des vaches, et l'opération ayant réussi, c'est avec du vaccin provenant des boutons de cette inoculation à la vache, et inséré sous l'épiderme de jeunes enfans, qu'il obtint une éruption vaccinale offrant une différence énorme sous le rapport du développement des pustules, de la durée de l'éruption comparée à celle de la vaccine ordinaire, et il donne ces différences entre les deux éruptions comme une preuve de la dégénération de l'ancien virus-vaccin. On voit donc, d'après ce que nous avons dit de MM. Brisset et Fiard, que le premier de ces médecins cherche les preuves de la dégénération du vaccin dans la différence des boutons de la vaccine, surtout quant à leur volume et à la durée des phases de l'éruption de la vaccine, observée au commencement de ce siècle et en 1828, et que le second déduit ces mêmes preuves de la dégénération de ce même vaccin, en comparant les boutons de la vaccine primitive avec l'éruption provenant du nouveau vaccin pris sur les vaches inoculées. Mais le fluide envoyé d'Angleterre, et appelé cow-pox, avec lequel M. Fiard a fait ses expériences, était-il bien du cow-pox (car tout vaccin, en Angleterre, porte le nom de cow-pox)? Ici, nous ne pouvons offrir que des doutes.

M. Fiard insiste dans ses mémoires sur l'importance de se livrer à la recherche du cow-pox, pour parvenir à régénérer la vaccine, et nous dirons qu'avant de chercher le moyen de rétablir la vaccine dans toute sa pureté et ses vertus préservatives, il faudrait d'abord démontrer, d'une manière positive, que le virus-vaccin est altéré, et les preuves données jusqu'à ce jour par les observateurs ne sont pas à nos yeux suffisamment concluantes.

Une partie intéressante des recherches expérimentales de M. Fiard, sur les diverses éruptions sur le pis des vaches, est celle qui présente le tableau des caractères des fausses éruptions du cow-pox.

M. BOUSQUET.

En 1833, M. le docteur Bousquet, chargé des vaccinations au nom de la commission de vaccine de l'Académie royale de médecine, dans un ouvrage auquel l'Académie des sciences a décerné une récompense, analyse les travaux de M. Fiard, et examine les idées de M. Brisset, qu'il combat avec énergie; il s'élève contre l'opinion que la vaccine est dégénérée ou peut dégénérer, et contre le conseil de renouveler le vaccin et de vacciner à plusieurs époques de la vie. En se bornant à l'examen des preuves alléguées pour démontrer l'altération du virus-vaccin, M. Bousquet se plaçait sur un terrain d'où il aurait pu avoir un avantage réel sur ses adversaires; mais bientôt il s'opéra une révolution dans ses idées, il abandonna sa première opinion et se rangea sous les drapeaux de ceux qui croient à la dégénération du virus-vaccin.

Lorsque Jenner publia sa découverte, l'on était loin de croire que le cow-pox fût aussi rare qu'il paraît l'être aujourd'hui en France. De loin en loin, les recueils périodiques ont annoncé qu'on l'avait retrouvé, mais la plupart de ces rencontres s'évanouissaient à mesure qu'on examinait les choses de près. Cependant, dans le nombre, il s'en est trouvé de réelles, et aucune n'a eu plus de retentissement que celle de Passy, qui eut lieu le 20 mars 1836.

M. PERDRAU.

Deux hommes ont pris part à cette espèce de découverte, mais d'une manière différente; voici comment : une laitière alla consulter M. le docteur Perdrau pour trois pustules qu'elle portait à la main droite. Frappé de la ressemblance de ces pustules avec celles de la vaccine, M. Perdrau s'informa de l'état de santé des vaches de cette femme, et, en apprenant que l'une d'elles avait de semblables pustules sur le pis, il ne douta pas qu'elles n'eussent passé de la vache à la main de la laitière qui trayait l'animal. Là se borne la part de M. Perdrau. Il a eu le mérite de reconnaître l'origine des pustules offertes à son observation, et pourtant ce n'était encore qu'une présomption. Invité à examiner ces mêmes pustules, M. Bousquet vit qu'il n'y avait qu'un moyen de sortir d'incertitude et de dissiper tous les doutes, c'était d'inoculer la matière qu'elles contenaient. Cependant il ne se borna pas à cela : une fois assuré de ce qu'il avait en main, il entreprit, sous la direction du comité de vaccine de l'Académie royale de médecine, une série d'expériences comparatives. C'est par cette voie qu'il a cherché à démontrer que le nouveau vaccin avait sur son aîné une supériorité d'énergie très marquée.

Il considère comme preuves d'une activité plus grande,

1° De voir ce dernier vaccin réussir dans les circonstances où le virus-vaccin ancien vient échouer;

2° De donner des pustules plus fortes, plus larges, plus brillantes, et qui vivent beaucoup plus longtemps;

3° D'exciter une inflammation et un mouvement fébrile beaucoup plus marqués. A cet égard, la description de la nouvelle vaccine rappelle aussi à M. Bousquet celle des premiers vaccinateurs, et semble justifier, jusqu'à un certain point, les craintes de Jenner, auxquelles ses successeurs ne comprenaient rien. Jenner avait tant de frayeur de l'inflammation, qu'il ne faisait qu'une piqûre à chaque bras, quelquefois à un seul bras; et à peine le mouvement fébrile avait-il commencé, qu'il se hâtait de cautériser les pustules pour en prévenir les conséquences. M. Bousquet n'a pas imité en tout la pratique de Jenner, mais il a cru devoir diminuer le nombre des piqûres, encore a-t-il vu plusieurs fois des érysipèles étendus et des suppurations profondes succéder à la chute des croûtes.

D'après ce parallèle de l'éruption, l'ancienne et la nouvelle, il est difficile, suivant M. Bousquet, de ne pas reconnaître que le vaccin dont on fait communément usage n'a plus la même force qu'il avait dans le principe, et qu'il produit des éruptions différentes de celles des premiers temps, tandis que le vaccin provenant des boutons de la laitière de Passy détermine des pustules semblables à celles du temps de Jenner et des premiers observateurs. Le vaccin se trouverait donc ainsi régénéré, et il aurait reconquis son énergie primitive.

Présentées par quelques vaccinateurs, ces modifications réelles ou apparentes, dans la nature ou dans le mode d'action du vaccin, n'avaient été prouvées par aucun et ne pouvaient pas l'être, faute d'un terme de comparaison. Il n'y avait parmi les médecins que des négations et des affirmations, toujours insuffisantes lorsqu'elles ne reposent point sur des faits. Aussi la masse des médecins restait-elle dans le doute. M. Bousquet qui, dans son premier ouvrage sur la vaccine, avait nié la dégénérescence du vaccin, crut devoir, d'après ses observations, changer d'opinion. Aussi, dans un travail sur le cowpox, professe-t-il des idées diamétralement opposées à celles qu'il avait émises aupara-

vant. Loin de le blâmer, il le faut louer de ce changement, car il est un témoignage de bonne foi, et prouve qu'il procède d'après l'observation. D'ailleurs n'est-il pas toujours beau et digne d'éloge de faire à la vérité le sacrifice de son amour-propre?

Mais les faits sont-ils assez nombreux, assez clairs, assez démonstratifs pour croire, avec MM. Brisset, Fiard et Bousquet, à l'altération du virus-vaccin? Ici votre commission n'a pas été aussi convaincue de cette dégénérescence du virus-vaccin que paraissent le penser ces messieurs. Elle croit qu'il faut enregistrer ces premiers faits, en tenir grand compte, poursuivre les expériences et attendre avant de porter un jugement définitif.

Nous devons, pour déterminer l'analyse des mémoires envoyés à votre commission, reconnaître que M. Fiard, qui, bien avant M. Bousquet, avait professé la doctrine de la dégénération de l'ancien virus-vaccin, avait aussi recueilli du vaccin sur les pustules de la laitière que M. Perdrau avait adressée à M. Bousquet, et il dit qu'avec ce virus il a fait une série d'expériences comparatives qui ont donné les mêmes résultats que celles qu'il avait entreprises en 1828, c'est-à-dire des éruptions extrêmement différentes par leur intensité, le volume des boutons, leur durée, etc., des éruptions produites par l'insertion de l'ancien vaccin.

De tout ce que nous venons de rapporter, on peut conclure, Messieurs, qu'en France on est encore fort en arrière comparativement à ce qu'ont déjà fait les autres nations européennes, et que, d'après les travaux que votre commission a examinés, il ressort que les deux idées principales sont en présence :

1° L'une consiste dans la vertu préservative temporaire de la vaccination, le virus-vaccin n'ayant éprouvé aucune altération. Elle s'appuie sur l'apparition plus fréquente de la variole sous la forme sporadique, sur le retour des épidémies varioliques et sur l'existence des varioloïdes, qui ne sont que des varioles mitigées ou avortées.

2° L'autre repose sur l'affaiblissement ou la dégénération du virus-vaccin. Elle invoque pour sa défense les modifications dans les caractères de l'éruption, soit la diminution du volume des pustules, la durée moins grande des périodes de la phlegmasie cutanée, l'intensité moindre des symptômes généraux concomittans et les caractères différens des cicatrices après la desquamation des boutons. Enfin nous ajouterons comme complément, les caractères propres aux éruptions produites par le cowpox ou nouveau vaccin pris sur les vaches, et qui rappelle les éruptions décrites par Jenner et par les premiers historiens de la vaccine.

Des faits se pressent de toutes parts pour montrer les dangers dans lesquels serait la population française si les médecins et le gouvernement restaient dans l'inertie et ne cherchaient pas à s'éclairer. Si le mal est réel, il disparaîtra dès que l'autorité prêtera son appui à la science et à une philantropie éclairée.

En effet, si nous admettons comme démontrée la vertu temporaire de la vaccine, il suffira, pour arrêter le mal, d'exiger une seconde vaccination.

Si l'on reconnaît une véritable altération dans le virus-vaccin et un affaiblissement réel dans sa vertu préservative, nous pouvons encore prévenir le mal ou l'arrêter en renouvelant le vaccin; c'est-à-dire, en le prenant de nouveau sur la vache, et nous avons établi, dès notre début, que le cow-pox n'est pas aussi rare qu'on veut bien le croire, puisqu'en quelques années on l'a observé un grand nombre de fois, et avec tous ses caractères, dans le royaume de Wurtemberg.

Ces questions sont certainement du plus haut intérêt pour l'humanité, mais les faits manquent jusqu'ici pour asseoir son jugement, et les travaux envoyés à votre commission ne paraissant pas suffisans pour dissiper les doutes, elle n'a pas cru devoir vous proposer de décerner des prix. Cependant ces mêmes travaux, montrant dans leurs auteurs un zèle louable et de constans efforts faits dans un bon esprit, votre commission vous demande d'accorder des encouragemens à M. Tuefferd, docteur en médecine à Montbéliard; et à MM. Brisset, Fiard, Perdrau et Bousquet, médecins à Paris.

II. MESURES SANITAIRES.

M. CHERVIN (1).

En 1828, l'Académie des sciences décerna un prix de 10,000 fr. à M. Chervin, pour les recherches auxquelles il s'était livré sur la fièvre jaune, pendant le cours de dix années de voyages exécutés dans les deux mondes, de 1814 à 1825, et pour les documens qu'il avait recueillis dans la vue de faire décider l'importante question de la contagion ou de la non-contagion de cette terrible maladie.

Depuis cette époque, M. Chervin a constamment travaillé pour atteindre le but qu'il s'était proposé, et c'est ce nouvel ordre de recherches que nous devons vous faire connaître, ainsi que les réformes qu'elles ont amenées dans notre régime sanitaire; car c'est principalement sur ces réformes que M. Chervin établit aujourd'hui ses prétentions aux prix fondés par M. Monthyon.

(1) Les ouvrages adressés au concours, par M. Chervin, sont les suivans :
1° *De la non-contagion de la fièvre jaune, et de l'urgence d'une reforme du régime sanitaire; ou recueil d'une suite d'écrits publiés depuis l'année 1827 jusqu'à ce jour.* — 3 vol. in-8.
2° *Remarques sur les documens publiés par la commission médicale française envoyée à Gibraltar en 1828, et rectification des principales erreurs qu'ils renferment.* — Mémoire manuscrit.
3° *De la méthode expérimentale, appliquée à la recherche du mode de propagation de la peste, et réponse aux objections faites à cette méthode, par M. le ministre du commerce et par l'intendance sanitaire, la chambre de commerce et le conseil municipal de Marseille.* — Brochure in-8.
4° *Des quarantaines, des préjudices et des maux qu'elles occasionnent; examen critique des bases de la législation sanitaire; et exposé d'un plan de réformes, d'après l'état actuel de la science.* — Mémoires manuscrits.

Fermement convaincu de la non contagion de la fièvre jaune et des préjudices que les quarantaines causent en pure perte, M. Chervin dut se hâter de commencer une nouvelle série de travaux, dans la vue de combattre ce qu'il appelle le préjugé de la contagion, et d'arriver ainsi à la partie pratique de la question, à la suppression de toutes les mesures sanitaires relatives à la fièvre jaune.

Le point capital était alors d'empêcher la construction des lazarets projetés, parce que la formation de ces établissemens aurait eu pour résultat, non seulement d'absorber des sommes considérables, mais encore, suivant M. Chervin, de consacrer une erreur dangereuse, et de retenir l'administration longtemps encore dans une fausse route. Mais, pour obtenir cette réforme, il ne suffisait pas de démontrer que nos mesures de précaution ne sont point applicables à quatre des cinq maladies qui servent de base à notre système sanitaire, savoir : la fièvre jaune, le typhus, la lèpre et le choléra-morbus; il fallait encore prouver que ces mesures nuisent à un très haut degré aux intérêts matériels de la société, tant sous le point de vue commercial que sous celui de l'économie politique. Eh bien! c'est ce que M. Chervin croit avoir fait dans plusieurs mémoires et dans des pétitions adressées aux chambres.

Il a établi les pertes que les quarantaines causent à notre commerce, d'après des documens qui lui ont été fournis par les chambres de commerce de nos places maritimes, et il a reconnu que ces pertes sont très considérables, bien qu'il soit difficile d'en fixer le chiffre d'une manière rigoureuse et générale, vu les élémens divers et variables dont elles se composent. Il a fait voir aussi à quel point les mesures sanitaires sont préjudiciables au ministère de la guerre, s'appuyant pour cela sur des pièces rédigées, d'après sa demande sur les bureaux du ministère de la guerre. Enfin, il a établi les énormes préjudices que les quarantaines occasionnent au département de la marine, à l'aide d'un document qui lui a été remis par ce ministère.

Depuis les travaux de M. Chervin et toutes ses réclamations devant la chambre des députés, des ordonnances royales ont été rendues, et à dater du mois de juin 1835, les bâtimens venant des Etats-Unis de l'Amérique du Nord et des Antilles en patente nette ne sont soumis à aucune quarantaine d'observation, et les balles de coton venant de ces contrées ne sont maintenant ni ouvertes ni débarquées au lazaret, quel que soit le régime sanitaire dans lequel se trouve placé le navire qui les a apportées (1).

Nous avons eu récemment une preuve frappante des heureux effets d'une pareille mesure : les bâtimens partis l'année dernière de la Havane et de la Nouvelle-Orléans avec une patente brute n'ont été soumis, à leur arrivée au Hâvre, qu'à une quarantaine d'observation de quelques jours seulement, sans déchargement ni purification quelconque de marchandises. Avant les ordonnances précitées, ces bâtimens auraient été soumis à une quarantaine de vingt à quarante jours.

Les réformes qui se sont opérées dans notre régime sanitaire depuis les réclamations de M. Chervin, et depuis le renvoi de ses pétitions aux ministres, ne se bornent point à la fièvre jaune; on en a fait aussi de très considérables pour ce qui est relatif aux provenances du Levant. Mais nous ne les exposerons point ici. Nous ferons seulement remarquer que la France n'est pas le seul pays qui, par suite des recherches de M. Chervin, ait réduit la quarantaine des provenances de l'Amérique. Le gouvernement autrichien, qui procède toujours avec tant de lenteur et de prudence, vient aussi de réduire considérablement la quarantaine qu'il avait imposée jusqu'ici dans ses ports à ces mêmes provenances (2).

Tel est, Messieurs, l'exposé très succint que nous avons dû vous faire des divers travaux que M. Chervin a adressés au concours pour l'année 1837, ainsi que des réformes très importantes que ces mêmes travaux paraissent avoir amenées dans notre législation sanitaire, et dont les heureux effets se sont déjà fait sentir depuis plusieurs années.

Convaincue, comme elle l'est, des droits bien fondés qu'a M. Chervin à la reconnaissance publique, votre commission serait heureuse de pouvoir vous proposer de décerner à ce médecin une récompense qui fût proportionnée aux services qu'il a rendus.

Mais M. Chervin ayant déjà obtenu un prix de 10,000 fr. pour ses *Recherches sur l'origine et la nature de la fièvre jaune*, l'Académie a fait ce qu'elle pouvait et devait faire; c'est maintenant aux gouvernemens, c'est aux nations commerçantes à récompenser dignement M. Chervin de ses travaux et de l'importance de leurs résultats.

L'Académie des sciences doit se féliciter d'avoir contribué, par le prix qu'elle a décerné à M. le docteur Chervin, à appeler l'attention sur une grande question politique et commerciale, dont les utiles conséquences paraissent devoir s'étendre encore à d'autres maladies réputées contagieuses.

(La suite au prochain numéro.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 14 AOUT. — PRÉSIDENCE DE M. MOREAU.

ÉLECTION D'UN NOUVEAU MEMBRE.

La séance d'aujourd'hui a été presque entièrement occupée par l'élection d'un nouveau membre. Le nombre des votans est de 119, majorité 60.

La liste des candidats présentée par la section portait MM. Casimir Broussais, Devergie, Guérard, Lecanu, Requin et Royer-Collard.

(1) Voir le *Bulletin des lois*, deuxième partie, n. 357 et 363.
(2) M. Niles, agent diplomatique du gouvernement des Etats-Unis de l'Amérique du Nord, qui a obtenu cette importante réduction des mesures sanitaires en Autriche, déclare que c'est aux lumières que les travaux de M. Chervin ont répandues sur la non contagion de la fièvre jaune qu'il doit le succès de cette négociation, qui est d'un très haut intérêt pour le commerce américain.

Au premier tour de scrutin, les voix sont ainsi distribuées :

MM.	Lecanu	40
	Jules Guérin	25
	Royer-Collard	23
	Devergie	15
	Guérard	11
	Casimir Broussais	3

Au second tour de scrutin les suffrages se distribuent de la manière suivante :

MM.	Lecanu	56
	Royer-Collard	38
	Jules Guérin	14
	Devergie	12
	Guérard	3

Ballottage entre MM. Lecanu et Royer-Collard.

M. Royer-Collard a 50 voix
M. Lecanu, 64.

En conséquence, M. Lecanu est élu membre, sauf l'approbation du roi.

M. Fourcault lit un mémoire sur les causes de la goutte, des affections calculeuses, de la scrofule et des tubercules. Il attribue toutes ces affections à la suppression de la transpiration cutanée. (Commissaire : M. Delens.)

OSTÉOSARCOME DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE; ABLATION DE LA PARTIE MALADE.

M. Lisfranc dépose sur le bureau une pièce d'anatomie pathologique fournie par une malade sur laquelle, ce matin même, il a enlevé la moitié de la mâchoire inférieure. Cette femme portait un ostéosarcome qui avait engorgé les ganglions lymphatiques sous maxillaires et les tissus situés dans l'échancrure parotidienne; ces engorgemens embrassaient les artères carotides. Tant que l'élément inflammatoire y subsista les antiphlogistiques et les narcotiques furent mis en usage. Lorsque la subinflammation eut disparu on remplaça ces moyens par la pommade d'iodure de plomb et par la compression avec de l'agaric des circulaires de bande. Sous l'influence de ces médications, toutes les indurations qui environnaient le cancer disparurent; ainsi l'opération devint d'une exécution beaucoup moins difficile. Vingt minutes ont suffi pour la pratiquer. L'opérateur a scié le corps de l'os maxillaire inférieur près de la symphyse du menton, et il a désarticulé le condyle du côté droit. Les artères carotides qu'on n'avait pas préalablement liées sont demeurées intactes. La malade va très bien.

Le même chirurgien présente un homme qui portait un cancer s'étendant du bord libre de la lèvre inférieure à deux lignes au-dessous de la mâchoire inférieure; de la commissure gauche des lèvres à un pouce et demi en arrière; du bord inférieur de la mâchoire inférieure à la hauteur de cette même commissure. A droite la maladie avait envahi un pouce de tissus d'avant en arrière, et elle partait encore de la commissure de ce côté jusqu'au bord inférieur de l'os.

Après avoir enlevé toutes les parties molles frappées par la maladie, l'opérateur a réséqué les trois quarts du corps de l'os maxillaire inférieur. M. Lisfranc a réparé cette vaste déperdition de substance des parties molles à l'aide des tissus qui restaient encore sur les joues et avec la peau des régions latérales et antérieure du col. Le malade opéré depuis un mois est guéri. Il n'a éprouvé aucun accident et sa face, quoique déformée, offre un aspect qui n'a rien de désagréable.

BIBLIOGRAPHIE.

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ, OU EXPOSÉ STATISTIQUE DES DIVERSES MALADIES TRAITÉES A LA CLINIQUE DE CET HÔPITAL; par J. BOUILLAUD, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris, 3 vol. in-8. Paris, 1837. Chez J.-B. Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 12 bis.

On doit distinguer dans tout ouvrage de clinique deux sortes de matériaux de nature bien différente : les faits et les inductions. Peu importe dans quel but les premiers ont été recueillis, quelle direction philosophique a présidé à leur rédaction et aux commentaires dont ils sont accompagnés; ils conservent toujours, lorsqu'ils ont été fidèlement rapportés, une valeur intrinsèque qu'ils ne peuvent perdre, bien qu'à des époques souvent peu éloignées, les circonstances au milieu desquelles ils ont été recueillis aient complètement changé, et que les idées médicales ayant changé également, les conclusions qu'en ont tirées leurs auteurs puissent être, ou au moins paraître erronées. L'utilité des faits qui avait été exagérée à l'époque encore peu éloignée où l'on croyait pouvoir faire la science entière avec des observations seulement, a été trop dépréciée dans ces derniers temps par la croyance assez généralement répandue que les faits se prêtent à toutes les interprétations possibles, et que les mêmes peuvent fournir un appui aux hypothèses les plus opposées. Cette opinion, qui est vraie quand on parle de faits mal observés ou commentés par ceux qui n'ont pas l'habitude de tenir compte des développemens minutieux sans lesquels les faits restent incomplets, ou qui n'y cherchent que la confirmation d'idées préconçues, cesse d'être exacte lorsqu'il est question d'observations bien faites et commentées de bonne foi et sans passion.

Telle est la raison de la valeur que conservent encore aujourd'hui plusieurs recueils de faits observés à des époques déjà éloignées. Ainsi, les *anni medici* de Stork et de Collin, le *ratio medendi* de Debaen; et celui de Stoll leurs successeurs; le *selecta diarii nosocomii* de Bang; et quelques autres ouvrages du même genre, que les médecins du siècle dernier nous ont laissés. Mais c'est en France surtout, et ensuite en Angleterre, que de nos jours l'étude clinique a pris une importance que n'avaient pu lui donner les travaux des écrivains que nous venons de nommer. Si la médecine a fait, depuis le commencement du dix-neuvième siècle, quelques progrès; si quelques-unes de ses parties reposent aujourd'hui sur des connaissances assez positives pour qu'elle ait pu résister aux efforts des systématiques, qui ont voulu lui imposer leurs théories, c'est à l'importance tout à fait prédominante qu'ont prise dans la science les études cliniques, et à la facilité avec laquelle leurs résultats sont aujourd'hui propagés par la presse médicale, qu'il faut l'attribuer presque exclusivement.

Il serait intéressant de jeter un coup-d'œil historique sur les divers recueils de faits cliniques qui ont été publiés de nos jours; nous aurions à signaler, il est vrai, de nombreuses erreurs dépendant, les unes de l'état de la science; les autres de la préoccupation des auteurs à publier ayant d'avoir étudié sérieusement le sujet; ou enfin de l'irrésolution de quelques autres qui, connaissant la mauvaise direction du courant, s'y laissaient entraîner par faiblesse, ou avec intention; mais aussi nous suivrions les progrès continuels de la science, nous verrions la méthode d'observation se compléter successivement, et les faits s'enrichir de nouveaux détails qui augmentent encore leur valeur. Ne pouvant tracer ici ce tableau, nous nous contenterons d'indiquer un caractère qui est commun à la plupart de ces travaux, et qui a suffi à lui seul pour détruire en partie l'immense avantage que la science avait le droit d'en attendre. C'est l'isolement dans lequel se sont mis leurs auteurs; on dirait que chacun d'eux, ne tenant aucun compte des travaux précédens ou contemporains, aurait eu la prétention de refaire la science *ab ovo*. De là tant de travaux inutiles, des découvertes qui se répètent fréquemment, des erreurs que bien d'autres avaient déjà commises ou signalées; et, enfin, l'encombrement qui règne dans les faits recueillis, et qui augmente chaque jour encore davantage. Malgré ce défaut, cependant, ces recueils contiennent d'excellens matériaux, des faits d'une grande valeur pour ceux qui veulent bien se donner la peine de les y chercher, et de les dépouiller des idées théoriques, à l'appui desquelles ils ont été trop souvent rapportés. Considéré sous ce dernier point de vue, l'ouvrage en trois volumes que vient de publier M. Bouillaud nous paraît devoir offrir un assez grand intérêt.

Nous parlerons peu de la partie théorique de la nouvelle *clinique médicale de l'hôpital de la Charité*. Les lecteurs de ce journal connaissent assez la direction que M. B. a voulu donner à la philosophie médicale; ils sont assez familiarisés avec ses préoccupations habituelles, avec la répugnance que lui inspire le doute, pour que nous ayons besoin de considérer son travail sous ces différens points de vue; nous allons donc, sans tenir compte du dédain avec lequel M. B. traite ceux qui n'admettent pas toutes ses opinions pour des vérités démontrées, procéder à l'examen critique des faits contenus dans son ouvrage. L'auteur de cette notice, s'efforçant même d'être plus juste à l'égard de M. Bouillaud que celui-ci ne l'avait été pour lui dans une occasion analogue (1), s'attachera bien plus

(1) Lorsque nous publiâmes, en 1834, l'ouvrage qui a pour titre *Leçons de clinique médicale sur la fièvre typhoïde; par le professeur* Chomel; *recueillies par* M. Genest, M. Bouillaud, qui, à cette époque, était l'un des rédacteurs du journal hebdomadaire, s'opposa formellement à ce qu'il en fût rendu compte dans ce recueil périodique. Ainsi, M. B. privait des avantages de la publicité un travail purement scientifique, où il n'y avait ni injures pour les contemporains, ni déclamations; et dans lequel il savait qu'un confrère, dont il n'avait jamais eu à se plaindre, avait mis le résultat de recherches longues et consciencieuses. Le professeur de la Charité n'ignorait point qu'une partie des matériaux qui étaient entrés dans sa composition, que toutes les observations et les inductions que j'en avais tirées m'appartenaient. D'ailleurs, le soin que j'avais pris d'indiquer les deux chapitres où j'avais désiré que M. Chomel voulût bien exposer lui-même ses propres idées sur l'influence du traitement par les chlorures, et sur la nature de la fièvre typhoïde était bien une preuve que je n'avais pas pris dans cette publication le rôle d'un simple scribe ou secrétaire. Enfin, je rappellerai que quand je lus à M. Chomel le chapitre où sont décrites les lésions anatomiques, il me dit lui-même qu'il annoncerait dans la préface que ces recherches, qui lui paraissaient neuves, m'appartenaient entière-

à faire ressortir les faits de quelque importance sous le point de vue de la science qu'il trouvera dans son ouvrage, qu'à signaler et à combattre les erreurs qu'il pourrait y découvrir.

Le premier volume presque entier est consacré à l'étude des maladies du tube digestif; il renferme donc les questions les plus contestées de la pathologie, celles qui se rattachent à l'existence des fièvres dites, à tort ou à raison, essentielles, à l'influence des altérations pathologiques de l'intestin sur les fièvres continues, et à la distinction établie entre ces différentes altérations. M. Bouillaud critique, dans ses prolégomènes, quelques-uns des ouvrages les plus récens sur les fièvres, et s'attache surtout aux *leçons sur la fièvre typhoïde*, se chargeant à la fois de l'attaque et de la défense. Avons-nous besoin de dire de quel côté reste la victoire, et que les auteurs de l'ouvrage critiqué auraient employé pour défendre leur travail d'autres armes que celles qu'on leur a prêtées? Si nous ne cherchons pas à répondre à ces critiques, c'est que nous ne pensons pas qu'il y aille de notre honneur ni de la fortune du livre où M. le professeur Chomel a bien voulu nous permettre d'associer nos travaux aux siens, et que, d'ailleurs, cela serait à peu près impossible. Il nous faudrait, pour répondre à toutes les objections que contient le premier volume, écrire au moins un volume entier; tant la philosophie de M. Bouillaud, tant la manière dont il tire les inductions des faits et les commente, diffèrent des moyens que nous pourrions lui opposer. C'est la philosophie et la pathologie tout entière qu'il nous faudrait discuter, en commençant même par les définitions. Nous nous contenterons donc de signaler, en passant, quelques-unes des questions qui nous semblent encore susceptibles d'être agitées, laissant au temps et au sens des lecteurs de prononcer sur celles auxquelles nous croyons inutile de nous arrêter maintenant.

Le premier chapitre, le plus important du premier volume, renferme 71 observations de ce que l'auteur appelle des phlegmasies aiguës ou subaiguës des intestins et de l'estomac. Parmi ces observations, il en est quelques-unes qui offrent de l'intérêt par les développemens avec lesquels elles sont rapportées, surtout pour ce qui concerne, dans quelques cas, les altérations du sang, de l'urine et de la salive; mais le plus grand nombre nous ont paru tout à fait inutiles; ce sont des fièvres légères, de quelques jours de durée, des embarras gastriques et quelques autres affections sans gravité et peu caractérisées du tube digestif, dont l'histoire nous paraît ne devoir rien ajouter à la science actuelle. Quant aux réflexions qui les suivent, on connaîtra avec quelle puissance d'induction l'auteur commente les observations qu'il a recueillies par le passage suivant que nous prenons au hasard, et qui termine le récit d'une fièvre typhoïde d'une gravité médiocre. « Réflexions. C'est là un de nos beaux cas de guérison. Nous n'avons sauvé le malade qu'en insistant avec une grande persévérance sur la méthode thérapeutique et diététique que nous avons adoptée. Ce malade fut condamné à une mort inévitable par plusieurs des personnes qui assistaient à la clinique. Ces sinistres prédictions ne s'accomplirent pas; mais elles se fussent certainement à peu près accomplies, si la méthode la plus ordinaire de traiter la maladie qui nous occupe eût été mise en usage (1er vol., p. 81). » Des réflexions analogues se trouvent à la suite de la plupart des autres observations.

Dans le résumé que fait M. B. sur ces 71 observations, dont il écarte avec raison près des deux tiers, il examine quelques-unes des questions qu'a soulevées, dans ces derniers temps, l'étude de l'altération des follicules intestinaux dans les fièvres continues dites typhoïdes. Pour lui, cette altération n'a aucune valeur spéciale, elle se confond avec celle de la muqueuse, et, sans tenir compte des recherches qui ont été faites sur les différentes périodes de cette altération, sur la lésion successive et purement consécutive de la muqueuse, et des autres tissus avec lesquels les follicules se trouvent en rapport, sans suivre les différentes phases qu'elle présente dans son développement, il n'en soutient pas moins que « il n'y a que des observateurs aveuglés par l'esprit de prévention qui, après avoir bien examiné la fin de l'intestin grêle chez une demi-douzaine seulement d'individus emportés par l'entéro-mésentérique typhoïde, puissent soutenir que l'inflammation réside uniquement dans les glandes de Payer, » tout en reconnaissant cependant que la principale altération se trouve dans l'appareil des plaques. Mais nous le demandons sérieusement à M. Bouillaud, est-ce en réunissant, comme il le fait ici, *in globo*, toutes les altérations qui se développent successivement sur un point donné, qu'il fera faire des progrès réels à la science? Que dirait-il d'un médecin qui, ayant sous les yeux une fistule ou un ulcère consécutif à l'engorgement scrophuleux d'un ganglion du col, n'y verrait qu'une affection de la peau? Evidemment, ce médecin aurait laissé passer la première et la plus importante période de l'affection complexe qu'il aurait sous les yeux, et ne se ferait qu'une idée erronée de sa nature. N'est-ce pas une erreur semblable que commet M. Bouillaud, lorsqu'il considère comme de simples altérations de la muqueuse intestinale les altérations si variées que l'on trouve à la suite des fièvres continues dites typhoïdes, et qui se développent à des époques si différentes? Pour nous, qui avons été assez heureux pour observer ces diverses altérations, qui les avons signalées avec plus de soin qu'on ne l'avait fait avant, et qui avons cherché, dans l'absence de toute idée préconçue, si on pourrait établir quelque rapport entre ces différentes lésions et les divers phénomènes morbides qu'offrent les malades pendant le cours de l'affection, nous regrettons que le professeur de la Charité n'ait pas critiqué nos recherches sur ce sujet d'une manière plus scientifique qu'il ne l'a fait dans la phrase que nous venons de citer textuellement.

Quant à la nature de cette affection, M. Bouillaud ne paraît pas penser qu'on puisse douter qu'elle ne soit inflammatoire. M. Chomel, dont l'opinion doit être d'un si grand poids dans cette question, la regarde aussi comme le résultat de l'inflammation aiguë des follicules intestinaux. Pour nous, si nous étions appelés à donner notre avis sur ce point, nous resterions dans le doute sur la nature inflammatoire de la lésion première des follicules; nous dirions qu'en attendant les preuves du contraire, nous la regardons comme une altération tout à fait spécifique et jusqu'ici sans analogie dans l'économie, suivant dans son développement une marche aiguë, et déterminant promptement l'inflammation de la muqueuse et des tissus sous-muqueux qui avoisinent les follicules. Au reste, ce n'est pas sans hésitation que nous présentons ici, privée des preuves dont nous pourrions l'appuyer, une opinion aussi opposée à celle qu'admettent généralement les médecins qui passent pour s'être le plus occupés de cette étude.

L'autre question importante que soulève M. B., c'est le rapport des lésions avec les symptômes. Il affirme avoir toujours trouvé un rapport constant entre ces deux ordres de phénomènes, mais ne détruit pas les faits nombreux que nous avons cités, pour démontrer non seulement que la gravité des symptômes n'offre aucun rapport avec l'étendue de la lésion des follicules, mais encore qu'il serait impossible de démontrer que les phénomènes morbides observés pendant la maladie sont le résultat de la lésion des follicules. De là la conclusion que nous avons tirée que la lésion de ces derniers n'est que l'un des phénomènes de la maladie, de même que l'éruption pustuleuse dans la variole ne représente pas la maladie tout entière, tandis que, pour M. Bouillaud, cette lésion est la cause de tous les phénomènes morbides.

Nous nous trouvons amené naturellement à parler de la principale critique qui a été faite des *Leçons sur la fièvre typhoïde*, et que M. Bouillaud reproduit dans sa préface : d'avoir compris sous la même dénomination et d'avoir fait disparaître du cadre nosologique les divers ordres de fièvres admis par Pinel. On a même été jusqu'à reprocher d'avoir compris dans la fièvre typhoïde la fièvre jaune, la peste, le choléra. Répondons d'abord que rien dans l'ouvrage n'a pu motiver cette dernière critique, et qu'il n'y est pas question une seule fois même de la peste et de la fièvre jaune. Il est dit seulement que les fièvres continues inflammatoire, bilieuse, muqueuse, ataxique, adynamique et lente nerveuse, ne sont que des variétés de la fièvre typhoïde; et la preuve, la voici : c'est que, pendant les cinq années que l'auteur de cette notice a été attaché au service de la clinique de l'Hôtel-Dieu en qualité de chef de clinique (de 1828 à 1832), tous les malades qui sont morts après avoir présenté les symptômes de l'une des fièvres continues, sans lésion qui pût en rendre compte, ont offert l'altération de follicules intestinaux, qui est le caractère anatomique de la fièvre typhoïde. On ne peut combattre cette proposition, dont les preuves se trouvent dans les *Leçons sur la fièvre typhoïde*, qu'en rapportant des observations détaillées de fièvres continues, avec autopsie, et dans lesquelles on n'aurait trouvé ni l'altération des follicules intestinaux, ni aucune autre lésion organique qui pût donner l'explication des phénomènes fébriles. On a dit que les faits de ce genre étaient très nombreux; on les a annoncés, mais, jusqu'à ce moment, nous les attendons en vain.

On a cité, il est vrai, trois cas recueillis et publiés par M. Louis dans ses *Recherches sur la gastro-entérite*, sous le titre d'*affection typhoïde simulée*; or, de ces trois observations, deux appartiennent à des cas d'érysipèle bien tranchés et terminés par la mort, et, dans le troisième, qui offrait, en effet, tous les symptômes de la fièvre typhoïde, la mort n'étant arrivée que le cinquante-troisième jour de la maladie, on ne peut conclure de l'absence des lésions des follicules à l'autopsie que cette lésion n'ait pas existé à une époque antérieure; car, ainsi que le soupçonne le scrupuleux observateur qui a rapporté ce fait, et ainsi que nous l'avons, depuis, démontré dans les *Leçons sur la fièvre typhoïde*, il arrive quelquefois qu'à une époque bien moins éloignée du début de la maladie les plaques, soit qu'elles fussent simplement gaufrées, soit qu'elles fussent déjà ulcérées, reviennent promp-

---

ment. Plus tard, je ne voulus point lui rappeler un engagement que je n'avais pas provoqué, et ne cherchai point, comme on l'a fait ailleurs, à distinguer les recherches qui m'étaient propres, de celles qui appartenaient à l'honorable et savant maître qui avait bien voulu m'associer à ses travaux.

Genest.

tement à l'état normal, ou se cicatriseot, bien que la gravité de la maladie aille en augmentant et même amène la mort, après laquelle on ne trouve quelquefois que de très légères traces des lésions qui ont existé. Il nous paraît donc rationnel, tant que de nouveaux faits n'aoront pas été publiés, de dire que les fièvres continues qui ont été observées depuis quelques années à Paris sont toutes des formes différentes de la fièvre typhoïde. C'est à cette assertion que se sont bornés les auteurs de l'ouvrage critiqué, et ils n'oot ni pu ni voulu l'appliquer à toutes les fièvres de tous les temps et de tous les lieux. Dans divers endroits même, ils se sont exprimés sur cette question avec le doute que nécessite l'état actuel de la science. Ce reproche, qui nous a été adressé dans les journaux français, est pour nous la preuve qu'on avait lu la première phrase des *Leçons sur la fièvre typhoïde*, dont la tournure aphoristique a pu donner quelque poids à cette critique. Nous pourrions peut-être aussi en conclure qu'on n'a pas parcouru le reste de l'ouvrage avec l'attention désirable; mais l'accueil bienveillant qu'a obtenu ce travail de la part de tous nos confrères qui ont bien voulu en rendre compte ne nous permet pas de porter nos investigations dans cette direction.

Revenons à la *Clinique médicale de la Charité*, et disons que plusieurs points de l'étude de la fièvre typhoïde ont été étudiés dans les faits rapportés par M. Bouillaud, avec plus d'exactitude qu'ils ne l'avaient encore été; c'est un progrès et nous le signalons avec plaisir. Ainsi on trouve d'assez bonnes remarques sur le résumé qu'il fait de ses observations sur le pouls et ses différentes modifications, sur l'altération du sang, sur celle de l'urine et de la salive.

Nous trouvons encore à la fin du premier volume quelques observations de pharyngite, de stomatite et d'angine tonsillaire sans gravité et conséquemment sans importance pour les inductions que l'on en pourrait tirer; puis, quelques observations de péritonite, où nous regrettons de voir la méthode des saignées coup sur coup prescrite dans un cas de péritonite par perforation intestinale, et enfin quelques observations d'érysipèle.

Nous ne parlerons pas du chapitre *phlegmasies, ou fièvres éruptives*, qui n'est, d'après M. Bouillaud, qu'une pierre d'atteote et où il a rapporté seulement quelques observations peu importantes de variole et de varioloïde, remettant à une époque plus éloignée la statistique raisonnée.

Le second volume contient les observations de pneumonie, de pleurésie et bronchite, qui, avec les résumés, remplissent près de quatre cents pages; le reste est occupé par les observations de rhumatisme, d'endocardite et de péricardite aiguë. Les cas de pneumonie sont au nombre de vingt-six et fournissent à l'auteur l'occasion de présenter des résumés statistiques sur le siége, la durée, la marche et l'étiologie de cette affection; mais le chiffre sur lequel reposent ces résultats est trop peu considérable pour que ces derniers aient une grande importance, même pour ceux qui exagèrent l'utilité de l'application de la statistique à la médecine. Nous en dirons autant du chiffre de la mortalité de la pneumonie. Ici l'auteur, revenant à une méthode qui lui est familière, compare la mortalité, non seulement des vingt-six cas dont il a rapporté l'histoire, mais encore de cent cinquante-deux autres observations de pneumonies qu'il a traitées pendant les années antérieures, suivant la formule des saignées coup sur coup, avec celle d'un grand nombre d'autres cas, qu'il indique comme ayant été traités par ce qu'il appelle l'ancienne méthode; il trouve une grande différence en faveur des saignées coup sur coup, puisque la mortalité, qui n'a été que de 1 sur 8 ou 9, dans les cas de M. Bouillaud, avait été de 1 sur 3 dans les trois cents cas avec lesquels il les compare. Il serait indispensable avant d'admettre ou de repousser ces résultats, de savoir si ces deux chiffres se composent des mêmes élémens et peuvent être comparés; c'est ce qu'il nous est impossible de faire présentement.

Ce que nous venons de dire des résultats obtenus par M. Bouillaud pour la pneumonie convient également à ceux qu'il nous communique sur la pleurésie, qui, comme beaucoup d'autres maladies, jouit, si nous l'en croyons, de la propriété de céder, avec une facilité surprenante, à la formule des saignées coup sur coup. Cependant on pourrait croire que l'auteur serait embarrassé par l'assertion de quelques pathologistes modernes, que les cas où la pleurésie aiguë et non compliquée est mortelle sont très rares; mais M. Bouillaud n'est pas arrêté par une aussi petite difficulté, et, prenant, dans divers recueils ou tableaux, des cas de pleurésie, indiqués comme suivis de mort, il trouve encore le moyen de faire ressortir l'avantage de la méthode des saignées coup sur coup sur toutes les autres méthodes. Il nous suffit, nous pensons, d'avoir signalé la marche qu'a suivie ici M. Bouillaud pour faire comprendre combien les résultats fournis par la comparaison d'élémens aussi peu connus doiveot avoir peu de valeur.

Le rhumatisme articulaire occupe dans ce volume une place importante; mais comme oous retrouvons dans le chapitre qui lui est consacré les mêmes données que dans l'ouvrage qu'a publié M. Bouillaud sur le même sujet, et que les quatorze observations qu'il rapporte avec détail ne nous offrent rien de très saillant, nous renvoyons à l'analyse que nous avons donnée de ce dernier (1). Il y a cependant un point qui va nous arrêter un instant: nous voulons parler d'une note placée au bas de la page 450 et d'après laquelle M. Bouillaud semblerait admettre que, daos quelques cas au moins, le bruit de soufflet du cœur serait un effet des larges émissions sanguines. Si telle est aujourd'hui l'opinion de M. Bouillaud, nous pensons qu'un grand nombre des faits qu'il a rapportés comme des exemples d'endocardite pourront, pour lui-même, reotrer dans la catégorie de ceux où le bruit de soufflet du cœur n'est que le résultat d'émissions sanguines très abondantes.

Le troisième volume offre encore plus de variété que le second: les phlegmasies aiguës et chroniques, syphilitiques et non syphilitiques des organes génitaux, la péritonite et la bronchite chroniques, la phthisie pulmonaire, l'endocardite et la péricardite chroniques, le rhumatisme articulaire chronique, la maladie de Bright, les névroses, parmi lesquelles M. Bouillaud range les fièvres intermittentes; les hydropisies, les hypertrophies, le diabète, les hémorragies, la chlorose et beaucoup d'autres maladies encore forment les sujets d'autant de chapitres où sont rapportées un certain nombre d'observations; enfin, il n'est pas jusqu'aux cas des individus qui n'avaient pas de maladie réelle qui n'aient obteou un chapitre particulier. Quelques considérations générales sur les constitutions médicales, sur la méthode des émissions sanguines et sur diverses questions que M. Bouillaud a groupées autour de ces sujets, terminent le volume, qui, ainsi que les précédens, ne contient que les faits recueillis pendant une partie de l'année 1836. Plusieurs des lecteurs de cet ouvrage regretteront peut-être avec nous que l'auteur, au lieu de s'astreindre à rapporter tous les faits recueillis pendant un aussi court espace, n'ait pas laissé de côté un nombre assez considérable d'observations, qui nous ont paru peu importantes et n'ajoutent rien à la science, pour emprunter aux années antérieures des faits de plus de valeur et qui auraient donné plus de poids à quelques-unes des assertions ou même des inductions que contient cet ouvrage. Mais nous ne devons point oublier que ce nouveau travail de M. Bouillaud est une espèce de compte-rendu de sa clinique, pendant une partie de 1836.

Si M. Bouillaud doit continuer de publier, tous les six mois, ou même tous les ans, un compte-rendu aussi volumineux de sa clinique médicale, le recueil qui en résultera dépassera en étendue tout ce que nous connaissons d'analogue. La science aura-t-elle gagné à une œuvre aussi volumineuse? C'est ce que nous croyons inutile de dire pour le moment. Mais M. Bouillaud aura donné une nouvelle preuve de ce zèle et de cette ardeur pour l'intérêt de la science, que nous n'avons jamais mis en doute, en ajoutant à ses ouvrages, déjà nombreux, de nombreux volumes, qui nous semblent ne devoir ajouter que très peu à sa gloire et à sa renommée, soit comme pathologiste, soit comme écrivain.

GENEST.

(1) GAZ. MÉD., ann. 1836, p. 229.

VARIÉTÉS.

La chambre des pairs, dans sa séance du 7 juillet, a entendu le rapport que lui a fait, au nom de la commission des pétitions, M. le comte Gasparin sur une série d'observations qui intéressent l'hygiène des nouveaux-nés. Depuis longtemps on était frappé des dangers imminens pour la vie des enfans qui résultent de leur transport, souvent éloigné, aux mairies et aux églises, dans les trois jours de la naissance, en toute saison de l'année, et par toutes les températures.

D'un autre côté, M. le docteur Bourjot St-Hilaire a trouvé, par la statistique des dépôts d'aveugles, que le plus grand nombre de cas de cécité, dans le bas âge, provient de l'opthalmie catarrhale purulente, qui, le plus souvent, reconnaît pour cause occasionnelle le froid humide subi par le nouveau-né.

Frappé de ces résultats et désireux d'y apporter remède, M. Bourjot, après en avoir référé à l'Académie de médecine, a porté devant les chambres une demande, en interprétation de l'art. 55 du Code civil, d'après laquelle l'enfant ne serait plus déplacé pour la clôture de l'acte de naissance, et serait visité à domicile par l'officier de l'état civil ou par un médecin assermenté dans les villes où le nombre des naissances rendrait ce service important.

La chambre des pairs a favorablement accueilli cette proposition, elle a prouvé par une discussion prolongée (voir le *Moniteur* du 8) tout l'intérêt que cette matière lui inspirait, et l'a renvoyée au ministre des cultes et de l'intérieur.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE DE FÉLIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 34. (TOME VI. — 1838.) SAMEDI 25 AOUT 1838.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°.—Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Poissonnière*, n° 5, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

A partir du 15 octobre prochain, le bureau de la GAZETTE MÉDICALE sera transféré rue Racine, n° 14.

SOMMAIRE.

ÉPIDÉMIES.

DU TYPHUS EXANTHÉMATIQUE QUI A RÉGNÉ DERNIÈREMENT A LONDRES; par le docteur Ch. West (1).

Lorsque j'arrivai à Londres, à la fin de l'année dernière, après un long séjour sur le continent, je trouvai que la fièvre y régnait avec une grande intensité, et surtout dans quelques hôpitaux. J'eus bientôt, grâce aux bons offices du docteur Latham, médecin de l'hôpital St-Barthélemy, la facilité de l'observer sous les formes les plus variées, et pendant toutes ses périodes, à l'hôpital St-Barthélemy, où il y en avait un grand nombre de cas. Je vais présenter ici les résultats de soixante observations que j'ai pu y recueillir, et qui me semblent devoir être de quelque intérêt pour les personnes qui suivent avec attention les études qui se font en ce moment sur la fièvre.

Je commencerai par rapporter quelques observations et ensuite je présenterai, dans l'histoire générale de la maladie, le tableau exact des phénomènes morbides observés pendant la maladie, des lésions trouvées après la mort, et des diverses méthodes de traitement qui auront été employées, avec leurs résultats.

(1) Extrait de l'*Edinburgh medical and surgical journal*, july 1838.

1° OBSERVATIONS DANS LESQUELLES LES SYMPTÔMES FOURNIS PAR LE SYSTÈME DIGESTIF ONT ÉTÉ PRÉDOMINANS.

FRISSON; CÉPHALALGIE; DOULEURS A LA GORGE ET A L'ÉPIGASTRE, AVEC VOMISSEMENS ET CONSTIPATION; EXANTHÈME PÉTÉCHIAL (SPOTTED RASH); DÉLIRE, D'ABORD LA NUIT ET ENSUITE PENDANT LE JOUR; SOUBRESAUTS; MORT LE DIX-NEUVIÈME JOUR; ÉPANCHEMENT DANS L'ARACHNOÏDE; CONGESTION DU CERVEAU ET DE SES MEMBRANES; CONGESTION PULMONAIRE; CONGESTION TRÈS PRONONCÉE DE LA MUQUEUSE DE L'ESTOMAC; RAMOLLISSEMENT DE LA MUQUEUSE DE L'INTESTIN GRÊLE, AVEC FORTE CONGESTION DANS LES DEUX DERNIERS PIEDS DE L'ILEUM; DÉVELOPPEMENT DES GLANDES DE PEYER; RAMOLLISSEMENT ET CONGESTION DE LA MUQUEUSE DU COLON, AVEC QUELQUES ÉROSIONS SUR PLUSIEURS POINTS DE SON ÉTENDUE.

Obs. I. — Ch. Peace, âgé de 27 ans, admis le 24 février 1838, ouvrier, adonné à l'intempérance; il dit s'être enrhumé, il y a trois semaines, et avoir néanmoins continué son travail jusqu'au 18, époque où il eut un frisson et perdit l'appétit et les forces. Le lendemain, chaleur intense, violente douleur à la tête et à la gorge, puis à l'épigastre, et vomissemens. Avant son admission, il

Feuilleton.

HOTEL-DIEU DE PARIS. — SA DÉMOLITION.

Depuis quelques semaines il n'est bruit dans le public et surtout dans le public médical que de la démolition de l'Hôtel-Dieu : déjà plusieurs articles de journaux ont paru à l'occasion d'un mémoire de MM. les médecins et chirurgiens de cet hôpital qui s'efforcent de démontrer :

1° La nécessité de conserver l'Hôtel-Dieu tel qu'il est;

2° De le remplacer immédiatement par un autre grand hôpital qui puisse fournir les mêmes ressources, dans le cas où sa destruction serait jugée indispensable.

Cette question n'est pas neuve; depuis que l'Hôtel-Dieu existe elle a donné lieu à bien des débats, dont la conclusion a toujours été que cet asile devait être remplacé. On ne peut donc prendre aujourd'hui trop de garanties pour s'assurer de l'état réel des choses; le gouvernement, le conseil municipal et les administrateurs comprendraient mal leur devoir s'ils s'en rapportaient à cette manifestation hardie des personnes d'autant plus intéressées à la conservation de l'Hôtel-Dieu qu'elles prévoient qu'elles auront ailleurs des services moins commodes, moins considérables, et surtout moins en évidence. Dans tous les cas, fût-il clairement démontré qu'un autre motif que celui qu'il est permis de supposer à ces personnes leur fît demander la conservation de cet hôpital, nous dirions encore qu'il serait de toute sagesse et de toute humanité, avant de se prononcer définitivement sur une question aussi capitale, de s'assurer bien positivement s'ils ont raison de vouloir conserver aujourd'hui un établissement dont la destruction a été dans tous les temps jugée nécessaire, indispensable.

Notre opinion à nous, basée sur l'étude toute particulière que nous avons faite de cet hôpital, pendant plusieurs années que nous l'avons habité, est que sa démolition est aussi urgente que sa reconstruction. Sans doute, il est téméraire de prendre sur soi de décider en matière aussi difficile, et sur d'aussi grands intérêts d'après sa seule expérience et ses seules lumières; mais en combattant les raisons émises par les personnes qui demandent la conservation de l'Hôtel-Dieu, nous ne cherchons qu'à nous éclairer et à éclairer les autres; nous présentons nos réflexions moins pour donner notre avis que pour appeler l'attention de tout le monde et principalement du gouvernement sur une question si souvent débattue et toujours résolue contre l'Hôtel-Dieu.

Sa démolition, chose convenue depuis bien des années, allait recevoir son exécution quand on a jugé à propos d'entraver cette mesure en adressant un mémoire au ministre de l'intérieur; on établit comme un fait démontré, incontestable que l'Hôtel-Dieu est salubre, qu'il réunit toutes les conditions nécessaires pour être conservé, qu'il est la maison du pauvre, qu'il a toutes les sympathies du peuple, qu'il est le tombeau de la douleur et de toutes les misères;

n'avait pris pour tout médicament que quelques pilules laxatives ; alors il offre la face très rouge ; les yeux injectés; la peau chaude et sèche; les bras et l'abdomen couverts d'une éruption rouge et tachetée, ressemblant à la rougeole; l'intelligence était nette ; la voix rauque et flûtée ; il y avait une toux incommode; les crachats contenaient un peu de sang ; la gorge était très rouge et on voyait à la partie postérieure du pharynx un ulcère superficiel; la langue était humide, chargée et fendillée dans son centre ; le ventre était libre, le pouls donnait 114, et on distinguait dans toutes les parties de la poitrine un fort ronchus. Il y avait de la soif; la céphalalgie augmentait par la toux et la douleur de gorge par la déglutition, qui était presque impossible, et celle de l'épigastre par la presion. (Les cheveux sont rasés ; huit onces de sang sont tirées par des ventouses appliquées entre les deux épaules; deux grains de calomel et dix de jalap ; diète de lait.) Le lendemain, l'état était le même ; on prescrit les applications froides sur la tête et deux grains et demi de *blue pill* trois fois par jour.

Le 26, insomnie et délire pendant la nuit ; peau chaude et sèche ; l'éruption est encore très abondante ; la toux et le râle ont beaucoup diminué ; les vomissemens ont cessé depuis l'entrée ; pas de selles ; langue sèche et fendillée, un peu humide sur les bords ; le pouls plein, 136, et facile à comprimer. (Le même traitement ; soupe pour tout aliment.)

Le 17, le malade a été furieux pendant la nuit : on a été obligé de l'attacher dans son lit; chaleur à la tête, rougeur des yeux et de toute la face ; incohérence dans la parole, réponses brèves; il n'accuse aucune douleur ; absence de selles. (Dix onces de sang sont tirées par des ventouses appliquées aux tempes ; dix gouttes de laudanum sont administrées immédiatement après et répétées ensuite ; quatre grains de calomel et dix de jalap.)

Le 28, il refuse de montrer sa langue, le délire persiste ; moiteur de la peau ; quelques soubresauts ; l'urine sort involontairement ; les lèvres et les dents fuligineuses ; le pouls 148, très faible. (Six onces de vin et quelques gouttes de laudanum.) L'insomnie persiste ; râle trachéal ; soubresauts des tendons très fréquens ; tympanite abdominale ; mort le 1er mars.

AUTOPSIE onze heures après la mort.

APPARENCE EXTÉRIEURE. Toute la partie postérieure du tronc est d'un rouge foncé.

CERVEAU. L'arachnoïde contient plus de fluide que dans l'état normal, et le cerveau est plus piqueté.

THORAX. Une once de sérosité dans le péricarde ; léger épaississement des valvules mitrales. Les poumons fortement congestionnés en arrière.

ABDOMEN. Larges taches rouges sur la muqueuse de l'abdomen, vers la grosse extrémité de cet organe. Les deux derniers pieds de l'iléum sont d'une couleur très foncée à l'extérieur, et, à l'intérieur; la muqueuse est si congestionnée qu'elle offre une couleur unire presqu'uniforme On voit aussi quelques plaques des glandes de Peyer épaissies. Le cœcum et aussi un pied environ du commencement du colon offrent une forte congestion, mais moins uniforme que dans l'iléum, et disposée par plaques, séparées par des espaces où la muqueuse est pâle. La surface de la plupart des parties congestionnées est érodée ; la muqueuse est très ramollie et tous les intestins sont distendus par des gaz.

DOULEUR DANS LA POITRINE ; FRISSON ; PERTE DE L'APPÉTIT ; SOIF ; CÉPHALALGIE ; ÉRUPTION ; DIARRHÉE PENDANT DIX JOURS ; DOULEURS ABDOMINALES ; LÉGERS SOUBRESAUTS ; DÉLIRE NOCTURNE ; TOUX ; DIMINUTION GRADUELLE DE TOUS LES SYMPTÔMES ET GUÉRISON.

OBS. II. — Stock, 23 ans, admise le 6 janvier 1838, mariée et nourrice, se portait bien jusqu'au 1er janvier, quand elle eut une légère douleur dans la poitrine. Le lendemain frisson, suivi d'une forte chaleur. Pendant dix jours, elle vint à la consultation.

Le 6, rien n'annonce qu'elle soit atteinte d'une affection grave ; la peau est sèche ; le pouls donne 108, aign ; le ventre libre ; la langue chargée et sèche; légère toux ; étourdissemens avec faiblesse ; douleurs dans les membres, le dos ; soif et perte de l'appétit. L'auscultation n'indique rien d'anormal. (Soupe pour aliment ; un grain et demi de *blue pill* toutes les six heures.)

Le 7, une éruption rosée, tachetée, semblable à celle de la rougeole, a paru depuis hier sur le corps et les extrémités. Il y a eu plusieurs selles ; la langue est humide ; le pouls donne 112 ; légère amélioration.

Le 8, il y a eu du sommeil; mais la malade se plaint de la tête; il y a eu sept selles ; l'abdomen est mou, indolent à la pression ; pouls 128. (Discontinuer le *bleu pill* ; six onces de vin.)

Le 9, elle a pu dormir pendant la nuit; rêvasseries dans la matinée; main tremblante avec de légers soubresauts; les selles continuent liquides et d'une couleur foncée; pouls 128, très compressible (arrow-root et bouillon très fréquemment; 12 onces de vin; 2 grains de *blue pill* trois fois par jour).

Le 10, il y a eu deux heures de sommeil pendant la nuit. Le reste du temps léger délire; l'éruption est plus prononcée; le pouls est à 138, très compressible.

Elle reste dans cet état pendant une semaine; le faciès était assez bon; il y avait tous les jours sept à huit selles; l'abdomen était légèrement sensible à la pression. La toux, cependant, la fatiguait beaucoup, bien qu'il n'y eût qu'un peu de râle dans la poitrine. Elle prit chaque jour les pilules de Dover, le *blue pill* et la préparation aromatique, plus 22 onces de vin et 4 onces d'eau-de-vie, sans compter une grande quantité de bouillon et de ragoût, sans aucun signe d'amendement jusqu'au 17 janvier, époque où cessa la diarrhée.

Le 20 janvier, on cessa de donner l'eau-de-vie.

Le 21, le pouls ne battait plus que 92 ; il n'y avait plus qu'une seule selle par jour, et la malade était beaucoup moins faible.

Le 30 janvier, on lui accorde un peu de viande, et on réduit le vin à 10 onces.

Elle sort rétablie le 14 février.

2° CAS OU LES SYMPTÔMES NERVEUX ÉTAIENT PRÉDOMINANS.

FRISSON ; PROSTRATION DES FORCES TRÈS PRONONCÉE ; CONSTIPATION ; DOULEUR A L'ÉPIGASTRE; ÉRUPTION ROSÉE ENTREMÊLÉE DE PÉTÉCHIES ; INSOMNIE ET DÉLIRE PENDANT LA NUIT ; PLAINTES CONTINUELLES, ÉVACUATIONS INVOLONTAIRES ; SOUBRESAUTS ; MORT DANS LA QUATRIÈME SEMAINE. INJECTION DU CERVEAU ET DE SES MEMBRANES ; ÉPANCHEMENT DANS LES VENTRICULES ; CONGESTION PRONONCÉE DES POUMONS; LÉGÈRE INJECTION DE LA MUQUEUSE DE L'ESTOMAC; RAMOLLISSEMENT PLUMIFORME DE LA RATE.

OBS. III. — Holter, âgé de 52 ans, admis le 1er mai 1838, est dans la misère depuis quelque temps, et a souffert beaucoup d'un rhume opiniâtre. Il a eu son premier frisson il y a quinze jours; depuis, les autres accidens fébriles se sont développés successivement, et il a gardé le lit quelques jours avant son admission. A cette époque, ses traits sont très altérés, sa peau est couverte d'une éruption semblable à celle de la rougeole; mais entremêlée de pétéchies sur les jambes. Langue sèche; constipation; pouls 109 et faible. Insomnie et rêvasseries pendant la nuit; le jour, l'intelligence reste intègre; douleur épigastrique. (Six grains de calomel à prendre par deux grains toutes les deux heures.)

2 mars. La nuit a été calme, mais sans sommeil. Les pétéchies sont moins brillantes; pouls 120 et plus fort.

Le 3 mars, les gémissemens continuent ; le malade reste presque immobile sur son côté. (6 onces de vin.)

Le 5 mars, le délire continue et il est plus prononcé; la tête est très chaude, bien que le reste du corps soit presque froid; le pouls 120. Il dit souffrir partout, et surtout à la poitrine, où l'on ne trouve rien de remarquable. (Raser les cheveux et applications froides sur la tête; 12 onces de vin et 12 gouttes de laudanum, qu'on réitérera quatre heures après s'il est nécessaire.)

Le 6, les évacuations sont involontaires; le malade reste constamment sur le côté, murmurant continuellement entre ses dents; pouls fréquent, faible, irrégulier. Une pinte et demie d'urine est tirée par le cathétérisme. (4 onces

---

en un mot qu'il convient sous tous les rapports. Pour la science, on évoque des souvenirs de gloire; pour les malades, on invoque sa position et les services sans nombre qu'il a rendus pendant les épidémies; pour le gouvernement, on rappelle les secours qu'il a fournis dans les grandes catastrophes; on étale enfin tous les élémens de succès d'une position qu'on exagère dans l'espoir de convaincre ceux qui doivent prononcer sur son sort. N'est-ce pas trop s'abandonner au despotisme de l'intérêt personnel, et ces mesures ne sont-elles pas blâmables, et ne seraient-elles pas dangereuses même, si l'opinion publique, si le gouvernement et les administrateurs pouvaient se laisser prendre aux piéges grossiers dans lesquels on veut les faire tomber ?

Ces conclusions des médecins et chirurgiens de l'Hôtel-Dieu sont à nos yeux de bien peu de valeur pour démontrer que l'Hôtel-Dieu doit être conservé : la première, que l'Hôtel-Dieu présente les conditions désirables de salubrité mérite seule de fixer l'attention, puisque c'est sur elle que roule toute la discussion. Quant aux deux autres, que l'Hôtel Dieu satisfait aux conditions de convenance pour la position, etc.; qu'il a rendu les plus grands services, etc., nous ne pouvons adopter entièrement l'opinion du mémoire.

D'un côté, si nous reconnaissons que l'Hôtel-Dieu par sa position au centre de la capitale satisfait aux conditions de convenance, qu'un hôpital central est indispensable dans Paris, que l'Hôtel-Dieu démoli il faudra le remplacer; si nous reconnaissons encore les grands services que cet hôpital a rendus dans les épidémies; etc., etc.; si même nous pensons qu'il a eu une influence heureuse sur le développement des grands talens sur l'art de guérir, d'un autre côté, nous ajouterons, pour être juste, qu'à cet hôpital seul n'appartient pas toute la gloire d'avoir rendu des services dans les temps difficiles, d'avoir contribué à former de grands talens, etc., etc. A en croire les partisans du grand hôpital, il n'y aurait de grands médecins et de grands chirurgiens qu'à l'Hôtel-Dieu et par l'Hôtel-Dieu ! Ces prétentions sont sans doute exagérées, car tous les hôpitaux de Paris grands ou petits peuvent à bon droit revendiquer leur part dans la somme des services rendus pendant les épidémies et les catastrophes politiques. Ils comptent aussi de grands talens formés dans leur sein. Laennec, par exemple, était-il à la tête d'un grand hôpital ? Corvisart était-il à l'Hôtel-Dieu ? etc., etc. Combien nous paraissent futiles de pareilles raisons ! Nous pouvons donc dès à présent conclure, que si la première proposition du mémoire est fausse, c'est-à-dire si l'Hôtel-Dieu n'est pas salubre, nous aurons par là même établi que les raisons avancées comme preuves qu'il doit être conservé sont mauvaises, et que par conséquent il doit être démoli; c'est d'ailleurs là que se trouve toute la question. Il nous sera facile de démontrer que l'Hôtel-Dieu est loin d'offrir les conditions nécessaires de salubrité.

Avant de faire connaître les causes qui rendent l'Hôtel-Dieu insalubre, avant de parler de la fâcheuse influence qu'il exerce sur les pauvres malades, par sa construction, sa disposition et sa mauvaise position, nous regardons comme utile et digne d'intérêt de jeter un coup-d'œil sur le passé de cet établissement, de faire le rapide exposé de son origine, de son accroissement, des modifications qu'il a subies, et des efforts constans qu'on a faits pour le détruire.

Fondé en 638, selon quelques historiens, selon d'autres, en 660, par saint Landry, évêque de Paris, l'Hôtel-Dieu consista primitivement en deux ou trois maisons contiguës à l'ancienne chapelle St-Christophe. Comme tous les hôpitaux fondés à cette époque, celui-ci fut placé où il est aujourd'hui, non parce

d'eau-de-vie ; chaque quart d'heure du fort bouillon, du vin et de l'eau-de-vie.)

Le 7, on donne cinq gouttes de teinture d'opium, ce qui n'empêche pas le délire. La peau prend une couleur plombée; tremblement continuel des mains et soubresauts. Mort le 9 mars.

AUTOPSIE 11 HEURES APRÈS LA MORT. CERVEAU. Injection de la dure-mère, et au-dessous légère infiltration séreuse avec quelques caillots de sang. Injection de l'arachnoïde et infiltration séreuse entre cette membrane et la pie-mère, et surtout à la base du cerveau. Les ventricules sont fortement distendus par un fluide limpide, et ils conservent leur forme après qu'ils sont vides. Le septum lucidum est déchiré, et le foramen de Monroe admettrait facilement une plume d'oie.

THORAX. Le poumon gauche adhérent dans toute son étendue, et pas d'anciennes adhérences; les deux poumons fortement congestionnés; lorsqu'on les incise, il s'en écoule beaucoup de sérosité sanguinolente.

ABDOMEN. La muqueuse de l'estomac est injectée et paraît plus dure; les intestins sont à l'état normal; la rate, excessivement ramollie, est fortement adhérente à la paroi postérieure de l'abdomen.

FRISSON; VIOLENTE CÉPHALALGIE; ÉRUPTION ROSÉE; CONSTIPATION; TYMPANITE; FAIBLESSE EXTRÊME ET GRANDE RAPIDITÉ DU POULS; DÉLIRE FURIEUX; CONVALESCENCE LENTE.

OBS. IV.—Relcher, âgé de 32 ans, admis le 15 mars 1838, fabricant de velours, habitude de tempérance, fut bien portant jusqu'au 8 mars 1838. Alors frisson, céphalalgie et les autres symptômes de la fièvre, qui prirent immédiatement une très grande intensité. La nuit qui précéda son entrée à l'hôpital, il souffrit tellement de la tête qu'il s'appliqua à la nuque du col un vésicatoire qui lui procura un peu de soulagement. Au moment de son admission : physionomie anxieuse; nombreuses taches sur la peau, semblables à celles de la rougeole, et qui ont commencé à paraître le 11 mars. Météorisme; constipation de trois jours; langue humide sur les bords, sèche au milieu; pouls 140; intelligence nette; toutes les plaintes du malade ont rapport à la tête. Rien du côté des poumons. (Soupe pour aliment, 2 grains de calomel et huile de ricin.)

Le 16, bien que le malade n'ait pas pris ce qui lui avait été prescrit, il a bien dormi pendant la nuit; il a eu une selle dans la matinée, le pouls 146, faible; la langue humide et presque nette. (6 onces de vin.)

Le 17, selles liquides; la faiblesse se prononce davantage; le pouls 130, ondulant, très compressible. (10 onces de vin.)

Le 18, délire furieux dans la soirée; le matin, il dit ne pas souffrir de la tête, se plaint des applications froides qui lui ont été faites sur la tête. Peu de chaleur à la peau; mais injection des yeux très forte, et langue tout à fait sèche. On cesse le vin, qu'on remplace par 6 gouttes de laudanum; 6 onces de sang sont tirées par des ventouses appliquées à la nuque; mais le délire redouble de violence, et persiste pendant toute la nuit, malgré l'administration de deux doses de 10 gouttes de laudanum.

Le 19, le délire persiste et se manifeste par des cris, des chants, des plaintes, des hurlemens, des efforts pour se débarrasser des liens qui le retiennent. Quand on lui adresse la parole, ses réponses sont quelquefois justes. Les yeux sont très injectés, la pupille contractée; le pouls est beaucoup moins fréquent. Pas de selles, mais émission involontaire des urines; langue parfaitement sèche. Dix sangsues appliquées aux tempes produisent un léger amendement; à quatre heures après midi, 8 onces de sang sont tirées par des ventouses appliquées sur la même région, et 5 grains de calomel administrés à l'intérieur. Aussitôt après les ventouses, calme et sommeil. Au bout de trois heures, un lavement purgatif détermine une selle extrêmement copieuse, à la suite de laquelle le malade s'endort de nouveau, ce qui continue une grande partie de la nuit.

Le 20, en se réveillant, le malade est complètement revenu à lui. Il est très abattu; la peau même à la tête est fraîche; les yeux sont très injectés; la langue est humide et nette; le pouls est à 128. Il paraît très disposé au sommeil, et n'accuse aucune douleur. (Ventouses aux tempes pour 4 onces de sang.)

Le lendemain, l'amélioration était plus prononcée, et ne s'est pas démentie depuis, sous l'influence de 4 onces de vin par jour, de quelques pilules de Dover, et de quelques doses de *blue pill;* et malgré des excoriations au sacrum, dont la guérison ne se fit pas attendre longtemps. La fréquence du pouls persista longtemps après que tous les autres symptômes, à l'exception de la faiblesse, eurent disparu; le 10 avril, il était encore à 120.

Le malade sort guéri le 20 avril.

3° CAS OU LES SYMPTÔMES FOURNIS PAR LES ORGANES THORACIQUES ONT ÉTÉ PRÉDOMINANS.

FRISSON; CONSTIPATION; ÉRUPTION; DYSPNÉE; TREMBLEMENT DES MAINS; CRÉPITATION DANS LES DEUX POUMONS; ÉVACUATIONS INVOLONTAIRES; MORT LE DIXIÈME JOUR. INJECTION DU CERVEAU ET DE SES MEMBRANES; ÉPANCHEMENT SÉREUX DANS LES PLÈVRES; HÉPATISATION DANS LES DEUX POUMONS; RAMOLLISSEMENT ET ULCÉRATION DE LA MUQUEUSE DE L'ESTOMAC; DÉVELOPPEMENT DES GLANDES DE BRUNNER.

OBS. V.—Seller, âgé de 20 ans, admis le 24 février 1838, jardinier sans ouvrage, arrivé à Londres depuis quinze jours; il y a été dans la plus grande détresse, n'a pas couché une seule fois pendant ce temps dans un lit, et n'a vécu que de pain et d'eau.

Le 8 février, il gagna un rhume en passant la nuit à la belle étoile, et son état va en s'aggravant jusqu'à son entrée. A cette époque, la peau est couverte d'une éruption très abondante et semblable à celle de la rougeole; les mains sont tremblantes; la respiration accélérée; les mouvemens vifs; l'intelligence nette; la langue chargée et disposée à la sécheresse; pas de selles depuis quatre jours. L'auscultation n'indique rien de très anormal. (Huile de ricin, demi-once; lait.)

Le 25 février, la nuit est assez bonne; la figure est rouge et la tête chaude; la langue tout à fait sèche; il y a eu deux selles très copieuses; pouls 120; crépitation dans les deux poumons, mêlée de bruit respiratoire normal. (Applications froides à la tête; quelques doses de *blue pill.*)

Le 26, insomnie et révasseries pendant la nuit; la dyspnée augmente, ainsi que le râle crépitant à la partie inférieure du poumon droit; le pouls peut à peine être compté. Tous ces symptômes vont en s'aggravant jusqu'à la mort, qui arrive le 27.

AUTOPSIE 24 HEURES APRÈS LA MORT. CERVEAU. Légère injection des membranes. La substance corticale est plus foncée qu'à l'état normal; la substance blanche présente de nombreux points rouges, et les ventricules contiennent une grande quantité de fluide.

THORAX. Les deux plèvres contiennent trois pintes de sang fluide; des deux côtés, la plèvre pulmonaire est couverte de lymphe. La membrane muqueuse de la trachée et des bronches est très rouge et inégale au toucher. Les deux poumons sont d'une couleur foncée et infiltrés d'une grande quantité de fluide séreux. Le lobe inférieur du poumon droit est hépatisé, ainsi que celui du poumon gauche. Le péricarde contenait une quantité considérable de sérosité transparente.

ABDOMEN. La rate volumineuse, mais non altérée. La muqueuse de l'estomac était molle et très vasculaire; elle offre un grand nombre de petites ulcérations, la plupart sans rougeur, le long de ses plis; elles sont en plus grand nombre à quelque distance du pylore. L'intestin grêle offrait une injection très foncée, mais par plaques seulement, et les glandes de Brunner étaient très développées. L'injection était très forte dans le gros intestin, et surtout près de la valvule iléo-cœcale, où elle semblait offrir quelque rapport avec l'éruption cutanée.

---

que l'emplacement réunissait toutes les conditions désirables de position et de salubrité, mais parceque, suivant l'usage d'alors, les hôpitaux, ou les maisons qui en tenaient lieu, étaient ordinairement voisins des églises cathédrales, et les évêques, comme dépositaires du bien des pauvres, en étaient les administrateurs nés. Les chanoines et les clercs, alors les seuls médecins, étaient chargés comme tels de soigner les malades, et leur donnaient à la fois les secours temporels et spirituels. Ce ne fut point d'après des motifs de santé qu'on choisit l'emplacement de cet hôpital; ce fut d'après des convenances prises des besoins que les malades avaient de subsistances de charité et d'attentions.

Pour se tenir au niveau des besoins toujours croissans de la population, on fut obligé plus tard d'agrandir cet hôpital : dans ce but, on acheta, ou l'on se fit céder quelques corps de logis environnans. C'est ainsi que saint Louis augmenta considérablement l'Hôtel-Dieu et l'étendit jusqu'au petit pont. Les largesses sans nombre dont il comblait continuellement cette maison le font regarder, en quelque sorte, comme son fondateur. Cet hôpital s'est ensuite accru de siècle en siècle, tant par les libéralités des rois ses successeurs que par le zèle et la charité de beaucoup de personnes de différentes conditions. En 1531, le cardinal Duprat fit bâtir la salle Ste-Marthe sur l'emplacement d'une maison que les administrateurs avaient achetée. En 1606, Henri IV s'occupa aussi, d'une manière toute particulière, de l'Hôtel-Dieu ; il fit construire les salles St-Thomas. Quelques années après, en 1623, l'administration, occupée aussi du soin d'agrandir l'Hôtel-Dieu, pour répondre aux besoins de cette époque, fit construire une longue voûte sur la rive gauche de la Seine pour élever de nouvelles salles sur cette voûte, et le bâtiment St-Charles fut fini en 1634. Enfin, soixante ans plus tard, Louis XIV, à son tour, fit encore agrandir l'Hôtel-Dieu et de nouveaux bâtimens furent commencés entre le pont St-Charles et le petit pont, et achevés par les soins de Louis XV.

Ainsi donc, à son origine, l'Hôtel-Dieu n'occupait que la rive droite de la Seine. Dans le courant du seizième siècle, on éleva la moitié du grand bâtiment, qui est sur la rive gauche, du côté de la rue de la Bûcherie ; ces deux rives furent ensuite plus particulièrement liées l'une à l'autre par la construction du pont aux Doubles, et du bâtiment érigé sur ce même pont, et qui a disparu depuis. Dans les premières années du dix-septième siècle, on termina l'autre moitié du grand bâtiment sur la rue de la Bûcherie.

Comme on le voit, l'ordre dans lequel toutes ces constructions ont été élevées n'a rien de bien entendu : les anciens administrateurs ont moins consulté les règles de l'art de bâtir et les préceptes de l'hygiène que les moyens d'offrir de prompts secours à l'indigent malade. Les bâtimens de cet hôpital se sont accumulés les uns sur les autres sans idée générale, sans s'attacher à un plan uniforme; et, jusqu'en 1802, époque à laquelle on faisait des réclamations de toutes parts contre ce hideux amalgame, on l'a agrandi encore, sans s'occuper du rapport des bâtimens entre eux ni même du service auquel ils étaient destinés.

De telles constructions, plusieurs catastrophes graves arrivées dans cet hôpital, des épidémies presque annuelles, ont souvent fait demander la destruction de cet établissement.

Au premier incendie, en 1737, on avait déjà songé à sa translation ; au second incendie, en 1772, le cri général avait été : *qu'on sauve les malades et que l'Hôtel-Dieu soit brûlé.*

Une délibération des administrateurs de l'Hôtel-Dieu, du 11 janvier 1773,

4° OBSERVATIONS OU LE SYSTÈME CIRCULATOIRE N'A PARU QUE PEU AFFECTÉ.

FRISSON, DOULEUR DANS LES MEMBRES, SURDITÉ, ÉRUPTION MÉLANGÉE DE TACHES PÉTÉCHIALES ; EXPECTORATION VISQUEUSE, ABONDANTE ; POULS PRESQUE SANS FRÉQUENCE PENDANT TOUT LE COURS DE LA MALADIE. GUÉRISON RAPIDE.

OBS. VI. — Taylor, âgé de 22 ans, admis le 29 mars 1838, est portier et d'habitudes régulières. Il jouit d'une bonne santé jusqu'au 16 mars qu'il fut pris de frissons suivis de chaleur, avec douleur dans les membres et autres symptômes fébriles; l'intelligence reste toujours claire et le sommeil de la nuit tranquille. Le jour de son admission, il parait avoir maigri; sa physionomie annonce de l'anxiété et de la prostration. La peau du tronc et des extrémités supérieures est converte d'une éruption tachetée et très abondante. Les taches se rapprochent cependant plus que dans les autres cas des pétéchies, et la plupart ne disparaissent pas par la pression. Le ventre n'a été rendu libre que par les laxatifs; langue humide, nette sur les bords, mais chargée au milieu; pouls 66, petit; respiration normale; légère surdité, sans trouble de l'intelligence; légère douleur dans l'abdomen. (La soupe pour aliment, bain tiède, quelques laxatifs.)

Le 30 mars, le malade se trouve mieux, l'éruption est moins vive; pouls 70, compressible.

Le 31, l'amélioration est bien manifeste, le facies est beaucoup meilleur, l'éruption disparait, expectoration d'un mucus glaireux très abondant, sans douleur et sans aucun symptôme grave du côté de la poitrine.

Le 5 avril, le malade se trouvait très bien : l'éruption avait disparu, l'appétit se faisait sentir. Il sort le 14 avril bien rétabli.

Il nous serait facile de rapporter un plus grand nombre d'observations; mais celles-ci suffisent pour faire connaître les traits principaux qu'affecte la maladie. Maintenant je vais passer à l'examen des altérations trouvées après la mort. Et ces mêmes remarques reposeront sur dix cas, nombre trop petit sans doute pour qu'on en tire des conclusions très rigoureuses, mais suffisantes pour donner quelque idée des altérations que produit cette fièvre.

HABITUDE EXTÉRIEURE. Les sujets n'ont pas présenté d'amaigrissement notable, si ce n'est dans un seul cas où la mort fut le résultat d'un érysipèle survenu pendant la convalescence, et arrivé le 49e jour après le début de la maladie.

Dans tous les cas les parties déclives du corps présentèrent une lividité plus ou moins prononcée produite par la disposition qu'avait le sang à s'y accumuler; cependant cette lividité n'était pas exclusivement bornée à ces parties, les bras et les jambes offraient fréquemment des taches livides, et dans un ou deux cas où la maladie s'était terminée avec une grande rapidité tout le corps était d'une couleur d'un violet foncé. L'éruption ne disparaissait pas après la mort; mais dans quelques cas les taches offraient les mêmes caractères que pendant la vie, bien que le plus souvent elles eussent une couleur plus foncée. En incisant la peau, on trouvait souvent une extravasation de sang dans le tissu cellulaire sous cutané. J'ai remarqué très fréquemment cette extravasation au-dessus du muscle droit abdominal et des muscles pectoraux.

ÉTAT DE L'ENCÉPHALE. Les membranes du cerveau étaient plus ou moins injectées dans neuf cas; et dans deux l'injection s'étendit à la dure-mère. Dans six cas, il y eut un épanchement séreux ou une infiltration dans l'arachnoïde et dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien. Dans un cas cet épanchement fut considérable à la base du cerveau et remplissait les ventricules latéraux. Dans deux cas, l'arachnoïde offrait une légère opacité, et une fois elle présenta des traces d'anciens dépôts de lymphe. Dans deux autres cas, il y avait au-dessous de l'arachnoïde, à la surface des circonvolutions cérébrales de petits caillots de sang.

La substance cérébrale était, dans le plus grand nombre des cas, infiltrée de sérosité à divers degrés; quelquefois la matière grise avait une couleur plus foncée, et la matière blanche offrait un piqueté plus ou moins prononcé.

ÉTAT DES ORGANES THORACIQUES. Dans un cas seulement, les organes respiratoires ont été trouvés à l'état normal, et ce cas est celui où la mort arriva le 43e jour: dans d'autres, il y avait un léger épanchement séreux dans la cavité pleurale, une congestion plus ou moins forte de la muqueuse des voies aériennes, qui dans un cas était épaissie, et dans un autre offrait un petit ulcère à la bifurcation des bronches. En divisant la trachée artère et les bronches on en voyait sortir une quantité plus ou moins considérable d'un fluide muco-séreux rouge, mélangé de bulles d'air, et huit fois ce même fluide était infiltré dans le tissu des poumons. Dans ces cas, les poumons étaient d'un rouge foncé bleuâtre, et en partie seulement perméables à l'air, leur tissu ordinairement ramolli et leurs lobes inférieurs emphysémateux.

On est si habitué à regarder cet état des poumons particulier à la fièvre comme dépendant de la pneumonie, que je crois devoir signaler les différences qui se trouvent entre cet état et celui que présentent les poumons après une inflammation ordinaire.

Il était ordinairement (six fois) borné aux lobes inférieurs et même à leur partie postérieure. Dans aucun cas il n'occupait exclusivement le lobe supérieur. La couleur diffère beaucoup de celle des poumons hépatisés. Dans la plupart des cas, le tissu n'était pas ramolli (six fois), et le fluide qui sortait du poumon incisé différait beaucoup de celui qui sort d'un poumon hépatisé. Je parlerai plus loin de la différence qui existe entre les symptômes de cette affection et ceux de la pneumonie, et me bornerai à rapporter ici l'observation trop souvent oubliée de Hufeland, que « toutes les affections locales qui surviennent pendant la fièvre ne sont pas nécessairement inflammatoires, bien que chacune d'elles puisse amener l'inflammation. »

Le péricarde contenait ordinairement une petite quantité de sérosité, mais le cœur n'offrait pas d'altération appréciable.

ÉTAT DES VISCÈRES ABDOMINAUX. Dans trois cas, le canal intestinal n'a offert aucune altération appréciable. Dans deux autres, la muqueuse de l'estomac était indurée et offrait des traces d'une ancienne vascularité comme celle qu'on rencontre chez les ivrognes. Voici ce que nous avons trouvé dans les cinq autres cas :

La muqueuse de l'estomac était injectée et ramollie dans trois cas. Dans l'un d'eux, elle était d'une teinte rose générale, épaisse et ramollie, et offrait, près de son orifice cardiaque, de vastes et profondes ecchymoses. Dans cinq cas, la muqueuse intestinale était très vasculaire, mais l'injection n'était pas très forte et était disposée par plaques qui correspondaient ordinairement à la place qu'occupaient les glandes de Peyer, ou se trouvaient près de la valvule iléo-cœcale. Une fois les glandes de Peyer avaient pris

---

concluait à la translation de l'hôpital dans la plaine de Grenelle ; et une ordonnance du roi demandait sa démolition.

Une autre circonstance très remarquable exerça une très grande influence sur la réforme des vices de l'Hôtel-Dieu et sur les mesures qui furent prises à cet effet par le gouvernement. On sait qu'à peine monté sur le trône impérial, Joseph II voulut s'éclairer en voyageant ; rien ne lui échappait : il vint à Paris, alla à l'Hôtel-Dieu, et cet hôpital lui parut si horriblement gouverné, qu'il en fit ouvertement des reproches très vifs au roi, son beau-frère, et à toute la nation. Ce fut une leçon dont elle profita. On vit tout à coup éclore une foule de plans pour la construction d'un nouvel hôpital. On ne doit taire aucun des noms de ceux qui ont élevé la voix contre l'insalubrité de l'Hôtel-Dieu et sur la nécessité de sa démolition. Marmontel est un des hommes qui, après l'incendie de 1772, plaidèrent cette honorable cause avec le plus de chaleur et d'éloquence. Il démontrait que de 1737 à 1772 il avait péri à l'Hôtel-Dieu plus de 80,000 citoyens, qu'on aurait sauvés en changeant leur asile. Un autre philantrope, Howard, consacra toute son existence et toute sa fortune à la généreuse et pénible mission d'améliorer les asiles des malheureux ; il passa sa vie dans les prisons et les hôpitaux de tous les pays, n'ayant pas d'autre soin que celui de signaler leurs misères et de travailler à leur perfectionnement. Il vint en France et constata dans les hôpitaux de ce pays plus de plaies encore que dans les prisons d'Angleterre. « L'hôpital Saint-Louis et l'Hôtel-Dieu, dit-il, sont les deux plus mauvais hôpitaux qu'on ait jamais visités ; ils sont l'un et l'autre une honte pour la ville de Paris. »

Ce fut à cette même époque, et sous l'influence des sentimens philantropiques qui se manifestaient de toutes parts, que le 17 août 1777, Louis XVI nomma une commission chargée d'examiner les moyens d'améliorer les hôpitaux de Paris. Cette commission, composée de Lassone, Daubenton, Tenon, Bailly, Lavoisier, Delaplace, Coulon, d'Arcet et Tillet, conclut, après de longues et consciencieuses recherches, que l'Hôtel-Dieu devait être abattu. Les mémoires que publia Tenon en cette circonstance, et qui résultent de trente années de recherches, ont démontré au-delà de toute évidence qu'il fallait faire disparaître l'Hôtel-Dieu de l'emplacement qu'il occupe. Cependant, la mesure qu'ils avaient proposée, et qui fut acceptée, n'obtint pas le résultat pour lequel elle avait été prise, mais elle donna lieu à d'immenses réformes. « Il est évident, disait Tenon, qu'il n'est point d'hôpital aussi mal situé, aussi resserré, aussi déraisonnablement surchargé (1), qui réunisse autant de causes d'insalubrité et de mort que l'Hôtel-Dieu; il n'est pas de maison de malades qui, aussi importante par sa destination, soit cependant par ses résultats aussi funeste à la société. » Eh bien ! on pourrait encore aujourd'hui dire avec raison ce que Tenon disait il y a cinquante ans. Depuis 1790, il est vrai, jusqu'en 1810, et depuis cette dernière époque jusqu'en 1836, la plupart des vices résultant de la mauvaise construction du bâtiment ont été atténués autant que possible; mais on n'a jamais pu trouver dans cet espace un air pur à respirer, et un jardin pour les convalescens, etc., etc. Cette dépendance essentielle de tout lieu de traitement d'une certaine étendue manquera toujours là, et son absence devra toujours

(1) L'Hôtel-Dieu recevait alors, tantôt 1,800, 2,000 malades, tantôt 3, 4 et 5,000, avec les gens de service nécessaire. Quatre et même six individus couchaient dans le même lit.

un certain développement, et deux fois celles de Brunner ; mais dans aucun cas, je ne les ai trouvées ulcérées.

Le foie n'a rien offert qui puisse être noté; sa vésicule était généralement pleine d'une bile épaisse et d'une couleur foncée.

La rate est le seul autre organe qui ait offert une altération qui mérite d'être indiquée. Elle était hypertrophiée et ramollie dans six cas, et dans les deux autres elle était à l'état normal. Dans les cas où elle était hypertrophiée son volume était plus que doublé, et son tissu tellement ramolli qu'elle se déchirait souvent dans les efforts qu'on faisait pour la retirer de l'abdomen. Dans aucun cas pourtant elle n'a été trouvée perforée ou déchirée en ouvrant l'abdomen; altération qui, d'après Horn, n'était pas rare dans le *typhus bilieux* de 1813. Lorsqu'on ouvrait ces rates ramollies, leur contenu ressemblait pour la consistance et la couleur à la lie de vin; mais, quand il restait exposé à l'air il prenait bientôt une couleur plus brillante.

DES SYMPTÔMES QUI DÉPENDENT DU TROUBLE DE L'APPAREIL DIGESTIF.

Les fonctions des intestins n'ont offert aucun trouble dans le plus grand nombre des cas; le plus souvent on a été obligé d'employer les laxatifs afin d'obtenir une évacuation en 24 heures, et, dans quelques-uns des cas les plus graves, il y avait une constipation opiniâtre. Il n'y a eu de diarrhée que dans dix cas (sur 60), dont trois se sont terminés par la mort. Quatre fois seulement, elle persista pendant plus de 48 ou 60 heures, et les deux cas où elle persista plusieurs jours ont été funestes. Dans un cas que j'ai rapporté (2e obs.), et où elle dura neuf jours, le malade finit pourtant par guérir.

Les évacuations fréquentes ou rares présentaient ordinairement le même caractère, aqueuses, colorées en jaune, mêlées quelquefois de brun ou de verdâtre; d'autres fois elles avaient la couleur et la consistance normales. Dans un cas seulement, elles nous ont offert du sang, et encore peut-être pourrait-on croire qu'elles étaient critiques dans ce cas, car chacune des évacuations sanguinolentes était suivie d'amélioration, et le malade guérit.

La douleur abdominale s'est présentée dans trente cas, mais elle ne fut grave que dans neuf; dans huit cas, elle a coïncidé avec la diarrhée, et, dans treize, avec la constipation. Le plus souvent, cette douleur n'apparaissait que la deuxième semaine de la maladie, bien que dans quatre cas elle ait commencé avec elle ; elle persistait le plus souvent une quinzaine de jours; elle n'était jamais très aiguë, c'était plutôt une douleur sourde, un poids incommode, augmentant par la pression, dont le siége se trouvait à l'épigastre, et qui quelquefois s'étendait jusque dans la fosse iliaque droite, en suivant le trajet du colon.

Il y a eu du météorisme dans onze cas, et dans tous il y avait en même temps douleur abdominale; dans sept, le météorisme compliquait la diarrhée, et dans trois seulement la constipation.

Dans les treize cas où il y avait constipation prononcée, les sujets avaient souffert avant leur admission du besoin et de la misère.

Parmi les symptômes qui ne se sont présentés que rarement et qui, dès lors, ne peuvent fixer ici notre attention, nous citerons le vomissement et le hoquet, qui ne furent observés chacun que chez un seul malade.

Quant à l'état de la langue, je peux affirmer qu'il n'offrait aucun rapport avec celui du tube digestif ; il paraissait plutôt se lier aux altérations que présentait l'état du *sensorium commune*, offrant la sécheresse lorsque les symptômes cérébraux étaient graves, tandis que le retour de l'humidité indiquait que le délire avait perdu de son intensité, que le malade avait passé une nuit moins agitée, ou que la céphalalgie avait beaucoup diminué. Huit fois la langue resta humide pendant toute la durée de la fièvre; mais cet organe paraissait parcourir certaines phases qui se réduisaient aux suivantes : dès le début de la fièvre, l'humidité naturelle de la langue diminuait, puis un enduit d'un blanc jaunâtre couvrait habituellement sa surface, à l'exception pourtant de la pointe et des bords, qui restaient ordinairement nets et humides. Au bout de huit ou dix jours, lorsque les symptômes cérébraux commençaient à offrir quelque intensité, l'enduit blanc devenait brun, la pointe et les bords restaient toujours rouges, et la langue, qui auparavant était large et molle, perdait son humidité et se rétrécissait; puis elle se couvrait d'un enduit brillant, était tremblotante, ne pouvait être sortie de la bouche qu'avec difficulté, ou bien elle se fendillait, se couvrait d'une croûte épaisse d'un brun foncé et s'attachait si fortement au palais, aux gencives et aux dents, qui étaient recouverts de la même couche, que le malade ne pouvait la sortir de la bouche. Si alors la maladie prenait une marche favorable, l'humidité se montrait d'abord à la pointe et sur les bords de la langue, et alors elle parcourait, mais dans un ordre inverse, les changemens que je viens de décrire, à mesure que l'état du malade s'améliorait.

Il est possible qu'en raison de la difficulté qu'on éprouve à examiner les malades dans les cas graves, j'aie quelquefois méconnu des altérations du pharynx et de la gorge. Cependant, j'ai obtenu dans six cas une certaine rougeur avec gonflement du pharynx, et une légère ulcération dans un cas qui s'est terminé par la mort.

SYMPTÔMES PRODUITS PAR LE TROUBLE DU SYSTÈME NERVEUX.

Ces symptômes ne sont pas moins importans que les précédens; ils me semblent même les plus importans de tous; car les cas les moins graves ont toujours été ceux où les fonctions cérébrales ont été le moins troublées; la mort a toujours été précédée par le délire, le coma ou les convulsions; et l'examen nécroscopique nous a prouvé que, de tous les organes, il n'en est pas qui ait offert aussi fréquemment des altérations que l'encéphale, tandis que dans un certain nombre de cas on n'a pu observer d'autres phénomènes morbides que ceux qui se rapportaient au trouble du système nerveux. La céphalalgie a été à la fois le symptôme le plus généralement observé et le plus rapproché du début de la maladie. Je l'ai observé dans tous les cas où le malade a été admis avant l'invasion du délire ou de la stupeur; et le plus souvent il s'est manifesté, ou en même temps que le premier frisson, ou peu de temps après. Il était fréquemment précédé d'étourdissemens, et consistait plutôt en un sentiment de pesanteur et de serrement autour de la tête, et en une souffrance (*aching*) sus-orbitaire, qu'en une violente douleur. La céphalalgie ne fut réellement très forte que dans douze cas; elle persistait ordinairement pendant les huit ou dix premiers jours, et disparaissait au moment où la douleur abdominale commençait à se faire sentir; ou bien quand le délire ou la stupeur et l'indifférence, qui sont l'annonce du délire, com-

---

faire considérer comme un devoir pour les médecins de solliciter la démolition de l'Hôtel-Dieu, et, pour l'autorité, de souscrire à une si légitime demande. Un hôpital sans jardin ne peut jamais être un lieu convenable de traitement, et ne saurait être trop tôt abandonné, puisqu'il manque de l'un des plus puissans moyens d'action que nécessite sa destination. Pour que les maisons d'une population nombreuse ne soient pas insalubres, il faut que de grands espaces libres et découverts suppléent à ce qui manque d'air autour de chaque individu.

Il reste donc démontré, d'après tout ce qui précède, que depuis 1737 on a toujours demandé la démolition de l'Hôtel-Dieu; tout semble se réunir pour rendre inexplicable le défaut d'exécution de cette mesure ordonnée à plusieurs reprises, et qui parut, à deux fois différentes, commandée par les incendies. Il a fallu une bien opiniâtre opposition de la part de quelques hommes, pour triompher à la fois de l'opinion publique et des événemens qui semblèrent favoriser ses justes réclamations. Bien des millions ont été depuis lors employés à des modifications, à des constructions de détail gênées par un mauvais emplacement, à des réparations de toute espèce exigées sans cesse par les vieux bâtimens de cet hôpital. La même somme eût pu avancer beaucoup un nouvel établissement de toutes pièces, plus en rapport avec les besoins de l'époque et avec l'état de la science.

Voyons donc maintenant si l'Hôtel-Dieu, avec toutes ses améliorations, avec ses réformes sans nombre, est un asile convenable aujourd'hui pour guérir les malades. Non; malheureusement non! Animé par cet amour de la vérité et du bien qui a dirigé nos recherches, nous sommes forcé de déclarer qu'avec ces changemens on n'a pas remédié aux maux infinis que cause l'Hôtel-Dieu. Les bâtimens mal distribués de cette maison, l'espace trop resserré sur lequel ils sont élevés, leur position sur les bords de la Seine, qui se répand dans les caves pendant plusieurs mois de l'année, l'absence de jardins, de promenoirs, les salles basses mal éclairées et accouplées, etc., etc., y mettent des obstacles insurmontables. D'ailleurs, les médecins et les chirurgiens de l'Hôtel-Dieu, tout en demandant sa conservation, ne peuvent s'empêcher d'avouer que sa destruction est utile; « car, disent-ils dès la première page de leur mémoire, loin de prétendre blâmer le projet de démolition de l'Hôtel-Dieu, et de chercher à susciter des obstacles à son exécution, les soussignés *conviennent qu'elle pourra avoir quelque utilité.* » Où chercher des preuves plus fortes, quand ceux qui s'efforcent de le conserver avouent que sa démolition est nécessaire?

C'est donc à tort que l'on prétend aujourd'hui placer l'Hôtel-Dieu de Paris au rang des hôpitaux que l'on cite pour modèles; malgré *les arrangemens bien entendus que l'on a pris*, les grandes réformes que l'on a faites depuis trente ans, il est encore, et il sera toujours, si on le conserve, un objet de récriminations. Toutes les fois qu'un édifice n'aura pas été commencé sur un plan régulier, il offrira toujours des incohérences que l'art et le temps ne pourront faire disparaître. C'est, en effet, ce qui a lieu pour l'Hôtel-Dieu : dans le temps que cette maison était la seule où l'on reçut les indigens malades, sa conservation était naturelle, indiquée; mais depuis que de nombreux hôpitaux plus salubres, plus en rapport avec les besoins du jour, se sont élevés dans différens points de la capitale, et s'élèvent encore à l'heure qu'il est (1), on a dû

(1) On fait agrandir dans ce moment Beaujon et l'hôpital Necker.

mençaient à se manifester. L'anxiété que présentait alors la physionomie du malade faisait place à un aspect stupide. Toutes les sensations, qui auparavant étaient si péniblement exagérées, paraissaient alors émoussées. Quelques malades disaient que tous les objets leur paraissaient comme enveloppés d'une espèce de gaze; beaucoup étaient sourds, et un plus grand nombre ne faisaient aucune attention à une question la première fois qu'elle leur était adressée, et attendaient qu'elle leur fût répétée; alors, après avoir attendu pendant une minute, ils faisaient à la hâte une réponse laconique, comme s'ils eussent été fatigués par la question du médecin. Ils ne manifestaient aucun désir, mais paraissaient mécontens quand la garde-malade les soulevait pour leur administrer leurs médicamens ou leurs alimens. Ils oubliaient souvent les besoins de la nature et lâchaient sous eux l'urine et les matières fécales. Je n'ai vu que deux fois cet état se changer en coma complet. Le plus souvent, les nuits, qui auparavant étaient troublées par des rêves, se passaient alors dans le délire et l'agitation, le malade parlant continuellement. Le délire disparaissait au commencement du jour et le malade restait tranquille ou faisait entendre quelques gémissemens profonds; ses lèvres étaient agitées, comme les autres muscles de la face, et il y avait fréquemment des soubresauts dans les tendons de l'avant-bras. Cependant le délire finissait par persister, même pendant le jour; les malades devenaient furieux et on était obligé de les attacher, au moins pendant la nuit; le plus souvent, ils restaient dans un délire continu, marmotant entre leurs dents quelques mots qui avaient rapport aux époques antérieures de leur existence, et rarement ils parlaient de leur maladie ou se plaignaient de leurs souffrances. Ordinairement on obtenait encore d'eux une réponse en leur répétant plusieurs fois la question.

Il y a eu plus ou moins de délire dans trente-trois cas, y compris tous ceux qui se sont terminés par la mort. Dans vingt, le délire ne se manifestait que pendant la nuit; mais dans treize (dont huit mortels), il persistait pendant le jour. Dans ces cas, il augmentait de violence vers le soir, et, si le malade n'était pas attaché, il se levait et courait dans la salle. La durée du délire se prolongeait depuis le milieu ou la fin de la seconde semaine, pendant environ huit jours. Dans aucun cas il ne dura pendant plus de dix jours, tandis que dans six le malade ne l'a eu que pendant une seule nuit. Le degré d'intensité du délire était l'un des points les plus importans à connaître pour le pronostic. Malgré les symptômes les plus alarmans, la prostration la plus prononcée et la faiblesse du pouls, il restait toujours quelque espoir de succès, tant que le délire n'était pas furieux, ou disparaissait pendant le jour, et surtout quand le malade reposait une ou deux heures sur 24, car ce court sommeil était constamment suivi d'un amendement manifeste.

L'action spasmodique des muscles était fréquente; sous la forme la plus légère, c'est-à-dire le tremblotement de la langue, on l'a observée dans tous les cas de quelque gravité; il en a été de même des mouvemens convulsifs des mains et de la face, qu'ont présentés quelques sujets chez lesquels l'intelligence n'avait point été troublée.

La prostration était l'un des premiers caractères et des plus tranchés de la maladie. Bien que la plupart des sujets arrivassent à l'hôpital avant le dixième jour de leur maladie, il fallait constamment les porter dans les salles et les y déshabiller. Il était pénible de voir pendant l'hiver dernier des jeunes hommes taillés comme des Hercules portés dans les salles par leurs camarades, déshabillés par le gardien; et une fois mis au lit incapables de faire le moindre mouvement dans le lit. Dans vingt cas, les évacuations furent involontaires, ce qu'on doit attribuer en partie à l'extrême prostration des forces, mais aussi et plus encore à l'état où se trouvait le cerveau et à la stupeur.

Dans beaucoup de cas, les malades se plaignirent de bruits ou de tintement dans les oreilles, sensation désagréable qui persista quelquefois longtemps après la convalescence. La surdité était assez fréquente et pouvait peut-être être plutôt regardée comme un pronostic favorable que comme un symptôme fâcheux.

Chez deux convalescens il survint de violentes douleurs dans l'oreille qui disparurent par l'ouverture d'un abcès dans le conduit auditif externe.

La vue fut aussi fréquemment troublée que l'ouïe; les malades distinguaient mal les objets qui leur paraissaient converts d'un voile. Les pupilles restaient souvent contractées pendant plusieurs jours et insensibles aux divers degrés de lumière.

SYMPTÔME DÉPENDANT DU TROUBLE DES FONCTIONS DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE.

Les organes de la respiration ont offert quelque altération dans vingt-un cas; et, dans dix-neuf seulement, il y eut de la toux, qui n'offrit dans aucun cas un caractère grave; elle apparaissait à la fin de la première ou au commencement de la seconde semaine; elle était accompagnée d'une expectoration muqueuse peu abondante et qui n'offrit dans aucun cas la couleur rouillée et la viscosité des crachats de la pneumonie. A l'auscultation on trouvait le bruit respiratoire avec un fort ronchus qui se changeait lorsque la maladie prenait une marche favorable en une crépitation à grosses bulles. Chez dix malades, dont quatre sont morts, on entendit une crépitation qui apparut à une époque postérieure à celle où on entendait le ronchus précédent et qui aurait été probablement trouvé dans un plus grand nombre de cas, s'il avait été possible d'ausculter la partie postérieure de la poitrine dans le dernier instant chez tous ceux qui sont morts.

Cette crépitation, même lorsqu'elle était le plus fine, différait de celle de la pneumonie; elle ne ressemblait pas au craquement que produit le sel jeté dans le feu, mais paraissait produite par le passage de l'air à travers un fluide clair et non visqueux. On commençait constamment à l'entendre à la partie postérieure et inférieure des poumons, et, dans quelques cas seulement, elle s'étendait à toute la poitrine. Les malades se plaignaient rarement de douleurs dans le point correspondant à cette crépitation; bien que quand elle était très étendue, la couleur foncée de la peau, la lividité de la face, la respiration laborieuse et la faiblesse du pouls indiquassent suffisamment son existence. Dans quelques cas, elle s'étendait avec une grande rapidité; dans d'autres elle disparaissait en très peu de temps; mais dans aucun de ceux qui se sont terminés d'une manière heureuse, elle n'a laissé de matité permanente.

SYMPTÔMES QUI DÉPENDENT DU TROUBLE DE LA CIRCULATION.

Je n'ai point eu l'occasion d'observer la maladie à son début; mais quand les malades se présentaient à l'hôpital, ordinairement vers le dixième jour, le pouls donnait 100, n'était que faible, quelquefois vif, long ou

---

songer à faire disparaître un hôpital remarquable par son insalubrité; mais, malheureusement, l'habitude a résisté aux sentimens du besoin, et l'Hôtel-Dieu est resté avec ses vices essentiels, qu'on s'efforce de cacher, et auxquels il est impossible de remédier.

De toutes les raisons avouées par Tenon pour démontrer la nécessité de démolir l'Hôtel-Dieu, quelques-unes, il est vrai, n'existent plus aujourd'hui; mais le plus grand nombre, et surtout les plus importantes sont toujours là; on a beau faire débâtir, reconstruire, changer le matériel, diminuer le nombre des malades, leur procurer plus de douceurs, classer les malades selon leurs maladies, refaire les lieux d'aisance, apporter en un mot des améliorations de toute espèce, l'Hôtel-Dieu n'en est pas moins resté dans un espace circonscrit, sur une superficie de trois arpens et demi environ, avec des malades rassemblés dans un corps de bâtimens de quatre et cinq étages, où les salles sont restées accouplées; où le jour n'entre que d'un côté, et où, par un malheur inconcevable, ces salles sont les plus basses de toutes celles de l'Hôtel-Dieu, et de toutes les salles des hôpitaux de Paris.

Quand on entre à l'Hôtel-Dieu, un des premiers objets qui frappe, c'est l'entassement des salles les unes sur les autres. Dans le bâtiment du midi, qui est le plus important, puisqu'il forme presque tout seul la maison des malades, dans un emplacement d'environ huit cents toises de superficie, on y met plus des trois quarts des malades de l'Hôtel-Dieu, au rez-de-chaussée, au premier, au deuxième, au troisième, au quatrième étages, de manière qu'ils sont dans quatre ou cinq salles situées les unes sur les autres. Cette disposition des salles doit amener de graves inconvéniens, puisque suivant la remarque de Hunter et de beaucoup de médecins, deux salles existant l'une au-dessus de l'autre, ayant mêmes dimensions et dispositions, toutes circonstances semblables, même nombre de malades, la mortalité est constamment plus forte dans la salle supérieure, à plus forte raison à un troisième ou quatrième étages. Pour surcroît de malheur, les dangers sont augmentés dans cette partie méridionale de l'Hôtel-Dieu, par la manière d'être des escaliers, qui sont comme autant de tuyaux qui prennent dans les salles inférieures les vapeurs corrompues et malfaisantes, et les conduisent dans les salles des étages supérieurs. C'est le côté le plus infect de l'hôpital; là est le dépôt général des morts; ici les amphithéâtres pour les autopsies et l'étude de l'anatomie pathologique; au-dessous, dans les souterrains, espèce de réservoirs que la Seine remplit deux ou trois fois l'année, sont les magasins, les chantiers au bois, etc. Toutes ces pièces sont sous les salles, deux fois déjà elles ont été cause de l'incendie de cette maison. Tout ce que je viens de dire ne s'imagine pas; mais tout cela est, et ce n'est pas tout.

Je viens de dire que les caves de l'Hôtel-Dieu n'étaient pas à l'abri des grosses eaux de la Seine; en effet, par sa situation sur les rives de ce fleuve, ou, pour parler plus exactement, dans ce fleuve, ses bâtimens sont constamment dans l'eau. Cette circonstance seule devrait faire perdre tout espoir de conservation; car elle engendre bien des maladies, et fait périr bien des malades.

C'est une chose digne de remarque, cependant, et qui jusqu'à présent n'a été signalée par personne, que l'inondation des caves de l'Hôtel-Dieu! A la suite de ces débordemens, les eaux séjournent deux ou trois mois plus ou moins sous les salles; alors, pendant tout le temps qu'elles mettent à s'écouler, à s'évaporer, on voit apparaître chez les malades un grand nombre d'accidens, tels que

compressible; plus tard il devenait intermittent et irrégulier, puis il s'élevait à 126, quelquefois à 130 et 140; dans trois ou quatre cas, il s'éleva jusqu'à 160 par minute pendant un jour ou deux. Il se modifiait ensuite à mesure que la prostration augmentait; mais il prenait rarement ce caractère filiforme qu'il présente dans la plupart des cas où les forces sont épuisées; il conservait encore une certaine largeur quoique très compressible, et souvent il était très difficile de le compter; ce qui paraissait dépendre de l'imparfaite contraction de l'artère; on eût dit que le sang ne la remplissait qu'incomplètement et qu'il n'y était poussé que par un mouvement irrégulier d'ondulation. Dans les cas moins graves cependant on n'observait pas cet état du pouls, et dans sept surtout les troubles de la circulation ont été si si peu prononcés que le pouls ne s'éleva pas dans le cours de la maladie au-delà de 90 par minute.

SYMPTÔMES FOURNIS PAR LA SURFACE CUTANÉE.

Quarante-deux cas sur soixante m'ont offert l'éruption semblable à celle de la rougeole, que plusieurs auteurs ont décrite; c'est du quatrième au huitième jour qu'elle s'est constamment montrée. Des dix-huit cas où je ne l'ai pas trouvée, cinq seulement sont entrés avant le huitième jour, en sorte qu'il est probable que chez plusieurs d'entre eux elle avait apparu avant leur admission. C'est sur la poitrine, la partie supérieure de l'abdomen et le dos qu'elle était le plus abondante. Les taches offraient quelquefois une légère élévation; elles disparaissaient sous la pression et reparaissait ensuite du centre à la circonférence. Elles commençaient à pâlir trois ou quatre jours après leur apparition; mais quelquefois il en restait encore des traces au bout de quinze jours. Leur apparition n'amenait aucun changement dans les symptômes; et leur abandon ou leur rareté n'avait aucun rapport avec la gravité de la maladie. Elles variaient beaucoup d'un jour à l'autre et même dans la même journée, on les voyait quelquefois disparaître presque complètement, et reparaître ensuite sans cause appréciable. Dans cinq cas, elles étaient entremêlées de pétéchies, complication qui n'était pas d'un pronostic défavorable, et même qui était beaucoup moins à redouter que la teinte foncée et livide de l'éruption, et même de la peau que l'on observait autrefois. Je n'ai pu constater si les taches exanthématiques se transformaient en pétéchies, comme on dit l'avoir observé ailleurs, bien que dans quelques cas cette transformation m'ait paru probable.

Tels sont les symptômes qu'a offerts cette maladie. Il est cependant quelques points sur lesquels nous allons revenir. Ainsi bien que l'invasion semblât dater du premier frisson qu'avait éprouvé le malade, cependant en l'interrogeant avec soin, on apprenait qu'il avait été indisposé, sans appétit, courbaturé, etc., quelques jours auparavant.

J'ai vainement cherché des exemples de crises; les accidens augmentaient graduellement et diminuaient de même; et, pendant le cours de la maladie, il ne survenait aucun phénomène qui permît d'en prévoir le mode de terminaison. Le seul symptôme qui eût quelque valeur pour indiquer l'amendement du malade, c'était un sommeil paisible. Le sommeil était toujours d'un augure favorable; et au commencement de la convalescence, les malades dormaient presque continuellement. Dans un cas, le sommeil parût exercer une influence critique; il avait duré, sans interruption, pendant quarante-huit heures. Avant ce sommeil, il y avait un délire calme, les mains étaient tremblantes, le pouls était à 120 et très faible, et la langue sèche et chargée; après le sommeil, les idées du malade furent nettes, les mains tranquilles; le pouls plus fort était tombé à 105; la langue était humide, et ensuite le malade alla de mieux en mieux. Dans un cas aussi, les selles sanguinolentes parurent critiques.

La mort arrivait presque également à toutes les époques de la maladie, pendant les trois premières semaines; quatre seulement ont succombé de ceux qui avaient passé le vingt-unième jour.

Je n'ai que peu d'observations à présenter sur la convalescence, trois fois la parotide et la glande sous-maxillaire se sont enflammées pendant sa durée; dans un de ces cas, l'application de sangsues fut suivie d'un érysipèle qui enleva le malade le quarante-huitième jour.

Sur soixante cas, quatorze se terminèrent par la mort, ou un sur quatre, deux septièmes. Mortalité effrayante, et qui le serait encore, lors même que nous en retrancherions deux cas où les malades succombèrent peu de temps après leur admission; un autre qui avait souffert auparavant de la faim et de la misère; et un quatrième, qui n'entra qu'après trois semaines de maladie.

Il y avait 38 hommes et 22 femmes, et il en mourut 7 de chaque sexe. Je cherche en vain la cause de la plus grande mortalité chez les femmes; la seule qui s'est présentée à mon esprit, c'est que la sœur de la salle des hommes était active et se donnait beaucoup de tourmens pour s'assurer si les infirmiers faisaient bien leur devoir; tandis que celle qui était chargée de la salle des femmes était indolente et inactive.

Le tableau suivant nous fera connaître l'âge des malades et le nombre des morts aux différentes périodes de la vie :

	Admis.	Morts.	Guéris.
Au-dessous de 20 ans	9	3	6
De 20 à 25	16	2	14
De 25 à 30	17	3	14
De 30 à 35	4	0	4
De 35 à 40	5	1	4
De 40 à 45	1	0	1
De 45 à 50	3	2	1
De 50 à 55	4	3	1
De 55 à 60	1	0	1

Je n'ai point encore parlé de la nature contagieuse de la fièvre; et cependant c'était là un de ses caractères les plus formidables et les mieux dessinés. Depuis l'été dernier, onze jeunes gens qui suivaient l'hôpital ont été pris de la fièvre, et trois d'entre eux en ont succombé. Seize infirmiers et vingt-un malades admis pour d'autres affections en ont été également attaqués, et dix en sont morts; et bien certainement je n'ai pas eu connaissance de tous les cas semblables qui ont eu lieu à l'hôpital. Sur les 60 observations que j'ai recueillies, dans 17 cas les sujets, ou avaient donné des soins à des malades atteints de la même maladie, ou demeuraient dans les mêmes maisons. Sur ces 17, 9 étaient des malades admis à l'hôpital pour d'autres affections, et qui y contractèrent la fièvre. Ce fut pendant l'époque du froid le plus rigoureux de l'hiver dernier que la maladie commença à se répandre dans l'hôpital. La grande difficulté que l'on éprouvait à tenir les salles à une température assez élevée faisait que l'on en tenait les fenêtres fermées, et que les malades restaient ainsi pendant des heures entières dans une atmosphère imprégnée des exhalaisons des ma-

---

des érysipèles, des phlébites, des péritonites chez les accouchées, etc. Presque tous les opérés succombent; en hiver, la Seine est une source continuelle d'humidité et de vapeurs épaisses, qui pénètrent dans l'intérieur des bâtimens. En été, des gaz septiques se dégagent continuellement de ses eaux, dont le cours est ralenti, et le fond rendu vaseux par tous les égouts situés au-dessus. Quelque amélioration qu'on apporte dans les constructions, on ne pourra jamais changer cette fâcheuse et terrible influence de la rivière. Ces inconvéniens réunis font souvent de cet asile celui de la désolation, où le chirurgien n'a pour résultat que le fruit amer du dégoût. D'après un travail que nous avons fait sur les constitutions atmosphériques de l'Hôtel Dieu, nous avons vu que les mois pendant lesquels les érysipèles sont épidémiques, et les accidens à la suite des opérations plus fréquens, sont les mois de mars et avril; viennent ensuite ceux de septembre octobre, août et novembre. Pendant les saisons chaudes et sèches, les opérations y réussissent beaucoup mieux; ainsi, il existe une coïncidence remarquable avec l'apparition des érysipèles et l'inondation des souterrains de l'Hôtel-Dieu. Les malheureux qui y viennent à ces époques ne peuvent souvent se soustraire à l'influence de ces constitutions érysipélateuses.

Un autre vice essentiel de cette maison, c'est l'absence de cours, de promenoirs, lieux indispensables dans un hôpital. Entre les bâtimens du nord et ceux du midi, on a jeté le pont Saint-Charles qui sert à la fois au service des bâtimens situés sur la rue de la Bûcherie, de passage au public, de cours, de promenoirs; ce promenoir est le seul de l'Hôtel-Dieu; il est réservé aux hommes, mais à chaque minute il sert de passage aux femmes lorsqu'elles descendent des salles pour aller dans un petit jardin situé sur le parvis Notre-Dame; là, elles peuvent communiquer avec les gens du dehors, elles peuvent causer avec elles et même en recevoir des alimens. La disposition des salles est telle qu'à presque tous les instans de la journée les individus des deux sexes sont confondus, soit dans les escaliers de la maison soit sur le pont Saint-Charles. Cet état de choses nous paraît peu convenable dans un hôpital et donne lieu quelquefois à de graves désagrémens. D'un autre côté, dit avec beaucoup de vérité un auteur qui s'est beaucoup occupé de cette question, il est pénible de voir, malgré toutes les réclamations faites à cet égard, les convalescens rester confondus au milieu des autres malades ne s'y rétablir que beaucoup plus lentement qu'ils le feraient ailleurs, souvent retomber, ou sortir avant d'être guéris pour échapper aux dangers d'une rechute et aux longueurs d'un rétablissement qui ne se fait pas. La présence des convalescens à l'Hôtel-Dieu, où ils n'ont ni cours ni jardin, et pour tout lieu d'exercice les escaliers de la maison et la moitié d'un pont humide, est une véritable barbarie : outre ce qu'elle a d'inhumain, cette habitude qui prolonge les journées d'hôpitaux par la lenteur des rétablissemens est très préjudiciable à l'administration. Il importe qu'une bonne disposition des lieux permette de ne renvoyer les convalescens ni trop tôt ni trop tard, si une maison spéciale leur était ouverte, différens genres d'exercice; quelques travaux même dans des ateliers de diverse nature, contribueraient au retour de leurs forces et à leur parfait rétablissement. Leur situation actuelle à leur sortie de l'hôpital est misérable, parce qu'ils sont la plupart du temps sans force, qu'ils ont souvent une famille à nourrir, quelquefois une longue route à faire pour regagner leur pays. Cette mesure proposée par Tenon leur permettrait un séjour suffisant, puisqu'elle tournerait par la besogne des travailleurs au profit de la maison qu'ils ne quitteraient que lorsqu'ils auraient trouvé de l'ouvrage. Ce lieu serait plus accessible que ne le sont les hôpitaux aux

lades atteints de la fièvre. On fut même obligé de fermer une des salles de femmes où la maladie se propageait d'un lit à un antre. Le froid paraissait exercer une influence défavorable sur les malades; car la maladie prenait un caractère de plus en plus grave, à mesure que le thermomètre s'abaissait; tandis qu'elle perdit de son intensité au retour du printemps, et que les cas funestes furent moins nombreux. Comme mes observations ont été faites sur un point assez circonscrit, il reste à savoir si on a fait ailleurs les mêmes remarques.

TRAITEMENT.

Je ne dirai que peu de chose sur le traitement adopté dans cette affection et sur la possibilité d'en arrêter le développement, car je suis convaincu que, pour juger l'influence d'une médication, il faut une longue expérience, un esprit observateur et entièrement libre de toute espèce de préjugés scientifiques, et enfin un jugement d'une grande rectitude. Je ne veux donc pas donner aux remarques suivantes plus d'importance qu'elles n'en méritent réellement.

Deux indications principales se présentaient dans le traitement de la fièvre : la première, c'était de soutenir les forces des malades; la seconde, de combattre les affections locales qui pouvaient survenir. Il était rare qu'on vit les malades à une époque assez peu avancée pour qu'il y eût quelque chance d'arrêter la marche de la maladie. Dans le petit nombre de cas où l'on observa la fièvre dès son début, on eut généralement recours aux émétiques; et bien qu'à la suite de leur action la céphalalgie et les nausées eussent beaucoup diminué, cependant je n'ai pas vu un seul cas où la maladie ait été complètement arrêtée quand une fois le frisson avait eu lieu. Quatre malades avaient été saignés largement du bras avant leur admission; ils furent tous gravement affectés, et l'un d'eux fut enlevé, le quarante-deuxième jour, par un érysipèle de la face. Comme le caractère de la maladie semblait défendre la saignée, on ne l'employa pas dans le but de couper la maladie, et on n'y eut recours qu'accidentellement.

Aussitôt après son admission, le malade était mis dans un bain chaud, qui paraissait lui être agréable, mais qui m'a semblé n'exercer aucune influence favorable, au moins sur le cours de la fièvre. S'il n'était point trop affaibli, et que son état ne réclamât aucune médication spéciale, on le mettait ordinairement à la diète au bouillon, et on lui donnait, toutes les huit heures, deux grains et demi de mercure avec la chaux, et le lendemain une dose d'huile de ricin, s'il n'avait point eu d'évacuation auparavant.

Dans 28 cas, on a eu recours aux saignées locales pour combattre des accidens purement locaux, la céphalalgie, la douleur abdominale, l'inflammation de la parotide, etc.

On donna du vin dans trente-cinq cas, qui comprennent ceux terminés par la mort. La dose était ordinairement de dix onces en vingt-quatre heures; mais elle fut quelquefois bien plus forte. Un malade, qui a fini par guérir, prit tous les jours douze onces de vin, huit onces d'eau de vie et, en outre, une grande quantité de sagou, et de fort bouillon en vingt-quatre heures. Chez les malades qui étaient débilités, l'huile de ricin à petites doses était le seul médicament qu'on leur donnait, pendant qu'on soutenait leurs forces par l'usage libéral du vin. On a quelquefois réussi par de petites doses d'opium, données le soir, à diminuer les soubresauts des tendons et à procurer du sommeil; mais on l'employait peu, et je n'ai point vu d'effets bien décidés de son emploi.

Tel est sommairement le traitement que l'on a opposé dans les cas que j'ai observés à cette formidable maladie. J'aurais encore à examiner plusieurs points intéressans, dont je n'ai pas encore parlé, par exemple, ce qui est relatif à son origine, à son mode de propagation et à son identité avec les épidémies antérieures de fièvre; mais mon expérience est trop limitée pour que je hasarde une opinion sur ces questions. Je ne puis mieux résumer ce qui ressort pour moi de mes propres observations qu'en disant, avec l'immortel Hufeland « que chaque nouvelle maladie épidémique est un nouvel individu, et doit, comme celle dont je viens de parler, être étudiée dans toutes ses particularités, mais qu'il n'est permis de tirer de celles qui ont précédé aucune conclusion qui soit directement applicable aux autres.

CHIRURGIE PRATIQUE.

QUELQUES REMARQUES SUR LE PANSEMENT DES PLAIES ET DES ULCÈRES A L'HÔPITAL DE L'UNIVERSITÉ DE LONDRES (1); communiquées par M. le docteur Thomas Morton.

L'hôpital de l'université de Londres existe depuis cinq ans. Tous les autres hôpitaux de cette ville sont gouvernés par une commission composée de membres choisis parmi ceux dont les contributions volontaires subviennent aux dépenses de l'établissement. Il n'en est pas de même de l'hôpital dont nous parlons, la direction de tout ce qui a rapport étant abandonnée entièrement au conseil général de l'Université, aidé d'une commission des professeurs de la faculté de médecine. Les nominations aux places vacantes dans cet hôpital ne dépendent pas, comme dans les autres institutions de ce genre à Londres, des liens plus ou moins intimes qui existent entre le candidat, et les gouverneurs (2) (governors); elles sont au contraire ouvertes à la candidature de tous ceux qui veulent faire valoir les droits qu'ils croient posséder, lesquels droits sont soumis au conseil de l'Université, auquel est confié le choix définitif du candidat. De ce mode d'élection il doit naturellement s'en suivre une grande activité, tant dans le service chirurgical que dans le médical, et que les méthodes nouvelles de traitement qui paraissent offrir plus d'avantages que celles qu'on emploie ordinairement sont accueillies avec plus d'empressement que partout ailleurs.

(1) Les chirurgiens et médecins de cet établissement sont : M. Samuel Cooper, M. Liston, M. Quain, docteur Elliotson, docteur A.-F. Thomson, docteur Carswell.

(2) En effet, dans tous les autres hôpitaux, toute personne qui contribue pour une certaine somme, soit annuellement, soit en une fois, à l'entretien de l'établissement, devient gouverneur, et, comme tel, a le droit de voter dans l'élection des fonctionnaires.

visites des familles, et un certain nombre d'heures serait même accordé chaque jour aux convalescens pour s'assurer de l'occupation au dehors.

Il est essentiel dans un hôpital de suivre avec attention la convalescence afin qu'elle ne dure que ce qu'elle doit durer. Nulle précaution à l'Hôtel-Dieu pour cet important objet, point d'infirmerie pour les convalescens : ils sont confondus avec les malades; point de promenoirs ni d'été ni d'hiver, où ils puissent recouvrer leurs forces en y prenant de l'exercice; point de vêtemens convenables qui garantissent des impressions du froid auxquelles ils sont exposés sur le pont Saint-Charles qui est froid, humide et refroidi par les courans d'air.

Depuis la publication des mémoires de Tenon, les améliorations n'ont cependant pas manqué; on a fait de nombreux changemens dans les salles; elles ont été séparées par des vestibules, on a ouvert des croisées, la lumière y pénètre mieux, la plupart offrent l'aspect de la plus grande propreté, les lits se sont éloignés les uns des autres, il y a moins d'encombrement; en un mot, les administrateurs ont fait les plus louables efforts pour assainir cet établissement; eh bien! la mortalité a-t-elle diminué beaucoup de cet immense perfectionnement? En est-il résulté une modification notable dans la proportion des guérisons? S'il ne fallait compter que sur du talent pour assurer le succès des opérations, dans quel hôpital aurait-on pu s'en promettre davantage qu'à l'Hôtel-Dieu? Combien cependant d'opérations y ont échoué qui auraient réussi ailleurs? Qui ne se rappelle toutes les précautions inutiles que prit Dupuytren pour assurer le succès de ses opérations? Il essaya (si je puis parler ainsi) la salubrité de presque toutes les salles de l'Hôtel-Dieu; mais bientôt il reconnut qu'elles étaient toutes aussi dangereuses les unes que les autres pour les opérés. Dionis avait raison, quand le siècle dernier il demandait qu'on démolit l'Hôtel-Dieu. Un siècle de plus et des pertes sans nombre ont prouvé combien on a eu tort de s'y refuser. Les talens quelque reconnus qu'ils soient ne triomphent point de la malignité de l'air des salles, non plus que des inconvéniens qui résultent du resserrement des hôpitaux et de leur mauvaise position : une longue et triste expérience ne l'a que trop appris.

Croit-on, d'ailleurs, que la mortalité a diminué de beaucoup depuis les réformes qu'on a faites à l'Hôtel-Dieu? Il est facile de prouver le contraire. A l'époque où écrivait Tenon, de 1780 à 1786, la mortalité était d'un malade sur quatre et demi; de 1830 à 1838, elle a été pour tous les malades entrés à l'Hôtel-Dieu de un sur sept et demi environ. Ainsi, pour 1830, elle a été de :

		1	sur	6 1/3
	1831	1		7 9/10
	1832	1		5
	1833	1		9 3/10
	1834	1		10 1/10
	1835	1		9 4/10
	1836	1		9 1/10
	1837	1		8 2/10
Les six premiers mois de	1838	1		8 4/10

En chirurgie, sans y comprendre les morts-nés et les femmes mortes en couches, elle a été :

Ce qui frappe d'abord l'étranger qui suit la clinique chirurgicale de cet hôpital, c'est la méthode adoptée pour le pansement des ulcères, des plaies et des blessures tant anciennes que récentes, soit qu'elles existent à la suite de violences accidentelles, de lésions pathologiques ou d'opérations chirurgicales. C'est en vain qu'il cherche des yeux ces onguens, ces cataplasmes qu'il a toujours vu employer pour les pansemens dans les hôpitaux qu'il a fréquentés, même dans ceux de Londres où leur usage est encore universel. On ne s'en sert dans aucun cas; toutes les applications sont fluides; aussi a-t-on donné à ce genre de pansemens le nom de pansemens à l'eau (water-dressing).

La manière d'employer ce traitement diffère selon la nature de la lésion; nous tâcherons de faire connaître, en peu de mots, les principes qui doivent guider le chirurgien.

Dans les ulcères simples dont la cicatrisation est déjà commencée, on se sert d'un morceau épais de charpie anglaise (lint), de même grandeur que la lésion, trempée dans une solution légèrement astringente, comme, par exemple, de quatre grains de sulfate de zinc dans une once d'eau pure. La charpie, ainsi imbibée, est placée sur la plaie, et recouverte par un morceau de toile cirée pour prévenir l'évaporation trop rapide du liquide; la solution de continuité est ainsi maintenue dans un état constant de fraîcheur. De temps en temps, le plus souvent toutes les trois ou quatre heures, on trempe la charpie dans la solution, pour entretenir l'humidité, et si la suppuration est très abondante ou de mauvaise nature, on la renouvelle chaque fois. Ce système paraît très propre à diminuer et même à empêcher entièrement ces accumulations de pus souvent corrompu, que nous voyons fréquemment lorsque la plaie a été pansée d'après les procédés ordinaires; c'est-à-dire avec des compresses, des bandages, etc. Ce système a aussi l'avantage d'entretenir le malade dans un état de propreté qui contribue puissamment à son bien-être, et le délivre entièrement de ces odeurs fétides qui se répandent autour de son lit et infectent l'air du lieu où il se trouve. Quand le pansement n'est renouvelé qu'au bout de douze ou vingt-quatre heures, on évite encore les conséquences fâcheuses qui suivent quelquefois l'emploi des onguens que le temps a rendus rances.

Si le chirurgien pense qu'il soit nécessaire de stimuler la plaie, on augmente la proportion du sulfate de zinc, ou on change la solution contre celle d'une autre substance : telle que le nitrate d'argent, le sulfate de cuivre, le sulfate de fer, l'acide nitrique, etc. Quelquefois on touche l'ulcération avec des solutions beaucoup plus concentrées de ces sels. D'un autre côté, quand la plaie paraît plus enflammée que de coutume, on affaiblit la solution en augmentant la proportion d'eau; dans quelques cas même, on se sert d'eau pure seulement, jusqu'à ce que l'irritation ait diminué, et alors on recommence le traitement que l'on suivait auparavant. Dans ces ulcérations irritables ou douloureuses, dans lesquelles l'inflammation est très vive, on n'emploie que de l'eau tiède, ou une solution de quelque narcotique, tel que l'opium ou la belladone.

Lorsqu'on a des plaies lacérées ou contuses à traiter, et qu'il y a lieu de craindre une inflammation violente et la destruction des parties lésées, le système que l'on suit est également simple et efficace. On lave la plaie avec soin pour en détacher le sable ou autres corps étrangers qui pourraient y adhérer. S'il y a la moindre probabilité qu'on obtiendra la réunion par première intention d'une petite partie de la plaie, on rapproche les bords de la solution de continuité aussi exactement qu'il est possible de le faire, sans employer la force, et on les maintient ainsi rapprochés par des bandelettes de l'emplâtre d'ichthyocolle (1), laissant cependant entre ces bandelettes des espaces qui puissent permettre au pus de s'échapper, et aux escarres de se détacher facilement. Sur la plaie, ainsi que sur les bandelettes, on place un morceau épais de charpie que l'on imbibe d'eau fraîche et tiède, et puis, par dessus la charpie, comme dans le cas précédent, un morceau de toile cirée assez grand pour tout couvrir. La charpie est aussi mouillée avec soin de temps en temps; et si la suppuration est assez abondante pour la pénétrer, on la change chaque fois. Quand l'inflammation qui suit la lésion est violente, et qu'elle est suivie d'un gonflement considérable, les bandelettes sont de suite coupées en travers, de manière à prévenir les conséquences fâcheuses de l'étranglement qui doit nécessairement s'en suivre. D'un autre côté, si le gonflement inflammatoire n'est pas très fort, on laisse les bandelettes en place, tant qu'elles adhèrent à la peau, tout en continuant le pansement à l'eau comme à l'ordinaire. En agissant ainsi, on obtient souvent la guérison de blessures très graves, en partie par première, en partie par seconde intention, et le succès du traitement est regardé comme étant d'autant plus grand, que ce premier résultat est obtenu dans une plus grande étendue de la lésion.

Il est à peine nécessaire d'ajouter qu'en même temps que l'on dirige avec soin le traitement local, on doit s'occuper de l'état général de l'individu; que les antiphlogistiques sont employés quand les symptômes inflammatoires sont trop prononcés: si la réaction semble plutôt nerveuse que franchement inflammatoire, on y ajoute les opiacés, jusqu'à ce qu'arrive la période de la séparation des escarres. Alors, il devient souvent nécessaire de donner au malade une nourriture abondante, nourriture qui se compose de viande, d'ale et de porter, et quelquefois de vin et d'eau-de-vie. On veille aussi avec le plus grand soin, pendant le cours du traitement, à ce que le canal alimentaire ne devienne pas le siège d'une accumulation de matières fécales. A l'aide de ce traitement local si simple, de cette extrême attention, donnée à la santé générale, on obtient les résultats les plus satisfaisans, et nul doute que plus d'une fois on a conservé des membres qui auraient été sacrifiés si on avait suivi la méthode ordinaire.

Lorsqu'un ulcère existe depuis longtemps, qu'il est d'une nature indolente, asthénique, on doit joindre au pansement à l'eau et aux solutions salines une compression méthodique. Souvent aussi on se trouve bien d'avoir recours à la méthode de Bayuton. Cette méthode consiste dans une compression uniforme du membre, de bas en haut, établie au moyen de bandages, après qu'on a rapproché les bords de l'ulcère par des bandelettes de diachylon.

Tel est le résumé de la manière dont se fait le pansement des solutions de continuité dans cet hôpital : les avantages de ce traitement sont si évidens qu'on ne peut guère les méconnaître. La plus grande propreté règne autour du malade. Les fluides fournis par la suppuration ne stagnent pas dans les appareils. On évite entièrement les odeurs fétides qui en émanent. La température des parties malades reste la même que celle du corps en général, et le chirurgien peut à tout moment examiner la plaie avec facilité sans causer aucune douleur au malade. En même temps, cet

(1) Cet emplâtre est fait avec de l'ichthyocolle dissoute dans de l'eau-de-vie et étendue sur de la toile cirée.

En 1830	......	1 sur	9 4/10
1831	......	Manque.	
1832	......	1 sur 12	
1833	......	1	18 4/10
1834	......	1	12 7/10
1835	......	1	17 8/10
1836	......	1	16 2/10
1837	......	1	12 9/10

Sans doute, il y a progrès sur le temps passé ; mais, comparé aux autres hôpitaux de Paris et de la province, l'Hôtel-Dieu fournit beaucoup moins de guérisons (1), quoique la médecine et la chirurgie y soient assurément aussi bien faites. C'est que la salubrité est la première condition de guérison, et que, sans un air libre et pur, le savoir le plus profond n'a qu'une puissance très bornée pour le traitement des maladies. Il faut bien que ce résultat soit influencé par de mauvaises dispositions locales, puisque, sous tous les autres rapports, les hôpitaux se ressemblent à peu de chose près. Ainsi donc, les moyens de multiplier les guérisons à l'Hôtel-Dieu, d'y diminuer la durée du séjour de chaque individu, d'en éloigner les chances d'un état plus grave, pour ceux qui viennent y chercher la santé, c'est de le remplacer par un autre mieux disposé et plus convenablement situé. On ne peut nier que l'Hôtel-Dieu est un de ces établissemens qu'un génie malfaisant habite pour tourmenter les malades et contrarier les efforts de ceux qui, par état, sont employés au soulagement de leurs maux. Lorsque nous réfléchissons à l'influence pernicieuse qu'y exercent certaines saisons, certaines conditions de la Seine, qu'elle soit débordée ou stagnante, nous sommes tentés d'admettre que l'influence fâcheuse de cette localité enlève autant de malades que la maladie elle-même. Ce sont des effets désastreux dont cet hôpital est souvent témoin, et qui sont connus de tous ceux qui l'ont fréquenté ; ils sont bien dignes de fixer l'attention des hommes qui veulent le bien être des malheureux.

L'intention du conseil municipal de la Seine était de démolir seulement une partie de l'Hôtel-Dieu, la portion située sur la rue de la Bûcherie. Ce projet nous paraît des plus raisonnable et entraîne après lui des inconvéniens peu sérieux ; il n'a d'autre désavantage que de diminuer momentanément le nombre des lits, ce qui restera de l'Hôtel-Dieu pouvant suffire aisément à tous les besoins pendant la réédification du nouvel Hôtel-Dieu. En effet, il y aura encore assez de lits dans les bâtimens qui resteront pour servir à tous les cas d'urgence et à l'enseignement clinique. Cette partie de l'Hôtel-Dieu est, d'ailleurs, toute disposée pour cela, puisque de ce côté sont les amphithéâtres et toutes les salles de clinique, à l'exception de celle du professeur de clinique médicale, qui serait obligé de reprendre les salles qu'il occupait il y a deux ans, et qui ont été remises à neuf. D'après ces dispositions, les choses iraient comme par le passé, les malades et la science n'y perdraient rien, et les services des médecins qui ne s'occupent pas d'enseignement, mais seulement du soin des malades, seraient

(1) Cette opinion n'est point hasardée, elle résulte d'un travail aussi long que pénible, que nous avons entrepris depuis plusieurs années, dans le but de savoir quels sont les hôpitaux de Paris où les opérés guérissent le mieux.

examen ne trouble en rien la cicatrisation, comme il arrive très souvent lorsqu'on est obligé d'enlever tout cet attirail compliqué de compresses, de bandages, etc., qu'emploie l'ancienne méthode.

Il faut encore ajouter qu'on ne se sert jamais d'éponge pour le pansement des plaies dans cet établissement, et cela parce qu'il serait impossible d'en fournir à chaque malade, ou d'empêcher qu'une éponge qui aurait servi dans le pansement d'une espèce de lésion ne fût employée dans celui d'une lésion toute différente. On les remplace par de l'étoupe très fine que l'on détruit aussitôt qu'elle a servi. Cette particularité dans le traitement est fondée sur l'opinion que l'érysipèle et la gangrène d'hôpital sont contagieux.

La méthode qui a été adoptée dans l'hôpital de l'université pour le pansement des plaies par incision; soit qu'elles surviennent à la suite d'accidens, soit qu'elles aient été produites par une opération, diffère, sous plusieurs rapports, de celle qui est suivie dans les autres hôpitaux de Londres.

Le principal but que l'on se propose est la réunion de la solution de continuité par première intention. On ne parvient pas toujours, il est vrai, à obtenir un tel résultat, mais même dans les cas d'insuccès il arrive très souvent que l'adhésion s'établit entre une grande proportion des surfaces de la plaie; de sorte que peu de jours après que la lésion a été opérée, la réunion est en partie accomplie.

Avant d'aller plus loin, je dois faire observer que toutes les amputations qui se pratiquent dans cet hôpital sont faites d'après la méthode à lambeaux, la méthode circulaire n'a pas été une seule fois employée depuis que l'établissement a été fondé.

Après une amputation, celle de la cuisse, par exemple, aussitôt qu'on a arrêté l'hémorragie par la ligature des artères, le malade est reporté dans son lit, et le moignon n'est pansé que lorsque tout écoulement de sang a cessé, et que la lymphe coagulable qui commence à s'épancher a recouvert d'une légère couche toute la surface de la plaie; ce qui arrive le plus souvent huit heures après l'opération. En attendant on applique sur la solution de continuité un morceau de linge plié en quatre et imbibé d'eau froide ou tiède selon la température extérieure ou les sensations du malade. Souvent au lieu de laisser les lambeaux séparés l'un de l'autre, le chirurgien les réunit au moyen d'un ou de deux points de suture, sans cependant abandonner l'usage du linge imbibé d'eau. L'interne de service est chargé de surveiller le malade, et il doit s'assurer de temps en temps qu'il ne se manifeste pas d'hémorragie. Si un écoulement sanguin survenait, il doit de suite l'arrêter, soit par la ligature, soit par la torsion, si l'artère est peu volumineuse.

Quand il n'y a plus le moindre épanchement de sang à la surface de la plaie, ce qui arrive ordinairement à l'époque qui a déjà été indiquée, on réunit avec exactitude les lambeaux, en ayant soin toutefois d'enlever le sang coagulé qui pourrait se trouver entre eux. Ces lambeaux sont ensuite maintenus, réunis au moyen de deux ou trois points de suture, placés à un ou deux pouces de distance l'un de l'autre, entre lesquels on applique des bandelettes d'emplâtre agglutinatif, de manière à soutenir également toutes les parties du moignon. Le léger intervalle qui se trouve entre les bandelettes suffit pour permettre au pus qui pourrait se former de s'échapper facilement. On n'emploie ni charpie ni bandage, de quelque espèce que ce soit; seulement, si l'inflammation devient un peu vive, on applique par-dessus la plaie des linges imbibés d'eau froide. Au bout de quarante-huit heures, ou même plus tôt, on enlève les points de suture.

Les bandelettes agglutinatives ne sont renouvellées qu'autant qu'elles se sont desserrées, soit par suite de la suppuration, soit par suite de leur séjour prolongé sur le moignon. Il arrive même très souvent que celles qu'on avait appliquées le premier jour ne sont enlevées que lorsque la guérison est complète. Ces bandelettes étant transparentes, le chirurgien est à même de voir l'état des parties sans déranger le pansement, et peut ainsi se conformer de suite à toutes les indications qui pourraient se présenter. Quand la suppuration s'établit, on coupe en travers une ou deux des bandelettes, pour permettre au pus de s'échapper plus facilement, et on essuie avec soin la surface de la plaie, ainsi que le taffetas sur lequel le moignon est placé, de manière à enlever le pus à mesure qu'il se forme. Si l'inflammation a été très violente, aussitôt qu'elle a cessé, on applique sur le moignon un bandage roulé, pour diminuer, par une compression méthodique, l'œdème des parties molles, et, en même temps, pour donner plus de symétrie au moignon.

Les avantages qui résultent de l'emploi de cette méthode de pansement pour les amputations et les plaies par incision sont nombreux. On évite beaucoup de douleur aux malades, qui, très souvent, voient venir avec effroi le moment du pansement. De plus, on les maintient dans un état de propreté qu'il est impossible d'obtenir si l'on suit l'ancienne méthode. Je dois encore faire observer que le chirurgien peut, à chaque moment, examiner l'état de la plaie, et cela sans ôter les objets du pansement, comme il est nécessairement obligé de le faire quand elle est cachée sous cette masse de charpie, de compresses, de bandages, etc., qui forme la base de tous les pansemens employés jusqu'ici. Ce traitement a encore l'avantage d'économiser le temps du chirurgien, et cette considération n'est pas sans importance dans un grand hôpital encombré de malades.

Lorsqu'une grande quantité de parties molles a été enlevée, soit à la suite d'une blessure, soit à la suite d'une opération, comme, par exemple après l'enlèvement de beaucoup de tumeurs, ou après celui de cancers du sein, les bords de la solution de continuité sont quelquefois trop écartés pour qu'on puisse les rapprocher exactement. Dans ce cas, on suit le même système qu'auparavant, seulement on ne les rapproche qu'autant que le permet une traction modérée exercée sur les tissus voisins, et quand les lambeaux sont devenus adhérens aux parties sous-jacentes, on traite le reste de la plaie par le *pansement à l'eau*

On ne peut s'empêcher de convenir que cette manière de traiter les ulcères et les plaies ne soit fondée sur les idées théoriques les plus saines, et ne s'accorde parfaitement avec les doctrines aujourd'hui universellement adoptées sur le renouvellement et la réunion des parties molles, quel que soit le genre de lésion qu'elles aient éprouvé. Ne devrions-nous pas l'adopter de préférence à un traitement qui, au lieu de mener à une guérison rapide, place une plaie dans les conditions les plus défavorables. En effet, ce traitement est tellement opposé aux simples procédés de la nature, qu'au lieu de produire la réunion par première intention, il ne produit dans un grand nombre de cas qu'une suppuration abondante et une convalescence longue et fatigante.

La phlébite, cet ennemi si terrible des opérations chirurgicales, est bien moins à craindre lorsqu'on a recours au traitement si simple que je viens d'exposer que lorsqu'on met en usage l'ancienne méthode de pansement. Pour le prouver il me suffit de dire que la phlébite ne sur-

---

supprimés et établis ailleurs, jusqu'à ce que le nouvel hôpital soit reconstruit.

Une dernière question qui n'est pas sans importance, est de savoir où l'on placera ce nouvel établissement; d'abord cet hôpital sera central, c'est de toute nécessité pour une ville comme Paris; mais devra-t-on le construire à l'extrémité *est* de l'île Notre-Dame, comme l'indiquent les médecins de l'Hôtel-Dieu, ou bien sur l'emplacement situé entre la rue de la Bûcherie et la rue Galande? C'est le dernier endroit que nous choisirions, et pour plusieurs raisons que voici : d'abord, parce que les hôpitaux possèdent de ce côté une grande partie du terrain et des maisons. On s'appuie, pour éloigner l'hôpital de ce lieu, sur ce qu'il est bas et humide; mais cet inconvénient n'en est pas un, puisqu'il est facile de le faire disparaître en exhaussant le terrain, ce qui le mettrait à l'abri des eaux qui descendent de la montagne Sainte-Geneviève. Ces eaux d'ailleurs sont englouties dans les égouts et portées dans la Seine par des aqueducs avant d'arriver jusqu'à cet endroit. En construisant l'Hôtel-Dieu sur cet emplacement, c'est-à-dire entre la rue du Petit-Pont et la place Maubert d'un côté, entre la rue de la Bûcherie et la rue Galande de l'autre, on aurait l'immense avantage d'assainir puis d'embellir cette partie de la ville, en faisant disparaître un quartier sale et dégoûtant. On pourrait d'ailleurs si l'espace n'était pas assez grand (car à tant faire que de bâtir un hôpital, il faut bâtir un hôpital modèle) s'étendre au-delà de la rue Galande, et en cela il n'y aurait pas grand mal, puisque d'un quartier humide et mal propre on en ferait un qui offrirait toutes les conditions opposées. Cet hôpital dans l'île de Notre-Dame nécessitera plus de dépenses à cause des maisons qu'il faudra acheter, et détruira un quartier beaucoup plus beau, mieux bâti et rendu plus salubre par toutes les belles rues qu'on vient d'y percer. On aurait d'ailleurs plusieurs monumens les uns sur les autres et presque dans le même endroit, l'Hôtel-de-Ville, la Cathédrale et l'Hôtel-Dieu.

Quant à la grandeur de cet hôpital, nous pensons qu'on pourrait y mettre moins de lits qu'à l'Hôtel-Dieu, six cents ou six cent cinquante lits suffiraient amplement à tous les besoins; on pourrait, quoique en diminuant le nombre des lits, ne pas diminuer le personnel médical. Cinquante lits suffisent largement à l'observation attentive du médecin. D'ailleurs, en arrivant à une pareille division pour tous les hôpitaux de Paris, on accroîtrait le nombre de ceux qui sont appelés à donner leurs soins aux malades, et l'on ne verrait plus un médecin visiter 75 ou 80 malades dans le court espace d'une demi-heure à trois quarts d'heure, comme cela se remarque tous les jours dans plusieurs services de médecine; les malades y gagneraient et la science aussi.

On voit, par tout ce que nous venons de dire, qu'en voulant forcer la nature pour conserver l'Hôtel-Dieu sur un terrain insuffisant, on a perdu de vue ce qui peut contribuer au bien-être, à la guérison, à la sûreté des malades. Que l'Hôtel-Dieu, par sa situation vicieuse, contrarie les secours de l'art et les vues bienfaisantes de la charité publique, et n'obtient pas le but que se propose la société.

Maintenant que cet hôpital, qui atteste la générosité de nos ancêtres, puisqu'il jouit de revenus considérables; qui annonce l'incapacité de ceux qui l'ont construit, puisqu'il renferme cette multitude de dispositions vicieuses, soit un objet de réprobation universelle, ce n'est que trop reconnu; mais qu'un pareil établissement fasse souffrir tant de malheureux qu'on peut soulager, cause la mort d'une multitude de pauvres qu'il est équitable et possible de conserver,

vient que très rarement après les opérations à l'hôpital de l'université.

N'est-il pas probable aussi que les ravages de l'érysipèle qui, dans les hôpitaux, trompe si souvent les espérances du chirurgien, seraient diminués si ce traitement était généralement adopté.

La méthode de pansement pour les plaies après amputation, que nous venons d'examiner, fut introduite dans l'hôpital de l'université par M. Liston, un des professeurs de clinique chirurgicale. M. Liston l'avait employé depuis longtemps avec succès à l'hôpital royal d'Edimbourg. M. Hey de Liede introduisit dans la pratique le *pansement à l'eau* pour les ulcères et les plaies. Sa méthode fut adoptée ensuite par M. Macartney, professeur d'anatomie à l'université de Dublin. Les idées de ces chirurgiens sur ce point de thérapeutique se répandent de plus en plus dans la Grande-Bretagne.

Nota. L'emplâtre agglutinatif se fait de la manière suivante :

Prenez une quantité quelconque d'ichthyocolle ; mettez-la dans une bouteille, et versez-y assez d'eau-de-vie pour la couvrir. Laissez macérer le tout dans un bain d'eau, et quand l'ichthyocolle est entièrement dissoute, placez la bouteille dans un endroit frais. Si les proportions sont justes, la solution doit, en se refroidissant, prendre une consistance assez grande pour résister à l'impression du doigt. — Si vous voulez vous en servir, mettez la bouteille dans un vase d'eau chaude, et quand l'emplâtre sera fondu, étendez-le sur des bandelettes de toile cirée coupées d'avance.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SUITE DE LA SÉANCE DU 13 AOUT.

Après les travaux que nous venons d'analyser avec quelque détail, pour vous en mieux faire connaître l'importance et pour appeler votre attention et votre intérêt sur les sujets qui y sont traités, il en est plusieurs autres que votre commission croit dignes de vous être recommandés.

M. JOBERT DE LAMBALLE.

1° De M. Jobert de Lamballe (*Recherches sur les fistules vésico-vaginales*). (Manuscrit.)

La commission a vu avec satisfaction les efforts qu'a faits ce médecin pour parvenir, à l'aide d'une méthode nouvelle, à guérir une des infirmités les plus rebelles à la chirurgie. Déjà M. Jobert, par l'emploi de sa méthode, a obtenu plusieurs guérisons; mais ce nombre n'étant point encore assez grand, et cette méthode n'ayant pas été suffisamment sanctionnée par l'expérience et admise par les praticiens, la commission, d'après les termes du testament, n'a pas cru pouvoir vous proposer une récompense pour son auteur.

M. ALPHONSE DEVERGIE.

2° Les mêmes raisons l'ont arrêtée à l'égard de M. Alphonse Devergie, qui avait adressé un ouvrage en trois volumes in-8 (*Médecine légale, théorique et pratique*).

Parmi les chapitres intéressans qui composent ce livre, votre commission a particulièrement distingué celui qui traite de l'histoire de la putréfaction des noyés. Elle est le résultat de l'ouverture et de l'examen de plus de deux cents corps déposés à la Morgne; ces corps avaient séjourné dans l'eau pendant un temps plus ou moins long, depuis l'espace de quelques heures jusqu'à celui d'une année et au-delà. Cette étude a conduit M. Alphonse Devergie à donner, pour chaque époque de la submersion, des signes distinctifs et tellement rigoureux, que les médecins peuvent aujourd'hui déterminer avec plus de précision qu'autrefois le temps pendant lequel le corps est demeuré dans l'eau. Sans doute ces résultats sont importans; mais la commission aurait désiré, pour pouvoir accorder une récompense, que M. Alphonse Devergie eût démontré sous ses yeux l'exactitude de ses expériences, ou que les résultats eussent été reconnus conformes à la vérité par des magistrats ou par des médecins chargés par les tribunaux de constater toutes les circonstances de la mort par submersion. Il manque donc au travail de M. Alphonse Devergie la sanction de l'expérience.

M. DONNÉ.

3° De M. Al. Donné (1° *Histoire physiologique et pathologique de la salive;* 2° *Recherches sur la nature des mucus sécrétés par les organes génito-urinaires;* 3° *Nouvelles expériences sur les animaux spermatiques*).

Tout en reconnaissant l'importance des travaux de M. Donné, tout en approuvant la direction spéciale qu'il prend dans ses investigations physiologiques et médicales, et l'esprit judicieux qui préside à ses études, la commission ne trouvant pas encore une assez grande quantité de faits, pour ne laisser aucun doute sur l'exactitude et la constance des résultats énoncés, elle se borne à signaler avec éloges les recherches expérimentales de M. Donné.

M. FOVILLE.

4° Du docteur Foville (*Mémoire contenant la description d'un appareil nouveau pour le traitement des fractures*).

Cet appareil n'ayant encore été employé qu'une seule fois, il faut attendre que l'expérience ait prononcé sur sa valeur.

M. PIORRY.

5° De M. Piorry (*Traité de diagnostic et de séméiologie*).

Déjà l'Académie des sciences a décerné des récompenses à M. Piorry, et ses dernières recherches n'étant que l'extension des premières, et ayant pour but de propager et de développer sa méthode d'exploration des organes dans la pratique médicale, votre commission a pensé devoir se borner à signaler avec éloge le zèle et la persévérance de M. Piorry, dans des travaux pour lesquels il a reçu vos encouragemens.

Votre commission, pour le prix de médecine et de chirurgie, vous propose d'accorder à MM. Tuefferd, Brisset, Fiard, Perdrau et Bousquet, à titre d'encouragement, et à chacun d'eux, une médaille en or de cinq cents francs.

Les travaux sur la variole et sur la vaccine, dont nous avons rendu compte, étant insuffisans pour résoudre l'importante question de la vaccine, qui consiste à savoir si sa vertu préservative n'est que temporaire, comme le prétendent certains médecins, ou bien si le virus-vaccin est affaibli et dégénéré, comme le disent quelques autres, votre commission a pensé devoir vous proposer de fonder un prix de 10,000 fr., qui sera décerné, dans quatre ans, à celui qui démontrera, d'après l'expérience et l'observation, si la vaccine n'a réellement qu'une vertu préservative temporaire, et si, dans ce cas, il devient indispensable de soumettre, à des époques déterminées, toutes les personnes déjà vaccinées à une revaccination; ou bien si le virus ayant réellement dégénéré et perdu en partie sa vertu préservative, il convient de renouveler ou de rétablir cette vertu préservative en prenant de nouveau le virus de la vache?

Votre commission, craignant que l'appel fait aux médecins éclairés soit sans résultats, ou qu'au lieu de faits nombreux et bien observés l'Académie ne reçoive pour réponses aux questions précitées que la reproduction de ce qu'on adresse chaque année au comité central de vaccine, désirerait que le gouvernement intervînt pour donner toutes les facilités désirables aux expérimentateurs, ou pour diriger lui-même des commissions qui seraient créées à Paris et dans les départemens.

En effet, le gouvernement français ne peut pas rester seul indifférent, au milieu des mesures qui sont prises par presque tous les autres gouvernemens européens.

---

c'est un reproche fondé qu'on aurait à se faire, si on le laissait subsister plus longtemps.

Heureusement des administrateurs éclairés, le cri de la capitale, les efforts de quelques hommes philantropes se sont fait entendre en faveur de cette classe souffrante qui mérite toute notre attention, et l'on peut se livrer à la flatteuse espérance qu'il ne restera plus que le souvenir des maux qu'elle a soufferts à l'Hôtel-Dieu. C'est au gouvernement, le premier appui de la douleur et de l'indigence, à faire disparaître ces désavantages que les progrès de notre raison et l'humanité réprouvent.

— M. le ministre de l'intérieur a transmis, mercredi, au conseil général des hôpitaux sa décision concernant l'Hôtel-Dieu. En vertu de cet arrêté, le bâtiment de la rue de la Bûcherie va être partiellement démoli pour la continuation du quai de la Seine. Il en résultera que l'Hôtel-Dieu, qui renferme maintenant 1,000 lits à demeure et 50 de supplément, n'en aura plus que 600, 300 sur chaque rive du fleuve. Mais cette suppression de 400 lits n'aura lieu qu'au fur et à mesure des travaux, et de manière à ce que le surplus des malades s'accoutument à l'idée d'être dirigés sur Beaujon, à l'extrémité ouest de Paris, où l'on vient d'élever deux pavillons contenant à eux deux 108 lits convenablement espacés. On pourra aussi en envoyer à l'hôpital Necker, qui vient de s'enrichir de 156 lits nouveaux et d'être agrandi. Le conseil général aurait désiré conserver 900 lits à l'Hôtel-Dieu; M. le préfet de la Seine en aurait voulu 736; mais le conseil municipal et le ministre en ont décidé autrement.

— La peste s'est montrée récemment sur les frontières de la Servie. Ce terrible fléau enlève chaque jour cinq à six individus dans la ville de Nissa; ce qui est d'autant plus fatal au commerce de l'Europe avec l'Orient, que cette ville est l'un des points les plus importans de communication et de passage des marchandises. L'état sanitaire est très satisfaisant en Servie.

(*Gazette d'Augsbourg.*)

— Essai sur les cavernes à ossemens et sur les causes qui les y ont accumulés; par Marcel de Serres, conseiller et professeur de minéralogie et de géologie à la faculté de médecine de Montpellier. Troisième édition, revue et considérablement augmentée. Un vol. in 8. Prix : 7 fr.

A Paris, chez Germer-Baillière, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

A Lyon, chez Charles Savy jeune, libraire, quai des Célestins, 49.

— Dictionnaire des études médicales pratiques. 8 vol. grand in-8, publiés en 32 livraisons.

Prix de la livraison : 2 fr.

Il paraît une livraison par mois. La huitième, qui termine le premier volume, est en vente.

Nous consacrerons prochainement un article à l'examen de ces deux volumes.

Nous avons déjà fait voir ce que les médecins allemands aidés des autorités supérieures avaient fait dans l'intérêt des populations.

Les premières tentatives de revaccination, en Allemagne, ont eu lieu dans l'armée. Depuis plusieurs années, on s'y livrait en Prusse et en Wurtemberg, d'abord sur des sujets n'offrant aucune trace de vaccine ni de variole, plus tard sur ceux qui portaient des cicatrices vaccinales douteuses, lorsqu'une ordonnance du 7 février 1833 prescrivit, dans le Wurtemberg, la revaccination de toutes les recrues, sans aucun égard à l'existence ni aux caractères des cicatrices. La même chose eut lieu en Prusse, par décret du 16 janvier 1833. En 1833, une nouvelle ordonnance prescrivit de revacciner les militaires wurtembergeois avec le vaccin provenant d'adultes revaccinés, et un décret du 12 mai 1837 a également introduit cette mesure dans l'armée prussienne. Dans la Souabe, la revaccination générale de la population fut prescrite par une ordonnance du 11 mars 1829, renouvelée le 26 août 1833.

En 1836, le 23 mars, la même mesure fut adoptée en Bavière, mais sans coercition : c'était dans ce royaume simplement une seconde invitation faite, le 17 janvier 1829, aux populations par le gouvernement.

Le 6 juillet 1837, le grand-duc de Bade a également représenté à ses sujets la nécessité de se faire revacciner, et les ecclésiastiques surtout ont reçu l'injonction de recommander vivement cette pratique pour tous les enfans qui recevaient le sacrement de la confirmation.

Depuis les premiers mois de la présente année, on commence, en Autriche, à revacciner l'armée : le fait est déjà accompli en Danemarck, et nous avons plusieurs raisons de croire qu'on s'en occupe en Suède et en Russie, et même que plusieurs états italiens vont le prendre en considération.

Il a paru dans les journaux allemands et anglais diverses notices sur les résultats de ces graves mesures, mais nous ne connaissons aucun travail complet, c'est-à-dire offrant l'ensemble des documens statistiques qui y ont conduit. Cependant ces documens existent dans les chancelleries d'Allemagne, et nous croyons qu'il importerait à l'Académie d'employer les moyens nécessaires auprès de notre gouvernement pour s'en procurer la connaissance.

En effet, il n'est pas possible que la France demeure plus longtemps étrangère au grand mouvement qui agite l'Europe sous le rapport de la vaccine. Mais, puisque nous y entrons si tard, il est urgent aussi, pour l'amour-propre national, et surtout pour l'intérêt de la population française, que ce soit avec une pleine et entière connaissance de ce que les autres gouvernemens ont tenté et obtenu avant nous.

La question, considérée à la fois sous le point de vue académique et gouvernemental, aurait des résultats autrement féconds et authentiques que si elle était abandonnée à l'observation de quelques médecins qui ne pourront pas faire des observations générales ou agir sur une grande masse d'individus soumis à leurs recherches.

La fondation d'un prix par l'Académie des sciences ne pourrait donc être d'une véritable utilité et conduire à la solution des grandes questions posées par votre commission, qu'autant que l'Académie des sciences, après avoir fait connaître au gouvernement français l'importance de ces questions pour l'intérêt général, obtiendrait de lui des mesures et une haute protection, d'après lesquelles les médecins qui se dévoueraient à de pénibles et longues recherches, sous la direction et l'inspection de commissions nommées *ad hoc*, soit par le gouvernement, soit par l'Académie, auraient tous les moyens de répéter en France ce que les divers gouvernemens de l'Allemagne et du nord de l'Europe ont ordonné d'exécuter dans le Wurtemberg, la Bavière, le grand-duché de Bade, la Prusse, le Danemarck, l'Autriche, etc. Sans cette participation du gouvernement français, aucun travail suffisamment étendu, complet et authentique ne parviendra à résoudre ce grand problème, et ne répondra à l'appel fait par la science.

PRIX PROPOSÉS.

L'Académie propose pour sujet du grand prix des sciences physiques qu'elle distribuera, s'il y a lieu, dans sa séance publique de 1839, la question suivante :

Déterminer par des expériences précises quelle est la succession des changemens chimiques, physiques et organiques, qui ont lieu dans l'œuf pendant le développement du fœtus chez les oiseaux et les batraciens.

Les concurrens devront tenir compte des rapports de l'œuf avec le milieu ambiant naturel; ils examineront par des expériences directes l'influence des variations artificielles de la température et de la composition chimique de ce milieu.

Dans ces dernières années, un grand nombre d'observateurs se sont livrés à des recherches profondes sur le développement du poulet dans l'œuf, et par suite à des études analogues sur le développement du fœtus dans les autres animaux ovipares. En général, ils se sont occupés de cet examen au point de vue anatomique. Quelques-uns pourtant ont abordé les questions chimiques nombreuses et pleines d'intérêt que cet examen permet de résoudre.

Admettons, en effet, que l'on fasse l'analyse chimique de l'œuf au moment où il est pondu, que l'on tienne compte des élémens qu'il emprunte à l'air ou qu'il lui rend pendant la durée de son développement, enfin qu'on détermine les pertes ou les absorptions d'eau qu'il peut éprouver, et l'on aura réuni tous les élémens nécessaires à la discussion des procédés chimiques employés par la nature pour la conversion des matériaux de l'œuf dans les produits bien différens qui composent le jeune animal.

En appliquant à l'étude de cette question les méthodes actuelles de l'analyse organique, on peut atteindre le degré de précision que sa solution exige.

Mais s'il est possible de constater, par les moyens chimiques ordinaires, les changemens survenus dans les proportions du carbone, de l'hydrogène, de l'oxygène ou de l'azote, si ces moyens suffisent, à plus forte raison, en ce qui concerne les modifications des produits minéraux qui entrent dans la composition de l'œuf, il est d'autres altérations non moins importantes qui ne peuvent se reconnaître qu'à l'aide du microscope.

L'Académie désire que loin de se borner à constater, dans les diverses parties de l'œuf, la présence des principes immédiats que l'analyse en retire, les auteurs fassent tous leurs efforts pour constater, à l'aide du microscope, l'état dans lequel ces principes immédiats s'y rencontrent.

Elle espère d'heureux résultats de cette étude chimique et microscopique des phénomènes de l'organogénésie.

Indépendamment de l'étude du développement du fœtus dans ces conditions normales, il importe de constater les changemens que les modifications de la température ou de la nature des milieux dans lesquels ce développement s'effectue, peuvent y apporter. Les concurrens auront donc à examiner, pour les œufs d'oiseaux, leur incubation dans divers gaz; pour ceux des batraciens, leur développement dans des eaux plus ou moins chargées de sels, plus ou moins aérées.

Le prix consistera en une médaille d'or de la valeur de 3,000 fr. Les mémoires devront être remis au secrétariat de l'Académie avant le 1er avril 1839. Ce terme est de rigueur. Les auteurs devront inscrire leur nom dans un billet cacheté, qui ne sera ouvert que si la pièce est couronnée.

PRIX RELATIF A LA VACCINE.

L'Académie propose pour sujet d'un prix de 10,000 fr., qui sera décerné, s'il y a lieu, dans sa séance publique de 1842, la question suivante :

La vertu préservative de la vaccine est-elle absolue, ou bien ne serait-elle que temporaire ?

Dans ce dernier cas, déterminer par des expériences précises et des faits authentiques, le temps pendant lequel la vaccine préserve de la variole.

Le cow-pox a-t-il une vertu préservative plus certaine ou plus persistante que le vaccin déjà employé à un nombre plus ou moins considérable de vaccinations successives?

En supposant que la qualité préservative du vaccin s'affaiblisse avec le temps faudrait-il le renouveler, et par quels moyens?

L'intensité plus ou moins grande des phénomènes locaux du vaccin a-t-elle quelque relation avec la qualité préservative de la variole?

Est-il nécessaire de vacciner plusieurs fois une même personne, et dans le cas de l'affirmative, après combien d'années faut-il procéder à de nouvelles vaccinations?

Les mémoires devront être remis au secrétariat de l'Académie avant le 1er avril 1842. Ce terme est de rigueur.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 21 AOUT. — PRÉSIDENCE DE M. MOREAU.

Après la lecture du procès-verbal une petite discussion s'engage sur la fixation de l'époque de la séance publique de l'Académie. Ce sujet est renvoyé au conseil d'administration.

M. Rochoux fait une motion d'ordre. Il veut qu'on fixe à 20 minutes le temps à accorder à chaque lecture qu'on fait devant l'Académie. Cette proposition est également renvoyée au conseil d'administration.

M. Bouillaud dit quelques mots en faveur de la méthode numérique à l'occasion de quelques expressions contraires avancées par M. Collineau à la dernière séance.

M. Rochoux parle dans le même sens. (Ordre du jour.)

RAPPORT OFFICIEL.

M. Martin Solon fait, au nom de la commission des remèdes secrets, un rapport sur un cosmétique huileux dont l'auteur a demandé un brevet d'invention. Ce cosmétique se compose d'huile d'olive dans laquelle on fait tremper des lézards vivans, et qu'on laisse jusqu'à mort. (Rire prolongé.) L'inventeur destine son cosmétique aux personnes dont les cheveux commencent à grisonner ou à tomber; il doit les protéger contre un pareil désagrément. (On rit encore!) La commission propose de répondre à M. le ministre que ce singulier mélange ne jouit point des propriétés que son auteur lui suppose.

M. Londe veut qu'on flétrisse du mot de *mystification* une pareille préparation; car ce n'est pas là un cosmétique. Cosmétique veut dire quelque chose qui orne; tandis que cette composition est au contraire quelque chose qui salit!

M. Nacquart : Introduisez dans le rapport la phrase *absurde composition!*

Ces modifications sont adoptées.

VIRUS-VACCIN.

On se rappelle que M. Dubois (d'Amicos) avait, il y a quelque temps, communiqué à l'Académie une suite d'observations microscopiques qu'il venait de faire sur le virus-vaccin. Il résultait de ce travail que le pus vaccinique avait une organisation particulière et jouissait de certaines propriétés physiques particulières. (V. Gaz. Med., p. 223.)

MM. Bousquet et Pelletier ont répété les expériences de M. Dubois (d'Amicos), et ils viennent aujourd'hui communiquer à l'Académie une courte note contenant le résultat de leurs recherches. Deux idées principales sont contenues dans cette note : 1° le virus-vaccin n'a pas précisément l'organisation que M. Dubois avait cru y voir; 2° la congélation et l'ébullition tue le virus, et le rend inapte à l'inoculation, ainsi que M. Mojon l'avait prouvé depuis longtemps.

M. Dubois (d'Amiens) a la parole. Ce que MM. Bousquet et Pelletier viennent de dire se trouve déjà publié au nom de MM. Donné et Fiard dans un journal de médecine. Ayant déjà répondu catégoriquement au travail de MM. Donné et Fiard, je m'abstiens de reproduire ici la même réponse qui est aussi applicable à MM. Bousquet et Pelletier, et qui paraîtra samedi prochain dans le même journal. Je me contenterai seulement de dire à l'Académie que les faits que j'ai observés, je puis les faire constater à quiconque le voudra, et que

je n'ai pas tiré de mes observations des conclusions générales et définitives, comme on voudrait me le faire dire.

MM. Bousquet et Pelletier disent que leur travail est postérieur à celui de M. Dubois, mais antérieur à celui de MM. Donné et Fiard.

M. Dubois (d'Amiens) répond qu'il n'accuse pas MM. Pelletier et Bousquet de plagiat; car il y a autre chose dans le travail de MM. Donné et Fiard. Ces messieurs prétendent avoir trouvé les caractères négatifs du bon vaccin; ainsi, selon eux, le vaccin est mort quand il a acquis une couleur jaune-citron, et aussi quand il présente des points cristallisés, etc. On verra dans ma réplique ce que je crois qu'on doit penser de tout cela.

TRAITEMENT MORAL DE LA FOLIE.

M. Leuret lit un travail intitulé : *Du traitement moral de la folie.* L'auteur commence par faire sentir que le sujet dont il va traiter n'est applicable qu'aux hallucinations et aux conceptions délirantes proprement dites, et que son application ne doit point exclure les autres moyens connus pour de pareilles affections. On conçoit aisément, en effet, que, dans les espèces de folie où il y a autre chose qu'une simple lésion fonctionnelle, le traitement moral ne saurait être appliqué avec profit.

Depuis la plus haute antiquité, on s'est occupé du traitement moral des monomanies. On trouve, dans les annales de l'art, des histoires fort singulières à ce sujet, mais peu de principes généraux bien arrêtés. Le seul principe presque généralement adopté était d'employer la force brute contre les égaremens de la raison. La prison, la chaîne, le bâton, le bain de surprise, la douche, etc., tels sont les moyens qu'on mettait en usage jusqu'au siècle dernier. Le système opposé avait été adopté depuis, et bien que la douceur, la liberté et le travail champêtre aient produit de meilleurs résultats, néanmoins chez beaucoup d'hallucinés aucune modification salutaire n'a pu être obtenue par une pareille conduite.

Pour ces sortes de sujets, M. Leuret a pensé que le système humanitaire, ou de concession, pourrait donner des résultats plus satisfaisans, s'il était joint à certaines formes d'intimidation, à une certaine inflexibilité de circonstance : ainsi, au lieu d'abonder dans le sens de la monomanie, l'auteur a attaqué de front l'aberration, en usant de tel ou tel stratagème et en soumettant le malade à l'action de la douche froide sur la tête, jusqu'à ce que celui-ci eût reconnu et avoué l'absurdité et l'extravagance de ses propres assertions. Cette conduite, qu'on pourrait appeler mixte, lui a réussi au-delà de toute espérance; car, sous la direction de M. Ferrus, M. Leuret a pu guérir radicalement des monomaniaques qu'on avait jugés incurables depuis un assez grand nombre d'années.

Entre autres faits remarquables que M. Leuret a rapportés, il s'en trouve un dont les détails ont vivement intéressé l'Académie; c'est celui d'un nommé M. Théodore, ancien employé au ministère des finances, et qui était enfermé à Charenton depuis 1831. Il se disait mari de la duchesse de Berry, se croyait impliqué dans des affaires de haute politique, et se livrait à des vociférations étourdissantes. Grace à l'intimidation de la douche froide et aux conversations inflexibles du praticien, ce malade se trouve aujourd'hui parfaitement guéri.

Un autre se disait fils de Napoléon.

Un troisième trouvait dans les latrines une machine infernale prête à partir contre lui, et des piéges tendus contre lui sur les marches de l'escalier.

Un quatrième, c'était un pauvre cordonnier, se disant duc de Bourbon, etc. (Commission.)

Séance levée avant cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

MEDICO-CHIRURGICAL TRANSACTIONS, t. XVIII et XIX.

Les mémoires que le premier corps médical de Londres publie tous les ans, sous le titre de *Transactions*, forment sans contredit un des ouvrages les plus remarquables qui nous viennent de l'Angleterre. Les premières notabilités médico-chirurgicales de ce pays y contribuent, et rien n'y est inséré qui ne soit digne du patronage de cette compagnie. Les travaux principaux que renferment les deux derniers volumes sont déjà connus de nos lecteurs, la Gazette Médicale les ayant reproduits en totalité dans le courant du dernier semestre. Restent quelques recherches et observations séparées, qui, en raison de l'intérêt qu'elles présentent méritent aussi d'être connues; nous allons les reproduire dans cette revue.

TUMEUR ABDOMINALE PÉNÉTRANT DANS LA VESSIE URINAIRE, ET DÉTERMINANT DES HÉMORRAGIES PAR LE CANAL DE L'URÈTRE; AUTOPSIE; par M. Howship, professeur de chirurgie.

Un cocher, âgé de 70 ans, était atteint d'hématurie depuis un an. Les pissemens sanguins étaient intermittens; ils duraient, à chaque accès, trois ou quatre semaines, étaient abondans, mais n'affaiblissaient pas le malade. Le dernier retour avait duré six semaines, et avait obligé le malade à se faire recevoir à l'hôpital St-George où il avait été soulagé. Actuellement, il éprouve depuis trois jours des envies fréquentes d'uriner, qui l'obligent à se présenter au pot tous les quarts d'heure et l'empêchent de reposer : le sang continue à couler : il est d'un rouge écarlate, mais ne se coagule pas; il forme seulement dans le pot un grand sédiment rouge. La quantité rendue dans les dernières vingt-quatre heures a été évaluée à trois pintes. Le malade déclare n'avoir jamais souffert de la gravelle ni de rétrécissement urétral. Le toucher par le rectum fait sentir la prostate hypertrophiée et indurée; la pression y détermine une douleur aiguë. On prescrit : baume de copahu, 20 gouttes, trois fois par jour. Ce moyen a calmé l'irritation et arrêté le sang.

Un mois après, 29 mai, le malade éprouve les mêmes souffrances, une sorte de tenesme vésical fort incommode et un prolapsus du rectum. Le toucher par le rectum fait sentir la prostate indurée, et au-dessus d'elle un corps saillant, à surface inégale et un peu sensible au toucher; les parois de la vessie paraissent elles-mêmes épaissies et indurées.

Septembre. Le malade souffre considérablement de tenesme vésical, il se présente à chaque instant pour uriner, sans pouvoir rendre une seule goutte de liquide. On s'aperçoit de la présence d'une tumeur dans la cavité pelvienne gauche. Cette tumeur fait des progrès et détermine des douleurs intolérables. Le malade a succombé le 24 octobre.

Nécropsie. Enorme tumeur dans l'abdomen remplissant plus de la moitié de cette cavité; elle occupe principalement le côté gauche : son pédicule naît des vertèbres lombaires; elle est enkystée et a huit pouces de longueur de haut en bas, dix-neuf pouces de circonférence. Sa portion inférieure offre trois pouces d'épaisseur depuis le sacrum : elle s'adapte exactement derrière la vessie urinaire, et envoie un prolongement dans cet organe, à travers une ouverture accidentelle. Cette portion intravésicale est très vascularisée, et c'est sans doute d'elle qu'émanaient les hémorragies urétrales. Les parois de la vessie sont très épaissies, malades, et adhèrent à la tumeur en arrière. La prostate n'est pas hypertrophiée, mais sa substance est parfaitement cartilaginifiée.

La tumeur ayant été disséquée a paru formée de plusieurs kystes communiquant entre eux, et remplis en partie de matière purulente épaisse, et principalement de sang fluide et grumelé : sa portion inférieure est fongueuse et médullaire; elle enveloppe les nerfs et vaisseaux qu'on rencontre à la face antérieure du sacrum. L'enveloppe commune de la tumeur est forte, résistante et épaisse d'un huitième de pouce. Le foie est farci de petits dépôts médullaires, dont le volume varie depuis une cerise à une orange. Le rectum est déplacé à droite. L'auteur croit que toute la masse morbide a eu pour point de départ un des ganglions lymphatiques de la région lombaire; il se fonde sur ce que plusieurs ganglions plus ou moins développés étaient attachés en grappe au pédicule de la tumeur.

Sous le point de vue de sa pénétration dans la vessie urinaire et des symptômes vésicaux qu'elle a occasionnés, cette tumeur offre un très grand intérêt et peut être utilement rapprochée du cas de M. Bright, dont nous avons parlé (p. 490). L'espèce d'hématurie qui s'en est suivi n'a peut-être pas d'exemple dans la science sous le rapport de la source étrangère à l'appareil urinaire. On ne pourrait exactement comparer ces hémorragies qu'à celles des fosses nasales occasionnées par des fongus de la dure-mère qui se font jour de ce côté.

Il est remarquable que le baume de copahu donné à petites doses répétées par bouche arrêtait l'hématurie. M. Howship pense avec raison que, dans ce cas, le médicament agissait chimiquement sur la portion du fongus qui venait en contact avec le peu d'urine que la vessie retenait. N'est-il pas évident que si l'on eût, chez ce malade, employé l'arrachement du fongus vésical, à l'aide de la pince à trois branches, ainsi qu'on l'a proposé, on aurait pu produire des dégâts de la plus haute gravité?

CAS REMARQUABLE DE FRACTURE DE L'ATLAS ET DE L'APOPHYSE ODONTOÏDE, SANS ÊTRE SUIVIE DE MORT SUBITE; par M. B. Phillips.

Obs. — Un laboureur, nommé William Cross, tombe du sommet d'une pile de foin, la tête la première. L'occiput frappe sur le sol. Il éprouve une commotion légère, reste comme étourdi pendant quelques instans, puis il se lève et marche; il se rend à pied chez un chirurgien dont l'habitation était éloignée d'un demi-mille. Celui-ci le saigne et lui ordonne un purgatif.

Le lendemain, le malade se sent bien; le surlendemain il reprend le cours de ses occupations habituelles. Seulement, il se plaint d'une sorte de raideur au cou (*stiff neck*) qui empêche les mouvemens rotatoires de la tête.

Trois semaines ou un mois après l'accident, il se présente à ma consultation, se plaignant d'une raideur incommode au cou. Du reste, il se porte bien, sa constitution est vigoureuse, bien qu'un peu scrofuleuse; il est âgé de 32 ans. J'examine sa nuque, endroit de la souffrance principale, et je trouve immédiatement au-dessus de la seconde vertèbre cervicale une petite tumeur très apparente, peu douloureuse à la pression. Toutes les fonctions de l'organisme se font bien, les mouvemens rotatoires de la tête exceptés. Pas d'altération dans la motilité ni dans la sensibilité des membres. J'ai caractérisé le mal pour une inflammation chronique de nature scrofuleuse dans la première ou seconde vertèbre cervicale, ou peut-être dans toutes les deux, ce qui pourrait faire craindre une fausse ankylose. Comme le malade a déclaré que depuis l'accident la motilité de la tête n'avait point été anéantie, j'ai présumé que l'inflammation avait été occasionnée par la chute. J'ai en conséquence prescrit les moyens suivans : 1° coucher à plat sur un matelas, sans oreiller; 2° appliquer tous les trois jours douze sangsues sur la région malade. Cette application a été répétée six fois. Le seul avantage que le malade a retiré de cette médication, c'est une diminution dans la sensibilité de la partie.

Dix jours après la dernière application de sangsues, un cautère est appliqué sur le point malade; on l'entretient pendant deux mois. Au bout de ce temps, il est fermé, mais l'état du malade reste le même; la tumeur persiste. On attend quelque temps et l'on applique un second cautère sans plus d'avantage. Cinq semaines après l'ouverture du second cautère, le malade éprouve une altération dans la voix, comme s'il eût une hypertrophie des amygdales; ces glandes effectivement sont plus grosses qu'à l'état normal; mais cet état paraît plutôt ancien. Peu de jours après, il se plaint de difficulté d'avaler. Ayant

examiné attentivement la gorge, j'ai observé une légère proéminence à la face postérieure du pharynx, vers la hauteur de la seconde vertèbre cervicale. Ces circonstances n'ont fait que me confirmer dans mon diagnostic; j'ai pris cela pour un gonflement de la seconde vertèbre dont la compression aurait altéré la phonation et la déglutition.

Le second cautère est entretenu pendant cinq semaines. A cette époque, il rend beaucoup de sang, le malade est saisi de pleurésie, qu'on combat avantageusement.

Neuf mois après l'accident, des symptômes d'anasarque se manifestent, l'infiltration devient générale. Purgatifs drastiques, digitale, supertartrate de potasse; mouchetures; soulagement.

La quarante-septième semaine de l'accident, des symptômes d'hydrothorax se déclarent, et le malade meurt suffoqué. Durant la maladie, aucune altération dans la sensibilité et dans la motilité n'a été observée; la dysphagie n'est jamais allée au point d'empêcher la déglutition.

A l'autopsie, j'ai trouvé que les condyles de l'occipital conservaient encore leurs rapports normaux avec les surfaces articulaires de l'atlas; mais l'atlas n'était plus une vertèbre distincte et indépendante, cet os était converti en une sorte d'appendice de l'axis. La portion antérieure du cercle de l'atlas qui, dans l'état normal, s'articule avec l'axis et l'occiput, avait été séparée de la postérieure; elle avait été poussée obliquement en bas et en avant, de manière qu'elle s'était placée au-devant de l'axis, où elle avait acquis des adhérences osseuses avec le corps et les apophyses transversales de cette dernière vertèbre; tandis que la moitié postérieure n'avait subi aucun déplacement. L'apophyse odontoïde avait disparu; elle avait été fracturée au moment de la chute. Rien par conséquent n'avait pu comprimer la moëlle.

Cette dernière circonstance rend ce fait tout à fait unique.

« J'ai cherché en vain, dit l'auteur, des cas pareils dans les ouvrages indiqués par Plonequet et Renfs, et dans ceux de sir A. Cooper, Scarpa, Soemmering, Boyer et Richter.

» Dans le livre de sir A. Cooper, on trouve deux cas, dont l'un est relatif à une fracture de l'atlas, mais sans lésion de l'apophyse odontoïde; la moëlle a été comprimée par cette apophyse, la mort a été instantanée. L'autre a pour sujet une fracture de l'apophyse odontoïde chez une personne qui subissait un traitement mercuriel; on peut donc présumer que cet os était malade. Un troisième cas a été observé il y a peu de jours à l'hôpital Westminster; mais les portions antérieures de l'atlas et de l'axis étaient affectées de carie. L'apophyse odontoïde s'est fracturée, mais aucun symptôme de déplacement n'a eu lieu, elle est restée fixée en place, ainsi qu'on s'en est assuré par l'autopsie.

» Dans mon observation, il y avait eu non-seulement fracture avec déplacement considérable de l'atlas; mais encore fracture et déplacement de l'apophyse odontoïde, sans aucun trouble sérieux dans les fonctions de l'économie. La violence traumatique avait agi sur l'occiput; elle avait été dirigée obliquement de haut en bas et d'arrière en avant, suivant une ligne qui, partant de l'endroit frappé, passerait par l'articulation occipito-atloïdienne. La portion de l'anneau de l'atlas, qui est derrière les surfaces articulaires, supporte naturellement moins que l'antérieure; aussi n'a-t-elle pas bougé, tandis que l'antérieure a été poussée en avant et placée entre le pharynx et l'axis. Le corps de l'atlas ayant été déplacé, la mort subite eût été inévitable si l'apophyse odontoïde fût restée intacte; le malade n'a dû la vie qu'à la fracture de l'atlas, et à la rupture du ligament transverse.

» Il est des cas dans lesquels la fragilité des os est si grande qu'une légère violence suffit pour les fracturer; c'est ce qui a eu lieu dans les cas rapportés par sir A. Cooper et par d'autres. Rien de pareil n'existait dans le fait qui m'est propre. Il est digne de remarque qu'ici la moëlle n'a souffert ni immédiatement après l'accident, ni consécutivement. L'état des parties molles, en effet, n'a rien présenté à l'autopsie qui indiquât que la moëlle et ses membranes eussent été violemment enflammées.

» La science, cependant, ne manque pas de faits qui prouvent que des vertèbres ont été fracturées sans que la mort en ait été la conséquence immédiate. On connaît également des cas de carie de corps vertébraux, dans lesquels la moëlle était restée sans protection osseuse, et pourtant il ne s'en est pas suivi d'accidens fâcheux, attendu que la nature avait remplacé les os par des couches ligamenteuses. Qui ne sait, d'ailleurs, que dans certaines déviations de la colonne épinière les surfaces antérieures des corps vertébraux supérieurs viennent en contact avec les surfaces pareilles des vertèbres inférieures? MM. Lawrence et Cruveilhier ont publié des exemples de ce cas dans lesquels la moëlle était aplatie; la préparation de M. Lawrence se trouve consignée dans le muséum de M. Langstaff. Aucun de ces cas, cependant, n'est comparable avec celui que je viens de décrire.

» Je termine en déduisant de ce fait qu'il n'est pas exact de dire, avec les auteurs de chirurgie, que les fractures de l'apophyse odontoïde et du corps des deux premières vertèbres cervicales, avec déplacement, soient inévitablement suivies de mort instantanée. »

OBSERVATIONS SUR L'INJECTION DES MEMBRANES MUQUEUSE ET SÉREUSE, CONSIDÉRÉE COMME PREUVE DE L'INFLAMMATION; par le docteur YELLOLY.

Ce mémoire ne nous apprend rien de nouveau sur le sujet important qui y est traité. L'auteur, rappelant quelques recherches qu'il a déjà publiées sur ce point dans le quatrième volume des transactions médico-chirurgicales, combat avec avantage les opinions émises par la plupart de nos pathologistes sur l'injection de la muqueuse intestinale et gastrique, considérée comme produite par l'inflammation. Selon l'auteur, ce n'est point dans la coloration des membranes après la mort qu'on doit chercher l'indice de l'inflammation, et ici il a raison; mais nous n'admettons pas qu'il en soit de même lorsqu'il reproche aux médecins français d'ignorer ce que font leurs voisins, et de ne pas se tenir au courant des progrès réels de la science. Si ce rapport pouvait être adressé avec quelque apparence de justesse il y a quelques années, il n'en est plus de même aujourd'hui, et cette assertion du docteur Yelloly nous porterait à croire qu'il n'est pas lui-même au courant des changemens qui se sont opérés parmi nous depuis une dixaine d'années.

DE L'EXPECTORATION NOIRE ET DU DÉPÔT DE MATIÈRE NOIRE DANS LES POUMONS, TELLE QU'ON L'OBSERVE CHEZ LES OUVRIERS QUI TRAVAILLENT DANS LES MINES DE HOUILLE; par le docteur W. THOMSON.

Ce long mémoire, destiné à reproduire tous les faits et tous les documens jusqu'ici connus sur la mélanose des charbonniers ou anthrocosie, maladie encore peu connue, n'est point susceptible d'être analysé. L'auteur se contente de rapprocher tous les cas de cette maladie dont il a eu connaissance, soit en donnant l'observation détaillée lorsqu'il a pu se la procurer, soit en citant textuellement la communication qu'il a reçue de ses confrères, auxquels il avait demandé des renseignemens sur ce sujet. Son travail n'est donc qu'une compilation où rarement on distingue la main de son auteur, et où l'on ne trouve aucune tentative pour comparer les faits, les généraliser, et en tirer des inductions. Nous ne pouvons que le louer de n'avoir point cherché à établir un système, une théorie, sur des faits encore peu nombreux, et surtout incomplètement étudiés. Dans leur classification, il admet trois ordres différens: 1° ceux où les sujets ayant eu pendant leur vie une expectoration noire ont offert après leur mort la lésion caractéristique de la pseudo-mélanose du poumon ou anthrocosie; 2° ceux chez lesquels à l'autopsie on a trouvé cette lésion du parenchyme pulmonaire, bien que pendant leur vie on n'eût point observé qu'ils n'eussent point offert l'expectoration noire caractéristique. Enfin, la deuxième classe comprend tous ceux dont les sujets ont offert pendant la vie les crachats noirs, mais n'ont point été ouverts. Cette classification, bien que très naturelle, aurait besoin, pour être complète, d'un quatrième ordre, contenant les faits dont les sujets ayant offert pendant la vie une expectoration noire tranchée n'auraient point, à l'autopsie, présenté l'altération propre à la maladie. Mais peut-être ces faits n'existent pas dans la science, et sont-ils encore à recueillir. Dans ce cas, cette classification serait complète pour le moment actuel. Les faits du premier ordre sont au nombre de dix; mais nous pensons que l'auteur n'a pas tenu un compte exact de tous ceux qui ont été publiés jusqu'ici. Et sur ce nombre, neuf ont été recueillis chez des ouvriers employés aux travaux des mines de houille, et le dixième chez un ouvrier employé dans une usine de fer. Sur ces dix faits, trois sont, nous croyons, publiés ici pour la première fois.

Le second ordre ne contient que six cas, dont trois seulement avaient été publiés antérieurement, et dont quatre ont été communiqués directement à l'auteur par les médecins qui les avaient observés. En outre, l'auteur dit avoir appris du professeur Schonlein, de Zurich, qu'il a observé chez les mineurs plusieurs cas semblables à Wurzbourg et à Zurich; il aurait pu encore y joindre le fait observé à Paris en 1836, à l'hôpital de la Charité, par M. Béhier, chez un charbonnier.

Dans la partie de son mémoire consacrée aux faits du troisième ordre, l'auteur publie des communications très importantes sur ce sujet qu'il a reçues de plusieurs médecins qui pratiquent en Angleterre et surtout en Ecosse, dans les districts les plus riches, sous le rapport de la minéralogie et de la métallurgie. Il nous semble ressortir de ces communications, dans lesquelles il n'est pas question de moins de soixante ou soixante-dix cas, que 1° bien que les cas où les malades expectorent des crachats noirs soient plus nombreux parmi les ouvriers qui travaillent à la houille, cependant, ce n'est pas exclusivement chez eux qu'on les observe, puisqu'on en a vu de nombreux cas aussi chez ceux qui sont occupés sur quelques points dans les carrières à pierre; 2° toutes les mines de houille, comme toutes les carrières, ne sont pas également favorables au développement de cette expectoration noire, car il y

en a où on l'observe fréquemment, tandis qu'il en est d'autres où malgré beaucoup d'attention on n'a pu en trouver un seul cas; 3° ce n'est pas non plus à l'emploi que font les mineurs ou les carriers de la poudre à canon pour l'exploitation des mines qu'il faut l'attribuer, puisqu'on l'a observée dans des exploitations où l'on employait d'autres moyens que la poudre à canon.

RECHERCHES SUR QUELQUES POINTS DE LA PATHOLOGIE DES TUBERCULES PULMONAIRES; par le docteur KINGSTON.

L'auteur se propose de démontrer dans ce mémoire les trois assertions suivantes : 1° le tubercule pulmonaire est de structure vasculaire; 2° il se forme quelquefois dans les cellules aériennes des poumons et du produit de leurs sécrétions; 3° il peut se terminer dans quelques cas par une guérison complète, lors même qu'il avait envahi une grande partie des poumons.

1° Après avoir fait remonter à Stark l'opinion qui refuse au tubercule l'organisation et avoir indiqué quelques-unes des causes qui peuvent empêcher l'injection de pénétrer dans le tubercule, il cite plusieurs cas où il a distingué, soit à l'aide d'un verre grossissant, soit même à l'aide de la vue simple, une injection plus ou moins prononcée des tubercules pulmonaires et à divers degrés de leur développement, injection qui, dans quelques cas, était assez forte pour être comparée à celle de la conjonctive enflammée. Cette injection était formée de lignes rouges, quelquefois isolées, d'autres fois présentant de nombreuses ramifications. L'auteur dit avoir répété cette observation dans sept cas différens, et chez des sujets de l'âge le plus varié, depuis sept ans jusqu'à soixante-cinq; chez deux, il y avait infiltration tuberculeuse dans le tissu du poumon.

2° L'auteur, s'appuyant sur des observations anatomiques qui lui sont propres, pense que, dans quelques cas au moins, le tubercule se forme primitivement dans les cellules aériennes du poumon, et, en effet, il dit avoir trouvé, en disséquant avec soin les poumons de quelques phthisiques, des tubercules à divers degrés de développement. En suivant les bronches qui contenaient de la matière tuberculeuse, et pénétrant dans celles de petite dimension, qui étaient distendues par la même matière, il lui est arrivé souvent de les voir se terminer dans une vésicule remplie du même fluide, qui était plus ou moins solidifié. Aussi il ne balance pas à regarder ces vésicules et les tubercules tout à fait solides comme des périodes différentes de la même maladie.

3° La curabilité de l'affection tuberculeuse est aujourd'hui admise par tous les pathologistes qui ont étudié cette maladie avec toute l'attention qu'elle mérite. Le seul appui que donne le docteur Kingston à cette opinion, c'est l'histoire d'un fait bien curieux et certainement le plus remarquable de tous les cas de phthisie guéris cités jusqu'ici, si c'est réellement un cas de phthisie tuberculeuse. En effet, le poumon gauche était rempli de cavernes de grande dimension, qui l'occupaient tout entier et étaient revêtues d'une membrane fine, et le quart du droit au moins était rempli par des masses en partie calcaires, en partie mélaniques, mais dont le caractère tuberculeux ne nous paraît pas assez tranché pour qu'il ne doive pas rester quelque doute sur leur nature.

DES PROPRIÉTÉS MÉDICINALES DE LA CRÉOSOTE; par le docteur ELLIOTSON.

M. Elliotson a essayé la créosote dans plusieurs maladies, et c'est le résultat de ces essais qu'il communique dans ce mémoire. Dans la phthisie et l'épilepsie, il n'a obtenu que des effets peu encourageans, bien qu'il ait vu, dans quelques cas de la première maladie, les accidens éprouver, pendant un peu de temps, un léger amendement, et qu'un jeune homme, qui portait une large caverne dans le poumon gauche, ait paru complètement guéri sous l'influence de cette médication, et que, dans la seconde, elle ait paru procurer un peu de calme aux malades. Ce dernier effet de la créosote engagea le docteur Elliotson à l'administrer dans les cas de névralgie, et il le fit avec succès dans quatre cas, dont il rapporte les observations; mais il avertit en même temps que, dans plusieurs autres, il n'en obtint aucun avantage. Il croit pouvoir établir que c'est dans la névralgie rhumatismale, et non dans celle qui est inflammatoire, que son emploi est le plus efficace; et dit en avoir aussi obtenu un soulagement notable dans des cas d'hystérie grave, et dans ceux d'excitation nerveuse très prononcée, mais en commençant seulement par une dose d'une demi-goutte. C'est le moyen le plus efficace qu'il ait trouvé à opposer aux palpitations qui ne dépendent que d'une excitabilité morbide du cœur.

Mais la propriété la plus précieuse et la plus certaine qu'il ait constatée dans ces essais, c'est la propriété anti-émétique ou antivomitive. Dans les cas de choléra, par exemple, il arrêtait immédiatement les vomissemens par la créosote; les malades n'en mouraient pas moins, mais il avait constaté la propriété dont nous parlons. Sous ce rapport, aucun autre moyen thérapeutique ne serait à comparer avec la créosote dans les cas où il n'existe ni inflammation ni lésion organique de l'estomac; il la met même au-dessus de l'acide prussique, que ses essais ont mis en vogue en Angleterre comme anti-émétique. La dose à laquelle il l'administre est très variable : dans quelques cas, il commence par une fraction de goutte, dans d'autres, par deux, trois gouttes, et même plus, qu'il répète toutes les trois heures.

Enfin, dans deux cas de morve chronique chez l'homme, et contractée auprès des chevaux morveux, il a vu l'injection d'une faible solution de créosote dans les narines faire disparaître, au bout de quelques jours, tous les symptômes.

DE L'ÉPANCHEMENT SÉREUX DANS LES MEMBRANES ET DANS LES VENTRICULES DU CERVEAU, ET DE SES RAPPORTS AVEC L'APOPLEXIE ET LES AUTRES AFFECTIONS CÉRÉBRALES; par le docteur J. SIMS.

Le docteur J. Sims n'admet pas l'existence de l'apoplexie séreuse simple, ou, au moins, il pense que, s'il y en a quelques cas, ils sont extrêmement rares, et que la plupart de ceux qui succombent avec les symptômes qu'on a donnés à l'apoplexie séreuse, ont eu, au contraire, une apoplexie sanguine simple, c'est-à-dire cette forme d'apoplexie dans laquelle on trouve à l'autopsie tous les vaisseaux cérébraux surchargés de sang non extravasé. Pour arriver à la démonstration de cette dernière assertion, l'auteur rapporte plusieurs séries de faits, qui sont disposés dans l'ordre suivant : la première comprend cinquante cas, réunis en un tableau, de sujets morts de maladies différentes et dans le cerveau desquels on a trouvé des quantités assez considérables de sérosité, bien qu'ils n'eussent offert, avant leur mort, aucun accident cérébral.

Le deuxième série contient des cas où l'on a trouvé un épanchement séreux considérable chez des sujets qui ont offert, en outre, des kystes apoplectiques anciens, après avoir succombé à des maladies non cérébrales. Dans la troisième sont rapportés des faits entièrement analogues à ceux de la deuxième série, avec cette différence seulement que les malades ont succombé à un nouvel épanchement sanguin. Dans ces trois séries, la mort ne peut être attribuée à l'épanchement séreux.

La quatrième série ne renferme que des observations de simple apoplexie sanguine, que l'auteur regarde comme ayant été la cause de la mort, qui était arrivée plus ou moins subitement, et à la suite d'accidens cérébraux.

Enfin une cinquième série comprend les cas d'épanchement séreux ancien coexistant avec une forte congestion des vaisseaux sanguins du cerveau, et où la mort, précédée de symptômes cérébraux, est attribuée par l'auteur à la congestion sanguine ou simple apoplexie. Pour résumer en peu de mots notre opinion sur ce travail qui mérite de fixer l'attention de ceux qui s'occupent d'une manière spéciale de l'étude des affections cérébrales, nous dirons que l'auteur a réussi, à notre avis, à démontrer que dans tous les cas qu'il a rapportés l'épanchement séreux n'avait point été la cause de la mort; mais qu'il nous semble n'avoir pas prouvé suffisamment qu'on devait l'attribuer, dans les deux dernières séries, à la congestion cérébrale.

DE L'HYPERTROPHIE ET DE L'ATROPHIE DU CERVEAU; par le même.

Ce mémoire, qui ajoute peu à nos connaissances actuelles sur ces deux lésions du cerveau encore si peu connues; contient cependant quelques recherches importantes sur le poids du cerveau; elles sont présentées dans des tableaux dans lesquels nous regrettons que l'auteur n'ait pas indiqué le poids total du corps à côté de celui du cerveau. Voici au reste un tableau que son peu d'étendue nous permet de reproduire en l'abrégeant et qui fait connaître le poids moyen du cerveau aux différens âges.

De 1 à 2 ans	2 livres	1	once.
2 à 3	2	4	1/5
3 à 4	2	6	1/5
4 à 5	2	7	
5 à 10	2	8	4/9
10 à 15	2	12	4/14
15 à 20	2	19	
20 à 30	2	12	14/19
30 à 40	2	13	14/22
40 à 50	2	14	20/25
50 à 60	2	13	2/23
60 à 70	2	11	34/42
70 ans et au-dessus	2	10	5/44

Il ressort donc de ce tableau que le poids moyen du cerveau va en augmentant jusqu'à 20 ans; qu'entre 20 et 30, il éprouve une légère diminution; qu'ensuite il augmente de nouveau et arrive à son maximum de

40 à 50 ans, et qu'enfin après 50 ans il va continuellement en diminuant. Plusieurs de ces résultats différent de ceux obtenus par les physiologistes qui se sont déjà occupés des mêmes recherches.

Parmi les conclusions que l'auteur tire de ses recherches sur l'hypertrophie et l'atrophie du cerveau, nous citerons les suivantes.

On observe souvent l'hypertrophie chez les apoplectiques, soit par une simple coïncidence, soit comme cause. Dans cet état l'apoplexie simple du cerveau se développe très facilement, et la vie est détruite par le plus petit caillot de sang épanché dans la substance cérébrale.

Le cerveau ne présente quelquefois qu'une hypertrophie partielle; d'un hémisphère, par exemple, d'un lobe, des corps striés ou des couches optiques.

L'hypertrophie est toujours bornée au cerveau; on ne l'observe point dans le cervelet.

Le cerveau éprouve une diminution de poids et de volume (atrophie) dans la vieillesse, dans la phthisie pulmonaire, dans les maladies organiques de l'estomac et dans toutes les affections chroniques qui entraînent un amaigrissement notable.

Le cervelet participe à l'atrophie aussi bien que le cerveau.

EXAMEN DES ORGANES DE L'OUÏE CHEZ UN SUJET AFFECTÉ DE SURDITÉ CONGÉNIALE; par M. THURNAM.

Dans ce cas encore le canal demi-circulaire horizontal était interrompu sur un point de son étendue. Il y avait en outre dans le vestibule une petite incrustation calcaire qui représentait probablement une otolithe de M. Breschet.

L'auteur semble disposé à admettre que l'absence du canal demi-circulaire d'un côté peut avoir suffi pour empêcher l'exercice de l'ouïe, bien que de l'autre côté les organes fussent intacts. Nous pensons comme lui qu'il est important de recueillir de nouveaux faits sur cette partie de la pathologie jusqu'ici si négligée.

NOTICE SUR QUELQUES CAS D'ALIÉNATION MENTALE TRAITÉS AVEC SUCCÈS PAR L'ACÉTATE DE MORPHINE; par le docteur E. SEYMOUR.

Cette communication n'est que l'histoire de trois cas où l'acétate de morphine administré à trois femmes affectées de manie aiguë détermina promptement une guérison complète. L'auteur dit avoir recueilli un plus grand nombre d'observations semblables, et paraît penser que l'acétate de morphine convient plutôt dans les cas de mélancolie où l'esprit ne voit que ruines et crimes que dans l'état où des idées brillantes occupent l'imagination des malades. Nous ferons remarquer que l'auteur prescrivait, outre l'acétate de morphine à la dose d'un grain chaque jour, un laxatif tous les deux jours, tel que l'huile de ricin ou un sel.

VARIÉTÉS.

Ainsi qu'on le verra par le dispositif des jugemens qui suivent, l'insertion en a été ordonnée dans la GAZETTE MÉDICALE.

CONTREFAÇON DES CAPSULES GÉLATINEUSES DE MM. MOTHÈS ET Ce.

Jugemens contradictoires rendus les 13 avril et 22 mai 1838, par les tribunaux de paix des 4e et 11e arrondissemens de Paris, contre MM. Duval, *pharmacien, rue Croix-des-Petits-Champs, 44, et* Durosier, *pharmacien, place Saint-Michel, 18, dépositaires des capsules de jujube de M. Derlon.*

1° JUGEMENT DU 13 AVRIL 1838.

Sur quoi, nous juge de paix, après avoir contradictoirement entendu Me Bérit, avocat, plaidant pour les sieurs Mothès et Ce, Me Chalabre, avocat, plaidant pour le sieur Duval, et Me Viremaître dans ses observations pour le sieur Derlon, lesdites observations tendantes à ce qu'il fût sursis jusqu'à ce qu'il eût été directement cité devant le juge de paix de son domicile, comme auteur principal de la prétendue contrefaçon;

Jugeant en premier ressort sur la demande de Mothès contre Duval;

Vu les disposition de la loi du 25 mai 1791, desquelles il résulte, art. 8, qu'un breveté de perfection ne peut, *sous aucun prétexte*, exécuter l'invention principale; art. 12, que l'auteur de l'invention principale a le droit de poursuivre les objets *non seulement fabriqués, mais débités en fraude;* art. 13, qu'en cas de contestation entre deux brevetés, le brevet antérieur sera, en cas de ressemblance, préféré au brevet subséquent, et qu'en cas de dissemblance le brevet subséquent ne pourra être converti en brevet de perfection, que pour les moyens qui ne seraient pas énoncés dans le brevet antérieur;

Considérant que Mothès et Ce, en vertu de leurs brevets des 5 décembre 1833 et 6 octobre 1834, étaient en possession du droit privatif d'user de l'instrument par eux inventé pour obtenir les capsules gélatineuses, et pour fabriquer, vendre et débiter les capsules elles-mêmes;

Que cette possession a été confirmée en justice par deux jugemens des 16 décembre 1835 et 30 juillet 1836, *qui ont reconnu la nouveauté de l'instrument et de ses produits telle qu'elle avait été proclamée par l'Académie royale de médecine le 13 mai 1834 et par le témoignage des savans;*

Que les prospectus affichés et publiés des capsules gélatineuses au baume de copahu, par brevet d'invention et de perfection de Mothès et Ce sous la direction de Dublanc, pharmacien, portent au nombre des pharmaciens dépositaires de ces capsules le sieur Duval, rue Croix-des-Petits-Champs, 44;

Que cependant le procès-verbal du 28 mars établit la découverte dans l'officine de Duval de sept boîtes de capsules de jujube au baume de copahu liquide, lesquelles boîtes, par l'exemple de l'échantillon déposé au greffe, offrent la même forme ovale et les mêmes proportions que celles des capsules au baume de copahu de Mothès et Ce, etc., etc.;

Que ces capsules portant le nom de Derlon, breveté, ne diffèrent de celles de Mothès et Ce, premier breveté, que par la substitution de la substance végétale de la jujube à la substance animale de la gélatine; *que les unes et les autres ont le même objet, celui de servir d'enveloppe à un liquide nauséabonde et d'en faciliter l'usage sans révolter les organes du goût et de l'odorat;*

Que, soit par Duval, débitant, défendeur principal, soit par Derlon, appelé en garantie, qui refuse de défendre au fond, il n'est pas justifié que les capsules du deuxième breveté aient été produites par des moyens non écrits aux brevets des premiers brevetés, duquel défaut de justification il faut, par provision, induire la présomption que ces capsules, étant semblables à celles des premiers brevetés, ont été faites par des instrumens et des procédés semblables;

Que de tout ce que dessus il résulte que les capsules du deuxième breveté débitées par Duval et saisies à son officine doivent être considérées par l'effet de la provision due au titre comme contrefaçon de celles de Mothès et Ce premiers brevetés.

Que les capsules de Mothès et Ce étant l'ingénieuse enveloppe d'un médicament, et nullement le médicament lui-même, étant préparées à vendre par Dublanc, pharmacien co-breveté, et ne constituant pas un remède secret, ne tombent ni sous l'application de l'article 6 de l'ordonnance du roi du 25 avril 1777, ni sous celle du décret du 18 août 1810, applicables seulement aux remèdes secrets;

Que Duval, déjà constitué dépositaire, et l'un des débitans ordinaires des capsules de Mothès et Ce, premiers brevetés, s'est associé sciemment à une concurrence jusqu'à présent illicite, en accueillant et débitant concurremment dans sa pharmacie les capsules du deuxième breveté.

Que du droit privatif de fabriquer et de vendre leurs capsules dérive pour Mothès et Ce, en vertu de leurs brevets, le droit de poursuivre séparément et indistinctement et les fabricans et les débitans de produits contrefaits;

Disons qu'il y a eu de la part de Duval débits de produits contrefaits, au mépris du droit privatif acquis à Mothès et Ce par lesdits deux brevets;

Déclarons, en conséquence, valable la saisie pratiquée en l'officine de Duval, et ordonnons la confiscation au profit de Mothès des capsules saisies;

Faisons défense à Duval de ne plus, à l'avenir, débiter aucun médicament en capsules, au préjudice des brevets de Mothès et Ce;

Condamnons Duval à payer à Mothès et Ce, à titre de dommages-intérêts, la somme de cinq cents francs, à laquelle somme sont modérés lesdits dommages-intérêts, *eu égard à la date récente du brevet obtenu par Derlon, le 19 janvier* 1836; à verser en outre la somme de 125 fr., formant le quart de ladite somme, au bureau de bienfaisance du quatrième arrondissement, au trésorier duquel il sera, à cet effet, délivré un extrait en forme exécutoire du présent jugement, ensemble aux intérêts tels que de droit, à tout quoi il sera contraint même par corps;

Condamnons Duval à tous les dépens, tant du jugement préparatoire du 10 avril que du présent jugement, dans lesquels entreront les frais d'affiches du dispositif du présent jugement, à 50 exemplaires; et de l'insertion du même dispositif à la *Gazette des Tribunaux*, à la *Gazette de Santé*, et au journal l'*Estafette*. Statuant sur la demande récursoire de Duval contre Derlon, et jugeant par défaut à l'égard de ce dernier, faute par lui de défendre au fond;

Attendu que ce deuxième breveté, demeurant encore sous le coup de l'action directe de Mothès et Ce, ne pourrait en autre être passible de garantie envers les débitans de ses produits qu'autant qu'il les aurait trompés sur l'origine et l'auteur de ses produits; que Derlon a vendu ouvertement à Duval des capsules de jujube de Derlon breveté, ainsi que le portent les étiquettes des boîtes;

Que Duval a bien su que ces capsules n'étaient pas celles gélatineuses de Mothès et Ce, quoique fabriquées aux mêmes fins;

Que Duval a pris à ses risques et périls, et en connaissance de cause, ce débit de capsules de Derlon, et qu'il s'est associé, en ce qui concerne le débit, à l'œuvre de Derlon;

Que dès-lors il tombe sous l'application des dispositions de l'article 1642 du Code civil, qui refuse tout recours à l'acheteur qui a pu se convaincre lui-même des vices de la chose vendue;

Déclarons Duval non recevable en sa demande en garantie contre Derlon, et le condamnons également en tous les dépens relatifs à la demande en garantie;

Ordonnons, suivant le vœu de l'art. 11 de la loi de 1791, l'exécution provisoire du présent jugement, nonobstant appel et sans caution.

(Le second jugement au prochain numéro.)

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE DE FELIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 35. (TOME VI. — 1838.) SAMEDI 1er SEPTEMBRE 1838.

Gazette Médicale

DE PARIS.

LA GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°.—Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Poissonnière*, n° 5, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

A partir du 15 octobre prochain, le bureau de la GAZETTE MÉDICALE sera transféré rue Racine, n° 14.

SOMMAIRE.

CHIRURGIE PRATIQUE.

MÉMOIRE SUR LA CURE DES ANUS CONTRE NATURE PAR L'INCISION DES PAROIS ADOSSÉES DES BOUTS D'INTESTINS, adressé à l'Académie royale de médecine de Paris; par M. le docteur REYBARD, de Lyon.

§ I. — CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR UN NOUVEAU PROCÉDÉ POUR GUÉRIR LES ANUS CONTRE NATURE.

Depuis plusieurs années, je m'occupe d'une manière spéciale de la guérison des plaies des intestins et des anus contre nature. Les plaies des intestins ayant été le sujet d'un autre mémoire, je n'en parlerai pas ici; je me contenterai d'exposer un nouveau procédé opératoire que j'ai appliqué au traitement des anus anormaux et de comparer la méthode de l'incision de la cloison membraneuse avec celle de la destruction par la gangrène.

Pour obtenir l'entière guérison des anus anormaux, deux choses sont nécessaires. Premièrement, il faut rétablir le canal de l'intestin qui a éprouvé une perte de substance et dont les bouts sont actuellement logés et insérés dans l'ouverture qui leur a livré passage.

Deuxièmement, il faut obtenir l'occlusion de la fistule stercorale qui persiste malgré la première opération. Cette fistule est d'autant plus difficile à guérir qu'elle communique plus directement avec la cavité intestinale, ou, ce qui revient au même, que son ouverture s'en rapproche davantage.

On est redevable à Dupuytren de la découverte d'un instrument propre à obtenir la destruction de la cloison membraneuse qui résulte de l'adossement des deux bouts d'intestins; mais la pince est généralement d'une application plus difficile que mon entérotome. Outre que son action douloureuse est souvent accompagnée d'accidens inflammatoires violens et quelquefois mortels, elle n'opère encore la section de la cloison que par la mortification des membranes comprimées, c'est-à-dire avec beaucoup de lenteur et en dix à douze jours seulement.

J'ai remplacé cet instrument par un entérotome avec lequel tous les chirurgiens pourront, comme moi, diviser la cloison intestinale. Dans sa simplicité, il réunit tous les avantages ou toutes les conditions que peut réclamer l'opération de l'entérotomie, c'est-à-dire qu'il opère promptement la division de la cloison membraneuse et le rétablissement du canal intestinal, et qu'il s'oppose en même temps à l'hémorragie et à l'épanchement des matières fécales dans le ventre. Il se compose d'une double pince fenêtrée, longue de six pouces, et d'une lame tranchante à une de ses extrémités, ayant la même longueur.

Si un examen impartial montre que par la méthode de l'incision de la cloison membraneuse on peut, comme je viens de le dire, éviter con-

Feuilleton.

DE LA SUPERFÉTATION DANS LA CARRIÈRE MÉDICALE; PAR LE DOCTEUR CASPER (1).

Ces lignes ont été écrites à l'occasion d'un voyage que fit M. Casper; personne, mieux que lui, n'était à même de traiter une question aussi importante pour les intérêts actuels et futurs de l'état de la médecine, tant à l'étranger qu'en France. Le médecin de Berlin a peut-être rendu le tableau trop sombre; peut-être a-t-il exagéré, dans sa verve généreuse, les inconvéniens qu'il signale. Quoi qu'il en soit, nous laissons parler l'auteur, et lui laissons le mérite, comme la responsabilité de ses opinions.

« Déjà, dans l'Erzgebirg, et plus loin dans toute la Saxe, la Bavière, le pays de Salsbourg, le Tyrol, le royaume Lombardo-Vénitien, la Carniole, la Stirie, la Basse-Autriche et la Bohême, j'avais été frappé de voir dans les villes et les villages les demeures des chirurgiens décorées de grandes enseignes qui embrassaient quelquefois toute la longueur de la maison, avec cette inscription : N. N., chirurgien-accoucheur; ou bien encore maître en ..... et autres formules semblables. Nous n'en sommes, toutefois, pas encore venus là à Berlin et dans tout le nord de l'Allemagne, où les dentistes seuls se permettent pareille chose, bien que nos voisins du Sud n'aient plus qu'un pas à faire pour tomber dans l'abaissement qui se voit dans toute la France, où même les docteurs couvrent leurs maisons d'inscriptions et de placards propres à recommander leurs remèdes, leurs productions; un pas de plus jusqu'à la coutume de Londres et de Paris, où l'étranger ne peut visiter les quartiers les plus fréquentés, sans être assailli par les chargés d'affaires de ces messieurs, avec chaude recommandation imprimée de leurs talens. L'observateur attentif ne peut cependant s'empêcher de reconnaître que nous roulons tout-à-fait sur cette pente, qui doit entraîner la science à sa ruine, et faire disparaître jusqu'au dernier reste de respect accordé à notre état, quand une fois cette populace l'aura emporté sur les âmes nobles et consciencieuses. Alors, la nécessité, le besoin d'assurer une substance à sa famille entraînera les meilleurs, leur fera faire un premier pas, puis un autre; moi-même j'ai rencontré dans mon voyage un digne homme que je pourrais nommer, contraint par des rapports sociaux à embrasser l'homœopathie. Peut-être quelques-uns des meilleurs chercheront-ils à se retirer, si possibilité il y a; et, enfin, quand la foule sera maîtresse de la place, vous ne trouverez plus un digne jeune homme qui voudra violenter son caractère et son cœur au point de faire de la science métier et marchandise. Non, je ne trace pas des tableaux trop sombres, et comme on ne saurait exiger de

(1) *Wochenschrift für die gesammte Heilkunde*, n. 1 et 2, 1838.

stamment l'hémorragie et l'épanchement, on ne devra pas hésiter à la préférer à la méthode de sa destruction par la gangrène: elle n'entraîne pas en effet avec elle l'idée de la douleur et de l'inflammation, accidens presque inséparables de l'application de la pince de Dupuytren. L'introduction de mon instrument est plus facile, plus léger et moins volumineux, ses deux branches sont introduites à la fois dans l'intestin, ou bien elles le sont successivement. Elles sont minces et flexibles, en sorte qu'il étreint peu les parties qu'il embrasse; garnies de petites pointes du côté de leur face correspondante, ma pince contient exactement les bords de la division de la cloison membraneuse. Ces mêmes pointes servent encore à la fixer à la profondeur qu'on l'a placée dans l'intestin. On pourrait donc se dispenser pour empêcher qu'elle se retire de cet organe, de l'attacher extérieurement aux parois abdominales, comme je l'ai fait plusieurs fois. Ces pointes ou petites dents, longues d'une ligne, ne gênent pas le placement de la pince. Si elles rendaient son introduction difficile, on séparerait ses branches pour les enfoncer isolément dans chaque bout d'intestin.

Puisque ma pince comprime faiblement les parties et seulement pour les contenir, elle ne détermine pas comme celle de Dupuytren des coliques qui obligent souvent de la retirer au bout de quelques jours et le plus souvent de quelques heures d'application. Elle ne peut pas non plus déterminer de l'inflammation, parce qu'elle séjourne peu dans l'intestin: on peut la retirer en effet au bout de deux fois vingt-quatre heures, lorsque les bords de la division ont contracté des adhérences par leur côté péritonéal; et encore n'est-on obligé de la laisser aussi longtemps à demeure que lorsqu'on a pratiqué l'entérotomie sur des organes enfermés dans le ventre où on les suppose libres d'adhérences; dans le cas contraire, c'est-à-dire lorsque l'entérotomie porte sur des intestins logés dans l'épaisseur des parois abdominales, on peut la retirer aussitôt que l'hémorragie a cessé. Il devient inutile de la laisser plus longtemps en place, parce qu'on ne redoute pas l'épanchement des matières fécales.

Quoique l'expérience m'eût démontré que l'épanchement n'était pas à craindre après l'entérotomie, puisque je ne l'avais jamais remarqué chez l'homme, je le redoutais encore à cause de mon insuccès dans quelques-unes des opérations d'entérotomie que j'avais pratiquées sur les chiens. J'étais néanmoins convaincu que le déplacement de ma pince n'avait été déterminé, dans ces cas malheureux, que par les mouvemens extraordinaires qu'avaient faits les animaux pour se débarrasser de ce corps étranger. Que mes craintes fussent chimériques ou fondées, j'ai disposé, lorsque j'ai opéré les hernies avec gangrène, les bouts d'intestin de manière que l'entérotomie devînt désormais une opération simple et qu'elle n'entraînât plus avec elle la possibilité de l'épanchement des matières fécales dans le ventre. Pour obtenir ce résultat, j'ai imaginé de tirer dans la plaie une portion des bouts d'intestin, de les y retenir et de les y faire adhérer pour pouvoir pratiquer sur eux l'entérotomie. Alors l'épanchement devient réellement impossible, et la pince n'est laissée quelques heures encore dans la plaie que pour prévenir l'hémorragie. J'ai même fini par pratiquer l'entérotomie ou l'incision de la cloison intestinale avec des ciseaux et sans le secours de la pince, lorsque j'ai cru remarquer que ce dernier accident était de peu d'importance.

Je dois faire remarquer qu'il n'est pas nécessaire de donner à l'incision de la cloison membraneuse une étendue de plusieurs pouces. On peut parfaitement rétablir la continuité du canal, et rendre le cours des fèces facile, en ne l'incisant que dans l'étendue de douze à quinze lignes: or, il est rare même dans les anus anormaux qui se sont établis d'eux-mêmes, que les bouts d'intestin ne soient pas adossés et réunis entre eux, soit dans la plaie, soit dans le ventre, dans une étendue égale à celle que je viens d'indiquer, et suffisante alors pour permettre de donner à l'incision la profondeur voulue. Les expériences que j'ai faites sur les animaux m'ont fortifié dans cette opinion.

Je sais, par l'autopsie des chiens, chez lesquels j'avais produit des anus artificiels, que les bouts d'intestin se réunissent entre eux dans le ventre, dans l'étendue de dix à quinze lignes. Ces adhérences sont d'abord plus étendues, à la vérité; mais elles se détruisent à la longue au point de ne conserver plus tard que cette dimension. J'ai pratiqué l'entérotomie chez quelques-uns de ces animaux assez tard pour trouver les intestins dans la disposition dont je viens de parler, et quoique j'eusse fait avec des ciseaux l'incision de la cloison membraneuse, il n'est survenu ni hémorragie, ni épanchement de fèces dans le ventre. La continuité du canal fut aussi parfaitement rétablie, bien que je n'eusse donné à l'incision que dix à douze lignes d'étendue. D'après cela, je suis porté à croire qu'on ne ferait courir aucun danger aux malades atteints d'anus anormaux anciens, en les opérant simplement avec des ciseaux; toutefois qu'on ne donnerait à l'incision de la cloison intestinale que très peu d'étendue.

Les observations d'anus contre nature dont je vais rapporter l'histoire prouveront de la manière la plus évidente que, quoique la continuité du canal intestinal ne s'opère que sur des portions d'intestin en dehors de l'abdomen et dans la plaie, le passage des fèces n'en est pas moins très facile.

Lorsqu'on a rétabli la continuité du canal intestinal, et qu'on a rendu aux fèces leur cours naturel, on n'a encore remédié qu'à une des indications thérapeutiques des anus anormaux. Il s'en présente une seconde qui consiste à obtenir l'occlusion de l'ouverture anale que l'entérotomie ne détruit jamais. Jadis l'ouverture anale, parce que dans les premiers temps de son existence, elle a tant de largeur, qu'on ne peut plus la considérer comme une simple fistule, bien qu'elle ne donne passage qu'à une petite quantité de matières fécales liquides.

J'ai tour à tour et plusieurs fois employé les diverses sutures pour cicatriser les bords de cette ouverture, ramenés à un état de plaie fraîche, sans pouvoir en obtenir la réunion. J'ai reconnu que celle-ci était constamment empêchée par la présence de matières fécales. J'ai donc toujours échoué dans ces opérations: alors, les considérant comme impossibles, j'ai donné le conseil de les rejeter de la pratique chirurgicale.

Malgré l'inutilité bien constatée de cette opération, considérée sous le rapport qu'elle n'est pas susceptible d'amener la réunion immédiate et complète des bords de la plaie, ou l'occlusion de la fistule, mon avis est cependant qu'on la pratique dans tous les cas où celle-ci est large et existe avec une forme arrondie, afin de lui enlever cette forme et de la réduire beaucoup dans ses dimensions. Pour pratiquer cette opération avec succès, je ne veux pas qu'on se borne à rafraîchir les bords de l'ouverture fistuleuse par une excision qui les rendrait saignans: je conseille de les rafraîchir en leur faisant éprouver une large perte de substance, capable de la convertir en une plaie de forme allongée. La longueur de celle-ci doit varier suivant l'étendue de l'ouverture anale, ou, si l'on veut, elle doit avoir d'autant plus d'étendue que la fistule a plus de dimension. Il ne suffit pas de savoir qu'il faut comprendre la fistule dans une plaie lon-

---

moi que j'emprunte à la chronique scandaleuse, et très scandaleuse, des pièces justificatives, que je n'aurais pour ainsi dire qu'à me baisser pour ramasser, je ne crains que trop d'obtenir, surtout pour ce qui concerne les grandes villes, l'assentiment plein et entier de tous ceux de mes lecteurs qui connaissent de près et par expérience cette triste matière. La surabondance de médecins est la seule cause de ce mal rongeur, qui n'existe pas seulement en Prusse, mais partout, et qui désole surtout les provinces et les villes les plus opulentes. Mais, me dira-t-on, n'est-ce pas de bon augure, et tout à fait dans l'intérêt du bien public, de voir dans des petites villes six médecins prendre la place qu'occupait jadis un seul, et de rencontrer des hommes de l'art établis dans des villages, où il y a dix ans encore on aurait eu de la peine à en attirer un seul par l'appât d'un petit traitement? Le public n'est-il pas là pour le médecin, ou plutôt celui-ci ne doit-il pas être là où on a besoin de lui? J'en conviens; mais le médecin n'est pas une matière comme le bois, le pain, la terre: c'est un homme avec tous ses besoins, avec tous ses penchans, avec toutes ses passions; or, l'encombrement des marchandises en fait tomber le prix et la valeur, et toute profession subit cette loi, depuis l'ouvrier jusqu'à l'artiste et jusqu'au médecin; ce dernier sera d'autant plus obligé de se faire jour, qu'il se sentira plus en baisse, et s'il ne peut percer la foule à l'amiable, il jouera des coudes et des pieds, appellera même à son secours des moyens déloyaux pour parvenir, soit dit sans comparaison; aucun doute, du reste, que cet encombrement de médecins ne soit un véritable mal pour le public. Le médecin, et je n'hésite pas à le dire devant les profanes qui peut-être liront ces lignes, et qui le savent mieux que nous tous, le médecin, dis-je, est en grande partie, et surtout dans les villes, un article de luxe; mais à qui la faute, sinon à lui seul; mais il n'en est pas de plus dangereux, il n'en est aucun dont il soit permis à la société de voir aussi tranquillement les progrès; car plutôt que tout autre, il finit par devenir une nécessité.

» Je souhaite d'être contredit par des magistrats et des médecins revêtus d'un caractère public, qui ont dû acquérir l'expérience du contentieux médical; mais je crains fort de ne pas être réfuté. Il est clair que cette tendance augmentera avec le nombre des médecins. Lorsque ceux-ci sont en proportion avec le véritable besoin du public, ils sont trop occupés de ce dernier pour qu'il y ait jamais lieu à des visites de luxe, à des recettes de luxe et aux taxes qui en résultent: il est donc de l'intérêt du public qu'il n'y ait pas trop de médecins. Berlin, par exemple, comptait, à la fin du dernier siècle, d'après la topographie de Formey, quarante à cinquante médecins praticiens; la population de Berlin s'élevait alors à un nombre rond de 140,000 âmes. Prenez au plus cinquante médecins, et vous en aurez *un* sur 2800 habitans. Nous allons, par un tableau formé sur des données officielles, montrer dans quelle disproportion la population médicale s'est accrue depuis cette époque chez nous. D'après cela, à Berlin, le nombre des médecins praticiens seuls, sans compter les chirurgiens, était au nombre des habitans dans le rapport de:

1 : 1518 en 1826
1 : 1417 — 1827
1 : 1376 — 1828
1 : 1331 — 1829
1 : 1252 — 1830
1 : 1323 — 1831

gitudinale; il faut encore connaître quelle est la direction qu'il convient de lui donner : celle-ci doit être telle qu'elle puisse permettre aux bords de la plaie de se toucher sans le secours des sutures, lorsqu'on donne au corps une position inclinée dans laquelle il se produit deux plis à la peau qui surmontent et cachent la fistule.

Au moyen de cette dernière opération, on détruit la forme arrondie de l'ouverture fistuleuse; ses bords peuvent déjà se toucher sans avoir recours à la position inclinée du corps; mais qu'ils se touchent ou non, on les applique avec force l'un contre l'autre, lorsqu'on lui donne cette position forcée. Dans une semblable disposition, il suffit, pour les faire réunir, de les raviver de temps en temps en les touchant avec le nitrate d'argent. Il serait désormais inutile de les rafraîchir avec l'instrument tranchant, à cause de la cautérisation qui détruit la cicatrice, resserre la fistule, ou, ce qui est plus sensible, chaque cicatrisation nouvelle en diminue l'étendue. Ainsi, si on répète cette opération, on obtiendra constamment son occlusion. On ne peut pas préciser le nombre d'applications de caustique qu'il convient de faire; mais on y aura recours chaque fois que la cicatrice en aura de nouveau gagné les bords.

J'avais depuis très longtemps reconnu l'efficacité des cautérisations avec le nitrate d'argent dans le traitement des fistules stercorales. Je m'en étais en effet servi avec succès en 1822, chez Miseri, pour la fistule qu'il avait conservée après l'opération de l'autoplastie, au moyen de laquelle j'obtins l'occlusion d'une ouverture anale si grande que je doute qu'on puisse jamais en rencontrer de semblables. Néanmoins, ce n'est que depuis ces dernières années que j'ai considéré ce moyen comme un spécifique auquel je conseille d'avoir exclusivement recours pour la guérison de toutes les fistules qui dépendent des anus contre nature.

A la suite de ces observations, et raisonnant par analogie, j'ai étendu l'application de ce cathérétique à la guérison des fistules vésico-vaginales et recto-vaginales, et des déchirures recto-vaginales, etc. Dans divers mémoires à des sociétés savantes, j'ai donné la description de ces maladies traitées par cette méthode.

§ II. OBSERVATIONS PARTICULIÈRES.

OBS. I. — Pendant que je me rendais à Andance (Ardèche), où m'avait fait appeler une personne gravement malade, je fus prié de m'arrêter à St-Cyr, pour visiter un homme qui éprouvait de violentes douleurs au bas-ventre. Cet homme, nommé Pouli, et âgé de 46 ans, avait fait un effort en soulevant une énorme pierre qu'il roulait devant lui. Je me disposais à le voir; mais l'exprès qui me conduisait redoubla ses instances, et je fus obligé de continuer ma route. C'est à mon retour que Pouli put recevoir mes soins.

Les douleurs, qui d'abord avaient été très vives, diminuèrent insensiblement, et, au moment où je le vis, elles avaient à peu près disparu. Le pouls était calme; le testicule droit, tellement enflé que son volume égalait celui d'un œuf de poule. Deux fois plus gros que dans l'état naturel et peu sensible au toucher, le cordon spermatique formait une corde unie et dure qui s'étendait depuis le testicule jusqu'à l'anneau inguinal. La tumeur des bourses conservait exactement la forme du testicule; elle était dure, tendue, rénitente et un peu douloureuse au toucher.

Comme le malade n'éprouvait ni coliques ni envies de vomir, je ne présumai pas qu'il eût une hernie. Ce qui semblait me confirmer dans cette opinion, c'est que je n'apercevais pas de tumeur dans l'anneau inguinal. Ce cas était si étrange que je ne pus de suite en saisir le véritable caractère, aussi je décidai le malade à venir à Annonay, et je le fis admettre à l'hôpital le lendemain, 20 mai 1830.

Le malade, quoique d'une intelligence très commune, mettait pourtant dans ses réponses une grande précision. Il m'apprit que jamais il n'avait eu de grosseur au bas-ventre, ni d'enflure au scrotum.

Il m'assura que le matin, au moment de l'accident, le testicule était subitement devenu aussi gros qu'il l'était le soir quand je le vis.

Alors le doute s'éleva dans mon esprit; si je m'en tenais strictement aux termes de la déclaration qui m'était faite, la tumeur pouvait être une hernie : mais, d'un autre côté, comme elle n'en avait nullement la forme, on pouvait aussi l'attribuer à l'engorgement du testicule et à un épanchement de sang dans la tunique vaginale. En effet, ne pouvait-on pas supposer que l'organe froissé, et en quelque sorte écrasé par la pierre que le malade soulevait, avait subitement fourni une grande quantité de sang, qui, en distendant la tunique vaginale, donnait à cette partie un développement considérable? Cette opinion fut partagée par mon estimable collègue le docteur Desgrand, qui, ne voyant pas de tumeur dans le canal inguinal, ne soupçonnait en aucune manière l'existence d'une hernie étranglée, dont aucun symptôme ne s'était encore montré. En effet, le ventre n'était ni gonflé, ni tendu, ni douloureux à la pression; point de coliques, point de vomissemens, point de fièvre. Nous ne fîmes donc aucune tentative de réduction. Nous pratiquâmes une large saignée, et le soir nous ordonnâmes l'application de quinze sangsues sur la tumeur et sur le trajet du cordon. Le malade fut ensuite placé dans un bain de siége où il demeura plus de deux heures. Les lavemens émolliens, les embrocations huileuses, les cataplasmes sur les parties malades, les boissons délayantes, une diète sévère, rien ne fut omis, et tout fut ponctuellement exécuté. Les deux premiers lavemens vidèrent les gros intestins et entraînèrent beaucoup de matières stercorales.

On continua pendant quatre jours le même traitement, et quoique dans l'intervalle la tumeur n'eût pas diminué, nous ne la considérâmes pas encore comme une hernie. En effet, un léger développement dans la région hypogastrique, déjà sensible à la pression; et quelques maux de cœur, ne pouvaient pas se prendre pour des symptômes d'étranglement. D'ailleurs, ces symptômes pouvaient encore être attribués à l'extension dans le bas-ventre de l'inflammation du testicule et du cordon.

Dans la nuit du quatrième au cinquième jour, de violentes coliques se déclarèrent; le malade eut un vomissement considérable, il rejeta beaucoup de bile mêlée aux boissons qu'il avait prises. Le pouls était petit et fréquent; le ventre douloureux et ballonné; la peau sèche et brûlante. Nous prescrivîmes de nouveau l'application de quarante sangsues sur le ventre, qui, devenu moins sensible à la pression, garda encore le même développement, malgré les bains, les cataplasmes et les onctions huileuses. Presque tous les lavemens qu'on administra, à l'exception des deux premiers, furent gardés, ou une bien faible partie en fut rejetée, sans mélange de bile ni de matière fécale. La tumeur, sans beaucoup augmenter de volume, devenait de plus en plus douloureuse.

Six jours s'étaient ainsi écoulés depuis l'entrée de Pouli à l'hôpital, et sept jours depuis son accident. Je fus alors appelé dans les environs d'Annonay. Mon absence dura deux jours, et pendant cet intervalle, le malade fut confié aux soins du docteur Desgrand, qui appliqua de nouveau les sangsues, et continua le même traitement. Durant mon absence, Pouli eut, le septième et le neuvième jour deux vomissemens, dans lesquels il rejeta des matières âcres et amères. D'après les renseignemens que je recueillis, je dus supposer que c'étaient des matières fécales.

A mon retour, je le trouvai dans un abattement extrême; le pouls était petit et fréquent; la langue était sèche; ses bords et sa partie antérieure étaient rouges; un enduit d'un jaune brunâtre recouvrait sa partie postérieure. Le cordon spermatique, jusqu'alors uniformément engorgé, avait pris un tel accroissement, surtout près de la tunique vaginale, qu'il semblait être une continuation de la tumeur scrotale qui avait déjà triplé de volume et changé de forme. Elle était devenue ovoïde. Sur sa partie antérieure et supérieure, on remarquait une saillie inégale où la couleur de la peau était rouge violet. La percussion sur ce point rendait un son clair, qui annonçait que des gaz y étaient renfermés. Partout ailleurs la compression faisait entendre une sorte de crépitation. Le ventre était gonflé et tendu, et la moindre pression y excitait les douleurs les plus vives. Le malade éprouvait de fréquens maux de cœur; trois fois il avait

---

1 :	1311	en	1832
1 :	1271	—	1833
1 :	1274	—	1834
1 :	1167	—	1835
1 :	940	—	1836

» D'où ressort non seulement l'accroissement annuel du nombre des médecins, mais encore ce fait bien remarquable qu'il s'est triplé chez nous depuis quarante ans. Presque toutes nos provinces, et surtout la Poméranie, la Vestphalie, principalement les riches provinces du Rhin, ressentent aussi cette proportion ascendante; serait-ce qu'il y a maintenant à Berlin trois fois plus de malades qu'auparavant? ou bien la prospérité de la ville a-t-elle le même multiple? Ni l'un ni l'autre. Tous les torts, tous les désavantages, résultats présens et futurs de cette superfétation médicale, tant pour la pratique que pour la science, sont trop évidens pour être méconnus. La véritable puissance du médecin repose sur son expérience; il y puise toujours de nouvelles forces et ne saurait exister sans elle.

» De tout temps et à juste titre le bon sens du public s'est détourné des médecins de livres, praticiens de cabinet. Mais la science la mieux acquise doit aussi se rouiller lorsqu'une trop grande concurrence rend l'expérience impossible ou bien fait perdre celle déjà acquise. Et quel mal pour la science! Quelle époque autre que la nôtre a produit un plus misérable fatras de littérature médicale; et à quelle cause autre qu'à l'impossibilité où se trouvent tant de malheureux de faire valoir leur capital intellectuel sinon par la plume, faut-il attribuer cette véritable fabrique d'écrits médicaux? De là cette masse de théories indigestes, de fausses observations, de contes et de documens mensongers, œuvres livrées au trafic scientifique et auxquelles il ne manque que le retentissement d'un nom anglais ou français pour les rendre d'autant plus suspectes, car chez nos voisins toutes ces manœuvres sont encore plus perfectionnées que chez nous. C'est ainsi que l'on fausse en quelque sorte la science d'expérience et l'on peut à peine en vouloir à des hommes bien pensans qui, après s'être pendant quelque temps égarés, jettent enfin le manche après la cognée, et ne se soucient plus que des enseignemens qu'ils peuvent trouver eux-mêmes au chevet du malade ou sous l'acier de leur scalpel. Le plus grand des médecins, la nature, ne manquera pas à une population privée de docteurs; et cette privation sera en tout cas un mal moindre que la jonglerie médicale de bas étage qui ne peut qu'augmenter par l'entassement des praticiens. »

Nous nous arrêtons là. Le lecteur a pu voir que le mal dont M. Casper cherche à débarrasser l'Allemagne y est tout aussi vivace que chez nous. Quel est maintenant le moyen que le savant de Berlin propose pour y remédier? Disons-le en peu de mots : c'est, non pas de monopoliser la médecine, comme on pourrait le croire au premier aperçu, mais c'est de faire du médecin un fonctionnaire public, nommé par l'état, dépendant de l'état, et souvent salarié par l'état; en un mot, chargé de veiller aux intérêts de la santé publique, tout comme le ministre de la religion est le médecin des âmes; il aura, comme lui, son troupeau, sa circonscription territoriale, son caractère officiel, placé qu'il est entre le gouvernement et les gouvernés, et ayant encore, comme lui, cette position toute particulière que lui assure, en dehors de ses rapports publics, la confiance individuelle de tous ceux qui ont besoin de lui.

Il est évident qu'une réorganisation ou pour mieux dire une révolution si

vomi, et il n'était pas allé à la selle depuis les premiers momens de son accident.

Quoiqu'il fût désormais impossible, d'après les signes d'étranglement qui se manifestaient, de se méprendre sur l'existence d'une hernie incarcérée, je ne pouvais, néanmoins, comprendre de quelle manière elle s'était formée. Ma surprise s'accrut encore quand je fus convaincu que cette hernie était congénitale.

J'ai dit que sur la partie antérieure du scrotum, où l'on distinguait aisément de la fluctuation, la tumeur s'avançait en saillie. Je pratiquai sur ce point à l'aide du bistouri une large incision qui laissa d'abord échapper un gaz fétide, puis une grande quantité de matière noire puriforme, d'une odeur infecte et gangreneuse. J'étendis ensuite cette incision en haut et en bas à tout le scrotum, et je mis à découvert une anse d'intestin grêle contenu dans la tunique vaginale, à laquelle elle n'adhérait pas encore. Sur la moitié antérieure de cette anse intestinale existait une escarre large comme une pièce de trois francs, dans laquelle on remarquait deux petites ouvertures par où s'étaient échappés les gaz et les matières fécales les plus liquides. L'autre partie de cet organe était d'un rouge brunâtre, et la gangrène ne l'avait pas encore attaquée. L'intestin placé devant le testicule qu'il enveloppait l'avait préservé du contact des matières fécales; ainsi il n'avait souffert aucune altération, ni dans son volume, ni dans sa couleur, ni dans sa forme.

Après avoir ouvert la tumeur dans toute son étendue, et reconnu que l'intestin était étranglé par le col que le sac herniaire formait immédiatement au-dessus de la tunique vaginale, je fis cesser l'étranglement en coupant à la fois de dedans en dehors le col du sac et les tégumens, avec un bistouri conduit sur une sonde cannelée. Je découvris un demi-pouce d'intestin, et j'eus ainsi l'assurance qu'il n'avait éprouvé d'étranglement que dans l'ouverture par laquelle il avait pénétré dans la tunique vaginale, quoique probablement il fût rouge et enflammé jusque dans le ventre : je ne crus pas nécessaire de le découvrir tout à fait et de débrider l'anneau inguinal, pour l'isoler des parties environnantes, et le repousser au fond de la plaie, ainsi que le conseillent les maîtres de l'art. Je considérai, au contraire, comme très avantageuses les adhérences qu'il avait contractées avec le sac dans toute l'étendue du canal inguinal. Cette disposition singulière me fournit l'occasion de modifier et de simplifier beaucoup l'entérotomie, en la pratiquant pour la première fois sur des portions d'intestin herniées, c'est-à-dire en dehors du ventre : en effet, dans l'opération de Pouli, on devait borner la division à la cloison que les bouts d'intestin formaient dans le canal inguinal, tandis que dans les cas que j'avais observés jusqu'alors (Voyez mon mémoire sur les anus contre nature) cette division avait porté sur des organes moitié adhérens entre eux et la plaie du ventre, et moitié libres dans l'abdomen. Je retranchai avec des ciseaux la partie de cet organe contenue dans la tunique vaginale. J'avais préparé un fil ciré, afin de faire la ligature des artères mésentériques et d'arrêter l'hémorragie; mais ces vaisseaux fournirent si peu de sang que cette précaution devint inutile; il eût même été avantageux que la saignée fût plus abondante, pour modérer l'inflammation de l'intestin, en opérant le dégorgement de ses vaisseaux capillaires.

Après avoir achevé l'opération, je pansai la plaie et je combattis les symptômes inflammatoires en appliquant d'abord sur la tumeur douze sangsues, dont un grand nombre se prirent directement au bout d'intestin que j'avais mis à découvert par le débridement. Cette saignée locale diminua l'inflammation. Pendant que le malade était dans un bain de siége où je l'avais fait mettre, six heures après l'opération, une abondante évacuation de matières stercorales eut lieu par la plaie; cependant le malade n'avait encore bu que la moitié d'une potion laxative où entrait une once et demie d'huile de ricin.

On fit de fréquentes embrocations huileuses sur le ventre que l'on recouvrit de cataplasmes, ainsi que la tumeur.

Un soulagement sensible eut lieu dès les premiers momens qui suivirent l'opération; il alla croissant jusqu'au soir ; alors le ventre était déjà moins tendu et moins douloureux à la pression, car les évacuations alvines avaient toujours lieu. Six heures d'un sommeil non interrompu réparèrent les forces du malade et ranimèrent son courage abattu. Le même traitement, continué pendant six jours, fit disparaître jusqu'aux moindres traces de l'inflammation. Dès le troisième jour de l'opération, je n'avais pu refuser aux instances du malade quelques alimens fort légers : l'appétit devint de plus en plus impérieux, et à chaque distribution de vivres aux malades, trouvant sa portion trop petite, Pouli se prenait à pleurer. Le sixième et le septième jour, la ration entière lui fut accordée.

La disposition des intestins dans le canal inguinal m'aurait engagé à pratiquer l'entérotomie, aussitôt après l'opération de la hernie, si les accidens inflammatoires ne s'y fussent opposés. En effet, la cloison intestinale, qu'on devait couper étant en dehors du ventre, tout épanchement intérieur devenait impossible; en outre, mon instrument ne devait séjourner dans l'intestin que cinq à six heures, ou seulement le temps nécessaire pour arrêter l'hémorragie, tandis que pour la guérison des anus contre nature ordinaires, c'est-à-dire, lorsque les bouts d'intestin sont en partie libres dans l'abdomen, ma pince doit être laissée à demeure deux jours entiers. Quoi qu'il en soit, je renvoyai l'opération à l'époque où l'inflammation abdominale serait entièrement dissipée. L'introduction de ma pince dans un organe aussi enflammé aurait beaucoup fait souffrir le malade, et son séjour, en maintenant l'irritation, aurait pu provoquer la continuation des symptômes de l'étranglement. Je compris facilement que, quoique l'entérotomie ne dût porter que sur des organes logés dans l'ouverture abdominale, le cours des fèces n'en serait pas moins parfaitement rétabli : leur passage du bout supérieur de l'intestin dans le bout inférieur me prouva bientôt que mes prévisions étaient justes.

Une hernie congénitale accidentellement développée à l'âge de Pouli doit être une maladie extrêmement rare; j'ignore même si on en possède d'autres exemples. Sa formation est aussi un problème difficile à expliquer. On est obligé, pour s'en rendre compte, d'admettre que le sac péritonéal, entraîné par le testicule, à l'époque de la naissance, ne s'est jamais complétement oblitéré. Les auteurs qui ont écrit sur l'anatomie ne parlent nulle part d'une semblable disposition. S'en suit-il de là qu'elles ne doivent jamais se rencontrer ? Pour moi, j'ai cru l'avoir aperçue deux fois encore. La première à l'Hôtel-Dieu de Lyon, où je faisais le service de chirurgien interne, chez un jeune homme que l'on opérait d'une hydrocèle par la ponction. La première injection, que l'on fit avec deux seringues pleines de vin chaud, après avoir distendu un instant la tunique vaginale, disparut ensuite subitement. Passa-t-elle dans le ventre ? Je le présume; car l'opérateur, en avouant sa surprise, ne nous donna pas de ce phénomène une explication différente, quoique cependant les injections qu'il fit ensuite n'eurent pas le même résultat. Voici la seconde remarque que j'ai été à portée de faire : j'opérais par la ponction une hydrocèle chez un jeune homme âgé de 20 ans; le liquide de l'injection disparut tout à coup. Je suis convaincu qu'il pénétra dans le ventre; car dès que la tunique vaginale eut été distendue, les bourses se contractèrent, et l'anneau inguinal se gonfla momentanément. Les deux malades éprouvèrent de violentes coliques aussitôt après ces injections.

On voit, d'après ces remarques, et surtout d'après l'observation de Pouli, que le sac péritonéal qu'entraine le testicule en descendant dans les bourses ne se réunit pas toujours exactement sur le canal déférent ; qu'il reste quelquefois contigu à ce conduit jusqu'à un âge avancé, sans que les individus chez qui cette disposition se rencontre soient atteints de hernie, tant les rapports de contiguité de ces parties sont exacts, et tant l'ouverture abdominale est étroite.

Huit jours après l'opération de la hernie, l'inflammation abdominale avait entièrement disparu; le ventre, devenu souple, n'était plus douloureux à la pression. Quoique les alimens traversaient rapidement le canal alimentaire, le malade avait cependant repris des forces. Je résolus alors, pour rétablir la continuité du canal intestinal, d'employer mon entérotome, dont j'ai donné la description et indiqué l'usage dans mon mémoire sur les anus contre nature; mais lorsque j'eus fermé ma pince engagée dans les bouts d'intestin, je vis que la muqueuse de la cloison intestinale, saisie entre ses branches, reportait et faisait en quelque sorte hernie à travers l'espace que laissent entre elles les deux tiges dont chaque branche se compose. Je m'aperçus que cette disposition s'opposait à l'incision de la cloison, parce que le clou qui traverse la lame à la base de son tranchant repoussait cette cloison devant lui.

Cet inconvénient me décida à ajourner l'opération et à modifier mon instrument. Dans mes premières opérations, je m'étais servi de l'entérotome cité plus haut dont la lame était à double tranchant ; mais de nombreuses expériences

---

complète rencontrera d'immenses difficultés d'exécution ou peut-être l'impossibilité : si on ne pouvait imaginer d'autres remèdes, nous concevons que l'expérience valût la peine d'être tentée; mais constatons que pour la France elle trouverait dans l'esprit public, dans l'esprit même de nos institutions une barrière d'autant plus infranchissable que dans notre conviction elle repose sur des principes nécessaires, résultats immédiats de notre organisation sociale. Nous ne sommes pas à même de juger si en Allemagne l'état des choses est aussi antipathique à la proposition de M. Casper; mais il nous semble étonnant qu'un pareil système soit précisément enfanté en Prusse qui à notre connaissance est le seul état allemand où la liberté professionnelle ait été entièrement débarrassée de toutes les entraves légales qui lui sont encore imposées dans le reste de l'Allemagne, où nous voyons subsister jusqu'à ce jour les maîtrises et les jurandes qui n'ont pas survécu chez nous à la révolution de 89. Une voix s'est déjà élevée à Berlin même contre la proposition de M. Casper, M. Vetter (1) a fait voir avec beaucoup de sagacité et de justesse les principaux inconvéniens qui résulteraient de la mise en pratique de ce système, tant pour les intérêts scientifiques que pour les intérêts matériels des médecins et de la médecine.

CRÉATION, PAR ORDONNANCE DU ROI, D'UNE FACULTÉ DES SCIENCES A BORDEAUX.

Art. 1. Une faculté des sciences est créée dans le chef-lieu de l'académie de Bordeaux.

2. Cette faculté sera composée de six chaires, savoir :

Mathématiques pures;—astronomie et mécanique rationnelle;—physique;—chimie;—zoologie et physiologie animale;—botanique, minéralogie et géologie.

3. Les chaires d'histoire naturelle des facultés des sciences de Caen, Dijon et Strasbourg, sont et demeurent exclusivement consacrées à la botanique, à la minéralogie et à la géologie.

4. Une chaire de zoologie et de physiologie animale est créée dans chacune de ces facultés. L'une des deux chaires d'histoire naturelle de l'académie de Dijon sera provisoirement confiée à un professeur adjoint.

5. La chaire de physique et de chimie de la faculté des sciences de Grenoble est et demeure exclusivement consacrée à la physique.

6. Une chaire de chimie est créée dans cette faculté.

7. Les professeurs des nouvelles chaires seront nommés, pour la première fois, directement par notre ministre de l'instruction publique, grand-maître de l'Université.

— LETTRES SUR LES ULCÉRATIONS DE LA MATRICE (MÉTROELCOSES) ET LEUR TRAITEMENT; par S. J. OTTERBURG, D. M. Brochure in-8° de 100 pages. 1839, Paris chez Germer-Baillière.

— TRAITÉ DES MALADIES DE LA SECONDE ENFANCE; par le docteur A. BERTON, chirurgien A. M. de la garde municipale de Paris ; avec des notes de M. BARON, médecin de l'hôpital des enfans. Chez J.-B. Baillière, rue de l'école de médecine, n° 13 bis. Un fort volume in-8°. Paris, 1838.

(1) *Wochenschrift für die gesammte Heilkunde*, n° 17, 1838.

sur les animaux m'avaient depuis démontré la supériorité de la lame à un seul tranchant. En effet, la lame à deux tranchans aurait pu pénétrer quelquefois dans l'intestin, sans opérer la section de la cloison intestinale. D'un autre côté, la lame à tranchant unique opérait mieux cette division; mais sa pointe en dépassant la branche inférieure de la pince faisait courir le risque de blesser la paroi opposée de l'intestin, et d'occasioner ainsi un épanchement intérieur; en outre, j'avais quelquefois observé qu'il était difficile d'engager simultanément les deux branches de la pince à une grande profondeur, à cause de l'angle plus ou moins ouvert que les deux bouts de cet organe forment en se séparant dans le ventre. L'introduction des deux branches lorsqu'elle est successive est aussi plus aisée; elle permet encore de donner plus d'étendue à l'incision de la cloison intestinale. Mais, comme on le verra bientôt, je fus assez heureux pour remédier à tous ces inconvéniens. Au reste, voici la description de cet instrument modifié dont je fis usage, pour la première fois, dans le cas que je rapporte.

Mon entérotome se compose de deux parties :

D'une pince fénétrée, longue de six pouces environ, et d'une lame tranchante à une de ses extrémités ayant la même longueur.

La pince est formée de deux branches; chaque branche est percée d'une extrémité à l'autre par une fente d'environ deux lignes et demie de large : elles sont réunies à leur extrémité inférieure par une sorte d'articulation fermée par une vis transversale. A deux pouces de l'extrémité inférieure de la pince, il y a sur la branche supérieure, à droite et à gauche, deux trous placés en regard de deux autres trous qui existent sur la branche inférieure; ils reçoivent les vis de pression destinées à fermer l'intrument. Au-dessus de ces vis commence la partie de la pince qui doit saisir la cloison intestinale. Cette partie est représentée dans chaque branche par deux tiges parallèlement disposées, minces, légèrement élastiques, et réunies à l'extrémité supérieure de la pince par un contour arrondi. Les bords correspondans des tiges de la branche inférieure présentent une cannelure, espèce de coulisse qui commence un pouce au-dessus de l'extrémité inférieure de la pince et qui finit quatre lignes plus bas que l'extrémité supérieure. C'est dans cette coulisse qu'est reçue et que glisse le bouton aplati placé à l'extrémité du tranchant de la lame.

La lame aplatie large d'environ six lignes offre à une de ses extrémités un tranchant obliquement dirigé en haut et en arrière. La pointe de ce tranchant se termine par un bouton aplati qui assujétit la lame dans la cannelure pratiquée sur la branche inférieure et la dirige pendant l'opération.

Avec cet instrument perfectionné, j'opérai Pouli le 17 juin. Environ dix-huit jours après l'opération de la hernie, la plaie s'était déjà rétrécie, malgré la difficulté d'y entretenir la propreté.

Les ouvertures intestinales n'avaient éprouvé aucun changement digne de remarque. Les bouts d'intestins étaient moins volumineux. Je pus très facilement y introduire jusqu'à l'anneau inguinal; les deux branches de la pince dans toute leur étendue et sans les séparer. Je plaçai ensuite la lame, et la poussant sans effort, elle coupa obliquement de bas en haut et d'avant en arrière la cloison intestinale; alors je la retirai, et laissant la pince dans l'intestin, je l'assujétis par les pièces du pansement; elle était en effet recouverte par plusieurs plumasseaux de charpie et des compresses que je soutins avec une bande modérément serrée.

Je prescrivis au malade le repos le plus absolu et je garantis la plaie du poids des couvertures au moyen d'un arçon placé en travers du corps. L'introduction de la pince faite avec précaution fut peu douloureuse; la section de la cloison intestinale fut pratiquée sans que le malade qui la redoutait beaucoup s'en fût aperçu, car la lame était déjà retirée lorsqu'il me demanda si je le ferais beaucoup souffrir. Je ne laissai ma pince en place que durant cinq à six heures, car elle n'était point placée dans le but de favoriser les adhérences des bouts d'intestins, mais seulement dans celui d'arrêter l'hémorragie, en comprimant les bords de la division de la cloison intestinale. Avant de retirer la pince, je fis d'abord cesser la compression qu'elle exerçait sur les bords de la division, en ôtant les vis, et lorsque quelques minutes après je ne vis pas couler de sang, je l'ôtai tout à fait. Je recouvris ensuite la plaie avec des plumasseaux de charpie enduits de cérat, des compresses et une bande convenablement serrée. La compression que ce bandage exerçait sur la plaie s'opposa à l'écoulement des fèces et favorisa leur passage par les voies naturelles. Après ce pansement, le malade éprouva des borborygmes, de légères coliques, et peu de temps après il rendit des matières bilieuses.

Au bout de quelques jours, je remplaçai la bande par un bandage herniaire, qui, en exerçant une compression plus directe sur l'ouverture fistuleuse, la bouchait plus exactement.

Dès lors les matières fécales passant librement du bout supérieur dans l'inférieur, on ne pansa la plaie que soir et matin.

Le testicule que je tenais enfoncé dans les bourses en soulevant la peau du scrotum avait formé des adhérences avec la tunique vaginale qui l'enveloppait complètement. La plaie se rétrécit de plus en plus; ses bords s'affaissèrent, et une large cicatrice les réunit bientôt au fond de la plaie et à la muqueuse intestinale, autour de l'ouverture anale. En effet, quinze jours après avoir rétabli la continuité du canal intestinal, une cicatrice enfoncée se forma sur la plaie, au-dessus de laquelle se remarquait l'ouverture anale, légèrement ovale, large pour admettre le petit doigt; celle ci était obliquement dirigée de haut en bas et d'avant en arrière. Malgré l'exactitude avec laquelle elle était bouchée, il s'en échappait toujours des matières bilieuses qui tachaient plus ou moins les pièces du pansement.

Deux moyens de guérison se présentaient à mon choix : je pouvais, ainsi que je l'avais déjà fait dans des cas semblables, attirer un lambeau de peau sur l'orifice anal et obtenir ainsi une cicatrisation satisfaisante. Mais en remarquant le relâchement de la peau, je songeai qu'un heureux résultat serait facilement atteint si je rapprochais les bords de la plaie après les avoir rafraichis. Cette opération plus facile, plus simple et surtout moins douloureuse que la première, eut la préférence. J'avais recommandé au malade un repos absolu et une diète sévère; quelques lavemens et l'usage exclusif des gelées animales achevèrent de le préparer à cette opération qui eut lieu le 28 juin.

Après avoir enlevé la cicatrice et la partie calleuse des bords de la peau, j'excisai la muqueuse de l'intestin que la disposition de son ouverture laissait apercevoir au fond de la plaie. J'obtins de cette manière une solution de continuité profonde, parallèle à la direction de l'anneau inguinal et longue d'environ un pouce et demi. Trois points de suture suffirent pour mettre ses bords en contact. Le premier fut placé à trois lignes de l'angle supérieur de la plaie, parce que l'ouverture anale y correspondait. Le second fut placé six lignes au-dessous, et le troisième encore quatre à cinq lignes plus bas que le précédent. Chaque point de suture embrassait une étendue de cinq à six lignes des bords de la plaie. Ils furent noués de chaque côté, sur un rouleau de toile de diapalme, comme dans la suture enchevillée. Les bords de la plaie étaient si exactement affrontés que je ne doutais pas du succès de leur réunion.

Quoiqu'il fût si aisé de les mettre en contact, qu'un seul point de suture eût suffi pour atteindre ce but, j'en mis cependant plusieurs, parce que j'avais compris la nécessité d'appliquer les bords de la plaie avec force l'un contre l'autre, afin de s'opposer à l'écoulement des fèces qui par leur âcreté auraient éloigné le moment de la réunion.

Après avoir recouvert la plaie avec des plumasseaux de charpie et des compresses, je contins le tout avec une bande un peu serrée. Je plaçai un coussin sous la cuisse malade pour la tenir fléchie. Je prescrivis le repos et la continuation du régime que j'ai indiqué. En me retirant, j'espérais ne panser la plaie qu'au bout de cinq à six jours; mais je fus bien trompé dans mon attente, car sept à huit heures après l'opération, l'appareil était déjà tout inondé par les matières fécales, qui s'étaient échappées en plus grande quantité qu'avant l'opération. Je fus donc obligé de laver la plaie et de renouveler l'appareil que je contins alors avec un brayer modérément serré : je resserrai plus tard les points de suture à mesure qu'ils se relâchaient. Malgré ces précautions, les matières continuèrent à couler par la plaie dont les bords n'avaient pas cessé d'être exactement réunis, et elles y développèrent beaucoup d'inflammation.

Le cinquième jour, j'ôtai les points de suture et je combattis l'irritation qu'ils avaient excitée sur les bords de la plaie par l'application des cataplasmes émolliens. Dès-lors les matières fécales cessèrent de couler, ou au moins leur écoulement se réduisit à ce qu'il était avant l'opération.

La résection des bords de l'ouverture fistuleuse ainsi que les points de suture qu'on emploie pour réunir la plaie détermine toujours dans celle-ci une irritation qui se reproduit sympathiquement dans tout le lobe intestinal. Cette irritation est si vivement ressentie par ces organes, que l'écoulement des fèces en est tout à coup prodigieusement augmenté : or, comme la présence de ces matières met obstacle à la réunion de la plaie, on doit désormais reconnaître l'impossibilité d'obtenir l'occlusion des fistules stercorales par de semblables opérations.

L'inutilité des points de suture m'était déjà démontrée : cette dernière expérience affermissait encore ma conviction; car l'ouverture fistuleuse avait conservé ses dimensions, et à parler exactement, elle était même devenue un peu plus large. Toutefois avant d'employer de nouveaux moyens, je résolus de tenter encore la même opération, en modifiant les moyens de réunion; c'est ainsi qu'un mois après je rafraichis les bords de la fistule toujours dans la direction de l'anneau inguinal, et après avoir enlevé assez de peau pour arriver à la partie saine, je réunis les bords de la plaie par l'espèce de suture enchevillée dont je vais donner la description.

Un fil ciré long de deux pieds et demi, deux aiguilles droites fines et longues de deux pouces et demi, semblables d'ailleurs à celles dont on fait usage pour le bec-de-lièvre, me servirent dans cette opération.

Au lieu de traverser avec ces aiguilles les deux lèvres de la plaie comme dans la suture entortillée, je les ai placées séparément dans le sens de leur longueur. Par exemple avec une de ces aiguilles, j'ai percé la lèvre droite, six lignes en dehors.

Du niveau de son extrémité supérieure, je l'ai traversée verticalement dans le sens de sa longueur, et je l'ai fait ressortir six lignes en-dehors de son extrémité inférieure. La seconde aiguille fut placée de la même manière dans la lèvre gauche de la plaie et à la même distance de son bord libre. Les aiguilles étant introduites, pendant qu'un aide rapprochait les lèvres de la plaie en les pressant de chaque côté avec les doigts, je posai le milieu du fil sur l'extrémité supérieure des aiguilles, et l'y ayant croisé plusieurs fois, je le descendis sur leur extrémité inférieure, en croisant ses deux bouts devant la plaie, de manière à leur faire décrire un X; parvenu à l'extrémité inférieure des aiguilles, j'y passai les fils, et, les ayant fait aller plusieurs fois de l'une à l'autre, je les rapportai à leur extrémité supérieure, en les croisant de nouveau sur la plaie. Je continuai de la sorte tant qu'il me restait du fil, et j'obtins, par ce moyen, une réunion des bords de la plaie d'autant plus exacte que les fils exerçaient sur ces bords une compression plus forte et plus uniforme que dans la suture à l'usage du bec-de-lièvre. La plaie fut recouverte avec un plumasseau de charpie engraissé de cérat.

Les aiguilles enfoncées à une grande distance des bords libres de la plaie devaient moins les irriter que les points de suture isolés, qui, après les avoir traversés, les comprimaient encore très fortement; d'un autre côté, la force avec laquelle les bords de la plaie étaient appliqués les uns contre les autres, et l'exactitude de leur réunion, encore consolidée par les fils qui se croisaient sur eux, étaient autant de conditions favorables qu'on ne rencontrait pas dans la précédente suture, et qui devaient faciliter l'adhésion par première intention.

Le malade garda le repos et observa le même régime que dans l'opération précédente. Pendant trente-six heures, la plaie restait sèche; mais, vers la fin de la seconde journée, les matières coulèrent et mouillèrent la charpie.

Je lavai la plaie et j'y fis des injections d'eau tiède. Ses bords ne s'étant pas encore écartés, je laissai les choses dans le même état. Le troisième jour, je resserrai les fils, déjà un peu relâchés, et je nettoyai de nouveau la plaie, qui restait encore sèche pendant vingt-quatre heures. Après ce temps, l'écoulement reparut et continua de plus en plus fort, jusqu'au sixième jour, époque à laquelle je retirai les aiguilles. Comme les matières fécales ne s'échappaient que par l'extrémité supérieure de la plaie, la moitié inférieure de celle-ci se cica-

trisa. Sa guérison fut due à la propreté que j'y entretins et à la précaution que j'eus d'en rapprocher les bords, en resserrant tous les jours les fils de la suture. Les aiguilles étant retirées, je recouvris la plaie avec des cataplasmes émolliens, pour faire cesser l'engorgement de ses lèvres, qui étaient coupées dans une grande étendue.

Si je n'ai pas obtenu, par le moyen de cette suture, l'entière cicatrisation de la plaie et l'occlusion de la fistule, j'ai du moins réduit beaucoup les dimensions de la solution de continuité; et, en détruisant une cicatrice profonde, ce n'est point tout : j'ai donné à son ouverture une disposition particulière, qui devait permettre d'en obtenir l'entière obstruction, au moyen de la position que je ferais prendre au malade, ainsi que je l'avais pratiqué avec succès chez Miseri. (Voy. mon mémoire sur les anus contre nature.)

J'avais eu l'idée de la suture que je viens d'indiquer, parce qu'elle m'avait déjà parfaitement réussi dans un cas de déchirure recto-vaginale.

Ces deux échecs avaient entièrement découragé le malade, d'ailleurs peu docile : j'étais d'autant plus fâché de le voir dans cette disposition d'esprit qu'il refusa de se laisser opérer de nouveau, quoique j'eusse alors la conviction de pouvoir le guérir radicalement. Je profitai cependant des derniers jours qu'il restait à l'hôpital pour cautériser la muqueuse de l'ouverture fistuleuse, avec une petite tente de charpie saupoudrée de pierre infernale. Cette cautérisation eut le plus heureux résultat : en effet, au bout de trois semaines, l'ouverture fistuleuse avait déjà perdu la moitié de son étendue, et lorsqu'il quitta l'hôpital, le 12 août, son orifice avait à peine quatre lignes de diamètre. Le malade m'avait promis de revenir tous les vingt jours pour faire toucher sa fistule avec le nitrate d'argent, ainsi que je l'avais fait plusieurs fois avant son départ, mais il ne tint pas parole : ce ne fut, en effet, que le 10 janvier de l'année suivante que la misère et le froid, autant que le besoin d'un bandage qu'il venait réclamer, me le ramenèrent à l'hôpital. Sa fistule s'était peu rétrécie depuis que je ne l'avais vu; aussi profitai-je de son retour à l'hôpital pour lui faire la petite opération qu'il avait refusée avec opiniâtreté, et par laquelle je devais la rétrécir de moitié. Voici cette opération :

L'ouverture fistuleuse était surmontée par un enfoncement infundibuliforme; ses bords étaient calleux et recouverts par une cicatrice mince. J'enlevai cette cicatrice en coupant de chaque côté, à droite et à gauche, un petit lambeau de peau de forme triangulaire, dont la base correspond à l'ouverture fistuleuse. Au moyen de cette perte de substance, j'affaiblis la peau, et je pus, en donnant à l'abdomen une position inclinée, lui faire prendre un pli transversal, qui rapprochait avec force les bords de la plaie, au milieu de laquelle se rencontrait l'ouverture fistuleuse. J'augmentai encore ce pli en soulevant les bourses avec un suspensoir. Malgré l'exactitude avec laquelle les bords se touchaient, les fèces coulèrent encore par la plaie, et sa réunion par première intention ne se fit que jusqu'au niveau de l'ouverture, dont les bords se cicatrisèrent séparément. Alors cette ouverture ne pouvant se cicatriser davantage, je fus obligé d'en raviver les bords en les touchant, au bout de quinze jours, avec le nitrate d'argent. Après trois cautérisations de la même espèce, à des intervalles à peu près égaux, la cicatrice devint de plus en plus petite, et la fistule diminua tellement que son ouverture aurait à peine reçu, au bout de deux mois, la pointe d'une aiguille de bas un peu forte.

Une nouvelle cautérisation aurait probablement suffi pour amener l'entière occlusion de la fistule, si le malade, qui se croyait suffisamment guéri, ne s'en était allé furtivement. Il considérait le suintement qui avait lieu comme insignifiant. Les matières bilieuses tachaient à peine le linge qu'il tenait sur la fistule pour garantir la pelote du bandage, qu'il portait assidûment pour contenir sa hernie, qui ressortait toujours plus ou moins lorsqu'il le quittait.

Je ne dois pas laisser ignorer que, depuis que j'eus pratiqué l'cotérotomie, Pouli avait pris beaucoup d'embonpoint, qu'il l'a toujours conservé, malgré les petites opérations que je lui ai faites. Je présume qu'on a compris que, depuis cette époque, ses digestions se sont toujours faites d'une manière régulière et qu'il n'a pas éprouvé la moindre colique.

L'histoire de la maladie de Pouli me paraît intéresser l'art sous beaucoup de rapports. D'abord, il est question d'une hernie congénitale accidentellement survenue à un âge aussi avancé, et méconnue tant à cause de la forme sous laquelle elle s'est montrée que du développement lent et tardif des symptômes d'étranglement. Elle est remarquable aussi sous ce point de vue, que l'intestin, fortement pressé dans toute l'étendue du canal inguinal, n'a été réellement étranglé qu'à son entrée dans la tunique vaginale. On a vu quel avantage j'avais tiré de l'anse d'intestin, que ses adhérences au canal inguinal m'avaient mis dans l'impossibilité de réduire dans l'abdomen. On verra, dans les observations que je rapporterai bientôt, que c'est à cette heureuse disposition que je dois l'idée de tirer constamment dans la plaie, lorsque l'intestin est gangrené, une assez grande étendue de cet organe pour y pratiquer l'entérotomie. On sait combien alors cette opération doit être moins dangereuse.

J'ai indiqué le perfectionnement que j'ai donné à mon entérotome. On peut se faire, par sa simple inspection, une idée assez juste de la facilité et de la précision avec laquelle on peut maintenant inciser la cloison membraneuse.

On connaît les difficultés que j'ai éprouvées pour détruire l'ouverture anale, quoique aucun obstacle ne s'opposât désormais à la libre circulation des matières fécales à travers le conduit intestinal, et que l'ouverture, résultant de la division de la cloison membraneuse eût donné à l'intestin peut-être plus de diamètre qu'il n'en a dans le reste de son étendue.

J'ai exposé les diverses réunions auxquelles j'ai eu recours pour obtenir l'occlusion de l'ouverture anale de Pouli; mais je me suis peu étendu en explications pour exposer les raisons pour lesquelles, malgré le choix et la variété des moyens contentifs que j'avais employés, ces sortes de réunions avaient toujours échoué. Elles ne m'avaient pas mieux réussi que chez Miseri, où je m'en étais déjà servi pour un cas à peu près semblable; aussi, en pratiquant de nouveau ces opérations, comptais-je peu sur leur succès et avais-je beaucoup pour but d'établir leur insuffisance et leur inutilité, afin de les faire rayer du domaine de la chirurgie. On ne devra donc plus désormais, pour détruire une fistule stercoraire, chercher à la comprendre dans une plaie fraîche, avec l'intention d'en obtenir la réunion immédiate; car quelle que soit l'espèce de suture à laquelle on ait recours, l'agglutination de ses bords sera toujours rendue impossible par l'écoulement des fèces, qu'on ne peut pas empêcher. Je recommande cependant cette opération pour détruire la forme arrondie de l'ouverture anale et la convertir en une plaie longue, sanglante, dont on pourra tenir appliqués, pendant très longtemps, les bords, au moyen de deux plis à la peau, que l'on obtiendra en donnant au corps une position inclinée quelconque. Alors on fait une plaie, avec perte de substance, dans la direction de ce pli, avec la précaution de donner à la portion de peau qu'on emporte de chaque côté de la fistule une forme triangulaire, de telle sorte que la cicatrice et l'enfoncement évasé qui surmonte son ouverture soient entièrement détruits.

Au moyen de cette opération, on a la certitude de diminuer plus ou moins la fistule, dont on obtient ensuite l'occlusion en en ravivant les bords avec le nitrate d'argent, chaque fois que la cicatrice s'en empare de nouveau.

Si l'ouverture anale était très large, ou que sa situation ne permît pas à la peau de former deux plis dans lesquels ses bords pussent se toucher au moyen d'une position inclinée qu'on ferait prendre au corps, il faudrait la recouvrir avec un lambeau de peau qu'on entraînerait dessus et qu'on y ferait cicatriser, comme je l'ai fait chez Miseri, dans un cas semblable.

Lorsque la muqueuse intestinale qu'on aperçoit à l'entrée de la fistule paraît s'opposer à sa cicatrisation, on la détruit avec un caustique quelconque. Celui que j'ai employé chez Pouli est de la poudre de nitrate d'argent, dont j'ai saupoudré une petite tente de charpie, très légèrement engraissée de cérat. Lorsque la fistule stercorale aura peu d'étendue, on en obtiendra toujours la cicatrisation en ravivant les bords avec du nitrate d'argent, c'est-à-dire en les cautérisant légèrement pour détruire la cicatrice chaque fois qu'elle les gagnera.

Obs. II. — Madame Baron de Couano, commune d'Anéron (Isère), âgée d'environ 50 ans, fut atteinte d'une hernie crurale du côté droit. On ne réussit point à faire la réduction des parties déplacées. Un étranglement eut lieu, et cinq jours, après le 22 juin 1831, tout espoir de pratiquer le taxis étant perdu, je procédai à l'opération.

La tumeur de l'aine était énorme; cependant il n'y avait pas de changement de couleur à la peau, si ce n'est à la partie inférieure de la hernie, point dans lequel l'enveloppe tégumentaire était très légèrement rougeâtre. Cette tumeur était dure, sans rénitence et sans apparence de fluctuation. Tous les symptômes des hernies étranglées avaient existé et existaient encore au plus haut degré d'intensité. Le ventre était extrêmement ballonné et douloureux à la pression. Le hoquet causait une grande fatigue. La malade était très faible et dans cet état d'affaissement qui présage ordinairement une fin prochaine.

Une large incision pratiquée dans la direction du pli de l'aine mit à découvert une énorme tumeur noire formée par l'épiploon. J'isolai cet organe des parties environnantes, puis le soulevant avec les doigts, j'aperçus sous lui et à une grande profondeur un petit bout d'intestin de couleur noire.

On devait présumer que la masse épiploïque était gangrenée, car les diverses incisions que j'y pratiquai ne donnèrent lieu à aucun écoulement de sang; cependant avant d'enlever l'épiploon, je le traversai préliminairement à sa base avec un double fil dont chaque brin devait en lier la moitié en cas d'hémorragie. L'extirpation de la tumeur était motivée par l'impossibilité de faire la réduction des parties déplacées, malgré le débridement de l'arcade crurale, et par la nécessité de mettre à découvert l'intestin que cette masse noirâtre recouvrait et enveloppait de toutes parts. L'intestin, quoique gangrené, n'était pas ouvert; mais ses parois étaient flasques, et elles se déchirèrent par l'effort que je fis pour en amener un peu plus au niveau de la plaie. Je retranchai une portion de l'organe malade d'un coup de ciseaux, et je coupai dans le mésentère de manière à me procurer deux bouts égaux d'environ deux pouces et demi de longueur. Ces bouts je les fixai dans la plaie avec le même fil que j'avais placé pour faire la ligature des artères mésentériques; mais il ne fut pas nécessaire de lier ces vaisseaux; ils se crispèrent et l'hémorragie s'arrêta naturellement plus tôt que je ne l'aurais désiré. La perte d'une certaine quantité de sang était un moyen de prévenir ou du moins de modérer l'inflammation abdominale. Je favorisai la sortie d'une grande quantité de sérosité épanchée dans l'abdomen et dont une certaine quantité s'était échappée déjà pendant que je soulevais la masse épiploïque : pour faciliter cet écoulement j'introduisis une sonde de femme dans l'abdomen, tantôt entre l'épiploon et l'intestin, tantôt devant l'épiploon seulement.

Au moment de m'occuper du pansement de la plaie, je réfléchis que je pourrais bien aussi me servir de cette sonde de femme pour donner issue aux matières fécales dont la sortie est toujours plus ou moins tardive et qui entretiennent les symptômes de l'étranglement; mais son introduction n'ayant été

d'aucun effet, je fus obligé de débrider largement l'arcade crurale. J'ai remarqué que ce débridement hâtait beaucoup l'écoulement des matières fécales, et je conseille de le pratiquer dans tous les cas de ce genre, parce que c'est un des moyens les plus puissans que nous ayons pour faire cesser les symptômes inflammatoires et le gonflement abdominal. J'arrêtai les fils qui réunissaient les bouts d'intestins au moyen d'un emplâtre de diachilon placé au-dessus de la plaie, que je recouvris simplement avec un large plumasseau de charpie enduit de cérat.

La malade parut beaucoup soulagée. Je lui fis prendre une once d'huile de ricin dans une infusion de mauve aromatisée avec l'eau de fleur d'oranger. Le docteur Laroche de Chambalu, qui m'assista dans cette opération, donna ce médicament par petites doses, tous les quarts d'heure. La malade était trop faible pour pouvoir supporter une application de sangsues : d'ailleurs le dégorgement sanguin que j'avais obtenu de la section des artères mésentériques, était dans ma pensée une véritable saignée locale. On craignit par la même raison de mettre cette femme dans un bain. Je me bornai donc à l'usage des cataplasmes chauds et huilés sur le ventre, qu'on renouvela toutes les deux heures, ainsi qu'aux embrocations avec l'huile camphée. Quatre heures après l'opération, les matières coulèrent par la plaie : dès lors la malade fut considérablement soulagée et son pouls commença à se relever. Elle avait cependant encore vomi une fois après l'opération. Cette évacuation avait probablement été causée par la potion huileuse que l'opérée prenait avec répugnance.

Le soir, neuf à dix heures après l'opération, la malade était si bien que j'eus dès ce moment la certitude de la sauver : en effet, le ventre était moins douloureux et avait déjà considérablement diminué de volume. Cette femme causait et se remuait avec plus d'aisance. Ses angoisses et ses maux de cœur n'existant plus, elle put boire. Elle se gargarisa souvent avec l'eau de mauve et l'huile d'olive. La nuit fut bonne et procura quatre heures d'un sommeil tranquille.

Le lendemain, dix-huit heures après l'opération, la plaie n'offrait rien de remarquable; l'intestin n'avait pas changé de position. Le docteur Laroche auquel je recommandai la malade ne la quitta pas. Tout présageait une guérison durable; je promis à la malade de revenir et de la délivrer sous peu de jours de l'infirmité qui l'affligeait.

Les jours suivans le mieux continua; le ventre devint moins volumineux; il était souple et indolent. La plaie avait beaucoup d'odeur; des émanations très fétides étaient exhalées par la tumeur épiploïque et par le sac herniaire qui étaient tombés en putréfaction. On saupoudra ces parties avec la poudre de quina. Les pansemens furent très fréquens et chaque fois qu'on y procédait on lavait la plaie avec de l'eau mêlée avec partie égale de vin. Le soin d'engraisser la peau avec du cérat de baleine afin de prévenir son excoriation ne fut pas oublié.

Les deux bouts d'intestins, d'abord simplement contigus, étaient déjà adhérens. Ils auraient bientôt contracté une intime union dans la plaie, si celle-ci n'eût été recouverte d'une couche assez épaisse de tissu gangrené et tombé en putréfaction. J'enlevai avec la pince et les ciseaux toutes les parties mortifiées qu'il me fut possible d'isoler et d'exciser sans faire trop souffrir la malade, et peu à peu la nature produisit la séparation du reste qui fut entraîné par la suppuration. Lorsque la plaie fut nettoyée l'intestin qui s'était recouvert de bourgeons celluleux commença à s'y fixer, et cinq jours après son adhérence étant assez forte, je procédai à l'entérotomie. La tumeur formée par l'épiploon était déjà considérablement réduite; elle ne formait plus dans le fond de la plaie qu'une petite saillie qui ne gênait pas l'application de mon instrument.

Il importait de rétablir très promptement la communication du canal intestinal; en effet, la malpropreté dans laquelle se trouvait habituellement la malade était excessive, les forces diminuaient et le dépérissement marchait avec rapidité; les digestions se faisaient mal; bientôt elles ne se firent pas du tout; fréquemment les alimens furent rendus peu de temps après leur ingestion dans l'estomac, et tels qu'ils avaient été pris. On apercevait en relief dans le milieu de la plaie qui s'était déjà considérablement rétrécie, d'un côté, la petite tumeur épiploïque et de l'autre l'extrémité des bouts de l'intestin. L'ouverture de ces deux portions du canal digestif était au même niveau; cependant il y avait beaucoup d'écartement entre eux; malgré cela il me fut facile d'y introduire à la fois les branches de ma pince. Dès que cet instrument me parut étreindre également ou à peu près toutes les parties qu'il embrassait, je le fermai avec les vis destinées pour remplir cette indication. Alors prenant la lame, je pratiquai sur la cloison intestinale une incision que je prolongeai jusques sous l'arcade crurale, de manière à lui donner environ deux pouces d'étendue. La pince dont le bout arrivait à peine dans l'abdomen avait préliminairement été fixée dans l'intestin au moyen d'un fil qui, après avoir traversé l'extrémité du tube intestinal, venait se nouer sur les vis qui servent à réunir les branches de l'instrument. Je pansai ensuite la plaie, et je la recouvris d'une grande quantité de charpie qui entourait la pince pour la garantir du frottement et du contact des draps du lit, en même temps pour empêcher qu'elle ne se dérangeât. La malade fut maintenue dans un repos exact; je retirai la pince de l'intestin; elle ne s'était nullement déplacée cinq heures après son introduction, et sa présence avait été d'autant moins douloureuse que ses branches ne pénétraient pas dans l'abdomen. Les parties qu'elles embrassaient étaient parallèles comme les canons d'un fusil à deux coups. Son séjour dans l'intestin avait été d'une durée trop courte pour que l'inflammation fût à craindre. Dès que j'eus retiré l'instrument, le pansement fut modifié. Après avoir recouvert la plaie avec de la charpie et des compresses, je plaçai un bandage herniaire dont la pelote assujétie sur l'ouverture anale ne comprimait exactement que celle-ci, empêchait l'issue des excrémens et les forçait à reprendre leur cours habituel.

J'eus bientôt acquis la certitude que la continuité du canal intestinal avait été rétablie; car une heure après la malade éprouva le besoin d'aller du ventre et rendit une selle composée de matières bilieuses abondantes.

Dès ce moment, la plaie ne fut pansée que deux ou trois fois par jour, et la première huitaine le docteur Laroche fut chargé de ce soin. La malade avait deux ou trois selles dans les vingt-quatre heures. Les digestions furent bonnes, et en moins de huit jours elle put se lever. La plaie, se rétrécissant de plus en plus, se réduisit bientôt à n'être plus qu'une fistule dont les bords qui se touchaient s'étaient cicatrisés séparément. Cette ouverture s'apercevait au milieu du pli que la peau forme naturellement à l'aine. Je la fis disparaître en touchant son contour tous les quinze jours avec le nitrate d'argent. Comme la malade ne gardait pas le lit, je ne pus pas abréger la guérison de la fistule par la position fléchie de la cuisse sur le bassin; aussi son occlusion se fit-elle attendre pendant trois mois et demi.

J'ai déjà fait remarquer dans l'observation qui précède celle-ci combien la disposition dans laquelle j'avais trouvé les bouts d'intestin de Pouli avait facilité l'opération de l'entérotomie. J'avais aussi annoncé que puisque la continuité du canal intestinal pouvait être rétablie en pratiquant cette opération sur des portions d'intestin placées en dehors de l'abdomen, je saisirais désormais toutes les occasions qui se rencontreraient pour leur donner une disposition analogue, c'est-à-dire que dans tous les cas de hernie avec gangrène, j'attirerais dans la plaie une certaine étendue d'intestin. Un premier succès vient d'assurer cette méthode. Madame Baron a été en effet guérie en très peu de temps.

Les observations que je rapporterai plus tard prouveront encore mieux l'importance que l'on doit attacher à un semblable procédé.

Lorsqu'on pratique l'entérotomie sur des intestins contenus encore dans le ventre, qui ne sont point adhérens entre eux, et qui sont fixés simplement par le bout dans l'ouverture de l'abdomen, il importe beaucoup, lorsqu'on a incisé la cloison formée par l'adossement de deux bouts de l'intestin, de maintenir la pince en position pendant long-temps, afin de faciliter la formation d'adhérences qui ne sont solides qu'au bout de plusieurs jours. Quoique cette opération ne soit pas difficile et qu'il ne me soit arrivé aucun accident lorsque je me suis servi de mon entérotome chez l'homme, j'avoue qu'on ne peut pas séparer de cette opération la crainte d'un épanchement de matières fécales dans l'abdomen. Mes dernières expériences sur les animaux vivans me laissent sous l'influence de cette fâcheuse impression. L'accident que j'indique s'est quelquefois présenté lorsque j'ai essayé de rétablir la continuité du canal intestinal avec mon instrument.

J'ai fait à l'occasion des deux anus contre nature dont je viens de rapporter l'histoire plusieurs remarques qui me paraissent dignes d'intérêt. Comme une hernie intestinale avec gangrène doit inévitablement occasioner un anus contre nature, lorsque le malade survit aux accidens inflammatoires qui l'accompagnent, tous les soins du médecin ont pour objet de le favoriser et de disposer toutes choses pour que sa guérison soit plus prompte, plus facile et exempte de dangers. Dans ces vues, je conseille :

1° D'opérer les hernies comme si l'intestin n'était pas gangrené et comme si on se proposait de réduire l'organe qui s'est déplacé.

2° De débrider l'ouverture qui lui a livré passage, afin de favoriser l'écoulement des matières stercorales, en diminuant la constriction que l'intestin éprouve dans cet endroit.

3° De tirer dans la plaie et de l'y retenir une certaine étendue d'intestin, pour pouvoir s'en servir au rétablissement de la continuité de son canal et pour simplifier ainsi l'opération de l'entérotomie, à laquelle on ôtera par là un danger que je ne lui avais pas encore reconnu, mais qu'on peut appréhender en se comportant différemment, ou en opérant sur des organes enfermés dans l'abdomen.

Il ne faut donc plus ouvrir désormais une tumeur herniaire, qui a abcédé comme un simple dépôt, ainsi qu'on le pratique encore généralement. Le conseil d'opérer, comme dans les cas où il n'y a pas gangrène, doit être généralement adopté. En découvrant l'intestin, on juge mieux de son état ; et, d'ailleurs, il est nécessaire de l'isoler des parties environnantes pour pouvoir débrider l'ouverture par laquelle il s'est échappé. Le débridement, dans ce cas, est exigé pour faire cesser la constriction qu'il éprouve et faciliter l'écoulement des fèces par la plaie; car, tant que ces matières sont retenues, elles entretiennent l'inflammation abdominale et perpétuent les symptômes de l'étranglement, qui finit inévitablement par la mort. J'ai, en effet, perdu trois malades atteints de hernie avec gangrène, pour ne m'être pas comporté de la sorte ; ils succombèrent parce que l'écoulement des fèces par la plaie ne s'était pas opéré. Les symptômes inflammatoires et d'étranglement avaient persisté.

Avant d'arriver à l'idée de tirer une anse plus ou moins considérable d'intestin dans la plaie, dans le but de favoriser l'entérotomie, j'avais déjà adopté la même pratique pour les hernies dans lesquelles l'intestin gangrené n'est que pincé. C'est, en effet, le moyen de prévenir la rentrée inopinée dans le ventre et, par conséquent, celui des matières fécales dans la cavité abdominale. Lorsqu'on a rencontré un cas de ce genre, il faut tirer l'intestin dans la plaie en le pinçant avec les doigts, avant d'avoir débridé l'ouverture étranglée ; car, si on ne le faisait qu'après le débridement, on s'exposerait encore davantage à le voir rentrer inopiné-

ment. Il ne suffit pas, pour empêcher cet accident funeste, d'amener dans la plaie une certaine portion du tube intestinal, il faut encore l'y fixer avec une anse de fil, qu'on peut arrêter sur les bords à un emplâtre agglutinatif. Quoique la rentrée de l'intestin doive être très rare, la précaution indiquée n'en est pas moins bonne; car les intestins ont quelquefois une si grande tendance à rentrer dans l'abdomen, que M. Questa de Satitien, que j'avais opéré d'une hernie scrotale énorme, formée par une anse très étendue du colon, que je retranchai entièrement, mourut d'un épanchement dans le ventre, parce que l'intestin rentra dans l'abdomen, malgré la précaution que j'avais prise de le fixer dans la plaie en passant simplement un fil dans le mésentère, ainsi que le conseillent les maîtres de l'art. Cette membrane, trop mince, fut coupée par le fil, et le lendemain l'intestin avait disparu. Il importe donc, lorsqu'on aura deux bouts d'intestin à fixer dans la plaie, de le faire en traversant leur paroi près de leur extrémité avec une anse de fil, dont on fixe les deux bouts sur les bords de la plaie, avec un emplâtre agglutinatif.

C'est surtout quand l'intestin perforé est simplement pincé qu'il convient de le tirer dans la plaie tout aussitôt qu'on l'a mis à découvert; car alors, ne formant plus de tumeur en-deçà de l'ouverture abdominale, puisqu'il est vide, il n'offre plus de résistance et il est entraîné dans le ventre par le bout supérieur de l'intestin, qui est généralement distendu par les matières qui le remplissent. C'est pendant que le docteur Alleon, mon estimable confrère, examinait l'état de l'intestin de la femme Bonnet de Cance, faubourg d'Annonay, que cet organe, qui se trouvait dans la disposition que je viens d'indiquer, rentra inopinément dans le ventre, précisément pendant que j'expliquais combien cet accident serait à craindre si on débridait avant de tirer l'intestin dans la plaie. Cette bonne femme, qui ne mourut qu'au bout de quatre jours, m'a laissé le regret de n'avoir pas largement élargi l'ouverture herniaire pour tâcher de ressaisir l'intestin, que les efforts ordinaires n'avaient pu faire reparaître.

Après avoir débridé l'ouverture abdominale, j'ai dit qu'il fallait tirer une certaine étendue d'intestin dans la plaie. Le grand avantage qui résulte de cette conduite provient de la disposition des deux bouts d'intestins sortis. Ceux-ci ayant contracté des adhérences entre eux et dans la plaie, leurs parois adossées peuvent être divisées dans une grande étendue, sans exposer les malades à l'épanchement des fèces dans le ventre. Comme dans ces cas les parois intestinales que l'on a divisées sont déjà adhérentes, il serait superflu de laisser ma pince à demeure dans l'intestin plus de temps qu'il n'en faut pour arrêter l'hémorragie : elle ne devra y rester deux jours que lorsqu'on divisera ces organes encore enfermés dans l'abdomen et libres d'adhérences. Comme les vaisseaux qu'on intéresse dans l'entérotomie sont très petits, l'hémorragie ne peut, dans aucun cas, être très forte. Aussi, quelques heures après cette opération, me suis-je permis de retirer l'instrument, sans que cet accident ait reparu.

La longueur de la portion d'intestin qu'on doit tirer dans la plaie du ventre doit être proportionnée à la profondeur de celle-ci; mais, dans aucun cas, l'extrémité de ces organes ne doit dépasser le niveau des bords de la plaie du ventre, car il faut que celle-ci, en se resserrant, puisse toujours les recouvrir. La profondeur de la plaie, jointe à l'ouverture abdominale, étant considérable, les portions d'intestin qu'on y retient ont assez d'étendue pour qu'on puisse obtenir, par l'incision de leurs parois, une ouverture à peu près égale à celle de ces organes et suffisante dans tous les cas pour rétablir la continuité de leur canal, sans qu'il soit besoin de la prolonger dans le ventre, sur des portions d'organes où leurs parois ne sont que contiguës.

Qu'on se persuade bien que, quoique le rétablissement de la continuité du canal intestinal se fasse sur des portions d'intestins en-dehors de l'abdomen et adhérentes dans la plaie, le passage des fèces n'en est pas moins facile et parfaitement solide. Bientôt, en effet, ces organes se retirent dans le ventre, de façon que le canal qui résulte de leur assemblage devient en partie libre dans l'abdomen.

La cause de l'étranglement des hernies a d'abord son siége dans l'anneau inguinal ou crural; il ne s'agit, dans ce cas, que de la constriction éprouvée par l'intestin, au lieu de son passage au travers de l'ouverture abdominale : mais, plus tard, l'étranglement est entretenu et souvent même uniquement déterminé par l'inflammation de l'organe. C'est bien évidemment cette inflammation qui fait qu'un grand nombre de malades atteints de hernie étranglée périssent après l'opération, quoiqu'on ait fait cesser par le débridement la cause première de l'étranglement.

Tous les individus que j'ai opérés de hernie étranglée, chez lesquels l'intestin, quoique noir, avait été repoussé dans le ventre, ont éprouvé, au bout de quelques jours, de légères coliques, une ou deux selles en diarrhée, et une douleur sourde et profonde dans l'endroit du ventre où correspondait l'intestin malade; cet endroit, si on le touchait, paraissait aussi plus sensible que les autres points de l'abdomen.

En général, ces symptômes, qui correspondaient à l'époque de la séparation des escarres, étaient de courte durée et assez faibles pour ne pas exiger une attention particulière : mais, chez deux individus où l'intestin, ainsi malade, formait une anse plus étendue, ils ont été plus prononcés; l'escarre, qui était alors probablement plus étendue et plus profonde, a déterminé une inflammation suffisante pour reproduire les vomissemens de matières fécales, les coliques et tous les symptômes de l'étranglement de l'intestin, auxquels ces individus ont succombé. Il est évident, dans cette circonstance, que l'étranglement ou la rétention des matières fécales dans la partie supérieure du tube digestif n'est pas déterminée par l'obturation de ce conduit, mais qu'il dépend uniquement de l'impossibilité absolue de se mouvoir, dans laquelle l'intestin se trouve réduit lorsque l'inflammation s'est emparée de ses parois ou de toutes les membranes qui le composent.

Je vais très succinctement rapporter l'observation d'un des malades qui ont succombé à l'espèce d'étranglement consécutif dont j'ai fait mention.

Obs. III. — Madame Vallon d'Annonay fut atteinte, en 1828, d'une hernie étranglée. L'opération n'ayant pu être pratiquée que très tard, l'inflammation avait déjà passé à l'état gangreneux. Néanmoins, quoique l'intestin fût noirâtre, comme il conservait encore sa forme, et que ses parois étaient encore assez résistantes, puisqu'elles ne se déchirèrent pas lorsque je m'en servis pour tirer un peu plus d'intestin en-dehors (pratique que j'observe toujours avant de le repousser dans le ventre), je le fis rentrer dans cette cavité. Dès ce moment, les coliques et les vomissemens cessèrent et tous les signes de l'étranglement disparurent. Je combattis ensuite les symptômes inflammatoires par les bains, les lavemens et les boissons émollientes. Quoique je n'aie pas pu donner la potion laxative, que je recommande ordinairement après ces sortes d'opérations, parce que mes confrères ne furent pas de cet avis, les fèces reprirent leur cours naturel et l'inflammation fut heureusement combattue. Les lavemens entraînaient la sortie de matières fécales et bilieuses; le ventre s'assouplit et reprit peu à peu son volume habituel. La fièvre cessa et la malade prenait déjà des soupes depuis plusieurs jours, quand le huitième elle commença à ressentir un peu de malaise dans le ventre et de légères coliques dans l'hypogastre du côté opéré. Ces malaises continuèrent, et le douzième jour, malgré la diète et les remèdes antiphlogistiques que j'avais mis en usage, les coliques redoublèrent, les vomissemens reparurent, la fièvre se déclara. Le bas-ventre était gonflé, et l'on distinguait au toucher une tumeur circonscrite derrière l'arcade crurale. Alors les lavemens étaient gardés, et ceux que la malade rendait n'entraînaient aucune matière. L'inflammation progressa et s'étendit aux circonvolutions voisines : tous les symptômes de l'étranglement augmentèrent; les coliques devinrent plus violentes et les vomissemens furent plus fréquens. Cependant la malade ne succomba que le dix-neuvième jour après l'opération; par conséquent, le dixième environ après la réapparition des symptômes d'étranglement.

On m'avait refusé l'autorisation de faire l'autopsie; mais je tenais trop à vérifier les parties et à constater leur nouveau désordre pour négliger de la faire plus tard.

L'abdomen ne contenait qu'une certaine quantité de sérosité roussâtre. Un grand nombre de circonvolutions intestinales étaient groupées autour de celle qui avait fait hernie. Réunies entre elles par des adhérences, elles formaient une masse ou espèce de tumeur dure que l'épiploon augmentait encore. Les intestins, qui étaient enflammés, avaient une couleur plus rouge à mesure qu'ils se rapprochaient de la portion qui avait fait hernie. Cette partie du tube digestif se distinguait des autres par une couleur encore plus foncée, et par des taches violacées et brunâtres que l'on rencontrait encore çà et là sur les circonvolutions les plus voisines. La couche de lymphe plastique qui constituait les adhérences qui réunissaient ces parties n'étant pas encore entièrement organisée, il me fut aisé de les séparer.

Lorsque j'eus fendu l'intestin qui avait fait hernie, je trouvai ses membranes dans un état de destruction presque complète. Réduites en petits lambeaux qui flottaient dans une sorte de caverne, elles avaient un aspect noirâtre. Dans plusieurs endroits et dans une grande étendue, l'intestin n'avait conservé de ses membranes que son enveloppe péritonéale. Dans les points où ces membranes étaient entièrement détruites, celles des circonvolutions correspondantes avaient beaucoup plus d'épaisseur. La muqueuse des circonvolutions voisines était rouge et présentait plusieurs points noirs ou taches gangreneuses. Une grande quantité d'un liquide jaunâtre remplissait et distendait avec des gaz les circonvolutions supérieures à l'étranglement. Les inférieures, peu développées, conservaient davantage leur état naturel.

On voit, d'après les remarques et les diverses observations que j'ai faites, que ce n'est pas toujours impunément qu'on peut se permettre de réduire un intestin quand il est noir, lors même que ses parois conservent encore de la force et de l'élasticité; qu'il est surtout dangereux de se comporter ainsi lorsque la hernie est formée par une anse d'intestin et que celle-ci paraît désorganisée dans une grande étendue.

Obs. IV. — Je fus appelé, le 8 mars 1833, chez la femme Reverset, de Saint-Alban (Ardèche), malade depuis huit jours d'une tumeur à l'aîne droite, qu'on avait d'abord pris pour un engorgement glandulaire, et qu'on se disposait plus tard à opérer comme une hernie étranglée. Cette tumeur était volumineuse, tendue et rouge dans son centre, qui était le plus proéminent, et dans lequel on sentait distinctement de la fluctuation. Le ventre était tendu, ballonné et très sensible à la pression. La malade avait souvent vomi des matières fécales et bilieuses qui lui avaient excorié le gosier et la bouche; les lèvres et la lan-

gue étaient sèches et rouges; la peau brûlante également sèche; le pouls petit, serré et très fréquent.

La malade était courageuse; elle se soumit à l'opération qu'on avait arrêtée.

Avant de connaître les moyens de guérir les anus contre nature, j'avais rencontré un grand nombre de hernies étranglées avec gangrène; mais je n'avais pas osé opérer, dans la crainte de compromettre à la fois l'art et ma réputation. J'avais tant vu périr de malades lorsqu'on les avait opérés de hernie gangreneuse, soit des accidens inflammatoires, soit de ceux qui déterminent un anus anormal, que je regardais ces opérations comme tout à fait inutiles. Aujourd'hui, au contraire, je saisis avec empressement l'occasion d'opérer dans ces cas graves, heureux d'en rencontrer pour augmenter le nombre des observations d'anus contre nature, dont j'obtiens si facilement la guérison avec mon entérotome.

Je fendis la tumeur de la femme Reverset dans la direction du pli de la cuisse, et j'étendis autant l'incision que dans les cas d'opération où l'on veut réduire l'intestin. Cette incision laissa successivement couler quelques gouttes d'un pus blanc, puis un liquide noir et des gaz d'une odeur infecte, à la fois gangreneuse et stercorale. Après avoir incisé la peau, je coupai ensuite les tissus sous-jacens, de manière à isoler et à mettre largement à découvert l'intestin, qui n'était que pincé, dont les parois étaient flasques, d'un noir olivâtre et déjà en putréfaction. Elles n'offraient pas assez de solidité pour me permettre de tirer sur elles, pour amener une nouvelle portion d'intestin en dehors; or, voulant cependant prévenir sa rentrée subite dans le ventre pendant que je débriderais l'ouverture crurale, je pris le parti de le retenir dans la plaie pendant ce temps, avec un fil armé d'une aiguille courbe avec laquelle je le traversai à sa base.

Le débridement étant opéré, j'amenai facilement environ deux pouces et demi d'intestin dans la plaie, et sans faire la résection des parties mortifiées, je l'y retins avec un fil passé dans le mésentère, que je vins fixer à un emplâtre agglutinatif. Il n'y avait point de sérosité épanchée dans l'abdomen, et la sonde de femme que j'introduisis dans les bouts d'intestin ne donna issue à aucune matière fécale. La plaie fut recouverte avec une compresse fenêtrée, engraissée de cérat, par dessus laquelle j'appliquai un large plumasseau de charpie.

Je rassurai la malade autant que je le pus, et je prescrivis l'application de dix sangsues sur le ventre, ainsi qu'une potion laxative à prendre par cuillerée. On tint sur l'abdomen des cataplasmes; et on y fit des embrocations avec l'huile camphrée. Malgré tous les moyens indiqués, il se passa encore douze heures avant que les matières fécales eussent pris cours par la plaie : ce ne fut, en effet, qu'au milieu de la nuit, et à la suite de vomissemens considérables et de coliques violentes que l'évacuation commença. Mais, dès ce moment, la malade se trouva tout à coup soulagée. Les coliques se dissipèrent, et le ventre, moins douloureux, cessa d'être tendu. L'écoulement des fèces fut si considérable et si soutenu que les assistans se faisaient difficilement l'idée d'où elles pouvaient provenir. On continua sans interruption les cataplasmes et les embrocations sur le ventre. On y joignit quelques lavemens émolliens; on continua aussi les bains de siége et les boissons adoucissantes; une potion calmante remplaça la première. A l'aide de tous ces moyens, dont on continua l'emploi pendant une huitaine de jours, l'inflammation du ventre fut entièrement dissipée, en sorte que je pus faire transporter la malade en ville, douze jours après l'opération. Pendant ces douze jours, les fèces qui coulaient par la plaie l'avaient enflammée, et surtout suscité beaucoup de rougeur à la peau, ainsi qu'une éruption de nombreux boutons rouges et saignans; la malade, qui n'était pas encore allée du ventre, avait toujours rendu ses lavemens comme elle les avait pris, c'est-à-dire sans mélange de matières fécales.

Les angles de la plaie s'étaient déjà un peu cicatrisés, en sorte que celle-ci paraissait moins large et moins profonde. On apercevait dans le milieu les bouts d'intestin séparés par une petite tumeur rouge et détachée, laquelle provenait du gonflement du mésentère : ainsi l'orifice de ces organes, au lieu d'être immédiatement placé l'un à côté de l'autre, et de se toucher comme au moment de l'opération, était au contraire très éloigné et distant de plus d'un pouce. Une pareille disposition devait naturellement rendre plus difficile l'opération de l'entérotomie avec mon instrument; en effet, je ne pus faire pénétrer à la fois dans les bouts d'intestin les branches de ma pince; il me fallut donc les séparer pour les introduire l'une après l'autre : encore arriva-t-il que lorsque je les eus ainsi placées, je ne pus pas les assembler; mais leur réunion aurait-elle été possible, que la pince n'aurait pas pu comprimer également les parties qu'elle aurait embrassées, à cause de l'inégalité de leur épaisseur. Les bouts d'intestins étant beaucoup plus écartés près de leur orifice que dans le reste de leur étendue, il n'y aurait eu que l'extrémité de ces organes qui aurait réellement été comprimée par la pince : or, dans cet état de choses, l'opération n'étant pas praticable, je délibérai si je l'ajournerais pour attendre le dégorgement des parties, ou si je fendrais de suite avec des ciseaux la cloison intestinale et la petite tumeur qui séparait les bouts d'intestin près de leur orifice, au risque d'avoir à combattre une hémorragie plus ou moins forte. La malade était si maigre et si faible, ses digestions étaient si imparfaites, qu'il y aurait eu, je crois, danger d'ajourner l'opération; ainsi, je me décidai pour le premier parti, et je fendis avec des ciseaux le commencement de la cloison intestinale. Je donnai à l'incision environ douze à quinze lignes de longueur, en conduisant la pointe de l'instrument avec le bout du doigt indicateur de la main gauche, appuyé sur l'angle de l'incision. L'hémorragie que je redoutais fut si légère que je ne fus pas même obligé de tamponner la plaie pour la combattre; en effet, lorsque je l'eus lavée avec de l'eau fraîche, les vaisseaux se crispèrent, et le sang s'arrêta après qu'il s'en fut écoulé quatre à cinq cuillerées; cependant, avant de prolonger l'incision et de la terminer avec mon entérotome, je voulus être convaincu que l'hémorragie ne reparaîtrait pas; ainsi, je ne plaçai ma pince qu'une heure après. Je la fermai d'autant plus aisément qu'elle ne comprenait pas l'extrémité des bouts d'intestin, que le gonflement du mésentère avait rendus si épais. L'instrument fermé et assujéti, je fis glisser la lame sur la branche inférieure, et j'étendis ainsi l'incision de la cloison d'environ dix à douze lignes; je retirai ensuite cette lame et je laissai la pince en place pendant quatre heures, puis je la retirai. Je cherchai à introduire très profondément ou jusque dans le ventre les deux branches de ma pince, en les engageant l'une après l'autre; mais voici ce que j'observai, et ce qui probablement arriverait si on était obligé d'opérer sur des portions d'intestins contenues dans l'abdomen. La première branche qui fut introduite avait probablement enfilé le bout supérieur de l'intestin; car elle s'y engagea sans résistance dans toute son étendue, et dans une direction oblique en arrière et en haut. La seconde, au contraire, obliquement dirigée de droite à gauche, et presque directement en arrière, contre la colonne vertébrale, croisant la première, pénétra avec beaucoup de difficulté, et son introduction fut douloureuse. On devait juger de la direction des bouts d'intestin derrière l'arcade crurale, par celle qu'affectaient les branches de la pince; or, comme celles-ci se croisaient, je vis clairement que ces organes n'étaient pas parallèles, qu'ils s'écartaient aussitôt qu'ils étaient rentrés dans le ventre, et que s'ils étaient encore contigus derrière l'ouverture crurale qui leur avait livré passage, ce devait être dans une très petite étendue. J'essayai inutilement d'assembler les branches de la pince, tant qu'elles étaient engagées aussi profondément dans l'intestin; je ne pus y parvenir que lorsque je les eus retirées dans l'ouverture abdominale. On voit, d'après cela, que si, après l'opération de la hernie, je n'avais pas tiré une portion d'intestin dans la plaie, je n'aurais pu donner à l'incision de la cloison une étendue aussi considérable que celle que j'ai obtenue.

Lorsqu'on a pratiqué la section de la cloison des bouts d'intestin adossés, les parois de ceux-ci, quoique adhérentes dans la plaie abdominale, se contractent, et les bords de l'incision s'écartent de telle façon, qu'au bout de quelques jours, si on porte le doigt dans l'intestin, on n'y retrouve plus les traces des bords de la division. La communication du bout supérieur avec l'inférieur est donc promptement rétablie; dès-lors, les matières fécales, reprenant aussitôt leur cours naturel, cessent de passer par la plaie, surtout si on comprime un peu celle-ci pour leur en interdire l'accès.

En raison du peu de temps que la pince avait séjourné dans la plaie, celle-ci n'en fut pas irritée : aussi continua-t-elle à se rétrécir et à se cicatriser d'autant plus promptement que les fèces avaient repris leur cours habituel. Elle fut toujours pansée de la même manière, c'est-à-dire avec de la charpie et des compresses que je soutenais avec un bandage très faible. Les pansemens étaient renouvelés aussi souvent que les pièces de l'appareil étaient salies et mouillées.

Au bout de quinze jours, il ne resta de la plaie qu'une petite ouverture dont les bords se cicatrisaient isolément quoiqu'ils se touchassent cependant avec exactitude. Elle ne laissait couler que la partie la plus liquide des matières fécales, et elle devait se cicatriser d'autant plus promptement qu'elle se trouvait enfoncée dans un des plis que la peau forme à l'aine, lorsque la cuisse est fléchie. Je fus obligé pour en obtenir l'occlusion d'en raviver les bords avec la pierre infernale autant de fois qu'ils se cicatriseraient séparément. C'est ainsi qu'après quatre à cinq cautérisations superficielles de ses bords, l'ouverture qui se rétrécissait de plus en plus se serait totalement fermée, si elle n'avait été entretenue par un petit dépôt qui, se formant tous les mois à l'époque des règles, s'ouvrait à l'angle interne de la fistule qui ne s'est fermée qu'au bout de six mois.

Les bords de cette fistule étant enfoncés et dirigés dans le sens du pli que la peau forme à l'aine, il serait devenu si facile, après les avoir rafraîchis, c'est-à-dire excisés avec un bistouri, de les maintenir en contact par la simple flexion de la cuisse sur le bassin, que j'aurais encore été tenté de les réunir par cette méthode, si l'expérience ne m'avait pas déjà appris que ces sortes de réunions immédiates étaient impossibles, et que l'occlusion de ces ouvertures ne pouvait s'obtenir que moyennant qu'on ravivait ses bords avec du nitrate d'argent.

J'aurais pu obtenir la guérison de la fistule de la femme Reverset pendant le mois qu'elle passa à Annonay, en lui faisant tenir la cuisse fléchie sur le bassin, si elle avait voulu garder le lit, mais elle préféra guérir avec plus de lenteur et être libre de se lever, car, disait-elle, le lit l'aurait rendue malade.

A cette époque, la fistule qui ne rendait que quelques gouttes d'une matière jaunâtre était une incommodité si peu gênante qu'elle ne l'assujétissait qu'à changer une ou deux fois par jour un peu de charpie qu'elle y mettait et qu'elle soutenait avec son bandage.

Assurément cette fistule n'aurait pas duré pendant un mois si des causes étrangères ne l'avaient entretenue. On ne peut expliquer la promptitude de la guérison que par la disposition particulière donnée aux bouts de l'intestin; disposition qui, en facilitant l'entérotomie, ôte à cette opération toutes les craintes de danger qu'on pouvait lui supposer : en effet, désormais l'épanchement des matières fécales dans le ventre est impossible et l'hémorragie peut toujours être prévenue.

Tous les malades que j'ai guéris d'anus contre nature, sans excepter ceux même chez lesquels je n'ai pas débridé l'ouverture abdominale, sont restés affectés d'une hernie qu'ils contiennent au moyen d'un bandage.

Obs. V. — La nommée Planche, d'Atalensieu (Ardèche), âgée de 47 ans, que je visitai le 17 décembre 1833, portait, depuis longtemps, une hernie crurale du côté gauche, qui s'était étranglée et avait passé à l'état gangreneux. La tumeur dans laquelle on distinguait de la fluctuation était rouge dans son centre. Le ventre était météorisé et très douloureux à la pression. Les coliques étaient moins violentes que les cinq premiers jours de l'étranglement; les vomissemens étaient aussi plus rares; en revanche, le hoquet fatiguait beaucoup plus la malade; le pouls était petit, très fréquent et intermittent. Une sueur froide recouvrait tous les membres.

Je pratiquai encore ici l'opération comme si j'avais voulu réduire l'intestin, c'est-à-dire que je prolongeai beaucoup l'incision. Elle donna issue à une matière putride noire mêlée avec des matières fécales; des gaz s'échappèrent aussi. Une anse d'intestin formait la tumeur. Quoique noires dans toute leur

étendne, ses parois étaient encore élastiques et fermes, mais elles présentaient à la partie antérieure et supérieure un petit trou arrondi, par lequel les matières fécales les plus liquides s'étaient échappées. Il était donc impossible de réduire l'intestin. Aussi, après avoir débridé l'ouverture herniaire et avoir tiré en-dehors une nouvelle portion d'intestin, je retranchai avec des ciseaux celle qui formait la bernie. Pendant que j'amenais ainsi un peu plus d'intestin en-dehors, je remarquai que, pendant sa sortie à travers l'ouverture abdominale, les parois de cet organe ne se touchaient pas par leur côté mésentériqne; elles étaient en contact, au contraire, par nne de leurs faces latérales; leur face postérieure on mésentérique se dirigeait en bas et en arrière, du côté de la branche borizontale du pubis. Ces rapports n'existaient, au reste, que pour la portion d'intestin enfermée dans l'ouverture abdominale. Ils ne se montraient point pour l'anse de cet organe, qui est en-dehors du ventre.

Cette situation des parties présentait des avantages dont je n'avais pas apprécié d'abord toute l'importance. Je l'avais déjà sonpçonnée, soit après le débridement des bernies, lorsque, voulant examiner l'intestin, j'en tirai une nouvelle portion en-dehors, avant de le repousser dans le ventre, soit dans les nombreuses expériences que j'avais faites pour déterminer le choix d'nne suture pour les plaies des intestins. C'est en raison de cette disposition particulière des deux bouts d'intestins que j'ai pu m'expliquer pourquoi chez la femme Reverset l'incision de la cloison intestinale avec des ciseaux n'avait pas été accompagnée d'hémorragie. J'avais, en outre, appris, par mes expériences sur les animaux, que la divisinn des parois intestinales n'était jamais suivie d'hémorragie, quoique je l'eusse faite très près de l'insertion du mésentère.

Cette observation, ainsi que la juste appréciation de la disposition des bouts d'intestin dans l'ouverture abdominale, m'ont enhardi à fendre simplement la cloison intestinale chez la malade dont il est ici question.

J'aurais pu m'abstenir de retrancher la plus grande partie de l'anse d'intestin déplacée, si j'avais dû conserver tout ce que la gangrène n'avait pas atteint; mais il était à craindre que les parois de l'organe, déjà trop vivement enflammées, ne fussent frappées de mort, si elles restaient exposées à l'air, et, d'un autre côté, en régularisant ainsi les bouts d'intestin, je ne faisais courir aucun danger à la malade; seulement je coupais un plus grand nombre de vaisseaux et une ligature devenait indispensable; mais cette ligature devait non seulement arrêter l'hémorragie, mais encore rapprocher les bouts d'intestin l'un de l'autre. Elle servit de plus à les fixer sur les bords de la plaie abdominale, ce que je fis au moyen d'un emplâtre agglutinatif.

Lorsque j'eus ainsi assujéti l'intestin, je pansai mollement la plaie et je combattis les symptômes inflammatoires par la médication dont je m'étais déjà servi avec tant de succès dans les autres cas de la même nature: mais avant le pansement, j'introduisis nne sonde de femme dans le bout supérieur de l'intestin, et je donnai issue à une très grande quantité de matières fécales liquides et jaunâtres. La potion laxative que je fis prendre procura des coliques qui furent bientôt suivies d'évacuations abondantes par la plaie; celles-ci soulagèrent beaucoup la malade, qui dès lors parut reprendre un peu de vie.

Les embrocations huileuses sur le ventre, les lavemens et surtout les cataplasmes émolliens apaisèrent d'autant plus vite l'inflammation abdominale que beaucoup de sang avait coulé déjà après la résection de l'intestin: ainsi je n'eus pas recours à l'application des sangsues sur le ventre.

Le lendemain, l'abdomen était déjà beaucoup moins développé: il était plus souple et moins sensible à la pression.

Les cataplasmes chauds qu'on renouvela très souvent furent suivis d'une petite sueur d'autant plus salutaire que la malade paraissait atteinte d'un commencement de phthisie. Cette femme en effet se plaignait de l'oppression. Elle avait une toux tantôt sèche tantôt humide. On entretint toujours beaucoup de propreté dans la plaie qu'on lavait avec de l'eau tiède pour hâter l'exfoliation du sac herniaire.

Au bout de cinq à six jours, la plaie fut nettoyée, et bientôt après l'intestin y contracta des adhérences presque générales.

On sait que cet organe quand il est exposé à l'air s'enflamme, devient rouge, se rapetisse, s'épaissit et se recouvre extérieurement de végétations celluleuses au moyen desquelles il s'unit intimement au pourtour de la plaie. Cette inflammation est locale; elle ne s'étend pas dans le ventre, et elle ne développe ni coliques ni maux de cœur. Sous ce rapport, la phlegmasie traumatique des intestins diffère essentiellement de celle qui reconnait une cause interne.

La malade allait très bien et avait repris des forces; elle restait cependant plus faible que les sujets des observations précédentes.

Les évacuations par la plaie étaient très abondantes. On y retrouvait souvent des portions d'alimens. La malade avait soif. La peau était sèche et brûlante; le pouls était resté très fréquent. Ces symptômes me déterminèrent à pratiquer plus tôt l'entérotomie, et huit jours après l'opération de la hernie, je fendis avec des ciseaux la cloison intestinale, que j'avais jusqu'ici coupée avec mon entérotome, dont je me serais encore très probablement servi, si je l'avais eu sur moi ou à ma disposition. Ce fut donc pour ne pas retarder l'opération que je me suis servi de ciseaux avec lesquels je donnai à l'incision environ quinze à dix-huit lignes d'étendue. Je n'eus pas à combattre l'hémorragie: il ne s'échappa que quelques gouttes de sang.

J'épargnai de cette manière à la malade et l'appareil d'une opération et les douleurs du placement de ma pince. Quoique je n'aie pas pu prolonger l'incision autant que je l'aurais fait avec mon entérotôme, je l'étendis cependant assez pour rétablir librement le cours des matières fécales. En effet, une heure après que je l'eus pansée, la malade alla du ventre et fit une selle bilieuse précédée de légères coliques. Mais je fus à peine de retour à Annonay qu'un exprès vint m'annoncer que la malade était mourante; qu'elle éprouvait de violentes coliques, et qu'elle allait en diarrhée. J'envoyai aussitôt une potion calmante très opiacée qui, réunie aux lavemens et aux applications sur le ventre, eut le plus heureux résultat. En effet, les coliques cessèrent ainsi que la diarrhée, et en peu d'heures le calme fut rétabli. Dès cette époque, la plaie ne laissa couler que très peu de matières fécales, et les selles se réglèrent à une ou deux par jour. La plaie étant devenue moins sensible, je pus me servir d'un bandage herniaire pour la comprimer légèrement en la plaçant sur les diverses pièces de pansement dont elle était recouverte. Des consommés, des soupes de riz au gras, un peu de vin vieux ranimèrent la malade, qui ne put cependant se lever que vingt-cinq jours après l'opération. Alors la plaie s'était considérablement rétrécie, et on n'y apercevait plus les bouts d'intestins. Elle se transforma bientôt en une fistule ou en nne ouverture transversale placée au milieu d'un pli que la peau forme à l'aine et dont les bords se touchaient. Son occlusion ne devait pas se faire attendre longtemps, et j'aurais dû la favoriser en touchant les bords avec le nitrate d'argent, si la malade, qui était arrivée à ce point de guérison, n'avait pas été enlevée en trois jours par une fluxion de poitrine, à laquelle la disposait l'affection pulmonaire dont elle était déjà atteinte. Ce fut le 22 février, environ quarante-deux jours après son opération, que j'appris sa mort en même temps que sa maladie.

Malgré ce dénonement tont à fait imprévu, cette observation est intéressante sous plusieurs points de vne: elle appelle nos idées sur les avantages d'une sitnation convenable des bouts d'intestins dans l'onverture abdominale. Elle est heurense lorsque ces bonts se touchent par une de leurs faces latérales, et non par leur bord mésentérique. Or, comme il est certain que la division des parois intestinales ne s'accompagne jamais d'hémorragie, je crois qu'on ponvait les inciser dans les cas d'anus contre nature simplement avec des ciseaux. Dans tous les cas, cette observation et celle de la femme Reverset sont bien propres à encourager à en agir ainsi, car je n'ai pas eu chez elles le seul accident qu'on redoute, l'hémorragie. Il n'est pas nécessaire, pour rétablir le conrs des fèces, que l'incision de la cloison intestinale soit aussi étendue que je l'avais d'abord présumé; c'est ainsi qu'une incision de quinze à dix-huit lignes a parfaitement conduit au but que je me proposais chez la femme Planche. Il est bien entendu qu'on ne se permettrait d'opérer avec des ciseaux que lorsque l'intestin, faisant une forte saillie en avant, aurait contracté des adhérences au contour de la plaie.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 20 AOUT.

RECHERCHES SUR LA NATURE DE LA BILE.

M. Dumas lit, en son nom et en celui de M. Pelouze, un rapport sur un travail de M. H. Demarçay, concernant la nature de la bile. L'auteur s'est exclusivement occupé de la bile du bœuf, comme l'avaient fait avant lui Tiedemann et Gmelin, qui avaient, ainsi que beaucoup d'autres chimistes, fait une étude spéciale de ce liquide si important dans l'économie animale. En traitant de diverses manières la bile du bœuf, il en a obtenu quatre corps, entre lesquels se sont montrées des relations inattendues.

Le premier de ces corps est celui que MM. Tiedemann et Gmelin ont désigné sous le nom de *taurine*, corps qui cristallise en prismes volumineux incolores et transparens: l'auteur lui assigne la formule $C^{8} H^{14} Az^{2} O^{10}$, dans lesquels on trouve les élémens de deux atomes d'acide oxalique, d'un atome d'ammoniaque et de quatre atomes d'eau. On voit par là que la taurine doit être l'une des substances organiques les plus riches en oxigene et les plus pauvres en carbone. La composition de ce corps annonçait une substance si instable, et ses propriétés sont si loin de réaliser cette présomption, que le rapporteur a cru devoir répéter l'analyse. Les résultats qu'il a trouvés se sont, au reste, accordés avec ceux de l'auteur.

La même réaction qui donne naissance à la taurine produit aussi un acide particulier auquel l'auteur donne le nom d'acide choloïdique, qui par ses caractères et sa composition se rapproche beaucoup de la famille des acides gras. M. Dumas en a fait une analyse qui l'a conduit à établir la formule $C^{76} H^{60} O^{7}$; M. Demarçay adopte une formule un peu différente, quoique son analyse s'accorde très sensiblement avec celle du rapporteur.

La taurine et l'acide choloïdique se présentent constamment quand on soumet la bile de Bordeaux à certains traitemens; mais, d'après l'auteur, ces deux substances n'appartiennent pas à la bile même, et constituent seulement des produits secondaires formés par la réaction des acides sur une autre substance d'un plus haut intérêt physiologique.

Cette substance, qui serait vraiment caractéristique de la bile, est celle que l'auteur appelle acide choléique; les résultats de l'analyse faite par M. Dumas et de celles qu'a faites l'auteur du mémoire conduisent à la formule suivante: $C^{84} H^{74} Az^{2} O^{12}$.

Si les deux formules sont justes, remarque le rapporteur, il est impossible de représenter la formation de l'acide choloïdique, et celle de la taurine, en admettant que ces corps dérivent de l'acide choléique.

En effet, si l'on retranche de la formule de l'acide

choléique.	$C^{84} H^{72} Az^{2} O^{12}$
celle de la taurine.	$C^{8} H^{14} Az^{2} O^{10}$
il reste.	$C^{76} H^{58} O^{2}$
qui, avec de l'eau.	$H^{10} O^{5}$
donnent.	$C^{76} H^{60} O^{7} + H^{8}$

Ces huit atomes d'hydrogène disparaissent sans qu'on puisse en expliquer l'emploi.

Cependant M. Demarçay a parfaitement établi les faits suivans :

1° Quand on ajoute à la bile de bœuf un acide faible, il s'en sépare de l'acide choléique;

2° Si l'on fait bouillir cet acide choléique avec de l'acide chlorydrique étendu de 4 à 5 pouces d'eau seulement, il se convertit en taurine et en acide choloïdique;

Ces faits sont constans et ne peuvent s'expliquer qu'à l'aide des suppositions suivantes :

1° L'acide choléique, obtenu par M. Demarçay, renfermerait quelques traces d'acide margarique ou oléique (ce que le rapporteur juge le plus vraisemblable);

2° Ou bien, dans la réaction de l'acide chlorydrique, il produirait, outre la taurine et l'acide choloïdique, quelque autre substance plus hydrogénée;

3° On peut croire enfin que pendant l'action de l'acide chlorydrique concentré sur l'acide choléique, l'oxigène de l'air intervient, ce qui expliquerait la formation de l'acide choloïdique. S'il en était ainsi, des expériences faciles à tenter leveraient tous les doutes; car il suffirait de soumettre l'acide choléique à l'action de l'acide chlorydrique sous l'influence de l'air et à l'abri de cette influence, comparativement.

Pour dissiper ces doutes, il semble qu'il suffisait d'étudier une réaction différente de celle qui précède, la réaction des alcalis sur l'acide choléique qui, d'après l'auteur, donnerait essentiellement naissance à de l'ammoniaque et à l'acide que MM. Tiedemann et Gmelin ont désigné sous le nom d'acide cholique.

Mais l'acide cholique renferme : carbone 68, 5; hydrogène 9, 7; oxigène 21, 8; ce qui donne la formule



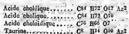
$$C^{84}\ H^{72}\ O^{10}$$

dans laquelle on retrouve tout le carbone et l'hydrogène de l'acide choléique; ce qui prouve que si l'acide cholique en dérive, l'azote, qui a disparu, s'est transformé en ammoniaque aux dépens de l'hydrogène de l'eau. Mais la comparaison des deux formules fait voir que l'oxigène de cette eau n'y trouve pas emploi. Cependant, les deux formules de l'acide choléique indiquent quelque rapport entre ces deux substances; car on a



Acide cholique........ $C^{84}\ H^{72}\ O^{10}$
Acide choléique........ $C^{84}\ H^{72}\ O^{12}\ Az^{2}$

Si nous considérons d'un seul coup-d'œil les résultats analytiques dont il vient d'être question, nous trouvons en définitive les formules suivantes :



Acide choléique........ $C^{84}\ H^{72}\ O^{12}\ Az^{2}$
Acide cholique........ $C^{84}\ H^{72}\ O^{10}$
Acide choloïdique..... $C^{76}\ H^{60}\ O^{7}$
Taurine............ $C^{8}\ H^{14}\ O^{10}\ Az^{2}$

Ces formules ne se prêtent pas à représenter, par des équations simples, l'action des acides sur l'acide choléique, de laquelle résultent l'acide choloïdique et la taurine, non plus que l'action des alcalis sur le même corps, qui donne naissance à de l'ammoniaque et à l'acide cholique.

Sous ce point de vue, le mémoire de M. Demarçay laisse donc, dit le rapporteur, quelque chose à désirer. Mais, dans tout ce qui touche à l'explication des phénomènes de la vie, il est si difficile d'arriver à des résultats simples, qu'on ne sera pas surpris de voir que le travail de M. Demarçay ne termine pas l'étude de la bile; d'ailleurs, il ajoute beaucoup à nos connaissances sur cette matière, ainsi qu'on en pourra juger.

En effet, il résulte du travail de M. H. Demarçay que la bile se compose essentiellement d'une espèce de savon, ainsi que le pensaient les anciens chimistes, et que ce savon n'est autre chose que du choléate de soude. Il a fait l'analyse de ce choléate pris dans la bile même, et il l'a trouvé exactement semblable au choléate artificiel qu'il lui comparait.

L'auteur s'est livré à de nombreuses expériences pour éclaircir l'action que les sels de plomb exercent sur la bile; il a étudié celle des sels de cuivre sur le même corps. Il pense que dans les deux cas il y a double décomposition et production de choléate de plomb ou de cuivre.

Il explique très bien comment, en traitant la bile par les acides, on peut en extraire à volonté l'acide choléique, ou bien l'acide choloïdique et la taurine, ou bien encore les trois produits simultanément. Il fait voir comment, sous l'influence des bases, il se produit de l'acide cholique et de l'ammoniaque.

Des expériences nouvelles viendront éclaircir la petite difficulté que nous avons signalée, et qui tient peut-être à la production de quelque substance qui aurait échappé aux recherches de M. H. Demarçay. Mais il nous semble démontré maintenant qu'abstraction faite de produits accidentels peut-être, et du moins en petite proportion, la bile de bœuf est formée essentiellement de choléate de soude.

En ramenant les idées des chimistes et des physiologistes à cette expression simple de la nature de la bile, M. Demarçay a fait faire un véritable progrès à l'étude des fluides de l'économie animale, sur le compte desquels il nous reste encore tant de vérités à découvrir, tant d'erreurs à redresser.

Il a rendu service à la science, non seulement par le travail qu'il vient de soumettre à l'Académie; mais surtout en montrant que, par une étude convenablement dirigée, des phénomènes très compliqués en apparence peuvent se ramener à une expression très simple.

Le mémoire de M. Demarçay renferme l'analyse exacte des principales substances qu'on peut extraire de la bile de bœuf. Il prouve que ce liquide doit être regardé comme renfermant un savon à base de soude qui en forme la matière essentielle; et si, sur ce point, l'auteur se trouve en revenir aux idées des anciens chimistes, il n'en est pas moins vrai qu'il se les rend propres par les démonstrations qu'il en fournit.

L'Académie, conformément aux conclusions de ses commissaires, décide que le mémoire de M. Demarçay sera imprimé dans le recueil des savans étrangers.

SUR LA NATURE DU FERMENT.

M. Turpin lit un mémoire ayant pour titre : *De la cause et des effets de la fermentation alcoolique*, mémoire qui peut être considéré comme faisant suite à un rapport du même auteur, dont nous avons, il y a peu de temps, donné l'analyse. Ce travail est beaucoup trop étendu pour que nous puissions faire connaître les observations qui en forment la base, et nous nous bornerons en conséquence à parler des résultats auxquels elles ont conduit M. Turpin. Les voici à peu près dans les termes où il les donne lui-même :

1° Toutes les levures tirent leur origine de tissus organiques desquels elles s'isolent (quand a cessé la vie d'association de ces tissus) sous forme de globulins. Ces globulins, au moment de leur dissociation, sont souvent invisibles au microscope; tel est le cas, par exemple, pour ceux de l'albumine de l'œuf, du jus filtré de raisin, de pommes de terre, de groseille, etc., qui n'apparaissent que quelque temps après à la surface de ces liquides sucrés, sous forme de légères pellicules composées de la réunion d'un nombre prodigieux de globulins qui n'ont guère que 1/800 de millimètre, et qui, en raison de cette ténuité, jouissent d'un mouvement de fourmillement bien prononcé.

2° Ces globulins, doués chacun d'un centre vital particulier sont autant de corps producteurs, autant de séminules de diverses espèces de mucédinées qui n'attendent que des circonstances convenables pour se développer; qu'ils aient de l'eau, du sucre, une certaine température et l'accès plus ou moins libre de l'air atmosphérique, et ils se développeront bientôt.

3° Tous ceux qui jusqu'à présent ont été observés par l'auteur n'ont commencé à germer qu'après avoir atteint à l'état de globulin vésiculaire un diamètre de 1/100 de mill. C'est lorsqu'ils ont cette grosseur qu'ils poussent leurs tigellules articulées simples ou rameuses.

4° Les levures produites, soit par les globules vésiculaires primitifs dont nous venons de parler, soit par la désarticulation de ceux dont se composent les tigellules, paraissent assez semblables en ce que toujours elles sont des masses sèches ou molles composées par simple agglomération, de séminules reproductives, sphériques, ovoïdes ou légèrement pyriformes. Elles ne diffèrent que par leur qualité ou leur propriété à faire fermenter plus ou moins activement le liquide sucré dans lequel elles se trouvent plongées. Les corps reproducteurs végétaux dont se compose la levure forment dans leur réunion quelque chose de comparable à tout amas de semences de végétaux composés, à un tas de blé, par exemple.

5° Comme toutes les levures se ressemblent sous le rapport de leur organisation végétale et sous celui du rôle que ces petits végétaux jouent dans l'acte de la fermentation, on peut s'occuper seulement d'une seule levure, et c'est sur celle de la bière qu'ont été faites les observations de l'auteur.

6° Les études microscopiques que M. Turpin a faites du périsperme de l'orge l'ont conduit à reconnaître que les très petits globules de la fécule et peut-être les nombreux globulins échappés des gros globules crevés sont la source de la levure de bière et de toutes les végétations qui résultent successivement et par voie de génération des globules seminulifères de celle-ci; c'est-à-dire depuis la levure primitive du moût jusqu'au *mycoderma cervisiæ*.

7° Les globulins, provenus du périsperme de l'orge, ayant déjà végété et grossi pendant le travail de la décoction ou de la *trempe*, se trouvent dans ce liquide asssez développés pour pouvoir être considérés comme de la levure nouvelle et primitive. En continuant de la même manière, ils sont bien plus nombreux dans le moût. En cet état, ce sont de véritables séminules vésiculaires, remplies de globulins très vraisemblablement reproducteurs de l'espèce, séminules qui maintenant n'attendent plus que l'occasion de germer et de végéter en une mucédinée.

On peut demander ici comment les globules séminulifères de la levure ont pu n'être pas détruits par l'ébullition du moût qui a duré plusieurs heures, mais se sont au contraire multipliés pendant ce temps; à cela on peut répondre en citant un exemple analogue, celui des séminules de champignons qui ne sont nullement altérées par l'ébullition, puisque étant ensuite versées avec l'eau sur le territoire qui leur convient, elles y germent parfaitement et abondamment. Les globules vésiculaires du lait restent de même intacts après l'ébullition.

8° Si l'on abandonne à lui-même ce moût de bière composé d'eau, de matière mucilagineuse, de sucre, de séminules globuleuses de levure, d'huile essentielle aromatique du houblon et des globules morts de cette dernière, ce moût fermente faiblement; il y a indolence dans l'action; le sucre se décompose lentement; l'alcoolisation se fait incomplètement, et on a une mauvaise bière qui tourne très promptement à l'acide parce que le nombre des décompositeurs n'est pas assez considérable.

9° Si au nombre des séminules primitives de la levure naturelle qui se trouve dans le moût, on en ajoute une certaine quantité d'autres obtenues de la récolte précédente, c'est-à-dire d'une des dernières cuvées, à l'aide de ces nombreux auxiliaires le travail de la fermentation est prompt, énergique; sept ou huit heures suffisent; le gaz acide carbonique se dégage de ces petits végétaux et s'élève abondamment sous forme de bulles et d'écume; et le sucre étant bientôt converti en alcool la bière peut être de bonne qualité. Cette addition de levure qui consiste en des milliards de séminules est un véritable ensemencement dans un territoire particulier qui est le moût.

10° Les nouvelles séminules versées dans la cuve de fermentation, et réunies à celles qui s'y trouvaient déjà, germent et se développent en autant de petits végétaux moniliformes, composés de cinq ou six articles, avec une tendance à la ramescence. La durée de l'existence de ces petits végétaux limite celle de la fermentation, qui cesse quand ceux-ci meurent.

11° L'existence bien reconnue aujourd'hui des innombrables *torula cervi-*

sion, dont la levure offre les séminules agglomérées en pâte, explique très simplement le *revenu* considérable de la levure à chaque fermentation, la cause du mouvement et de la chaleur, la décomposition du sucre, la production de l'alcool et de l'acide carbonique, l'augmentation incessante de la levure dans chaque cuvée et dans chaque récolte par la multiplication de nombreux individus, celles de leurs articles globuleux dissociés ou désarticulés, mode d'augmentation ou de multiplication comparable à celui de tous les autres végétaux.

12° Toute la fermentation étant l'effet d'un acte vital dû au développement d'un nombre considérable d'individus organisés, le plus souvent végétaux, mais aussi quelquefois animaux, qui, dans le liquide, jouent le rôle de divisateurs, ne peut avoir lieu sans la présence d'une matière organique, c'est-à-dire sans la présence de globulins dissociés d'une masse de tissus, ayant fait partie d'un végétal ou d'un animal, ou, ce qui revient au même, d'une portion de levure, puisque celle-ci n'est composée que d'une agglomération de globules désagrégés de la tigellule articulée des *torula* après leur vie d'association.

13° Les petits végétaux de la levure soumis aux lois de l'organisation ont besoin, pour se nourrir et se développer, de la pâture que leur offre l'une des parties du sucre; sans cette substance ils meurent de faim, comme cela s'observe chez tous ceux que l'on plonge dans l'eau pure.

14° Par fermentation, on doit entendre l'action toute physiologique qui a lieu dans une association composée d'eau de sucre et de corps vivans, lesquels se développent par absorption d'une des parties de sucre, et en isolent soit l'alcool, soit l'acide acétique, action qui commence et finit avec l'existence des corps organisés, végétaux, à laquelle elle est due. Dans ces derniers corps, la vie ne cesse que par l'épuisement total de la matière nutritive. Une fois morts, ne pouvant plus se soutenir dans le liquide, on les voit se précipiter au fond du vase sous forme de lie mucilagineuse ou de levure.

15° Toute fermentation alcoolique ou acéteuse n'a pu être produite jusqu'à ce jour que par la présence de globulins organiques vivans, capables de végéter dans le liquide sucré, et jamais par les matières inorganiques, essayées, matières qui peuvent seulement quand on les ajoute aux globulins vivans des levures, ou rester neutres, comme la gomme ou comme la poussière de marbre, ou comme stimulans pouvant servir à tirer de leur indolence les globules de la levure, ou au contraire à les détruire complétement, comme c'est le cas pour les globules concentrés.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 30 AOUT. — PRÉSIDENCE DE M. MOREAU.

CHOLÉRA-MORBUS.

M. Gauthier Claubry communique à l'Académie l'observation de deux personnes qu'il vient de soigner il y a peu de jours, à Paris, d'une affection cholérique très caractérisée : refroidissement, coloration bleue, crampes aux quatre membres, vomissemens et garderobes liquides et floconneux, voix sépulcrale, décomposition du visage, froncement de la peau des doigts, etc., rien n'a manqué des symptômes du choléra indien. L'un de ces malades a succombé; chez l'autre, il y a eu réaction salutaire.

SPÉCULUM.

M. Charrière présente une notice sur les spéculums qu'il a fabriqués et perfectionnés depuis une quinzaine d'années, d'après les indications qui lui ont été signalées par MM. Dupuytren, Lisfranc, Récamier, Sanson, Ricord, Jobert, etc. La succession des formes variées qu'on a données à ces instrumens, depuis le cylindre simple en étain, jusqu'au spéculum trivalve, est curieuse; chacune de ces formes est adaptée à des indications chirurgicales particulières; elles ont toutes subi des modifications ingénieuses et utiles entre les mains de M. Charrière, modifications qui ont été adoptées par les auteurs mêmes que nous venons de citer. Les spéculums trivalves, cependant, viennent de subir de nouveaux perfectionnemens; M. Charrière est parvenu à les rendre aptes à remplir à eux seuls les différentes indications de la pratique, sous le double point de vue de l'exploration et des manœuvres opératoires.

LUXATIONS SCAPULO-HUMÉRALES.

Monsieur le président,

La lettre que M. le docteur Sédillot a adressée à l'Académie au sujet de mon mémoire sur les luxations scapulo-humérales exige de ma part quelques mots de réponse.

Suivant M. Sédillot, la luxation que nous avons décrite ne serait autre que celle déjà figurée par A. Cooper. Il suffit, pour juger de la valeur de cette assertion, de comparer la planche que j'ai jointe à mon travail à celle du chirurgien anglais.

Je pourrais, imitant l'exemple donné par M. Sédillot, discuter ici la valeur des caractères anatomiques et pathologiques des diverses variétés qu'il a admises et *démontrer en quoi* les résultats auxquels nous avons été conduits diffèrent de ceux qu'il a obtenus; mais je ne saurais oublier que c'est à l'amphithéâtre et au lit des malades que se résolvent les questions de cette nature, auxquelles se mêle trop souvent, dans la polémique, et à l'insu même des gens les plus modestes, *un soupçon d'amour-propre*.

Mon mémoire, d'ailleurs, ne tardera pas à être publié, et l'Académie et le public médical pourront juger alors lequel de nous deux s'est *involontairement* trompé.

Agréez, etc.

MALLE.

SÉANCE ANNUELLE.

Après la lecture de la correspondance, M. le président annonce que la séance publique de cette année est fixée à mardi prochain, 4 septembre. Elle aura lieu à trois heures dans l'amphithéâtre de la Sorbonne.

PRIX PORTAL.

M. CORNAC fait le rapport suivant au nom de la commission du prix Portal :

« La commission nommée pour le prix Portal vient vous annoncer, comme l'année dernière, qu'il n'est parvenu à l'Académie aucun mémoire sur la question proposée pour sujet du prix à décerner en 1838. Cette question a paru très importante à votre commission qui pense que l'Académie doit l'adopter de nouveau comme sujet de prix à décerner en 1840, et d'en doubler la valeur qui sera de 1,200 fr. Cette question est ainsi conçue :

Faire l'histoire des découvertes relatives au système veineux depuis Morgagni jusqu'à nos jours, et déterminer l'influence que ces découvertes ont exercée sur la connaissance et le traitement des maladies.

» Votre commission pense aussi que pour obtenir des mémoires il est utile de rappeler chaque année dans les bulletins de l'Académie et dans le programme de sa séance publique, le sujet de prix proposé pour l'année suivante. En conséquence, j'ai l'honneur de rappeler à l'Académie qu'elle a adopté pour sujet de prix à décerner en 1839, la question suivante :

Décrire les différentes espèces de ramollissement des centres nerveux (cerveau, cervelet et moëlle épinière); en exposer les causes, les signes, le traitement. »

MOTION D'ORDRE.

M. DUPUY rappelle que la mission principale que l'Académie a reçue du gouvernement dans son origine est de veiller aux épidémies et aux épizooties. Il s'étonne cependant de ne pas voir de travaux de ce genre être envoyés à l'Académie; il demande qu'un sujet de prix soit choisi dans cette classe de maladies. (Renvoi au conseil d'administration.)

REVACCINATION.

On se rappelle que naguère M. le ministre de l'instruction publique a consulté l'Académie sur la question de savoir s'il y avait convenance d'ordonner de revacciner les élèves des colléges et autres institutions royales à la fin de leurs études.

Aujourd'hui, M. de Villiers vient au nom d'une commission lire la réponse qu'elle propose de faire à l'autorité. Cette réponse est courte et négative. La commission a, comme on le voit, élagué les doutes qu'on a élevés dans ces derniers temps sur la vertu préservative de la vaccine.

Une discussion s'engage à ce sujet.

M. VILLENEUVE n'adopte point l'avis de la commission. L'Académie prendrait sur elle-même, dit-il, une trop grande responsabilité en tranchant d'une manière aussi décisive une question fort grave. Il est de fait que le vaccin ne préserve pas toujours de la variole et que cette éruption s'observe assez souvent avec des caractères d'une grande gravité chez des sujets qui ont déjà été bien vaccinés. Quel mal y a-t-il à ordonner des revaccinations? Craindrait-on de discréditer le vaccin? mais au contraire; à mesure que les cas de variole et de varioloïde se multiplient chez des sujets vaccinés la vaccine perd de son crédit; si les revaccinations réussissent on ne fera qu'accréditer davantage la découverte de Jenner. Mon opinion est par conséquent qu'on réponde affirmativement à M. le ministre.

M. BRESCHET : La question dont l'Académie vient d'être saisie officiellement a été dernièrement traitée à l'Académie des sciences par une commission dont j'ai été le rapporteur. Cette question a été examinée d'après un grand nombre de documens qui avaient été envoyés au concours. Ces documens, basés sur des faits assez nombreux, expriment, les uns l'affaiblissement du virus-vaccin; les autres la limitation de sa vertu préservative; d'autres, enfin, exposent les mesures officielles que les gouvernemens du nord ont prises d'après l'avis des médecins de ces pays, en ordonnant des revaccinations. L'Académie des sciences n'a adopté exclusivement aucune des opinions avancées par les concurrens; mais elle a trouvé que la question était assez importante pour appeler sur elle l'attention des vaccinateurs, et l'a mise au concours des grands prix Montyon. Il me semble assez singulier que l'Académie de médecine vienne aujourd'hui trancher légèrement une question grave, insoluble d'ailleurs dans l'état actuel de la science, et se mettre en opposition avec un autre corps savant. Je désire qu'elle ne se prononce point avant de s'enquérir des travaux récens, de prendre connaissance de tous les élémens de la question, et d'avoir examiné plus mûrement le sujet.

M. SÉDILLOT lit une note dans laquelle il maintient les termes de la réponse de la commission. Pour lui, le virus-vaccin n'a point dégénéré, il n'a rien perdu de ses qualités premières; les cas exceptionnels qu'on cite à ce sujet sont non-seulement fort rares, mais encore fort douteux. Ce serait par conséquent compromettre le crédit de la vaccine, et jeter l'alarme dans les familles, que de conseiller officiellement les revaccinations.

M. BOUSQUET : Que nous demande-t-il, le ministre? S'il est utile de revacciner les élèves au sortir du collége? Votre réponse est négative, et elle a pu être telle. Mais, examinée sous le point de vue scientifique, la question a pu être autrement résolue. Sans doute que le vaccin préserve de la variole; mais cette préservation paraît avoir des limites. Il pourrait donc être utile de revacciner, surtout en temps d'épidémie variolique.

M. ROCHOUX : J'adopte la réponse de la commission à la lettre du ministre; mais je regarde le rapport lui-même comme fort incomplet. Il ne suffit pas de

dire à l'autorité qu'il n'est pas utile d'ordonner des revaccinations, il faut aussi motiver votre réponse par un travail raisonné; il faut exposer l'état actuel de la science, les faits généraux et particuliers qu'on invoque en faveur des opinions régnantes et la valeur de ces faits. Ce ne sera qu'alors que votre rapport pourra mériter le titre de scientifique. Dans mon opinion, le virus-vaccin n'a rien perdu de sa vertu primitive, et je regarde les revaccinations comme tout à fait inutiles. On cite, il est vrai, des cas de variole chez des sujets vaccinés, mais ces cas sont exceptionnels : il y a des circonstances où la variole, même confluente, ne préserve pas d'une nouvelle atteinte de la maladie; pourrait-on demander davantage du vaccin ? Ces exceptions ne détruisent point la règle. J'ajouterai que, dans l'épidémie varioloïde qui a régné en 1828 à Marseille, on a eu beaucoup moins de morts parmi les sujets déjà vaccinés qui ont été atteints du fléau, que parmi ceux qui avaient eu la petite vérole. La vaccine a donc une plus grande puissance préservative que la variole elle-même.

M. Cornac : Je suis entièrement de l'avis de la commission. Je regarde comme dangereux d'ordonner officiellement des revaccinations. Ce serait effectivement semer l'alarme dans les familles, jeter une grande défaveur sur les bienfaits de la vaccine, et faire rétrograder la civilisation. Dans mon opinion, la vaccine n'a rien perdu de sa force primitive, et les cas exceptionnels qu'on invoque, outre qu'ils sont en très petit nombre, des recherches minutieuses font souvent voir qu'ils n'ont pour sujets que des individus mal vaccinés. Vous savez comment se font les vaccinations dans les campagnes : le médecin fait sa tournée de village en village, il vaccine et s'en va sans plus revoir tous ces opérés. Qu'arrive-t-il ? Les vaccinés chez lesquels l'opération n'a point réussi sont comptés au nombre des préservés.

D'autres fois ce sont des sages-femmes ou des officiers de santé peu instruits qui vaccinent, et les choses se passent bien ou mal. De là des causes fréquentes d'erreur : on croit bien vaccinés des sujets qui ne le sont pas et qui peuvent, par conséquent, contracter la variole. Supposez que, dix ans après l'opération, plusieurs de ces individus contractent la variole. On vous présentera ces faits et l'on vous dira que le vaccin ne préserve que pendant dix ans et qu'il faut revacciner au bout de ce temps. Si vous adoptez cette conclusion, vous n'avez pas encore tout fait, car bientôt d'autres pourront trouver un certain nombre de cas analogues où la variole se soit déclarée, par exemple, cinq ans après la vaccination. Que ferez-vous alors ? Adopterez-vous la seconde observation ? Mais il faut vous attendre à d'autres variations encore, et vous finirez par ne plus savoir où vous arrêter. L'Académie de médecine doit procéder avec plus de gravité et de prévoyance : l'état actuel de la science et les considérations d'intérêt social que je viens de vous présenter ne vous permettent pas de répondre à M. le ministre autrement que la commission vient de vous le proposer.

M. Chervin : Je dirai un mot relativement à l'épidémie variolique qui a régné à Marseille en 1828, et que notre honorable collègue, M. Rochoux, vient de citer. Je me rappelle que des relevés statistiques ont été faits d'après des documens officiels; je ne pourrais pas dire précisément les chiffres, mais je me souviens très bien qu'on a compté beaucoup moins de morts parmi les vaccinés que parmi les variolés.

M. Bouillaud : La question qui occupe en ce moment l'Académie est fort grave et mérite une discussion approfondie; il serait à désirer qu'on ne la traitât que d'après l'observation directe et sans idées préconçues. On est convaincu que le vaccin préserve de la variole d'une manière invariable, et l'on ne saurait revenir de cette croyance quand même on ferait voir des faits contraires. Pour mon propre compte, j'ai eu, presque tous les ans, à traiter à ma clinique des cas de variole confluente très graves, de véritable petite vérole, chez des sujets très bien vaccinés, et dont quelques-uns sont morts. D'un autre côté, des faits nombreux du même genre ont été recueillis à l'étranger et même en France; ces faits paraissent avoir déterminé des mesures officielles de revaccination dans plusieurs pays. Tout cela mérite une sérieuse considération, et, dans ma conviction, il serait possible que le vaccin eût perdu de sa valeur primitive. Aussi pensé-je qu'il aurait convenu de répondre affirmativement à la lettre du ministre, en attendant que les nouveaux faits nous mettent à même de décider d'une manière définitive la question.

M. Double : Quoi qu'on fasse, le doute est soulevé; il existe; la question est devenue publique : elle s'agite généralement en Allemagne, en Prusse, en Angleterre même où le vaccin a été découvert. L'Académie ne peut s'empêcher de s'enquérir à son tour de cette grave question et de prendre des mesures de prudence, en attendant que les faits se multiplient suffisamment pour permettre la solution de la question. D'après cet état de choses, il me semble qu'il serait convenable et adroit même de la part de l'Académie de ne pas prendre trop de responsabilité et de ne faire au ministre qu'une réponse moins décisive que celle de la commission.

M. Londe voudrait qu'on ne s'exprimât qu'avec doute sur une affaire aussi grave.

M. Gimelle rappelle qu'en 1825 un médecin de Paris, M. B., a envoyé à l'Académie les détails de cinq individus présumés bien vaccinés et atteints de petite vérole. Une commission a examiné ces sujets et a trouvé que leur vaccination avait été fort douteuse. Il cite des cas de personnes qui avaient déjà eu la petite-vérole confluente : cela ne les a pas empêchées de contracter de nouveau la maladie. L'opinion de M. Gimelle est du reste qu'on réponde négativement à la lettre du ministre.

MM. Louis et Collineau pensent qu'attendu les dissidences qui existent sur la valeur des faits cités, mieux vaudrait ne répondre au ministre que dubitativement ou attendre de nouveaux faits avant de répondre.

M. Decois d'Amiens propose 1° qu'un travail bien élaboré et complet soit fait sur la question; 2° qu'on réponde à M. le ministre que les revaccinations ne sont pas urgentes.

On est vers la fin de la séance. Il n'y a qu'un petit nombre de membres.

Le rapport et les conclusions sont mis aux voix et adoptés.

Séance levée après cinq heures.

— Samedi prochain, 1er septembre, il y aura séance à huis clos à l'Académie pour les rapports sur les différens prix à décerner dans la séance générale.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

NOTE SUR UN CAS DE CARDITE AIGUE; communiquée par M. le docteur Cazenave, chirurgien militaire.

Nos organes sont composés de tissus divers; chacun de ces tissus a une vie spéciale et présente quelques particularités dans ses lésions. C'est à bien étudier ces particularités qu'il faut s'attacher. Ainsi, on parviendra à rallier à des causes bien connues des effets, des productions morbides, qui sont encore un sujet de contestation. Les maladies de l'œil seraient là, au besoin, pour démontrer si cette marche a été utile pour leur juste appréciation.

Les divers tissus du cœur sont tellement unis qu'il a été difficile d'en isoler les lésions; et, pour ne parler que de son inflammation, il y a peu de temps on l'étudiait *in globo.* Ainsi Corvisart disait qu'elle n'affecte pas exclusivement et isolément un des tissus qui composent le cœur, mais qu'elle intéresse d'une manière *aussi marquée* le tissu cellulaire, musculaire, séreux, et même le vasculaire. Kreysic, Laennec, ont des premiers distingué la phlegmasie des divers tissus de cet organe; toutefois, cette distinction a porté spécialement sur les lésions cadavériques; la symptomatologie y a peu gagné.

Les travaux de quelques médecins modernes, et en particulier ceux de M. Bouillaud, ont jeté un nouveau jour sur cette question importante de pathologie, et bien qu'on ne soit pas encore parvenu à distinguer les symptômes de la cardite de ceux de l'endocardite, de la péricardite, les efforts qu'on a faits pour cela ne seront pas entièrement inutiles.

La cardite aiguë peut être partielle ou générale; celle-ci est très rare, c'est à peine s'il en existe quelques exemples incontestables dans la science. La cardite partielle, au contraire, n'est pas rare : Benevius, d'après Laennec, en a observe le premier exemple. Depuis cette époque, plusieurs médecins en ont cité un assez grand nombre de cas, soit que l'inflammation ait donné lieu à des abcès, soit que déjà il existât des ulcérations et même des perforations du cœur.

Presque toutes les observations de cardite aiguë ont présenté une complication d'endocardite, de péricardite ou de phlegmasie des organes pulmonaires. M. Bouillaud dit même, dans une note insérée au bas de la pag. 292, tom. II du *Traité clinique des maladies du cœur* : « On conçoit difficilement comment la cardite partielle elle-même peut exister sans complication d'endocardite ou de péricardite; cependant quelques cas, et particulièrement l'observation de M. Casimir Broussais, porteraient à croire qu'il en est ainsi quelquefois. »

L'observation suivante nous offre un cas de ce genre; sous ce rapport je crois utile de la publier.

CARDITE AIGUE; MORT; APOPLEXIE; ABCÈS ET RAMOLLISSEMENT DE LA PARTIE SUPÉRIEURE DE LA CLOISON INTERVENTRICULAIRE.

Obs. — Giroz, âgé de 22 ans, soldat au 22e de ligne, d'une très forte constitution, habituellement bien portant, n'ayant jamais eu de rhumatisme; adonné aux boissons alcooliques, s'enivra avec ses camarades, le 22 avril 1835. Le lendemain, il éprouva un malaise à l'épigastre qui s'irradiait vers le cœur.

Le 25, malaise plus grand; céphalalgie.

Entré au Val-de-Grâce, le 27, Giroz fut couché au n. 1, de la salle 11, service de M. Gase.

Le 28, à notre première visite, le malade nous présente les symptômes d'une légère bronchite; il tousse peu; la peau est peu chaude; mais le pouls est fréquent et assez développé. (Diète; eau gommée.)

Le 29, mouvement fébrile plus intense; face pâle; malaise général; toux peu fréquente et sèche. (Diète; 25 sangsues à l'épigastre et à la fossette sus-sternale.)

Le 1er mai, le mouvement fébrile est très intense, et n'est pas en rapport avec l'irritation bronchique, qui diminue. (Diète, gomme; saignée de 15 onces.) Le sang n'est pas couenneux.

Le 2, un examen attentif nous permet de constater les symptômes suivans; pouls raide, très fréquent (144 puls.); les mouvemens de retrait de l'artère sont peu sensibles et présentent assez bien le caractère signalé par M. Simonet, et qu'il a nommé *frottement globulaire.* Les carotides, les temporales battent avec force; le choc du cœur contre les parois thoraciques est difficilement perçu; la percussion de la région précordiale fournit un son mat dans une grande étendue; les bruits du cœur sont marqués par un bruit de soufflet très intense; il n'existe aucun bruit de râpe; il est difficile de distinguer la systole ventriculaire de celle des oreillettes. Dyspnée très grande; l'air entre avec difficulté dans les poumons, surtout en arrière, où existe un râle sous-crépitant; la voix est rauque; le décubitus horizontal pénible; le malade est obligé de rester assis dans son lit, et quand il fait un mouvement brusque, il tombe en syncope; la face est d'une pâleur remarquable; elle respire la crainte; rien d'anormal dans les fonctions du tube digestif; facultés intellectuelles intactes. (30 sangsues à la région précordiale; 2 grains poudre de digitale; sirop de pointes d'asperges, 2 onces; diète.) La piqûre des sangsues a fourni beaucoup de sang.

Le soir, à peu près même état. Interrogé s'il a soif, le malade répond qu'il a soif de vin.

Le 3, pouls moins fréquent (136 puls.); mais conservant les mêmes particularités d'hier; mêmes symptômes du côté du cœur, de l'estomac, du cerveau; expectoration de mucosités sanguinolentes; râle sous-crépitant très marqué, et difficulté de pénétration de l'air presque dans toute l'étendue du poumon gauche en arrière, et un peu en arrière du poumon droit; œdème du tissu cellulaire faible; le malade ne peut rester couché, il se promène dans la salle. (Diète; eau gommée; potion avec 30 gouttes teinture de digitale; sirop de pointes d'asperges, 2 onces; frictions sur la peau avec la teinture de digitale.) La dyspnée augmente; la nuit a été très pénible.

Le 4, pouls raide, mais régulier; bruit de soufflet très intense; l'infiltration a augmenté; du reste, même état. (Même prescription que la veille.) Le soir, le malade promenait dans le jardin, et m'a dit que le grand air lui était indispensable pour respirer, qu'il ne pouvait plus rester dans la salle. Rentré à huit heures, il s'est couché. Vers minuit, dyspnée très grande, menace de suffocation; le malade marche dans la salle, il appelle l'infirmier, il veut aller se placer à côté de lui, et le supplie de ne pas le quitter. Bientôt tous les symptômes s'aggravent; une grande quantité de mucosités mêlées d'air sont rendues par la bouche; l'intelligence est intacte; mort vers quatre heures du matin.

AUTOPSIE CADAVÉRIQUE 28 HEURES APRÈS LA MORT. EXTÉRIEUR. Pâleur et rigidité cadavériques; système musculaire très développé; nulle trace de putréfaction.

APPAREIL RESPIRATOIRE. Muqueuse laryngo-bronchique un peu injectée, rouge; adhérences celluleuses des plèvres gauches; engouement du poumon de ce côté, ressemblant assez bien à une hépatisation de couleur obscure brunâtre; mais, en pressant, on fait sortir une grande quantité de sérosité spumeuse, et le poumon devient alors crépitant, il surnage l'eau; le poumon droit, libre d'adhérences, est moins œdémateux que son congénère.

APPAREIL CIRCULATOIRE. Une once environ de sérosité dans le péricarde; les deux feuillets séreux n'offrent rien à noter. Le cœur est volumineux et un peu arrondi; ses cavités assez grandes sont distendues par des concrétions fibrineuses très organisées. Les parois des ventricules sont épaissies surtout à gauche où elles ont dix lignes. L'endocarde; la valvule tricuspide, les valvules sygmoïdes de l'artère pulmonaire sont sains; des valvules aortiques, l'une, la postérieure, est saine; les deux autres dures sont incrustées de végétations nombreuses. Un peu au-dessous de l'une de ces valvules et dans le tissu musculaire existe un épanchement sanguin du volume et de la forme d'une petite noisette; le sang est noir, coagulé; les parois de ce foyer sont rouges, ramollies, aussi bien que la portion correspondante du prolongement de l'artère pulmonaire; dans ce point le ramollissement est un peu blanchâtre. Un peu plus bas et à la partie supérieure de la cloison interventriculaire existe une cavité du volume d'un haricot remplie de pus bien lié: les parois de cet abcès sont ramollies, d'un blanc jaunâtre, de couleur de feuille morte; cette altération s'étend à cinq ou six lignes; la déchirure du tissu musculaire présente dans ce point une espèce de granulation assez analogue à celle qu'offre le poumon hépatisé au troisième degré. Un stylet poussé dans l'abcès communique facilement dans le foyer appoplectique déjà décrit. Le reste du cœur est sain. L'aorte ni les veines n'offrent aucune altération. Tous les muscles sont sains.

APPAREIL DIGESTIF. L'estomac contient une petite quantité de liquide blanchâtre; la muqueuse gastrique est ramollie vers son grand cul-de-sac et sa grande courbure; dans ce point existent des sygillations cadavériques. Le reste du canal est sain. Le foie volumineux, congestionné, est sain; la rate est petite et ramollie. Les reins n'offrent rien de notable. Le cerveau est sain.

Nous avons trouvé dans le cœur trois altérations: le ramollissement, un foyer sanguin et un abcès. De ces trois lésions quelle est celle qui a primitivement existé? Ce n'est pas l'abcès; les cas où du pus se déposerait tout d'abord dans le parenchyme du cœur appartiennent à des phlébites ou à des résorptions purulentes; ici les vaisseaux étaient sains et il n'y avait dans l'économie aucun organe en suppuration. Ce pourrait être le foyer apoplectique; je ne le crois pas cependant. On a bien cité (Rousset, *Thèse inaug.*; Paris 1827. Cruveilhier, *Anat. pathol.*) des cas où un épanchement sanguin avait lieu dans le tissu musculaire; peu à peu les parois du foyer sécrétaient du pus qui, mêlé d'abord au sang, formait ensuite un véritable abcès. Ces cas ne peuvent guère avoir lieu que dans deux circonstances: 1° Quand le tissu musculaire est ramolli par suite d'une altération dans la nutrition; 2° Quand le sang est devenu liquide.

A cette occasion, je rappellerai un cas que j'ai observé au Val-de-Grace, et dont le sujet est un nommé Bourdé, fusilier au 43ᵉ de ligne, couché au n° 70 de la salle 8. Ce militaire était convalescent d'une fièvre typhoïde grave. Il mangeait le *quart* lorsque pendant la nuit il fut pris d'une hémoptisie très abondante qui persista pendant trois jours. Alors sont survenues plusieurs collections sanguines (7) dans les muscles de l'abdomen; une tumeur analogue existait derrière l'oreille à l'extrémité cranienne du sterno-mastoïdien; la largeur moyenne de ces collections était d'une pièce d'un franc. Dans le dos, les cuisses, les pieds, existaient des ecchymoses sous-cutanées; l'ouverture d'un des foyers apoplectiques ne fournit que du sang noir coagulé.

Les toniques furent prescrits à haute dose par la bouche, en lavemens, en frictions: sous leur influence, il survint une amélioration rapide et très grande. Quinze jours après l'emploi de ces moyens les tumeurs sanguines étaient transformées en abcès; le pus était assez lié. Dans le point occupé par ces tumeurs les fibres du muscle droit abdominal étaient détruites. Dans ce cas il y avait liquidité du sang et ramollissement des tissus par suite de la fièvre typhoïde.

M. Cruveilhier dit (*Anat. pathol.*, 3ᵉ livr.) que l'apoplexie du cœur reconnaît le plus souvent pour cause première une fragilité remarquable du tissu de l'organe, si bien que dans tous les cas qu'il a eu occasion d'observer, ce tissu se morcelait à l'aide d'une pression et d'une traction légères. Par suite d'expériences récentes, ce médecin s'est assuré que l'apoplexie du tissu musculaire est une véritable phlébite. Je ne sais jusqu'à quel point l'existence de cette phléhite peut être admise.

Le militaire, qui fait le sujet de l'observation que j'ai rapportée, avait une forte constitution; ses muscles étaient très développés, la nutrition bonne, le sang fibrineux, dense; le point occupé par l'abcès était éloigné de plusieurs lignes du foyer apoplectique; le contraire aurait eu lieu si la maladie avait débuté par l'apoplexie. Enfin le sang épanché dans le foyer était noir coagulé. On sait que ce liquide, quand il n'est plus sous l'influence de la circulation, subit, dans sa couleur et sa densité, des modifications d'autant plus marquées qu'on s'éloigne davantage du moment où il a été extravasé dans nos tissus.

Ainsi, par voie d'exclusion, nous sommes amenés à dire que la maladie de Giroz a commencé par une inflammation qui a déterminé le ramollissement, la suppuration du parenchyme du cœur, et favorisé un épanchement sanguin. Les cas d'apoplexie dans un organe pendant le cours de son inflammation ne sont pas très rares et ne doivent pas étonner, la congestion hémorragique et inflammatoire étant de même nature.

Le plus grand nombre d'apoplexies, d'abcès, d'ulcérations, de ruptures du cœur ont été observés dans le ventricule gauche. Notre observation confirme ce point de doctrine. L'hypertrophie, la cardiextasie partielle, l'incrustation, l'ossification des valvules, affectent aussi une préférence pour le cœur gauche. Dans l'état actuel de la science, on ne peut donner une explication plausible de cette particularité.

Presque tous les faits de cardite aiguë consignés dans les auteurs étaient compliqués d'endocardite, de péricardite, ou de phlegmasie des organes pulmonaires. Notre observation nous offre un cas d'inflammation isolée du tissu musculaire du cœur. Tous les symptômes étaient sous la dépendance de cette lésion. La fréquence et la raideur du pouls, le bruit de soufflet, les lipotymies fréquentes, l'impossibilité de rester couché sur le dos, l'infiltration générale, l'étouffement, l'œdème pulmonaire, les mouvemens tumultueux du cœur dépendaient de la gêne du cours du sang dans les quatre cavités de cet organe.

L'abus des boissons alcooliques, l'état d'ivresse dans lequel s'est mis Giroz me semblent être les causes de la maladie à laquelle il a succombé.

On ne saurait être trop circonspect dans le pronostic des maladies du cœur. Un grand nombre de faits prouvent que la mort est souvent arrivée au moment où l'on s'y attendait le moins, soit par syncope, soit par étouffement. Dans le cas que je viens de rapporter, nous ne pouvions penser que ce militaire mourût aussitôt; il se promenait encore le 4 au soir.

Si, dans bien des cas, il est assez facile de distinguer la péricardite de l'inflammation du tissu musculaire du cœur, il n'en est pas de même pour l'endocardite. Ces deux maladies (cardite et endocardite) co-existent souvent; de plus, elles tirent leurs symptômes du mode de circulation du sang dans les ventricules et les oreillettes. Toutefois, par l'absence de bruit de soufflet, de râpe, par le développement de la systole du cœur, en harmonie avec le battement des artères, on pourrait plutôt présumer une cardite qu'une endocardite, surtout s'il existe dans les muscles des foyers apoplectiques.

BIBLIOGRAPHIE.

DE PERITYPHLITIDE (1), DISSERTATIO INAUGURALIS MEDICA; auctore CAROLO FRIDER. WILHELMO. — Heidelbergæ, 1837.

Le mot de *perityphlite* est une expression nouvelle introduite dans la nosologie pour désigner l'inflammation de l'enveloppe celluleuse du cœcum. L'auteur de la thèse que nous avons sous les yeux dit que la maladie dont il fait l'histoire n'est bien connue que depuis les dix dernières années, et que, parmi ceux qui en ont fait une espèce de nosologique, il faut placer Dupuytren au premier rang. Celui-ci a désigné cette maladie sous le nom d'abcès de la fosse iliaque droite. Beaucoup d'autres médecins s'en sont occupés ensuite et l'ont décrite sous différens noms. Puchelt et Goldbek lui ont donné le nom de perityphlite, et cette dénomination est adoptée aujourd'hui par tous les médecins allemands.

(1) Περὶ τὸ (ἔντερον) τυφλόν. *Circum (intestinum) cœcum.*
(NOTE DU RÉDACT.)

On reconnaît cette maladie à des douleurs qui sont d'abord vagues dans l'intérieur du ventre et accompagnées de symptômes d'embarras gastrique, blancheur de la langue, nausées, vomissemens, constipations ou diarrhées; ensuite ces douleurs se fixent dans la fosse iliaque droite, en même temps qu'il s'y forme une tumeur circonscrite et plus ou moins mobile. Ces accidens sont dus à l'inflammation de la toile celluleuse qui sépare l'intestin cæcum des muscles psoas et iliaque, et cette inflammation peut, comme toute autre, se terminer par résolution, suppuration ou gangrène. S'il se forme un abcès, il peut s'ouvrir directement au dehors ou se frayer une route à travers le canal digestif, la vessie, le vagin chez la femme, ou d'autres parties.

Les causes de cette affection sont variables; on peut les diviser en deux ordres, en prédisposantes et en occasionnelles; parmi les premières, l'auteur compte la disposition anatomique des parties, les complexions molles, les tempéramens lymphatiques; il a aussi cru remarquer que l'âge de la puberté et celui de retour y prédisposent plus que les autres.

Comme cause occasionnelle, M. Wilhelm signale, en première ligne, le refroidissement et les divers accidens qui font, en général, naître les affections rhumatismales, puis un grand nombre d'autres causes encore.

Quant aux symptômes de la maladie, ils se revêtent, en général, de deux formes principales: 1° de la forme rhumatismale; 2° de la forme scrofuleuse. M. Wilhelm préfère ces deux dénominations à celles de forme aiguë et chronique, adoptées par d'autres auteurs.

Dans la pérityphlite rhumatismale, on observe plusieurs périodes. Dans la première, celle des prodromes, les malades éprouvent, en général, les symptômes des embarras gastriques, tels qu'anorexie, éructations fréquentes, parfois vomissemens de mucosités blanches et tenaces. Il y a des selles irrégulières; le pouls n'est ordinairement pas troublé et le malade peut vaquer à ses occupations, jusqu'à ce qu'un accident, ordinairement un refroidissement, vienne donner lieu à la seconde période, celle d'inflammation.

Cette seconde période, qu'on peut nommer spasmodico-inflammatoire, s'annonce par une douleur vive et poignante, se manifestant dans toutes les parties du ventre, principalement dans la région épigastrique, et pouvant passer pour une affection idiopathique de l'estomac, méprise qui, en effet, doit être commise souvent dans les pérityphlites commençantes. L'abdomen, partout sensible au toucher, n'est ni tendu, ni gonflé, ni rétracté, mais, le plus souvent, il est mou. Bientôt les douleurs augmentent et vont se fixer uniquement dans la fosse iliaque droite, d'où elles semblent irradier encore vers les autres parties, principalement vers la vessie urinaire. L'urine est rare, trouble et son émission douloureuse. La peau est sèche, brûlante et pâle. Tous les mouvemens du corps sont douloureux, principalement ceux de la cuisse droite. Le malade se tient couché sur le dos avec les membres pelviens fléchis sur le tronc.

Si on examine alors l'abdomen, on trouve une saillie prononcée dans la région du cæcum; cette région est extrêmement douloureuse à la moindre pression, et la tumeur qu'on observe semble profondément située; elle est circonscrite et nullement mobile. La progression des matières contenues dans le canal digestif est entravée; et leur passage à travers l'orifice iléo-cæcal se fait mal; il y a quelquefois météorisme, et lorsque les douleurs s'exaspèrent, le malade pâlit, se couvre de sueurs froides et le pouls devient petit et fréquent.

Cet état dure ordinairement avec plus ou moins d'intensité pendant un certain nombre de jours jusqu'à ce qu'il se termine par une crise qui est le plus souvent indiquée par des sueurs, des urines ou des selles copieuses, et annonce la dernière période de la maladie, si elle ne se termine pas par résolution.

Les autres terminaisons de la pérityphlite rhumatismale peuvent se faire des quatre manières suivantes:

1° L'inflammation se propage au colon et aux autres intestins, ce qui arrive rarement.

2° Il survient une inflammation du péritoine, ce qui est très fâcheux. On reconnaît cet accident au retour de la sensibilité générale du ventre, à l'exacerbation des douleurs, à la fréquence et à la petitesse du pouls: cette terminaison est ordinairement mortelle.

3° L'enveloppe celluleuse du cæcum peut tomber en gangrène. On conçoit facilement cette terminaison; mais elle n'a pas encore été observée.

4° Un abcès peut se former dans la toile celluleuse; le pus peut s'ouvrir un chemin soit dans le cæcum soit dans un autre organe, soit en un point quelconque de l'habitude extérieure du corps.

Dans d'autres circonstances, la pérityphlite rhumatismale change de nature; elle passe à l'état chronique, et revêt alors la forme de la pérityphlite scrofuleuse. On a aussi observé des récidives de la maladie après des terminaisons franches.

La pérityphlite scrofuleuse est presque toujours chronique. On l'observe chez les individus cachectiques et affectés d'autres maladies scrofuleuses. Les symptômes généraux n'y sont pas aussi prononcés que dans la pérityphlite rhumatismale, à moins que celle-ci ne l'ait précédée. La tumeur dans la fosse iliaque droite est plus indolente, et ce qu'il y a de particulier, c'est qu'elle ne paraît jamais se terminer par résolution, mais elle se juge toujours par suppuration et ulcération.

On connaît un cas dans lequel l'abcès s'est vidé par plusieurs trajets fistuleux dont les uns se sont ouverts à la peau, les autres dans le cæcum, d'autres dans le vagin et d'autres dans la vessie. Le pus s'est écoulé par toutes ces voies et la malade a survécu.

Pour rendre le tableau de cette maladie plus complet, l'auteur choisit et rapporte un certain nombre d'observations qu'il cite comme exemples des différens modes de terminaisons.

Puis il parle des maladies avec lesquelles la pérityphlite peut se compliquer; il expose ensuite le résultat des nécropsies dans les cas où les malades ont succombé.

Le chapitre le plus intéressant de cette dissertation est celui qui traite du diagnostic différentiel. Parmi les affections qu'on peut confondre avec la pérityphlite, M. Wilhelm indique les suivantes: la gastrite, l'entérite, la typhlite ou inflammation du cæcum, l'inflammation de l'appendice vermiforme, la colite, la péritonite puerpérale et musculaire, l'hépatite, la néphrite, la ceptite, la métrite, la phlegmasia alba dolens, la psoïte, la colique ordinaire, les tumeurs diverses formées par l'accumulation des matières fécales, les hernies, les dégénérescences des ovaires, la tuméfaction des ligamens de la matrice, les abcès lymphatiques, les calculs arrêtés dans les uretères, etc., etc. Pour toutes ces affections l'auteur décrit avec soin ce qu'elles ont de commun avec la pérityphlite et ce qui les en distingue. Mais ce qui nous a surpris, c'est qu'il n'ait rien dit de la dothienthérie qui est, de toutes les maladies, celle qui, dans ses symptômes généraux, a le plus d'analogie avec l'inflammation de l'enveloppe du cæcum. Elle en diffère à la vérité par un grand nombre de caractères; mais toujours y a-t-il assez de points de contact pour que l'auteur n'eût pas dû omettre d'en parler.

Pour faire connaître le pronostic de la maladie, M. Wilhelm rapporte tous les cas qui sont à sa connaissance, depuis ceux observés par Dupuytren, qui le premier en a parlé jusqu'à ce jour. Il résulte de ces observations que sur soixante-six cas de pérityphlites constatées, il y a cinquante-huit guérisons et huit morts; ce qui ne rendrait pas le pronostic extrêmement fâcheux.

Quant au siége de la maladie, celui-ci est établi par sa dénomination même. Il en est de même de sa nature, qui est inflammatoire. L'auteur ajoute seulement que toutes ces inflammations ne se ressemblent pas dans leur essence; qu'il y en a de plusieurs espèces; que les unes tiennent à des diathèses rhumatismales; les autres aux scrofuleuses, etc., etc., et qu'il est important de ne pas perdre ces données de vue dans le traitement de la maladie.

Quant au traitement, celui-ci doit varier selon la nature et la période de la maladie. Les règles que donne M. Wilhelm sont exposées avec soin; mais elles ne sont autres que celles qu'il faudrait suivre dans tous les cas où l'on aurait à soigner une tumeur douloureuse dans la fosse iliaque droite avec symptômes de fièvre inflammatoire.

La dissertation de M. Wilhelm est remarquable par une grande exactitude. La maladie qu'il décrit est reconnaissable aux signes qu'il indique. L'auteur est au courant de tout ce qui a été écrit sur cette affection jusqu'à ce jour.

Sous le rapport diagnostic, le mot pérityphlite nous paraît ici convenable pour distinguer cette inflammation d'avec toute autre maladie qui pourrait avoir son siége dans la même région. Quant au traitement, il ne peut modifier en rien ce qui est applicable à toutes les tumeurs inflammatoires en général. Dans tous les cas, il faut employer, dans le principe, les antiphlogistiques généraux et locaux. Si on observe une fluctuation manifeste, il faut ouvrir l'abcès, et lorsque la suppuration devient trop abondante, lorsque la fièvre étique survient, il faut remonter le sujet par les toniques et les stimulans.

VARIÉTÉS.

— M. le ministre de l'instruction publique vient d'adresser la circulaire suivante à tous les préfets:

Monsieur le préfet,

L'Académie de médecine a adressé à mes prédécesseurs un rapport extrêmement favorable sur les préparations d'anatomie élastique qui lui avaient été soumises par le docteur Auzoux.

Il résulte de ce rapport que M. Auzoux a donné à ses préparations un degré de perfectionnement qu'il n'avait pas encore obtenu; qu'elles sont d'une utilité réelle pour l'enseignement; que, dans un assez grand nombre de cas, elles

tiennent lieu de cadavres pour les études anatomiques; que l'étudiant en médecine, avant de se livrer aux dissections, peut facilement, à l'aide de ces pièces, apprendre déjà, d'une manière générale, les formes et les rapports de la plupart des organes, et que, plus tard, il peut encore revoir, sur ces pièces artificielles, les parties de la science qui s'oublient le plus facilement.

L'Académie a exprimé le désir que les préparations de M. Auzoux passent être placées dans les écoles secondaires de médecine et dans les autres établissemens publics, soit pour aider et abréger l'étude de l'anatomie, soit encore pour servir à apprécier les connaissances des candidats qui aspirent aux grades délivrés par les jurys médicaux.

D'après ces considérations, M. le préfet, je crois devoir vous inviter à appeler l'attention du conseil général de votre département, ou du conseil municipal du chef-lieu, sur les préparations d'anatomie clastique de M. le docteur Auzoux. L'administration sera disposée à allouer les sommes qui pourraient être votées, soit au budget départemental, soit au budget municipal, pour l'acquisition de ces préparations, qui seraient placées dans les bibliothèques ou dans les musées, et mises à la portée des praticiens, des élèves et des hommes qui se livrent à l'étude des sciences naturelles.

Recevez, monsieur le préfet, l'assurance de ma considération très distinguée.

Le ministre de l'instruction publique, grand-maître de l'Université,
SALVANDY.

— INVITATION. Les naturalistes et les médecins allemands qui se sont réunis l'année dernière à Prague, ayant choisi cette année la ville universitaire de Fribourg pour leur assemblée générale, et le grand-duc de Bade ayant sanctionné ce choix avec toute la bienveillance possible, le comité général s'empresse d'inviter non-seulement les naturalistes allemands, mais encore ceux de l'étranger, de vouloir bien honorer cette réunion de leur présence.

Aux termes des statuts, les séances s'ouvriront le 18 septembre prochain. D'après le paragraphe 6 des statuts, on n'admettra dans ces réunions que les personnes qui s'occupent de l'étude des sciences naturelles et médicales, et d'après les paragraphes 3 et 7, on n'accordera voix délibérative qu'à ceux qui auront publié des écrits sur ces mêmes sciences.

Le comité annonce en outre que les sections suivantes doivent être organisées :

1re sect. Physique, astronomie et géographie. — Président provisoire : M. Wucherer, conseiller privé et professeur.

2e sect. Chimie et pharmacie, prés. provis., M. Fromberr, professeur.

3e sect. Minéralogie et géognosie, prés. provis., M. Walchner, conseiller des mines et professeur à Carlsruhe.

4e sect. Botanique, prés. prov. M. Perlep, professeur.

5e sect. Zoologie, anatomie et physiologie, prés. prov. M. Leuckart.

6e sect. Médecine, prés. prov. M. Baumgærtner, conseiller aulique et professeur.

7e sect. Agronomie, prés. prov. M. le baron de Falkenstein, conseiller privé.

Les personnes désireuses d'assister à ces réunions sont priées d'en prévenir au plus tôt le comité, et de lui faire part des observations qu'elles se proposeraient de communiquer à l'assemblée, tant sur les sciences en général que sur celles spéciales à chacune des sections. Elles devront également y joindre les renseignemens nécessaires, quant au logement qu'elles voudraient occuper, et que le comité s'empresserait de leur retenir. Ces renseignemens devront être donnés par lettres affranchies.

Au nom du comité : Le professeur LEUCKART, second directeur de la 16e réunion des naturalistes et médecins allemands.

Fribourg, le 8 juillet 1838.

CONTREFAÇON DES CAPSULES GÉLATINEUSES DE MM. MOTHÈS ET Ce.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

JUGEMENT DU 23 MAI.

Après avoir entendu, à l'audience du 24 avril et à celle du 8 mai, Me Bérit, avocat de Mothès et Ce, et le sieur Durosier dans sa propre cause, l'affaire ayant été remise à la présente audience pour la prononciation du jugement; vu le procès-verbal du 28 mars dernier, constatant la saisie pratiquée dans la pharmacie du sieur Durosier, à la requête de Mothès et Ce, de quatre boîtes de capsules de jujube au baume de copahu liquide;

Vu les objets saisis, dont le dépôt a été fait au greffe par procès-verbal du même jour, 28 mars;

Vu les brevets d'invention et de perfectionnement obtenus par Mothès et Ce, les 25 mars et 4 décembre 1834, pour un instrument propre à obtenir les capsules gélatineuses et pour les capsules elles-mêmes, ensemble la description portée auxdits brevets;

Vu l'ordonnance royale du 14 avril 1837, et le rapport de l'Académie royale de médecine du 26 février précédent:

Attendu que les sieurs Mothès et Ce sont porteurs de brevets d'invention et de perfectionnement, l'un du 25 mars 1834, l'autre du 4 décembre suivant, pour un instrument propre à fabriquer des capsules gélatineuses et pour les capsules elles-mêmes, destinées à renfermer et à transmettre médicalement du baume de copahu et autres substances liquides, et que, sur le vu du rapport de l'Académie royale de médecine, en date du 28 février 1837, constatant que l'invention des sieurs Mothès et Ce avait une utilité réelle, une ordonnance royale du 14 février 1837 a prorogé, jusqu'au 25 mars 1849, la durée des brevets d'invention et de perfectionnement délivrés audit sieur Mothès;

Attendu qu'il résulte des divers documens produits par les sieurs Mothès et Ce que les capsules brevetées constituent UNE INVENTION UTILE ET PRÉCIEUSE POUR LA THÉRAPEUTIQUE; que ces documens constatent : 1° que l'odeur et la saveur désagréables et pénétrantes du baume de copahu ont été longtemps un obstacle à son emploi; 2° que les divers moyens qui avaient été antérieurement employés pour en dissimuler l'odeur et la saveur, telles que les solidifications et mixture de copahu avec d'autres substances, ne répondaient qu'imparfaitement aux besoins de l'art de guérir, et que les capsules inventées par le sieur Mothès avaient L'INAPPRÉCIABLE AVANTAGE de conserver au copahu toute sa vertu médicale, en donnant les moyens de le prendre dans sa pureté naturelle; attendu que le brevet et l'ordonnance royale précités ont conféré aux sieurs Mothès et Ce, jusqu'au 25 mars 1849, le droit exclusif de fabriquer et de débiter des capsules gélatineuses propres à porter, par petites doses, dans l'estomac, le baume de copahu ou toute autre substance médicamenteuse liquide;

Attendu qu'il est constaté par procès-verbal du 28 mars dernier, qu'il a été trouvé et saisi dans la pharmacie du sieur Durosier, quatre boîtes contenant des capsules de jujube au baume de copahu, portant le titre de capsules du sieur Derlon, pharmacien;

Attendu qu'il résulte de l'examen comparé qui a été fait à l'audience, en présence des parties, de ces capsules avec celles du sieur Mothès, que les capsules saisies sont UNE CONTREFAÇON ÉVIDENTE des capsules antérieurement brevetées du sieur Mothès; que cette contrefaçon résulte en effet de ce que le sieur Derlon, en substituant simplement la jujube à la gélatine, s'est approprié L'IDÉE PREMIÈRE ET QUI CONSTITUE ESSENTIELLEMENT L'INVENTION BREVETÉE du sieur Mothès, d'administrer par petites doses *toute substance médicamenteuse liquide au moyen de capsules ovoïdes composées avec une matière également compacte, élastique et fondante*, INCENSIBLEMENT DISPOSÉES POUR DISSIMULER L'ODEUR ET LA SAVEUR REPOUSSANTES DE CES SUBSTANCES, EN CONSERVANT D'AILLEURS TOUTE LEUR ÉNERGIE MÉDICALE;

Attendu que le sieur Durosier, en débitant dans sa pharmacie les capsules de jujube du sieur Derlon, a troublé les sieurs Mothès et Ce dans l'exercice de leur droit privatif, et qu'aux termes des art. 10 et 12 de la loi du 25 mai 1791, les débitans et fabricans d'objets de contrefaçon sont également passibles de dommages-intérêts envers les inventeurs brevetés;

Attendu que le sieur Durosier ne peut se prévaloir utilement de sa qualité de pharmacien pour prétendre que sa profession lui impose l'obligation de tenir à la disposition du public les divers médicamens qui peuvent être prescrits par les ordonnances des médecins; car les devoirs de sa profession ne peuvent avoir pour effet de violer les règles communes à tous les citoyens, en ce qui concerne l'ordre public, les droits de l'industrie et de la propriété;

Attendu que le moyen d'exception également proposé par le sieur Durosier, et déduit de la loi du 25 germinal an XI, qui fait défense à toutes personnes autres que les pharmaciens de vendre des substances médicamenteuses au poids médicinal, n'est point fondé; que sans qu'il soit nécessaire de s'arrêter aux modifications apportées à cette loi par le décret des 14 juin 1803 et 18 août 1810, il est constant d'une part que l'action en contrefaçon a été intentée au nom social des sieurs Mothès et Dublané, pharmacien; et d'autre part que cette action elle-même a UNIQUEMENT *pour objet d'atteindre la contrefaçon des capsules brevetées du sieur Mothès, qui constituent un objet essentiellement industriel et commercial*; ET NON DE PROHIBER LE DÉBIT DES SUBSTANCES MÉDICAMENTEUSES QUI PEUVENT ENTRER DANS LES ATTRIBUTIONS DE LA PROFESSION DU SIEUR DUROSIER;

Attendu, en ce qui concerne les dommages-intérêts demandés par les sieurs Mothès et Ce, que si, aux termes de l'art. 12 de la loi du 7 janvier 1791, les contrefacteurs doivent être condamnés à payer des dommages-intérêts proportionnés à l'importance de la contrefaçon; ces dommages-intérêts, dès qu'il s'agit de simples débitans d'objets de la contrefaçon, doivent être proportionnés à l'importance des objets débités par chaque débitant individuellement; et considérant à cet égard que la fabrication et par suite le débit des capsules de jujube Derlon ne remonte qu'à une époque très peu éloignée; que le débit qui en a été fait dans la pharmacie du sieur Durosier ne peut être que fort peu étendu, en égard au petit nombre des boîtes saisies, et que ces capsules elles-mêmes sont peu importantes par leur valeur;

Sans nous arrêter aux exceptions proposées par le sieur Durosier, lesquelles sont rejetées;

Par ces divers motifs, nous juge de paix, *disons qu'il y a eu de la part de Durosier débit de produits* CONTREFAITS AU MÉPRIS DU DROIT PRIVATIF ACQUIS À MOTHÈS ET Ce;

Déclarons, en conséquence, valable la saisie pratiquée dans la pharmacie de Durosier, et ordonnons la confiscation, au profit de Mothès et Ce, des capsules saisies;

FAISONS DÉFENSE À DUROSIER DE PLUS, À L'AVENIR, DÉBITER AUCUN MÉDICAMENT LIQUIDE EN CAPSULES, AU PRÉJUDICE DU BREVET DE MOTHÈS ET Ce.

Condamnons Durosier à payer à Mothès et Ce, à titre de dommages-intérêts, la somme de 200 fr.; à verser, en outre, la somme de 50 fr., formant le quart de la somme, au bureau de bienfaisance du 11e arrondissement, au trésorier duquel il sera délivré un extrait en forme exécutoire du présent jugement, ensemble aux intérêts tels que de droit, à tout quoi il sera contraint, même par corps;

Condamnons Durosier aux dépens, dans lesquels entreront *les frais d'affiches du présent jugement, à 50 exemplaires, et de l'insertion* pour une seule fois du même dispositif *à la Gazette des Tribunaux et à la Gazette de Santé*;

Ordonnons l'exécution provisoire du jugement, nonobstant appel et sans caution.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE DE FELIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 36. (TOME VI. — 1838.) SAMEDI 8 SEPTEMBRE 1838.

Gazette Médicale DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°.—Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Poissonnière*, n° 5, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

CONSIDÉRATIONS SUR L'HYDROCÈLE AU BENGALE, ET SUR LE TRAITEMENT DE CETTE MALADIE PAR LES INJECTIONS IODÉES, selon le procédé de M. J.-R. Martin, chirurgien de l'hôpital des Natifs à Calcutta; par Ch. Dujat, D. M. P.

Dans un voyage que je viens de faire à Calcutta, j'ai eu occasion de voir un très grand nombre de cas d'hydrocèle, et d'en traiter quelques-uns à l'hôpital des Natifs, d'après le procédé de M. Martin, chirurgien de cet établissement. Les préparations d'iode appliquées en topique sur le scrotum dans les cas d'hydrocèle ont suggéré à ce praticien l'idée de traiter cette affection par les injections iodées. Le très petit nombre d'insuccès, la simplicité de l'opération, la promptitude de la guérison, ont fait adopter la méthode de M. Martin par les chirurgiens du Bengale; il est étonnant que ce procédé n'ait été soumis à l'expérience, en Europe, que depuis peu de temps, bien que depuis 1832 M. Martin fasse usage des injections iodées, et qu'en avril 1834 il ait lu, à ce sujet, devant la société médicale de Calcutta quelques notes qui ont été insérées dans les transactions de cette société et reproduites ailleurs.

L'hydrocèle est une affection très commune au Bengale chez les natifs et les Européens qui ont séjourné longtemps dans ce pays, mais surtout chez les premiers. On ne peut attribuer sa fréquence à des causes mécaniques; elle paraît due à la seule influence d'un climat chaud et humide; souvent l'hydrocèle accompagne l'éléphantiasis du scrotum. Les vaids et hakims, chirurgiens du pays, traitent l'hydrocèle par la simple ponction, ou déterminent l'ouverture de la tumeur par des caustiques; ils en appliquent quelquefois aussi dans la tunique vaginale; le premier traitement n'est que palliatif, l'introduction de caustiques dans la tunique vaginale est

---

Feuilleton.

SÉANCE ANNUELLE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE;

ÉLOGE DE DESGENETTES; PAR M. PARISET.

Jamais peut-être séance de l'Académie de médecine n'avait été si brillante. Le grand amphithéâtre de la Sorbonne a pu à peine suffire à l'empressement du public; et, chose plus extraordinaire, sans doute, le public a paru s'en aller content. C'est M. Piorry qui a ouvert la séance par un discours où, à propos des rapports des médecins de département sur les épidémies, il a su faire intervenir les questions les plus générales de la science médicale, philosophiquement considérée. Il a été écouté avec attention et intérêt, et justement applaudi. . . . .

C'est par l'*Eloge de Desgenettes*, par M. Pariset, que la séance a été close. Les longs extraits que nous sommes heureux de pouvoir emprunter à cet excellent morceau nous dispensent d'en faire l'analyse. Il est désormais superflu de parler du beau talent et de l'art exquis du secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine. Nous devons dire pourtant que, dans cette dernière occasion, la grandeur des choses et des hommes que le sujet amenait sous la plume du panégyriste a communiqué à ses pensées et à ses paroles une force et un éclat supérieurs. Son discours a été écouté d'un bout à l'autre avec une sorte d'entraînement, accompagné et suivi d'applaudissemens sans fin.

En voici quelques fragmens :

. . . .

» Il y avait alors, parmi les élèves, une société secrète, sur laquelle Desgenettes, qui en faisait partie, ne s'exprime qu'en termes généraux. Il n'en expose ni l'origine, ni l'organisation, ni les instituts, ni l'esprit. On croit savoir qu'elle avait pour objet de maintenir entre les étudians la plus sévère discipline. L'étudiant qui se permettait un acte répréhensible recevait l'injonction de quitter la ville; ou, s'il s'obstinait à y rester, il fallait que chaque jour il en achetât le droit à la pointe de l'épée. Cette société fut trahie par un de ses membres. Il la dénonça au corps entier des étudians comme dangereuse et criminelle. C'est qu'en effet toute société de cette nature devient malfaisante sans qu'elle y songe, et contre sa volonté. Son principe même la rend ombrageuse; elle autorise l'espionnage et les faux jugemens; elle prête l'oreille à la délation; ou bien elle condamne sans entendre, ce qui est le comble de l'ini-

très douloureuse; j'ai appris que des malades avaient succombé à la suite de ce traitement, avec les souffrances les plus vives. Dans quelques cas, le frottement a produit l'excoriation du scrotum, a déterminé l'ouverture de la tunique vaginale, et l'hydrocèle s'est vidée. Comme l'accumulation de la sérosité se fait sans douleur, que l'hydrocèle ne gêne que par son poids et que le traitement ordinaire par l'injection de vin rouge demande du temps et des précautions pour obtenir une guérison qui souvent n'arrive pas, les natifs ne se soumettaient à aucune médication, et, avec le temps, l'hydrocèle acquérait un volume considérable; aussi, avant 1832, époque où M. Martin employa pour la première fois les injections iodées, il se présentait de temps en temps, à l'hôpital des Natifs et dans les dispensaires, un cas qu'on opérait par l'injection avec le vin de Porto. Mais depuis que le traitement de M. Martin est généralement adopté à Calcutta, le nombre des malades qui viennent se faire opérer augmente chaque année. A l'hôpital des Natifs, depuis mars 1832 jusqu'à fin décembre 1834, 175 sujets ont été opérés pour l'hydrocèle par les injections iodées; en 1835, 223 sujets; en 1836, 432; et en 1837, 532; il faut ajouter à ce nombre ceux qui, d'après ce procédé, ont été opérés dans les dispensaires et ailleurs. On ne devrait cependant pas juger de la fréquence de cette affection par le nombre de sujets opérés ces dernières années; il n'est pas probable qu'une population de 2 à 300,000 âmes continue à fournir annuellement 800 cas d'hydrocèle; beaucoup de malades ayant eu connaissance de l'heureux succès de l'opération viennent de l'intérieur du pays pour se faire opérer, et le nombre des anciens cas d'hydrocèle finira par s'épuiser.

Nous devons à l'obligeance de M. Martin d'avoir pu compulser les régistres où sont consignées les opérations d'hydrocèle, et nous nous en sommes servi pour établir le tableau qui suit :

TABLEAU COMPARATIF DE 1,000 CAS D'HYDROCÈLE TRAITÉS PAR LES INJECTIONS IODÉES, SELON LE PROCÉDÉ DU DOCTEUR J.-R. MARTIN, A L'HÔPITAL DES NATIFS DE CALCUTTA, DEPUIS LE 1er JANVIER 1836 JUSQU'AU 5 JANVIER 1838.

	HYDROCÈLE D'UN SEUL CÔTÉ.																	
	CÔTÉ DROIT. Quantité de liquide contenu dans la tunique vaginale.								CÔTÉ GAUCHE. Quantité de liquide contenu dans la tunique vaginale.									
AGE DES SUJETS.	Moins de 10 onces.	De 10 à 19 onces.	De 20 à 29 onces.	De 30 à 49 onces.	De 50 à 79 onces.	De 80 à 99 onces.	De 100 à 120 onces.	TOTAL.	Moins de 10 onces.	De 10 à 19 onces.	De 20 à 29 onces.	De 30 à 49 onces.	De 50 à 79 onces.	De 80 à 99 onces.	De 100 à 120 onces.	TOTAL.	Cas d'hydrocèle double.	TOTAL GÉNÉRAL DES CAS.
De 18 à 20 ans.	10	4	»	»	»	»	»	14	6	3	»	»	»	»	»	11	16	41
De 21 à 25 ans.	29	11	7	4	»	»	»	51	32	13	11	»	2	»	»	58	64	173
De 26 à 35 ans.	50	44	38	13	2	»	»	147	55	45	29	13	»	2	3	147	179	473
De 36 à 45 ans.	18	24	17	12	1	»	»	72	25	23	34	9	5	1	»	95	90	257
De 46 à 59 ans.	5	6	4	2	»	»	»	17	»	1	4	»	»	1	»	6	20	43
De 60 à 70 ans.	»	2	1	1	»	»	»	4	»	2	1	4	1	»	»	8	1	13
	112	91	67	32	3	»	»	303	118	89	79	26	8	4	3	325	370	1000

Sur les 370 cas d'hydrocèle double, 133 n'ont pas présenté plus de 2 onces de liquide d'un côté que de l'autre; dans 109 cas, le liquide était plus abondant dans la tunique vaginale à droite; et dans 128 cas dans la tunique vaginale à gauche.

Dans ces 370 hydrocèles doubles, il y avait

Moins de 10 onces de liquide des deux côtés .... chez 135 sujets.
Moins de 10 onces d'un côté, et de 10 à 19 de l'autre.. chez 84 sujets.
— de 10 onces d'un côté, et de 20 à 29 de l'autre. — 42
— de 10 d'un côté et plus de 30 de l'autre....... — 2
De 10 à 19 onces de chaque côté.................. — 43
De 10 à 19 d'un côté et de 20 à 29 de l'autre........ — 35
De 20 à 29 de chaque côté......................... — 9
De 10 à 19 d'un côté et de 30 à 49 de l'autre........ — 6
De 10 à 19 d'un côté et de 50 à 60 de l'autre........ — 3

quité; ou bien elle suscite des explications, des débats, des animosités; elle allume la discorde et la haine, et sépare ainsi pour jamais ceux qu'elle se proposait d'unir par la vertu. Singulière jurisprudence! que de faire du duel un moyen de répression ou d'impunité. La loi seule doit régner parmi les hommes. Malheur au sacrilége qui lui arrache, pour se l'arroger, le droit de juger et de punir! Toute société secrète est ennemie de la société publique : ennemie d'autant plus redoutable, qu'elle s'applique sans relâche à faire partout prévaloir ce qu'elle qualifie de perfection, c'est-à-dire ses propres idées, et que pour leur donner l'empire, il ne lui coûte rien de tout renverser. Aveugle qui ne voit pas qu'elle se détruit par sa propre victoire, et qu'un jour l'exemple qu'elle donne s'armera contre elle!

» Cependant, à Montpellier, dès 1789, pareilles aux flots d'une mer qui s'émeut, commençaient à gronder sourdement les agitations politiques. Peu à peu, dans le tumulte des passions déchaînées, la ville se remplit de troubles, de séditions, d'anarchie, de meurtres. Après un séjour de plus de deux années, Desgenettes sortit de Montpellier pour retourner dans la capitale. Il se flattait d'y goûter quelque repos. Il y retrouva les mêmes inquiétudes et les mêmes préoccupations; des images de confusion et de ruine remplissaient tous les esprits. La société se sentait comme arrachée de ses fondemens et poussée vers des abîmes; ceux mêmes qu'un caprice de fortune avait subitement élevés portaient dans le rire de leur joie ce je ne sais quoi de sinistre dont le rire des prétendans est empreint dans Homère. Desgenettes chercha quelque diversion dans le travail et ses devoirs de société. Il revit Pelletan, Tenon, Sabatier, Vicq-d'Azyr, Condorcet, Dolomieu. Il revit surtout Louis, qui touchait à sa fin, et allait mourir, comme Dupuytren, d'un hydrothorax. Quelles tristes confidences il faisait à Desgenettes! Quelle amertume dans les justes plaintes qu'il laissait échapper! Lui, l'immortel auteur des mémoires de l'Académie; lui, que déchiraient sans pitié les fureurs d'une médiocrité jalouse, mais que visitaient avec respect des têtes couronnées et des philosophes : Joseph II, Christiern, Gustave et Franklin, leur égal; cet homme, qu'on accusait de tant d'orgueil, avait marqué sa sépulture, à la Salpétrière, au milieu des pauvres infirmes qu'il avait servies et consolées. Le cœur déjà saisi des prochaines calamités de la France et de l'Europe, il conseillait à Desgenettes de s'y soustraire, en s'attachant au service des armées, conseil que lui donnait également Vicq-d'Azyr, et que Vicq-d'Azyr soupirait de ne pouvoir suivre. Desgenettes, cependant, jeta dans le journal de médecine quelques articles courts et substantiels : une analyse du système absorbant; un extrait des œuvres chirurgicales de Plajani; une notice sur un travail qu'il avait pris soin de faire imprimer, celui de Girardi, de Parme, touchant l'origine du grand sympathique, notice entremêlée de quelques paradoxes qu'il tenait de son ami Fontana; les observations qu'il avait fait entendre à la société royale de Paris sur l'enseignement de la médecine dans les hôpitaux de la Toscane. L'hôpital de la nouvelle Ste-Marie, à Florence, égalait pour le moins les meilleures cliniques de l'Europe. Enfin, près de s'éloigner des siens, il s'échappa quelques momens pour visiter Rouen et Navarre, où il avait et où il se fit des amis. A son retour, il vit la France dans les cruelles mains qui allaient l'ensanglanter. Par l'intervention de son ami Thouret, il obtint un brevet de médecin pour l'armée d'Italie; et, le 15 mars 1793, il partit pour se rendre à son poste.

....

» Cependant Napoléon avait pris son vol vers l'Italie. Il paraît; il enflamme

Les onze autres cas se trouvaient dans cette proportion.

32 onces à droite; 56, à gauche; 40, à d.; 22, à g.; 36, à d.; 44, à g.; 60, à d.; 20, à g.; 24, à d.; 36, à g.; 40, à d.; 56, à g.; 46, à d.; 32, à g.; 32, à d.; 60, à g.; 28, à d.; 42, à g.; 40, à d.; 24, à g.

On voit, par le tablean qui précède, qu'ancun des sujets opérés n'avait moins de 18 ans; un vingt-quatrième environ n'avait pas plns de 20 ans; un pen plus d'nn sixième avait de 21 à 25 ans; un pen moins de la moitié, de 28 à 35 ans; nn pen plns d'un quart, de 36 à 45 ans; et nn dix-huitième avait plns de 46 ans.

Sur les 630 cas d'hydrocèle d'un seul côté, on a tronvé moins de 10 onces de liquide dans nn pen plus dn tiers de ce nombre; de 10 à 19 onces dans les deux septièmes; de 20 à 49 onces dans près d'un tiers; et dans 18 cas, la quantité de liquide était de 50 à 120 onces.

Sur les 1,000 cas, plus dn tiers des sujets étaient affectés d'hydrocèle double; dans les hydrocèles d'un senl côté, il y avait nne légère prédominance de la maladie à ganche, tant sur le nombre de cas qne sur la quantité de liquide contenn dans la tunique vaginale. Dans les cas d'hydrocèle double, il y avait aussi une légère prédominance sur la quantité de liquide dn côté ganche; mais ces différences ne sont pas assez considérables ponr établir qne l'hydrocèle affecte plutôt un côté que l'antre.

Ponr bien apprécier ces données, il ne fant pas perdre de vue que les natifs ne se font opérer que depuis peu d'années; qu'antrefois ils vivaient avec leur hydrocèle.

Chez les sujets qui font l'objet de ces considérations, l'accumulation dn liquide s'est faite le plns sonvent d'une manière lente, l'épanchement est quelquefois resté stationnaire plusieurs années; dans d'autres cas, le liquide, accumulé lentement pendant douze à quinze ans, a augmenté ensuite d'une manière rapide, en quelques mois, sans cause appréciable, et est devenn tellement abondant, qu'il gênait les monvemens du malade. On peut se faire une idée de l'effet que doit produire nn sac contenant quelqnefois plus de 100 onces de sérosité : le liquide de l'hydrocèle était ordinairement peu coloré et transparent; dans quelques cas rares, il semblait mélangé de pus; dans d'antres, la sérosité était sanguinolente, on elle présentait une couleur de chocolat on d'infusion de sené, le plus souvent alors il y avait épaississement de la tuniqne vaginale, et le sncces en devenait moins certain.

Nous allons décrire l'opération telle que nons l'avons vu pratiquer par M. P. O'Brien, premier assistant de l'hôpital des Natifs, à qui M. Martin laisse le soin de la plupart des cas d'hydrocèle.

Le malade est assis snr le bord d'un lit; le chirnrgien, en face de lni sur nne chaise, embrasse avec la main ganche la tumenr en dessous, de manière à la tendre; il s'assure, par la pression avec le ponce droit, qn'elle est élastiqne dans le point où il veut faire la ponction, et qu'alors le testicule ne s'y trouve pas; M. O'Brien a acquis nne telle habitude de l'opération, qu'il distingue par la vne et le toncher une hydrocèle de toute antre affection; aussi, je ne l'ai jamais vu se servir de lumière pour s'assurer de la transparence de la tnmeur, même dans les cas où elle présentait moins de trois onces de liquide. Le trocar est huilé, le manche fixé dans la paume de la main droite par les deux derniers doigts; l'indicateur est étendn sur la cannle jusqn'à deux lignes de son extrémité, on quatre à cinq lignes de la pointe de l'instrument; l'ongle du ponce est placé entre le manche dn trocar et l'extrémité dn pavillon de la canule en forme de petit godet. La tumenr étant maintenne tendue par la main ganche, la ponction est faite perpendiculairement à la tumeur à sa partie antérieure et an-dessous de sa partie moyenne; l'indicateur, par sa position, empêche l'instrnment de pénétrer an-delà de 4 à 5 lignes; alors, l'ongle dn ponce fait glisser de qnelques lignes la canule sur le trocar, de manière à cacher sa pointe et ne pas léser le testicnle; le chirurgien ponsse l'instrument dans la tunique vaginale, en abaissant le manche pour porter en haut et en arrière l'extrémité de la canule; puis le trocar est retiré; lorsque la sérosité s'est éconlée, on injecte, an moyen d'une petite seringue d'étain, un mélange de demi-gros teintnre d'iode (formulaire de Magendie), et nn gros et demi d'ean; et sans que le bout de la seringne quitte l'onvertnre de la canule dn trocar on les retire tons deux à la fois; car si la seringue et la cannle n'étaient pas maintennes en contact, le liquide injecté pourrait être projeté an-dehors à travers cette dernière, par la rétraction dn scrotum, ce qni m'est arrivé deux fois que j'avais négligé cette précantion. Dans les cas d'hydrocèle donble, on fait la ponction d'abord d'nn côté; lorsque tout le liquide s'est éconlé, on fait nne ponction de l'antre côté avec nn second trocar, et on pousse nne dose d'injection par les deux canules restées en place. Le malade est ensuite étendu sur le dos, et on malaxe le scrotum pendant une minute, pour mettre le liquide injecté en contact avec les parois de la tuniqne vaginale. Le traitement, après l'opération, consiste en un léger purgatif administré le lendemain et des compresses d'ean de Goulard, appliquées sur le scrotum.

La dose d'injection recommandée plns hant suffit ponr une hydrocèle de 6 à 30 onces de liquide; on emploie trois gros pour celles de 30 à 60 onces, et quatre à cinq gros ponr celles au-dessns; les hydrocèles qui contiennent moins de trois onces de liquide sont traitées avec nn gros d'injection iodée, toujours dans la proportion d'une partie teinture d'iode snr trois parties d'eau. M. Martin ayant appris que M. Lindsay, chirurgien à Bénarès, avait tronvé ce liquide trop stimulant, et qn'il en était résulté dans quelques cas une vive inflammation, diminna de moitié la teinture d'iode, et traita ainsi ses malades pendant denx mois; mais comme dans heancoup de cas les symptômes inflammatoires furent les mêmes, et qne dans d'antres la résorption se faisait longtemps attendre, il revint aux anciennes proportions une partie teinture d'iode et trois parties d'eau. La quantité de teinture d'iode pent être même augmentée, sans donner lieu à des accidens; nn chirurgien à qui M. O'Brien avait donné verhalement les proportions, comprit qu'il fallait employer la teinture d'iode pure, et traita trois cas d'hydrocèle avec deux gros de teinture pour chaque cas, et les malades ont guéri sans présenter de symptômes remarqnables. Ce qui caractérise le procédé de M. Martin, c'est la très petite qnantité de liquide injecté, et que ce liquide est retenu dans la tunique vaginale.

Lorsqu'on veut déterminer le lien précis qn'occnpe le testicnle, on presse fortement avec le ponce sur différens points de la tumeur, et le malade épronve une sensation donloureuse, lorsqn'on vient à presser sur le testicule; mais il suffit de savoir que s'il n'est pas où se fait la ponction.

Depuis que le snccès des injections iodées dans le traitement de l'hydrocèle est hien constaté, les malades retournent chez enx aussitôt après l'opération, et reviennent à la consultation le lendemain, et ensuite de temps en temps; plusieurs ne reviennent pas dn tout; d'antres ne se présentent qne très longtemps après, en amenant lenrs parens on amis pour

---

de quelques paroles tous les cœurs de cette petite armée presque nue, mais pleine de courage. Il s'élance avec elle sur sa proie; plus prompt que l'éclair, il franchit les monts, et se précipite. C'est un torrent que rien n'arrête. Le Piémont s'épouvante et rend les armes; le Milanais est envahi; l'Autriche confondue; la rébellion punie; l'oligarchie vénitienne détruite; la Péninsule subjuguée; de Milan jusqu'à Naples tout ploie, tout cède, tout est soumis. Dans ce fracas de victoires et de conquêtes, au milieu des fatigues, des dangers, des soucis qui en marquaient tous les instans, quel nouveau drame se forme et se noue, en quelque sorte, dans les profondeurs de cette vaste intelligence? D'autres victoires, d'autres conquêtes, un avenir de puissance et de grandeur, qui aurait changé la face du monde comme il changeait la face de l'Italie. Souffrez que je donne ici quelques développemens à mes paroles.

» De toutes les contrées du globe, la plus singulière peut-être par sa constitution, par son antiquité, par les bienfaits qu'en a reçus le genre humain, c'est ce long oasis qui, resserré entre deux chaînes presque parallèles de rochers calcaires et granitiques, occupe l'angle est et nord de l'Afrique, s'étend du Delta jusqu'aux cataractes, et demeure séparé du reste du monde par des mers et par des sables inhabités. Longtemps cette étroite vallée que l'on appelle Egypte ne fut qu'un golfe stérile. L'homme y a conduit *comme par la main* un fleuve qui, enflé par des pluies annuelles, a refoulé la mer, jeté à droite et à gauche jusqu'aux pieds des deux chaînes dont il était chargé, et formé ainsi couche par couche des terres d'une fertilité merveilleuse. Ces terres, affermies par le temps, se sont couvertes de moissons magnifiques, de villes superbes, de monumens gigantesques. A quelle époque s'est montré ce peuple créateur? et d'où venait-il? On l'ignore; mais ce que l'on sait parfaitement, c'est qu'il a tout inventé; ou plutôt, comme le répétait Champollion, ce peuple, en mettant le pied dans la vallée, apportait tout avec lui. Quoi qu'il en soit, jamais peuple n'a déployé plus d'activité, de sagesse et d'opulence. C'est lui qui a civilisé le monde; il a donné au monde ses sciences, ses lois, ses arts, son culte, aussi bien que ses obélisques. Aux richesses qu'il tirait de son sol, de son fleuve, et d'un ciel immuable, toujours plein de chaleur et de sérénité, le cours des siècles ajouta d'autres richesses, celles du commerce. L'Egypte est, en effet, le lien naturel et nécessaire de trois vastes continens. Un regard d'Alexandre apprit à ce prince que, possesseur de l'Egypte, il le serait de tous les trésors de l'univers, et que, dans le dessein qu'il avait d'unir tous les peuples par le commerce, et de les confondre dans une seule famille, dont il aurait la gloire d'être le chef, il devait asseoir son trône en Egypte, et faire de ce commun centre le siége de son empire. Il avait écrit sur ce projet un mémoire qui a péri. Toutefois, cette grande vue d'Alexandre n'a point disparu du monde. Soit instinct, soit imitation, soit calcul, elle est entrée, plus ou moins complète, dans d'autres esprits. Peut-être se mêla-t-elle comme accessoire aux premières croisades; mais après la déclaration de l'Arabe Caracuth, que pour se former en Orient des établissemens solides les Européens devaient se rendre avant tout maîtres de Damiette et de l'Egypte, on ne peut nier que cette vue n'ait été l'unique objet de la seconde croisade d'Innocent III, et de la malheureuse expédition de saint Louis. L'échec reçu dans ces deux tentatives n'en fit pas oublier le but. Un siècle plus tard, le vénitien Sanuto cherchait à ranimer dans les cœurs le feu qu'y avait allumé l'ermite Pierre. Sanuto avait parcouru cinq fois tout l'Orient. Il avait étudié les cieux, les hommes, les forces actuelles, les événemens antérieurs; il avait scruté les causes

être opérés; ils ont guéri sans aucun traitement après l'opération; aussi M. Martin considère ce traitement presque comme inutile.

Dans nombre de cas, les injections iodées occasionnent des douleurs qui durent quelques minutes, mais moins vives que celles produites par les injections de vin. Chez la plupart des malades, il y a, le lendemain de l'opération, un mouvement fébrile qui dure de douze à vingt-quatre heures; la partie est sensible pendant quelques jours (ces symptômes d'inflammation sont plus marqués chez les Européens), il y a un sentiment d'engourdissement dans la cuisse, du côté opéré; un autre effet particulier à cette médication, est que pendant plusieurs jours après l'opération, les malades se plaignent que leur nourriture n'a aucun goût, ou qu'ils ont constamment le goût de cuivre, indépendamment de la présence d'alimens dans la bouche. Ces symptômes sont ordinairement légers et durent peu; aussi les malades reprennent leurs occupations ordinaires quelquefois le jour même de l'opération, mais, le plus souvent, deux ou trois jours après; il n'en est pas toujours ainsi, l'inflammation est portée quelquefois au point de provoquer la suppuration; mais ces cas sont excessivement rares; j'en ai vu un. M. O'Brien m'a assuré qu'il n'est jamais venu à sa connaissance qu'un accident grave soit survenu à la suite des injections iodées, que les inflammations un peu vives ont été calmées par des applications de sangsues et des émolliens.

Comme à la suite des injections avec le vin il se produit un épanchement secondaire, celui-ci augmente jusqu'au quatrième ou sixième jour de l'opération; puis l'absorption se fait, tout le liquide disparaît rarement avant le douzième jour; la moyenne est de 20 à 25 jours; lorsque la résorption tarde à se faire, on peut la hâter en retirant par la ponction une partie de la sérosité de l'épanchement secondaire. Dans quelques cas rares, la maladie persiste: aussi, dans ces deux dernières années, sur près de 1,000 cas opérés à l'hôpital des Natifs, il s'est présenté six cas d'hydrocèle primitivement double, traités depuis quelques mois par les injections iodées, et chez lesquels la maladie avait reparu d'un côté; de plus, un cas d'hydrocèle simple non guéri; ces sujets étaient affectés, les uns d'un commencement d'éléphantiasis du scrotum, les autres d'un épaississement ou autre affection de la tunique vaginale, circonstances défavorables pour l'adhérence des parois de cette tunique, souvent dans les cas de non réussite, le liquide tiré à la seconde opération est sanguinolent. Parmi les sujets qui ne sont pas revenus à la consultation, il y a certainement d'autres cas d'insuccès; mais nous sommes fondé à croire qu'ils sont très peu nombreux; les deux tiers des malades qui viennent se faire opérer sont amenés par des amis qui ont eux-mêmes subi l'opération, et sur lesquels on a pu en constater les bons résultats.

Le succès des injections iodées est aujourd'hui un fait non contesté au Bengale; les chirurgiens du pays sont tous tombés d'accord que c'est le seul traitement qui doive être employé. Il fallait savoir si, sous d'autres latitudes, les injections iodées réussiraient également; nous devons à M. Velpeau de les avoir soumises à l'expérience en France, et ce chirurgien distingué est arrivé aux mêmes résultats que M. Martin (Voir *Transactions of the medical and physical society of Calcutta*, vol. VII.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ITALIENS.

I. ANNALI UNIVERSALI DI MEDICINA.

Les cahiers des mois de mai, juin et juillet contiennent les articles originaux suivans: 1° *Recherches expérimentales sur la matière purulente des cavités nasales des chevaux et des chiens atteints de morve*; par M. le professeur Rossi de Turin; 2° *Expériences sur l'action du sublimé corrosif transmis dans le corps à l'aide de courans galvaniques chez des sujets atteints de syphilis ancienne*; par le même; 3° *Réflexions cliniques sur un cas d'endocardite et de phlébite*; par M. Bargnani (travail judicieux mais n'offrant rien d'inconnu); 4° *De l'usage du sulfate et du citrate de quinine dans le traitement des maladies inflammatoires*; par M. Mugna; 5° *Relation des faits observés par M. Giacomini à l'assemblée scientifique de Liverpool*; 6° *Du diagnostic des maladies du cœur*; par M. Gola (rien de neuf).

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LA MATIÈRE PURULENTE DES CAVITÉS NASALES DES CHEVAUX ET DES CHIENS ATTEINTS DE MORVE; par M. Rossi, professeur de chirurgie et président du collége médico-chirurgical de Turin.

La question relative aux principes de la transmissibilité de certaines maladies, soit miasmatiques soit contagieuses, est, peut-être, ce qu'il y a de plus élevé et de plus obscur à la fois en pathologie. Des hypothèses nombreuses ont été imaginées depuis la plus haute antiquité jusqu'à nos jours; mais malheureusement les choses sont encore aujourd'hui sur ce point à peu près où elles étaient il y a deux mille ans.

La chimie, dont l'intervention a si puissamment concouru à l'éclaircissement d'une foule de problèmes importans de médecine, est restée presque tout à fait impuissante dans celui-ci. Les recherches récentes de M. Boussingault et de quelques autres investigateurs habiles ont, il est vrai, conduit à la découverte de certains principes qui infectent l'atmosphère de plusieurs localités où règnent habituellement des maladies miasmatiques; mais il y a loin de cette connaissance à celle des véritables principes générateurs de beaucoup d'affections de la même famille et en particulier de celles qu'on appelle contagieuses. Les expériences qu'on a faites à ce sujet ont eu plutôt pour but le mode de transmissibilité de ces maladies et l'étude de leurs phénomènes individuels que la recherche du véritable agent matériel de leur communicabilité, ou du moins si des recherches ont été faites dans ce sens elles n'ont donné aucun résultat positif.

Ce grand problème occupe aussi depuis longtemps un des plus habiles chirurgiens de l'Italie, M. le professeur Rossi. Persuadé que le principe propagateur des maladies contagieuses devait être du nombre des corps impondérables, puisqu'il échappait aux investigations des réactifs ordinaires de la chimie, M. Rossi a pensé que c'était à l'action de la pile galvanique qu'il fallait confier la décomposition des virus. Le travail qu'il publie aujourd'hui est une suite de celui qu'il a inséré il y a plusieurs années dans les mémoires de l'Académie des sciences de Turin sous le titre d'*Essai sur les miasmes*. L'auteur a pris cette fois pour sujet la matière

---

des revers; il apportait des plans nouveaux où tout, jusqu'aux moindres détails, était marqué pour la victoire. On fut froid pour Sanuto, comme on le fut d'abord pour Colomb. Il est probable, du reste, que ce fut du travail de Sanuto que le cardinal Ximenès emprunta toute l'économie du sien. Dans le temps, en effet, que les Vénitiens songeaient à s'ouvrir l'Égypte, pour aller combattre les Portugais dans la mer des Indes, ce grand ministre formait entre les trois rois d'Arragon, de Portugal, et d'Angleterre, une ligue contre les infidèles, et spécialement contre l'Égypte. L'ample instruction qu'il avait dressée pour assurer l'entreprise était telle que l'eût écrite un grand géographe, un grand capitaine, un grand navigateur. La mort de Ferdinand rompit ce magnifique projet; mais au milieu des folles rivalités des princes, l'idée principale, comme un germe précieux, subsista pleine de vie. Dans les premières années de Louis XIV, au moment où ce jeune roi déjà victorieux menaçait la Hollande, et avec elle une foule de petits princes voisins, un jeune philosophe, Leibnitz, reprit le dessein d'Alexandre, de Sanuto, de Ximenès; et, soit de son propre mouvement, soit à l'instigation de ces princes effrayés, et pour emporter loin d'eux l'activité de leur ennemi, il fit de la conquête de l'Égypte le texte d'une lettre qu'il adressait à Louis XIV, comme au seul monarque en état de comprendre et d'exécuter une si belle entreprise. Il faut l'avouer, la lettre de Leibnitz était un chef-d'œuvre. Quelle puissance d'esprit! quelle profondeur! quelle étendue! quelle connaissance de l'histoire et du caractère des peuples! quelle intelligence des affaires et des intérêts des rois! Jamais art plus délicat n'exposa mieux les motifs, ne choisit mieux les moyens, ne flatta plus sensiblement les secrets penchans d'un prince jaloux de sa puissance et passionné pour la gloire. Il persuade à ce roi qu'une fois l'Égypte dans les mains, il portera aux Hollandais qu'il veut punir des coups plus cruels pour eux en Asie qu'en Europe, et qu'en Europe, son ascendant le rendra l'idole des nations et l'arbitre des rois.

»De ces deux résultats, le dernier seul était digne de Louis XIV, et Louis XIV était aussi le seul roi qui pût l'obtenir, le seul qui pût réaliser le rêve d'Alexandre. L'occasion pressait; elle s'échappa. Elle n'est revenue depuis qu'une seule fois, mais dans des conditions moins heureuses, ainsi que vous le verrez tout à l'heure; et peut être aujourd'hui s'est-elle évanouie sans retour, non-seulement pour la France, mais encore pour toute puissance européenne. Tel est, en effet, aujourd'hui, l'état des esprits et des intérêts, que le maître de l'Inde, qui le serait en même temps de l'Égypte, serait le maître du monde. Le monde serait aux fers, situation violente qui, tôt ou tard, porterait à la révolte, soulèverait le genre humain indigné, et précipiterait dans des gouffres de sang et les peuples et le maître insolent qui les aurait armés. L'Égypte, possédée par une puissance européenne qui ne posséderait pas l'Inde, éternel objet d'ombrage et de jalousie, source intarissable de discordes, de guerres, de calamités; l'Égypte, déjà couverte de ruines; l'Égypte, qui peut s'embellir encore des œuvres de l'homme, s'anéantirait pour jamais, ne portant plus de l'homme que les tristes marques de sou aveuglement et de sa férocité. Ah! que l'Égypte respire enfin de ses longues infortunes! qu'elle n'appartienne plus qu'à elle-même! qu'elle soit indépendante et libre! qu'étrangère aux animosités des nations, elle soit neutre, comme l'était Palmyre; Palmyre, dont la poussière est encore l'orgueil de l'Asie. Si l'Égypte a instruit les nations, et si elle avait fait de la reconnaissance la première des vertus sociales; que cette vertu parle aujourd'hui dans le cœur des nations en faveur de l'Égypte, pour la protéger

de la morve chez les chevaux et les chiens; il s'est fait assister par son collègue, M. Lavini, professenr de chimie, dans l'appréciation de certains phénomènes.

Ayant préparé une pile galvanique de cinquante paires de disques, il l'a chargée à l'aide de la matière nasale d'un cheval morveux. Cette matière a été insinuée dans la pile au moyen de disques de linges trempés dans ce liquide et interposés entre chaque paire de plaqnes métalliques. Les deux bonts de la pile ont été mis en communication avec deux conducteurs métalliqnes (fils d'or) : ces derniers ont abouti dans de l'eau distillée contenue dans un eudiomètre.

A peine deux heures s'étaient-elles écoulées du fonctionnement de cet appareil qu'une odeur infecte, insupportable, s'était répaudue dans l'atmosphère du lieu de l'expérience et des maisons voisines. Ayant touché les fils conducteurs avec ses mains, M. Rossi en a éprouvé un effet tellement étourdissant qu'il a senti ses jambes fléchir, et il est tombé par terre; M. Lavini lui-même, qni a volé à son secours, a éprouvé des vertiges. Cet effet de la force du courant tient à autre chose qu'au simple fluide galvanique, car la même pile, chargée aussi fortement que possible, mais sans matière purulente morvense, ne lui a jamais produit d'effet pareil.

Dix-huit heures après l'action continue du conrant dans l'eudiomètre, ou a vu des petites bulles de gaz noirâtres sortir à la surface de l'eau contenue dans cet instrument et s'attacher aux parois du verre.

Au bont de ce temps, on a examiné les matières renfermées dans l'eudiomètre. L'eau sentait fortement l'odeur de la matière morveuse de la pile. Les gaz ont été examinés minutieusement : MM. Rossi et Lavini sont arrivés à cette conclusion que le cianogène était le principe dominant de ces gaz, principe qui, s'unissant à l'hydrogène, aurait formé l'acide hydrocianique ou prussiqne. C'est à l'action de cet agent qne les deux savans expérimentateurs attribuent les effets que M. Rossi a éprouvés en recevant les deux courans galvaniques.

Il y a donc, dit M. Rossi, dans la matière virulente de la morve, un priucipe matériel, le cianogène, dont la présence a échappé à l'analyse chimiqne qu'il avait fait faire par M. Lavini, et qui a été rendu évident par l'action de la pile. Ce principe entrant dans la circulation, n'importe par quelle voie, s'unit à l'hydrogène du sang veineux et forme un poison très puissant, l'acide hydrocianique ou prussique; c'est à son action que M. Rossi rapporte les phénomènes toxiqnes qu'éprouvent les animaux qui contractent la morve; c'est à cela aussi qu'on doit attribuer les effets qu'ont présentés plusieurs personnes qui avaient mangé ou coupé de la viande de bœuf atteint de morve. Il raconte que dernièrement un boucher de Turin a été pris de tous les symptômes de la morve et auxquels il a succombé pour avoir dépouillé un bœuf atteint de cette maladie. Les saugsues qu'on a appliquées à ce malade sont mortes peu d'instans après, et la petite quantité de sang qu'elles ont fait couler a suffi pour donner promptement la mort à d'autres sangsues.

M. Rossi ne s'est pas arrêté à ces premiers résultats : il a voulu produire la morve chez les animaux bien portans non par inoculation, mais par introduction de la matière nasale dans les voies digestives; c'est ce qu'il a fait chez les chiens et avec un succès complet. Il a vu le mal se prodnire avec les mêmes symptômes que chez le cheval et devenir même transmissible d'un chien à d'autres chiens. D'où il résulte que la morve ne serait d'après l'auteur qu'un véritable empoisonnement par le cianogène ou l'acide hyorocianique. M. Rossi, en effet, dit être parvenu à neutraliser chez les chiens l'action du poison en leur faisant respirer du gaz nitro-muriatique oxigéné ou du chlore. Ce sont aussi les moyens qu'il propose pour purifier les étables habitées par des animaux morveux.

Nous regrettons de ne pas trouver dans les articles que nous avons sous les yeux tous les détails des expériences de M. Rossi, et qui doivent se trouver consignés dans l'ouvrage particulier de l'auteur; mais en les admettant comme incontestables, ces expériences prouvent-elles que le principe contagieux de la morve ne soit autre que l'acide prussique ou plutôt le cianogène? Nous ne le pensons pas; à moins de prouver d'abord qu'en donnant du cianogène ou de l'acide prussiqne aux animaux vivans on produise les symptômes de la morve, etc.; c'est ce que l'anteur n'a point fait jusqu'à présent.

EXPÉRIENCES SUR LES EFFETS DU SUBLIMÉ CORROSIF TRANSMIS DANS L'ORGANISME A L'AIDE DE COURANS GALVANIQUES, CHEZ DES SUJETS ATTEINTS D'AFFECTIONS SYPHILITIQUES INVÉTÉRÉES ET RÉFRACTAIRES AUX TRAITEMENS MERCURIELS ORDINAIRES; par le même.

On sait depuis longtemps qu'en chargeant la pile de certaines substances, celles-ci sont décomposées et entraînées par les courans et peuvent être transmises dans l'organisme. Cette idée si belle pour les applications thérapeutiques dont elle est susceptible était restée presque dans l'oubli lorsque M. Rossi l'a prise en sous-œuvre. L'auteur publie pour le moment les résultats des expériences qu'il a faites chez onze sujets vérolés qu'il a traités d'après cette méthode. Il s'agit d'individus atteints, les uns d'ulcères syphilitiques anciens qui avaient résisté à toutes les médications ordinaires; les autres d'enfans dont le corps était couvert dès la naissance de pustules et de croûtes véroliques; les autres enfin d'adultes affectés de tabès syphilitiques.

M. Rossi a chargé la pile avec une solution de sublimé corrosif et en a transmis les courans dans l'organisme des malades. Chez ceux qui étaient atteints d'ulcères, les courans ont été dirigés sur les points ulcérés: ceux-ci se sont enflammés après les premières galvanisations, ont suppuré, ont pris tout l'aspect des chancres primitifs et se sont promptement cicatrisés. On a continué les courans et la guérison a été radicale. Chez les enfans on a vu, sous l'influence des mêmes courans, la peau se déterger, reprendre son état normal, et la guérison radicale s'opérer en peu de temps. Chez les sujets tabiques enfin, les voies digestives étaient tellement délabrées que les mercuriaux par bouche ne pouvaient être supportés, ni même les frictions. Les courans galvano-mercuriels ont été parfaitement supportés et les malades ont guéri.

Tel est le résumé des résultats remarquables obtenus par M. Rossi, et, avant lui, par un de ses élèves, M. Fenolio; mais ce résumé qu'on a extrait d'un ouvrage récent de l'auteur est malheureusement fort incomplet, car on ne dit pas 1° quelle dose de sublimé on a mise dans la pile et combien de temps le malade est resté sous l'action des courans; 2° quelle était la forme du bout terminal des conducteurs : était-ce des plaques, des aiguilles, etc.? 3° dans quelle direction ou sur quels points précisément a-t-on appliqué les conducteurs chez les individus qui n'offraient pas de solutions de continuité à la surface du corps, etc.? On sent bien combien il était essentiel de consigner ces détails et plusieurs autres à coté des résultats généraux qu'on vient de lire.

Nous avons parlé, en passant, il y a quelque temps, (p. 412) de la mé-

---

contre le fer des conquérans, pour la protéger contre elle-même; que personne ne lève le glaive contre elle; qu'elle ne lève le glaive contre personne; terre douce et amie, trop féconde pour être guerrière; inhabile à détruire, comme son climat qui ne détruit rien; habile seulement à produire, à conserver, à nourrir, et faite pour donner l'hospitalité à toutes les nations. Qu'elle les appelle dans son sein, avec les rares et précieuses productions de toutes les parties du monde, et qu'elle devienne ainsi le plus riche marché de l'univers; que le prince qui la gouverne, armé pour maintenir au-dedans et au-dehors une exacte discipline, fasse respecter partout la justice et la paix, comme le fait de nos jours Méhémed-Ali, ce génie si admirable et si calomnié. A l'ombre de cette autorité tutélaire, l'Egypte, si longtemps abattue par la servitude, sortira tout à coup de la poudre de ses monumens et de sa misère, pour reprendre son antique esprit. Elle entendra cette grande voix, et de la terre, et du fleuve, et du ciel, qui lui crie de prendre soin d'elle-même, et de participer, par un peu de travail, aux largesses de la nature et des hommes; on la verra grossir de ses propres richesses les richesses des peuples, les étonner et les charmer des merveilles de ses prospérités ranimées. Ses heureux habitans seront encore une fois un des peuples les plus sains du globe, comme ils l'étaient du temps d'Hérodote. L'aisance, la propreté, l'amour de la vie, réchauffé dans les cœurs par le sentiment des biens présens, de l'espoir d'un avenir meilleur encore, une sage police, et l'exemple attrayant des mœurs élégantes de l'Europe, chasseront à jamais hors de l'Egypte ces maladies honteuses et cruelles, qui sont le fléau des indigènes, le désespoir des médecins, l'effroi des populations éloignées. Mère des sciences, elle leur offre encore sous son beau ciel l'asile le plus délicieux qu'elles puissent habiter. Quelles nuits pour un astronome que les nuits de l'Egypte! Les poètes ont donné des ailes à la renommée. C'est qu'en effet, surtout en Orient, dans des contrées presque sauvages, dépourvues de courriers et de télégraphes, rien n'égale la rapidité des bruits populaires; et quand l'Afrique saura que l'Egypte est devenue comme la patrie des nations; que, sous l'égide sacrée de la justice et de la bonne foi, elles y font un commerce immense, et que, dans les transactions, tout est droiture, protection, sûreté, cette Afrique, toujours si prompte à se fermer aux amorces insidieuses de l'Europe, ou à y répondre par des hostilités, l'Afrique, dépouillant sa défiance, ouvrira d'elle-même ses vastes et mystérieuses contrées, et viendra verser dans ce fleuve de richesses des trésors inconnus, et offrir à l'empressement de la science des milliers d'objets nouveaux et de vérités inattendues; car le propre de l'Afrique, au sentiment d'Aristote, est de ménager toujours quelque surprise à la curiosité des philosophes : conquête inestimable et d'autant plus sûre qu'elle serait le fruit, non de la violence ou de la fraude, mais de ces saintes et paisibles vertus que le commerce enseigne aux hommes aussi bien que la religion, l'amour du travail, l'équité, la modération, la confiance, la foi réciproque; car ce sont là aussi des apôtres, ce sont là aussi des missionnaires dont la touchante voix peut fléchir et changer le genre humain. On a parlé de monarchie universelle; c'est à ces sentimens, c'est à ces idées qu'elle appartient; c'est aux habitudes de concorde, de paix et de charité, que ces heureuses pratiques feraient entrer dans le cœur de tous les hommes.

» Que celui qui n'attend rien de la sagesse humaine tourne en dérision les vues que je propose, je n'ai rien à lui répondre, et je le laisse à sa triste joie. J'oserai toutefois soutenir que, soit raison, soit nécessité, ces vues se réaliseront tôt ou tard. L'Amérique, séparée de l'Europe par ses ruptures violentes,

thode que nous suivions depuis plusieurs mois, pour transmettre certains médicamens à l'aide des courans galvaniques. Nous saisissons l'occasion des faits précédens pour y revenir.

Disons d'abord que cette méthode est celle de Fabré-Palaprat, et c'est aussi avec les appareils de ce médecin que M. Rognetta a opéré sur un assez grand nombre de malades. La méthode suivie par M. Rossi n'est pas différente de celle-ci. Les observations de M. Rognetta portent principalement sur la strichnine dans des cas d'amaurose, de paraplégie et de quelques autres affections nerveuses : les résultats qu'il a obtenus, bien que très remarquables, ne sont pas encore assez multipliés pour les faire connaître avec détail. Faisons remarquer ensuite qu'il y a dans ce mode de médication plusieurs choses importantes à connaître et dont les ouvrages ne font presque pas mention. Toutes les substances ne sont pas transmissibles par la pile, et celles qui le sont ne traversent pas toutes facilement l'épiderme; aussi convient-il d'adapter des aiguilles à acupuncture dans le bout terminal des conducteurs. On introduit de cette manière les médicamens à de grandes profondeurs, où ils sont abandonnés à l'absorption. La chose est bien différente lorsqu'une lésion de continuité existe à la surface du corps; on peut alors soumettre le malade au simple *bain galvanique*, et l'on peut être d'autant plus sûr du passage du remède dans le corps que la surface de la lésion est étendue.

Ce sujet est entièrement vierge, et deviendra probablement, sous peu, très fécond en conséquences pratiques.

DE L'USAGE DU SULFATE ET DU CITRATE DE QUININE DANS LE TRAITEMENT DES MALADIES INFLAMMATOIRES; lettre du docteur MUGNA au professeur GIACOMINI.

On est tellement convaincu chez nous et en Angleterre de la vertu corroborante, tonique du quinquina et de ses préparations, qu'on taxerait d'ignorance et d'erreur le praticien qui oserait prescrire ces substances dans des maladies de nature inflammatoire. Dans les convalescences des maladies aiguës, on se permet de donner le quinquina, parce qu'il y a, dit-on, faiblesse, besoin de corroborer l'organisme. Toutes les fois cependant que la langue est sèche, la peau chaude, le pouls fréquent, ces médicamens sont généralement regardés comme contre-indiqués, à moins toutefois qu'une affection intermittente n'existe en même temps; encore, dans ce dernier cas, ne prescrit-on le quinine qu'avec beaucoup de réserve, car il ne faut pas oublier, dit-on, que ces substances sont excitantes, et, par conséquent, contraires aux maladies inflammatoires.

Il en est de ces médicamens comme de plusieurs autres; on les croit corroborans, toniques, incendiaires, parce que nos maîtres nous les ont transmis comme tels et que nous les voyons réussir dans les maladies que nous croyons de langueur.

Borsieri, Rasori, Tomasini, Vacca-Berlinghieri ont été les premiers à briser les autels qu'on avait élevés aux vertus réputées toniques du quinquina. Ottaviani, Giannini, Giacomazzi, Giacomini, et plusieurs autres ont suivi l'exemple de ces grands iconoclastes; il est proclamé, l'expérience à la main, ce remède un puissant contre-stimulant.

Les faits surtout publiés par M. Giacomini sont tellement imposans que les adversaires de cette manière de voir auront de la peine à les détruire. Ce médecin a traité et guéri des inflammations franches, telles que des bronchites, des rhumatismes aigus, des gastrites, des métrites, des gastro-entérites, des pneumonites tuberculeuses, des fièvres continues de toute espèce, à l'aide du sulfate et du nitrate de quinine à haute dose. Il s'est soumis lui-même à des expériences en prenant, pendant deux mois, de 40 à 80 grains de sulfate de quinine par jour, sans rien changer à ses habitudes de sobriété et de travail. Constamment le pouls s'est abaissé après les premières prises; une langueur générale se manifestait ensuite; pesanteur à la tête, bruissement d'oreilles, surdité, envies de dormir, vacillations dans la démarche, urines abondantes, tels ont été les effets que ces substances produisaient; ces effets se dissipaient graduellement en prenant quelques boissons stimulantes, comme du rhum, du vin ou en dînant. Ces expériences ont été suivies, interrompues, reprises à différens intervalles, et toujours avec le même résultat. A ces faits se joignent ceux des autres auteurs que nous venons de citer, et qui tendent tous à la même conclusion. On peut en voir les détails dans l'ouvrage de M. Giacomini.

Voici maintenant M. Mugna, présentant d'autres faits du même genre, qu'il tire de sa propre pratique, pour prouver la vertu hyposthénisante, comme il l'appelle, ou antiphlogistique, des sels de quinine. Il rapporte dix cas de maladies inflammatoires, qu'il a traités heureusement avec le sulfate de quinine, à la dose de vingt à soixante grains par jour. Ces cas ont pour sujets des pleuro-pneumonies, des bronchites, des laryngites, des pleurites, etc. Bien qu'intéressans, ces faits ne sont pas, selon nous, très concluans; car, conjointement au quinine, l'auteur a employé la saignée à large dose et d'autres remèdes répétés antiphlogistiques. On pourrait tout au plus conclure des observations rapportées par M. Mugna que le sulfate de quinine n'a pas manifestement exaspéré la maladie inflammatoire.

M. Mugna cependant va plus loin : il prétend que l'hyposthénisation produite par le sulfate de quinine est telle chez certains malades qu'elle pourrait produire une mort prompte par un véritable empoisonnement, si on ne se hâtait pas de la combattre à l'aide de substances stimulantes. Voici un fait qu'il rapporte à ce sujet.

PLEURO-PNEUMONIE, SAIGNÉES; CITRATE DE QUININE A HAUTE DOSE; SYMPTÔMES D'EMPOISONNEMENT.

OBS. — Une dame, âgée de 55 ans, très corpulente, mère de plusieurs enfans, était habituellement bien portante, si l'on en excepte un rhumatisme vague, qui l'attaquait de temps en temps. Le 1er décembre, elle est saisie de fièvre avec frisson; le lendemain, elle présente tous les symptômes d'une pleuro-pneumonie grave.

PRESCRIPTION. Saignée du bras; vingt sangsues *loco dolenti*; un vésicatoire après la chute des sangsues; potion de tartre stibié avec eau distillée de laurier cerise; kermes avec digitale; tisane d'orge nitrée.

Le sang est couvert d'une forte couënne. On répète la même prescription; amélioration progressive; la fièvre cependant persiste; céphalalgie. (Sangsues aux tempes; sinapismes aux jambes.)

Le vingt-unième jour de la maladie, la fièvre continue à être intense; pouls 120, concentré; anxiété; peau chaude.

M. Mugna prescrit deux grains de citrate de quinine, à répéter toutes les heures.

Après la quatrième ou cinquième pilule, amélioration instantanée, pouls 70, chaleur douce. On continue le même médicament *ut supra*. Arrivée à la dose de trente-six grains, la malade offre un changement alarmant; le pouls, de mou et plein qu'il était, devient extrêmement petit; sueur froide et générale; pâleur cadavérique; voix languissante; faiblesse mortelle. On suspend le quinine; on donne de suite du bouillon contenant un jaune d'œuf délayé. Les forces se relèvent petit à petit et la malade est soulagée.

---

se concentre de plus en plus dans ses propres affaires. L'ancien monde revient aussi de plus en plus sur lui-même, et chaque jour le commerce s'efforce d'en rapprocher les parties par des communications plus rapides. Il n'en est qu'une seule, c'est l'Égypte. Placée entre l'Inde et l'Europe, elle forme, par ses délices mêmes, la transition de l'une à l'autre. Cette considération sera toujours la considération dominante. C'est elle qui ramène sans cesse les yeux sur l'Egypte, parce que l'Egypte seule offre cette voie courte et commode que l'on cherche. Mais, pour en conserver tous les avantages, il importe, je le répète, que l'Egypte soit indépendante. Supposez, au contraire, qu'elle devienne la proie d'un étranger, et voyez les suites. Du côté du vainqueur, le sentiment de sa propre injustice, des soupçons, des craintes, une action tyrannique, une possession toujours mal assurée; du côté du vaincu, des plaies toujours saignantes, des cœurs ulcérés de leur humiliation et de leurs pertes, un ressentiment implacable, ou bien une haine sourde, l'aversion, l'abattement, le désespoir. Or, le commerce ne veut pas seulement la paix, il veut encore la sécurité, et il n'en est point dans une perturbation permanente. Franklin disait au parlement d'Angleterre : « Soyons libres ensemble! » J'oserai dire : Que l'Egypte soit libre avec nous! Que dans tous les peuples, que dans tous les princes, elle ait des amis et pas un maître! Qu'en coûterait-il de consacrer ce coin de terre au repos, à la science, au bonheur, à la liberté? d'en faire un refuge pour les organisations délicates; une retraite pour les êtres malheureux et persécutés, pour les esprits philosophes contemplatifs, pour les commerçans de Paris, de Londres, de Stockholm, qui, pour surveiller de plus près leurs affaires et se dérober à l'âpreté de leurs climats, viendraient sur les bords du Nil, comme dans leur propre domaine, respirer, pendant les hivers, l'air toujours doux et tempéré de la plaine de Memphis? Comment les puissances ne donneraient-elles pas les mains à une convention si plausible, si humaine et si simple? Quelque divisés que soient leurs intérêts, la politique n'en a-t-elle pas su en concilier de plus incompatibles? N'était-il pas plus difficile de former la ligue des Achéens, le pacte des villes anséatiques, l'union des Etats américains, de marquer aux deux puissances leurs limites réciproques, et de régler, par des traités, les droits et les prétentions de cette nuée de petits princes qui faisaient, il y a deux siècles, la désolation de l'Allemagne? Il serait affreux que les hommes ne s'entendissent que pour le mal, et jamais pour le bien.

Que cette digression me soit pardonnée sur un pays digne, par son génie et ses malheurs, d'intéresser à sa destinée tout ce qui porte un cœur d'homme. On a dit qu'avant d'être chargé de la guerre d'Italie, Napoléon tournait ses regards vers l'Orient, et songeait à y faire agréer ses services. Il n'avait pas vingt-six ans; mais à cet âge, qui était l'âge de Leibnitz et d'Alexandre, il était fait comme eux pour remuer le monde par le glaive et par les idées. Peut être avait-il déjà pesé, pour ainsi dire, tout l'empire ottoman. Quels qu'aient été ses premiers desseins, il les mûrissait de plus en plus dans le tumulte de sa rapide campagne, et, pendant les négociations de Campo-Formio, on le vit étudier sur les cartes la configuration des lieux, mesurer au compas les distances, consulter les historiens et les voyageurs; et, soit qu'il connût la lettre de Leibnitz, soit qu'il en retrouvât l'équivalent dans Sanuto, ou dans Formaleone, ou dans les Traditions du duc de Choiseul, et les Mémoires du baron de Tott, soit enfin qu'il ne suivit que ses propres inspirations, il est certain que le plan qu'adopta le conquérant semble calqué sur le plan du philoso-

Ce premier effet a été d'abord attribué à la fatigue causée par le pansement des vésicatoires et à la suppression d'une sueur que la malade avait avant cet événement.

Aussitôt que le calme est revenu, M. Mugna a voulu s'assurer si les effets précédens n'auraient pas été produits par le quinine; il prescrit donc l'usage de ce remède *ut supra*. Une demi-heure après que la malade venait de prendre la dix-neuvième dose (trente-huit grains), les mêmes symptômes se manifestent, c'est-à-dire abattement général, pouls très petit, sueurs froides, pâleur mortelle. Des bouillons, quelques prises d'eau de cinnamome, ont reproduit le calme comme la première fois. Ces phénomènes se sont passés en présence de trois médecins connus, dont l'auteur cite les noms, et qui les ont, comme lui, attribués à l'action hyposthénisante du quinine. La convalescence se déclare et la malade est presqu'en pleine guérison.

Huit jours après, imprudence de la part de la malade; récidive de la pleuro-pneumonie; symptômes graves. Plusieurs saignées; kermès et camphre; ensuite, citrate de quinine; la fièvre décline; mieux. La nuit suivante, nouvel accès de fièvre, toux, suppression des crachats; mort subite par suffocation.

L'autopsie n'a pu être faite.

Si les faits et les argumens invoqués par M. Giacomini en faveur de la vertu antiphlogistique des préparations de quinquina sont exacts, il serait naturel de penser que l'essence des fièvres intermittentes est plutôt phlogistique. C'est précisément la question que le professeur de Padoue a essayé de résoudre dans un des chapitres de son ouvrage. Pour lui, une fièvre intermittente ne diffère que fort peu d'une fièvre continue. La première ne serait qu'une artérite accompagnée de circonstances particulières. L'hypertrophie de certains organes abdominaux, l'ascite et l'anasarque, qui accompagnent souvent les fièvres intermittentes, ne seraient, d'après lui, qu'une conséquence de la propagation de la phlogose vasculaire. Il resterait cependant à expliquer comment il se fait que, dans une fièvre pernicieuse, la saignée tue, tandis que le quinquina guérit, etc. Quoi qu'il en soit, nous croyons aux faits lorsqu'ils sont exacts, et, quelle que fût notre répugnance à admettre *à priori* certaines assertions sur les propriétés médicinales du quinquina, nous pensons que ces idées sont dignes de la méditation des thérapeutistes.

II. IL RACCOGLITORE MEDICO DI FANO.

ABLATION DE SIX TRAVERS DE DOIGT DE L'INTESTIN RECTUM; GUÉRISON; par M. CERULLI.

OBS. — Un enfant, âgé de 13 ans, portait, depuis les premières années de sa vie, un prolapsus du rectum. Ses parens, pauvres et négligens, n'avaient jamais cherché à le guérir. Abandonné à lui-même, ce prolapsus a fini par subir un travail d'hypertrophie et de dégénérescence maligne.

A l'examen, M. Cerulli a trouvé l'état suivant:

Tumeur oblongue, sortant de l'anus, de six travers de doigts de longueur, enveloppée de linges, très fétide, irréductible, couverte de végétations fongueuses et d'ulcérations suppurantes, fort dure, très douloureuse, saignant aisément au toucher. Les douleurs étaient fort vives et lancinantes surtout au moment de la défécation. A son milieu, la masse morbide présente une petite ouverture irrégulière et comme cachée par où sortent les matières fécales. Le fond du rectum était sain. Amaigrissement extrême, fièvre consomptive.

OPÉRATION. Le malade est couché sur le côté; les jambes fléchies sur le ventre et un peu écartées. L'opérateur introduit dans l'ouverture de la tumeur une tige polie d'os de baleine, qu'il pousse jusque dans le rectum pour lui servir de point d'appui. Cette tige est confiée à un aide. On couvre la tumeur d'un linge; le chirurgien la soutient avec la main gauche. A l'aide d'un bistouri convexe glissé en dedans du sphincter, il dissèque la tumeur circulairement sur la limite saine et l'enlève complètement; il tire ensuite l'intestin en bas, à l'aide de deux fils passés latéralement sur les parois de cet organe, au moyen de deux aiguilles courbes, et lie exactement tous les vaisseaux divisés. Ces deux fils ont été fixés au dehors dans le pansement. Réaction inflammatoire intense. Saignées, purgatifs huileux. Guérison.

Réduit à sa plus simple expression, ce fait n'indique autre chose qu'un prolapsus de la muqueuse rectale, si fréquent, surtout chez les enfans; mais la longue persistance de la maladie, l'irréductibilité de la tumeur et sa dégénérescence fongueuse rendent son histoire digne de considération. Nous ne sachons pas que le cancer au rectum ait jamais été observé dans le jeune âge, et nous doutons que le fait précédent en soit un exemple. D'après les dessins que l'auteur a joints à sa description, nous voyons plutôt une masse sarcomateuse simple qu'un véritable cancer. On sait qu'à la longue les membranes muqueuses irritées se couvrent aisément de végétations fongueuses bénignes. On en rencontre souvent des exemples dans le vagin. La circonstance de l'irréductibilité n'est pas fort rare chez les adultes; elle est le résultat de l'hypertrophie du tissu sous-muqueux, de la graisse et des vaisseaux. Mais chez les enfans, nous n'en connaissons pas d'exemple. Dans un cas que Boyer opéra en notre présence, en ville, chez un homme âgé, la masse morbide était irréductible et composée d'un tissu épais fibro-graisseux et vasculaire; elle contenait des vaisseaux nombreux, dont les plus gros avaient le volume d'une petite plume à écrire. Craignant avec raison l'hémorragie, Boyer a préféré la ligature cautérisante à l'excision sanglante. Il a introduit une grosse sonde élastique dans le rectum et a entouré la base de la tumeur avec plusieurs fils de coton trempés dans du beurre d'antimoine. Le lendemain, il a mis un second fil pareil à la place du premier, et, après avoir divisé circulairement l'escarre. Le troisième et le quatrième jour, il a excisé avec le bistouri le pédicule restant de la tumeur; et les choses se sont passées simplement et heureusement. Ce procédé est digne d'imitation dans les cas analogues. Nous ne voyons pas, du reste, qu'il fût jamais utile dans le procédé suivi par M. Cerulli de placer, comme il l'a fait, deux fils en permanence sur les parois du rectum pour le pansement consécutif.

AFFECTION NERVEUSE SINGULIÈRE; GUÉRISON A L'AIDE DU BAIN GALVANIQUE EN PERMANENCE; par M. ORIOLI, professeur de physique à Corfou.

OBS. — Une jeune personne, âgée de 20 ans, brune, bien constituée, d'une fraîcheur remarquable, bien réglée, était, depuis trois ans, affligée, surtout en hiver, d'une maladie convulsive horrible, sans aucun indice appréciable de lésion matérielle. Cette maladie consistait dans des accès convulsifs des muscles du larynx et de la poitrine, qui obligeaient la malade à aboyer comme un véritable chien. Cet état durait pendant douze heures par jour. Les aboiemens se répétaient sans interruption et à des intervalles très courts; ils revenaient par paroxismes de cinq à six jappemens, ou plus; entre chaque paroxisme, il y avait seulement un calme de trente secondes environ.

Des médications diverses avaient été essayées sans aucun avantage. M. Orioli, ayant été consulté, a proposé l'emploi de l'électricité; il s'est d'abord servi des commotions à l'aide des bouteilles armées. Après la huitième ou dixième commotion les paroxismes ont été coupés. La malade n'a pas eu d'accès pendant une journée. Le lendemain, cependant, ils ont reparu; on répète les commotions, et le mal a été tronqué de la même manière jusqu'au lendemain matin.

---

phe, sauf les différences qui devaient résulter de l'état présent des affaires. La France avait perdu ses colonies. La possession de l'Egypte n'était plus pour elle une question de prépondérance, mais une question de nécessité. C'est sous ce jour que Napoléon la présentait dans sa correspondance avec le gouvernement. Persuasion ou jalousie, le gouvernement approuvait tout, louait tout. L'expédition fut résolue. On sait quel art et quel mystère on mit à la préparer. Napoléon cependant avait envoyé dans la Grèce, à Malte, en Barbarie, de secrets émissaires pour s'y ménager des intelligences; de sorte qu'au moment où le projet éclata, tout était miné devant lui, tout devait tomber à son approche.

» Ce n'est pas tout. Pour ranimer en Afrique et en Arabie le mouvement des caravanes et faire rentrer le commerce dans ses voies accoutumées, Napoléon avait formé des liaisons avec le prince de la Mecque, avec les sultans de Darfour et de Maroc, avec le bey de Tripoli, avec les chefs des tribus arabes, avec l'émir Bechir, à qui le Liban est soumis. Il invitait tous ces chefs à se liguer avec lui pour la félicité des peuples. Il leur demandait, il leur promettait justice et protection réciproques; et déjà l'effet répondait à ses paroles; une aurore de paix et de prospérité commençait à luire sur l'Egypte. Le seul qui ferma son cœur fut le pacha d'Acre, Djezzar, homme dans l'ame duquel un instinct de cruauté féroce étouffait tout sentiment noble et toute intelligence du bien. C'est sur lui, c'est sur ce pivot de perfidie et de noirceur que s'appuyaient l'Angleterre, la Porte, et la Russie conjurées. Là se formait contre l'Egypte un orage dont il importait de déconcerter par une soudaine attaque les premiers instigateurs. L'expédition de Syrie fut résolue. Le monde en connait les particularités et les résultats. Malgré tant de glorieux faits d'armes, malgré ces prodiges de bravoure dont les souvenirs brillent encore aujourd'hui dans ces contrées comme autant de météores, ce résultat fut malheureux. Tout fut perdu, fors l'honneur. L'honneur de la médecine en reçut toutefois un éclat immortel. L'héroïsme de la médecine balança l'héroïsme militaire; c'est que le courage enfante le courage; et tandis que Larrey, j'emprunte ici les paroles de Berthier, tandis que Larrey court avec les siens se précipiter jusqu'aux pieds de la brèche et sous le feu de l'ennemi, pour secourir les malheureux blessés, Desgenettes, mu par ce froid courage que donne le sentiment du devoir, Desgenettes parcourt avec calme des quartiers et des hôpitaux qu'a peuplés la peste. Il connait tout le danger; il le brave; il le déguise; il donne le change aux esprits par de faux noms; la sérénité de ses traits et de ses paroles passe dans le cœur des malades; et pour achever de raffermir les imaginations ébranlées, il prend une lancette, la trempe dans le pus d'un bubon, et s'en fait une double piqûre dans l'aine et au voisinage de l'aisselle: deux légères inflammations succédèrent. Ce fait est consigné par Desgenettes lui-même dans son histoire médicale de l'armée d'Orient. On le retrouve en termes explicites dans la relation publiée par Berthier. Quoi de plus authentique? et cependant quoi de plus équivoque? Dans des conversations particulières, dans des solennités publiques, Desgenettes, dit-on, l'a hautement désavoué. N'en croyons point un homme qui fait de sa propre gloire une abjuration si gratuite. Peut être a-t-il craint d'avoir des imitateurs, et de compromettre des existences par une épreuve qui avait épargné la sienne, et n'était du reste à ses yeux d'aucune portée scientifique. Quoi qu'il en soit, feinte ou réalité, l'effet qu'il cherchait fut produit: la tranquillité qui revint dans les esprits rendit la maladie plus légère et multiplia les guérisons.

Comme le retour des accès avait lieu à sept heures du matin, M. Orioli a répété les décharges avant cette heure; les aboiemens n'ont plus été observés pendant plusieurs jours; mais au bout de ce temps, des convulsions violentes se déclarent, et les jappemens reparaissent comme auparavant. Les convulsions ont le caractère clonique et semi-épileptique; elles se continuent conjointement aux aboiemens, et esquivent les médications ordinaires, les plus énergiques et les mieux dirigées. Des complications inflammatoires se manifestent plus tard, et une toux accompagnée d'un cri canin se continue jour et nuit d'une manière désespérante.

Après les essais inutiles de plusieurs remèdes, M. Orioli revient aux commotions électriques. A la dixième, les accès sont coupés. Le calme, cependant, ne dure qu'une heure cette fois. M. Orioli a recours à la pile galvanique. La malade est soumise pendant une demi-heure à l'action d'une pile de 70 disques; les conducteurs étaient appliqués, l'un à la colonne cervicale, l'autre à la poitrine. Pas d'amélioration.

M. Orioli a alors soumis la malade à l'action du bain galvanique permanent, d'après la méthode qui lui est propre. Il a dénudé la peau sur deux points, à l'aide de deux petits vésicatoires : l'un derrière le cou, l'autre à la région du cœur; trois jours après, ces points étaient en suppuration, mais l'état de la malade n'avait point changé. Il a posé sur la plaie du cou une lame de zinc, sur celle de la poitrine une lame en argent pur; ces deux plaques ont été mises en communication à l'aide d'un fil d'argent soudé à leurs surfaces. L'appareil a été fixé et laissé en permanence.

A peine huit heures s'étaient-elles écoulées du fonctionnement de cet appareil, que la toux avait considérablement diminué. Vingt-quatre heures après, la toux avait complètement disparu. Les convulsions et les aboiemens sont devenus de plus en plus faibles, et à compter du quatrième jour, ils n'ont plus reparu.

Au moment où M. Orioli écrivait cette observation, il y avait déjà quinze jours que l'appareil restait en place; aucune récidive n'avait eu lieu; la malade était bien portante. L'appareil était ôté tous les jours, essuyé et replacé : les plaies avaient de la tendance à se cicatriser. L'auteur promet de revenir sur les suites de la cure.

Les personnes qui connaissent particulièrement, comme nous, le talent, le savoir et la probité de M. Orioli, attacheront beaucoup de prix aux détails de l'observation qui précède. L'espèce d'affection dont elle est l'objet, bien que fort rare, est pourtant connue, quant à sa forme; mais que sait-on quant à sa véritable nature et à son siége? Toujours est-il, cependant, qu'attendu la forme clonique des convulsions, le mal en question doit être rangé au nombre des lésions hypersthéniques des centres nerveux. Ce qui est digne d'attention est l'espèce d'appareil galvanique dont M. Orioli a fait usage, et les effets remarquables qu'il a produits. Nous avons vu, il y a quelque temps, que MM. Medici et Comelli avaient obtenu aussi des effets fort salutaires par le bain galvanique en permanence de M. Orioli (Gaz. Méd., p. 412). Cet appareil est d'autant plus préférable à la pile ordinaire dans quelques cas, qu'il agit sans secousse, d'une manière lente et continue, et n'empêche pas le malade de se promener. On conçoit qu'il est facile de rendre de plus en plus énergique l'action des plaques, en élargissant par degrés leurs dimensions et celles de la plaie. Rien n'empêche d'ailleurs de saupoudrer l'une des plaies avec certaines substances appropriées à la nature de la maladie. Nous ne devons pas quitter ces réflexions sans faire remarquer que la première pile galvanique dont M. Orioli s'était servi sans succès aurait produit de tout autres effets s'il eût employé des aiguilles à acupuncture en place de plaques, aux bouts terminaux des conducteurs. Il y a des sujets dont l'épiderme très sec donne à peine passage aux courans galvaniques, quand on ne fait usage que de simples plaques appliquées sur elle.

III. GIORNALE DELLE SCIENZE MEDICHE DI TORINO.

CAS REMARQUABLE D'ENCÉPHALITE ANASTHÉSIQUE; NÉCROPSIE; RÉFLEXIONS; par M. BELLINGERI.

Obs. — Thomas Francesco, âgé de 55 ans, de Turin, marchand, maigre, de constitution nervoso-sanguine et faible, est reçu à l'hôpital Saints-Maurice-et-Lazare dans la soirée du 2 décembre 1837; il est malade depuis le matin de la même journée.

A l'examen, il présente l'état suivant :

Rétraction des muscles du côté gauche de la face; trisme; le malade ne pouvant pas ouvrir la bouche ni tirer la langue; pupille dilatée; *sens du toucher* fort obtus aux deux extrémités droites, complètement aboli aux deux extrémités gauches, et dans tout le côté correspondant du corps et de la face; cette abolition est telle qu'on peut pincer fortement et même tordre la peau sans que le malade s'en aperçoive. Les mouvemens des deux membres droits sont libres dans tous les sens et obéissent à la volonté. Le malade peut aussi mouvoir avec force et promptitude les membres gauches, mais avec une fausse direction; si on lui commande de donner le bras, il le tire des couvertures avec une telle violence qu'on dirait qu'il veut donner un coup de poing, non à la poitrine, mais en dehors. La perception est un peu obtuse; le malade ne répond pas promptement aux questions, et il ne le fait qu'avec des demi-mots. Visage un peu moite; pas de céphalalgie; pouls fréquent; fièvre légère. La cause occasionelle de cet état est attribuée à l'application prolongée de la tête contre le tuyau d'un poêle allumé, mais pas très chaud, où le malade s'était endormi.

Diagnostic. 1° Siége de la maladie dans l'encéphale. L'état des facultés intellectuelles, de l'œil, des muscles de la face et l'anasthésie d'une moitié du corps servent de base à ce jugement;

2° Altération de la substance grise. L'anasthésie sans altération de la motilité autorisent à penser que la substance blanche ou médullaire est saine;

3° Lésion principale dans les corps striés et dans le cervelet;

4° Nature de la maladie, phléboïdèse encéphalique (congestion veineuse). Cette présomption est basée sur l'absence des symptômes véritablement inflammatoires et la nature de la cause occasionnelle.

Prescription. Saignée du bras.
Purgatif salin dans une eau de casse.

Le 3 décembre au matin, pupille plus dilatée à gauche qu'à droite : les autres symptômes *ut supra*. Le sang n'est point couenneux. M. Bellingeri prescrit: saignée de la jugulaire gauche; lavement purgatif, la potion de la veille n'ayant point agi.

Le soir, existence d'une ecchymose bleue sur tout l'avant bras gauche, à la main et aux doigts. Cette extrémité est fort froide au toucher. L'anasthésie et les autres symptômes continuent dans le même état; le trisme cependant est moins prononcé. Le sang tiré de la jugulaire est d'aspect naturel.

Le 4 au matin, le trisme est moindre, le malade peut ouvrir la bouche d'un tiers; les ecchymoses à l'avant-bras sont moins étendues; le froid dans l'extrémité gauche continue; pupille sensible à la lumière. Persistance des contractions des muscles de la joue gauche, de l'angle correspondant de la bouche et de l'anasthésie (six sangsues aux narines; quatre paquets de crême de tartre et jalap à prendre une toutes les quatre heures).

Le soir, diminution du froid et des ecchymoses; le sens du toucher est moins obtus à l'extrémité supérieure droite. Les autres symptômes sont dans le même état.

Le 5 au matin, chaleur presque naturelle au membre supérieur gauche, pupille plus dilatée à droite; ecchymose disparue. Deux garderobes. (Quatre ventouses bien scarifiées à la nuque, aux côtés des vertèbres cervicales supérieures; poudres purgatives.)

» Tels ont été, Messieurs, les premiers actes de ce grand drame où Desgenettes et Larrey remplissaient de si nobles rôles et le disputaient en courage aux premiers hommes de la France et du monde. Ce drame toutefois semblait marcher rapidement vers sa fin.

. . . .

» Du reste, vous voyez sortir en quelque façon de leurs ouvrages la triste phalange des maux dont l'Egypte moderne est affligée, et que n'avait pas connus l'antique Egypte; et cette variole, contemporaine et sœur de la peste, née dans les mêmes lieux, à la même époque, et de causes toutes similaires; qui, de même que la peste, a franchi l'Egypte, mais pour se répandre plus loin, pour envahir le monde, et se ramifier dans tout le genre humain; et cette ophthalmie dont les ravages sont le premier objet qui frappe le voyageur, et de laquelle on peut dire ou qu'elle n'a rien de commun avec l'ophthalmie que mentionne Hérodote, mais dont ni Moïse, ni les Grecs d'Alexandre, ni les Romains n'ont parlé; ou que dans le cours des ans, et par des influences encore ignorées, elle a pris de tels caractères de malignité, d'étendue et de propagation, qu'elle couvre aujourd'hui toute l'Egypte, et qu'après s'être montrée en France, il y a six siècles, sur les pas de saint Louis, elle vient de promener ses fureurs dans quelques îles de l'Europe et dans une grande partie du continent, depuis l'Angleterre et l'Italie jusqu'à la Suède. Que seraient en comparaison les ophthalmies contagieuses d'Aphrodiseus et de Lauzoni? Enfin, Messieurs, cette peste d'Orient, ce typhus non moins funeste que les déluges, les embrasemens et les conquêtes; cette peste, maladie toute nouvelle, cette fille de l'Egypte, qui n'a pas treize siècles, et sembla, par sa première apparition dans le monde, ouvrir cette ère de misère, de servitude et de ténèbres où allait tomber cette contrée malheureuse; car on dirait qu'en Egypte l'homme est dans cette alternative, ou de briller de tous les feux du génie ou de s'éteindre et de s'ensevelir dans le plus profond abrutissement. Or, cette maladie cruelle, à chaque pas l'armée française la rencontrait en Egypte. La peste était partout : elle environnait le soldat, le précédait, l'accompagnait, le suivait, le harcelait comme les Arabes, et mêlait partout ses piéges aux piéges de l'ennemi. Depuis quarante ans, elle n'avait pas visité la Syrie. Elle y fut portée par les Mamelouks fugitifs; et de tous les fléaux qui s'y armèrent contre nous, celui-là fut le plus meurtrier. Il résultait de là pour Desgenettes que la peste est comme attachée au sol de la basse Egypte; qu'elle y est endémique; et de cela seul, que se montrant à la fois dans cent lieux divers qui n'ont entre eux aucune communication, la peste en sort pour se montrer dans des lieux où jamais on ne la voit naître spontanément, Desgenettes en tirait cette conclusion, qui n'est que le fait lui-même, savoir que la peste se transmet et qu'elle est contagieuse, trop sincère pour se refuser à une vérité tant de fois constatée, trop ennemi d'une vaine gloire pour songer à innover sur ce dogme et à l'obscurcir par des arguties et des paradoxes. Du reste, sa conviction sur ce point était conforme au sentiment général. Un des premiers soins de Bonaparte en Egypte fut de créer des lazarets et d'imposer des quarantaines. On en vint jusqu'à détruire par le feu et les effets des pestiférés et même les barraques qu'avaient habitées un moment des corps d'armée où quelqu'ombre de peste avait paru. Etait-ce raison? était-ce préjugé? Préjugé! qui l'oserait dire de Napoléon! qui l'oserait dire de Desgenettes? Et dans tous les cas n'est-ce pas pour nous une raison nouvelle d'admirer la mâle résolution qui les porta l'un et l'autre, Napoléon à visiter l'hôpital de Jaffa, à s'y mêler avec les infirmiers, à

Le soir, même état. Petites ecchymoses au bras gauche, sur les points qu'on a pincés. (Saignée de la jugulaire; sinapismes aux jambes; eau impériale émétisée.)

Le 6 au matin, chaleur plus que naturelle à gauche; continuation de l'anasthésie; langue un peu mobile; mouvemens libres du membre inférieur gauche et du supérieur droit, mais toujours faussement dirigés. La saignée de la jugulaire n'ayant pu être pratiquée on applique quatorze sangsues aux régions mastoïdiennes.

Le soir, le trisme augmente.

Les jours suivans, alternatives de mieux et de pis. (Infusion d'arnica. Liniment volatile cantharidé pour le membre supérieur gauche. Saignées, sangsues répétées, etc.)

Le 23, recrudescence, fièvre.

Les jours suivans, adynamie, respiration stertoreuse.

Le 27, mort.

Nécropsie 25 heures après la mort. La pie-mère qui recouvre les hémisphères cérébraux est très injectée de sang rouge; la substance grise externe des hémisphères et celle des ventricules latéraux qui sont pleins de sérosité (une once et demie dans chacun) l'est également. Les vaisseaux sanguins qui serpentent sur les corps striés sont très injectés, surtout ceux du corps strié droit. La substance grise intérieure de ces corps est pareillement injectée, mais de sang veineux. Les plexus choroïdiens sont fortement injectés. Les *thalami optici* sont presqu'à l'état naturel.

La pie-mère qui tapisse le cervelet est éminemment injectée, surtout celle qui couvre le lobe droit du cervelet.

La substance grise offre une injection considérable, particulièrement celle du lobe droit. L'injection de la pie-mère et de la substance grise du cervelet est de beaucoup plus considérable que celle du cerveau et des corps striés. La moëlle allongée et spinale ne présente rien à noter.

Le cœur est d'un tiers plus volumineux qu'à l'état normal : ventricule gauche plus dilaté, parois fort épaissies. L'arc de l'aorte offre des diamètres exagérés; sa membrane interne est ulcérée dans l'étendue de plusieurs pouces. Tout le système artériel est très développé, les parois de ses canaux sont indurées.

« Cette observation, dit M. Bellingeri, nous offre un exemple d'encéphalite, dans lequel étaient à la fois affectés les hémisphères cérébraux, les corps striés et le cervelet, mais plus particulièrement ces derniers. La phlogose cependant et la congestion étaient limitées à la substance grise, tant au cerveau qu'au cervelet, la substance blanche étant parfaitement intacte.

» Le malade avait présenté une anasthésie complète au côté gauche, la force était restée naturelle et liberté complète dans les mouvemens des membres de ce côté. On peut donc dire que la substance grise sert au sens du toucher, la blanche au mouvement. C'est aussi l'opinion que j'avais avancée dans mon ouvrage sur la moëlle épinière, et que j'ai prouvée par des expériences directes. C'est en me fondant sur cette donnée qu'ayant vu chez ce malade l'anasthésie avec la liberté complète des mouvemens, j'ai diagnostiqué de suite une lésion bornée à la substance grise, diagnostic que l'autopsie a pleinement confirmé.

» Ce fait nous démontre en outre que les maladies de l'encéphale, non seulement produisent la paralysie *ex adverso*, mais encore l'anasthésie *ex adverso*, car nous venons de voir que dans le cerveau, dans le cervelet la plus grande phlogose existait à droite, et la totale anasthésie à gauche. En conséquence, on peut dire que tous les nerfs sensitifs, et les moteurs s'entrecroisent.

» Les circonstances cependant de cette observation nous laissent dans le doute sur la question de savoir si l'anasthésie doit être attribuée à l'affection du cerveau, du cervelet ou des corps striés, car toutes ces parties étaient à la fois phlogosées; néanmoins le cervelet était plus malade que les autres. Cela viendrait donc à l'appui des expériences de Fiville et Pinel Grand-Champ, qui ont cherché à prouver que le cervelet est l'organe du tact.

» La même observation appuie aussi la doctrine de Flourens qui considère le cervelet comme le coordonnateur des mouvemens. Nous avons vu effectivement que le plus haut degré de phlogose existait dans l'hémisphère droit du cervelet, et que les mouvemens du bras gauche, bien que violens et exécutés avec force, n'étaient pas dirigés et ordonnés avec intention.

» La circonstance de la présence de l'anasthésie complète, les mouvemens étant restés intacts, rend ce fait digne d'intérêt et permet de l'enregistrer au nombre des cas très rares. Bien que les auteurs en citent quelques exemples je n'en avais pas encore rencontré depuis trente ans que je m'occupe de ce genre de lésions. Mais il y a dans celui-ci une particularité qui le rend peut-être unique, c'est qu'il est accompagné de nécropsie qui démontre le siége et l'essence du mal.

» Il résulte donc clairement des conditions précédentes que l'anasthésie était un symptôme d'encéphalite, c'est-à-dire de phlogose de la substance grise du cerveau et du cervelet. L'essence de la maladie était en conséquence inflammatoire. Or il est bien étonnant qu'avec un travail phlogistique pareil, le malade n'ait jamais accusé de céphalalgie. Cet étonnement cependant cessera si l'on réfléchit que la substance corticale se trouvant altérée dans sa manière d'être, et étant elle-même l'organe du sentiment, n'a plus la faculté de percevoir la douleur : c'est aussi ce qui arrive chez les animaux vivans lorsqu'on excise une partie du cerveau; ils ne donnent pas des signes de douleur.

» Notre diagnostic n'a manqué que sur un seul point : nous avions cru que la phlogose était à base veineuse, tandis que l'autopsie a démontré qu'elle était à base artérielle. Le traitement que nous avons suivi cependant s'est trouvé parfaitement justifié quant aux indications, bien que son efficacité n'ait pas été suffisante pour déraciner le mal. Il ne me reste qu'un regret, c'est de ne pas avoir poussé plus loin le traitement antiphlogistique.

» Enfin, cette observation nous démontre que les maladies de siége nerveux sont rarement d'essence nerveuse, c'est-à-dire de simple excès ou défaut de puissance nerveuse, malgré que leur forme soit paralytique. Le plus souvent leur siége est dans le système sanguin d'où elles se propagent au système nerveux. Voilà pourquoi le plus ordinairement les remèdes dits nervins sont nuisibles : je dis le plus souvent, car je ne nie pas absolument que dans quelques cas rares d'affection paralytique le mal ne soit essentiellement nerveux, par défaut ou épuisement primitif d'innervation.

» N'est-il pas évident aussi d'après ce fait qu'une grave inflammation encéphalique peut se développer et marcher progressivement sans une grande ou aucune réaction cardiaque? Cela dépend principalement du siége du mal; s'il existait vers la moëlle allongée la réaction du cœur serait plus facile; mais dans le cerveau et le cervelet, la maladie peut exister sans fièvre intense, car ces parties sont plutôt destinées à la vie de relation qu'à la vie végétative.

» Je termine ces réflexions en faisant remarquer que le cas de ce malade confirme pleinement les résultats auxquels j'étais arrivé par mes

---

se faire infirmier lui-même pour soutenir, pour relever comme il convenait, dans leur lit, des pestiférés moribonds; Desgenettes, à descendre faute d'auxiliaires ou plutôt à s'élever jusqu'à leurs fonctions les plus humbles, jusqu'à fouiller dans un souterrain fangeux, jusqu'à remuer et déplacer des amas d'immondices, de haillons, de lambeaux en pourriture, dont il importait que le voisinage du camp fût délivré, travail fatigant qu'il fallait faire à genoux, et si infect que Desgenettes était contraint de l'interrompre à tout instant pour s'aller mettre à quelques pas de là dans un courant d'air pur, afin d'y respirer un peu, et d'y reprendre la connaissance prête à lui échapper. Ajouterai-je le fait suivant? Un jour, Berthollet venait de lui exposer ses spéculations sur les voies que prend le miasme pestilentiel pour pénétrer dans l'économie. Selon Berthollet, la salive en est le premier véhicule. Ce même jour, un pestiféré que traitait Desgenettes et qui allait mourir le conjura de partager avec lui un reste de la potion qui lui avait été prescrite. Sans s'émouvoir et sans hésiter, Desgenettes prend le verre du malade, le remplit et le vide : action qui donna une lueur d'espoir au pestiféré, mais qui fit pâlir et reculer d'horreur tous les assistans : seconde inoculation plus redoutable que la première, de laquelle Desgenettes semblait lui-même tenir si peu de compte. Je m'égare peut-être, Messieurs, en rappelant ces détails; mais malheur à l'homme sans entrailles qui s'en trouverait offensé : et malheur à moi-même, dirai je avec le paysan de l'historien Josèphe, malheur à moi si, rencontrant dans un éloge des traits si touchans d'humanité courageuse, j'avais l'impiété de les dérober à vos hommages; l'impiété; car honorer la vertu, c'est honorer Dieu lui-même, qui en a mis le sentiment dans nos cœurs, et la propose aux louanges des académies, comme un objet plus digne de leur culte que les dons les plus sublimes de l'esprit.

» Ces louanges si méritées, Desgenettes les donne avec effusion dans son ouvrage aux victimes que prenait la peste, parmi les officiers de santé de toutes les classes : serviteurs, infirmiers, élèves, pharmaciens, chirurgiens, médecins; et Masclet, et Saint-Ours, et Auriole, et Cérisole, et Bruant, et Devèvre, et tant et tant d'autres; Masclet dont Napoléon lui-même honora le dévouement et le savoir; Saint-Ours que les blessés, même longtemps après sa mort, appelaient encore à leur secours; et Bruant et Devèvre, tous deux jeunes, tous deux rivaux, je me trompe, tous deux frères par la science et par le zèle, comme ils l'étaient par le malheur; qui s'appuyant l'un sur l'autre se traînaient au milieu de leurs malades dont ils étaient les idoles; et qui, frappés du même coup, exhalèrent leurs derniers soupirs l'un près de l'autre et presque au même instant. « Excellens jeunes hommes, s'écrie Desgenettes, si la célébrité des événemens auxquels est lié mon ouvrage peut les soustraire à l'oubli de la postérité, la postérité me bénira de lui avoir transmis vos deux noms; elle ne les prononcera qu'avec respect et attendrissement. »

» Une remarque singulière de Desgenettes, c'est que, malgré les fléaux dont l'Egypte est désolée, malgré l'effrayante mortalité qui moissonne les enfans, comme en font foi les tables dressées par Desgenettes lui-même, telle est néanmoins la salubrité du climat, surtout dans les parties supérieures, que l'armée a toujours compté moins de malades que n'en comptaient dans le même temps les armées françaises en Europe; d'où il suivrait qu'en Europe le froid, l'humidité, les brusques vicissitudes de la température, seraient une sorte de peste plus meurtrière que la peste elle-même; on l'a vu à Moscou; j'ajouterai qu'en Egypte les maladies les plus graves sont en grande partie l'œuvre de l'homme; tandis que partout ailleurs elles sont l'œuvre de la nature; d'où l'on voit ce que

expérieuces sur les agneaux, chez lesquels j'ai produit une inflammatinn artificielle de la substance grise centrale de la moëlle épinière, etc. (V. *Experimenta physiologica in medullam spinalem;* dans le vnl. xxx des *Mémoires de l'Académie des sciences de Turin.*) »

IV. IL FILIATRE SEBEZIO.

EPIDÉMIE DE FIÈVRE TYPHOÏDE QUI A RÉGNÉ A NAPLES DURANT L'HIVER ET LE PRINTEMPS DE 1838; par M. S. DE RENZI.

Les épidémies dn choléra et de la grippe ont fait place à Naples à celle d'une fièvre typbnïde qui, sans être aussi formidable que la première, n'a pas laissé que de faire des ravages. Le mal s'est déclaré dans plusieurs pays placés au nord de la capitale et a marché vers cette dernière ville. C'est en décembre 1837 et jauvier 1838 que l'épidémie a éclaté presque d'emblée dans plusieurs quartiers de la métropole à la fois et principalement dans ceux placés vers le bord de la mer.

SYMPTOMATOLOGIE.

Le mal se déclarait par des symptômes gastro-rheumatiques. A cela succédait une céphalalgie ohtuse fronto-occipitale, abattement général, laogue couverte et sèche, tension ahdominale. Frissons quelquefois au déhnt alternant avec des accès de chaleur, douleurs articulaires, point douloureux à la poitrine, soif, légère dyspnée, yeux larmoyans, photophohie, pouls fort et plein, étourdissemens, assoupissement. Quelques-uns avaient la figure animée, les yeux étincelans, la pupille dilatée, langue rouge aux côtés, tintemens, peau sèche, abdomen douloureux.

Ces phénomènes étaieut progressifs, la prostration devenait extrême, gosier sec, envies fréquentes de vomir.

Le quatrième ou cinquième jour, l'exanthème typhoïque se manifestait d'abord à la poitrine, puis aux bras, à l'abdomen, et sur tout le corps. L'exanthème était le plus souvent maculeux, rarement vésiculeux, et sous forme miliaire, quelquefois accompagné de *sudamina*. Les taches offraient des formes diverses; tantôt elles ressemblaient à des morsures de puces circonscrites, de couleur cramoisi foncé; tantôt leurs couleurs étaient mélangées, de figure irrégulière; tantôt elles formaient de larges sugillations diffuses, livides, comme des ecchymoses sous-cutanées; tantôt, enfin, leur couleur était tout à fait écarlate.

Cette éruption était suivie de constipation, vomissemens de lombrics quelquefois, fièvre avec délire, *coma vigile*, air de stupeur particulier. Sueur visqueuse et abondante chez quelques-uns. Visage terreux, couleur cianosée, yeux fixes, insomnie, langue et mâchoire en mouvement continu, lèvres sèches et fendillées, dents noires et fuligineuses, gencives rouges.

Cet ensemble de phénomènes est divisé par M. Renzi en trois périodes; 1° invasion; symptômes d'une affection gastro-reumatique; durée une semaine environ; 2° phénomènes typhoïques; selles vermineuses; durée huit jours environ; 3° symptômes de déclinaison, de résolution, de crise. Une foule de variétés symptomatologiques se rallient à ces trois périodes.

Le sang tiré à la seconde période était généralement obscur, peu coagulable, presque dépourvu de fibrine, sans couënne.

La mort avait lieu ordinairement dans le troisième septenaire. Quand le mal se terminait heureusement, c'est par des sueurs abondantes que cela avait lieu.

Les autopsies ont montré à peu près les lésions ordinaires des affections typhoïdes; plus le gros intestin généralemcnt plein de lombrics et de vers tricocéphales, ainsi que cela avait été trouvé chez les cadavres des cholériques de la même ville.

M. Renzi se déclare partisan de la contagion dans cette épidémie comme il l'a été à l'égard du choléra.

Le traitement généralement suivi a été mixte et variable, selon les symptômes dominans. Saignée quelquefois; évacuans en général. La proportion des guérisons a été de 86 à 93 pour 100.

Nous n'avons voulu que donner un court extrait du mémoire de M. Renzi; les personnes qui désireraient de plus amples détails consulteront l'original.

V. OSSERVATORE MEDICO DI NAPOLI.

RÉTENTION URINAIRE GUÉRIE A L'AIDE DU SEIGLE ERGOTÉ; par THERIANO, proto-médecin à Corfou.

OBS. — Le sujet de cette observation est l'auteur lui-même. M. Theriano, homme très âgé et laborieux, était sujet à des constipations ventrales. Durant un voyage qu'il fit à Livourne, sa constipation a augmenté; il est resté dix jours sans pouvoir aller à la selle; alors les urines commencèrent à diminuer, et, enfin, à se supprimer. La coustipation a été combattue avec succès; mais la rétention urinaire a persisté. On lui a appliqué plusieurs fois des sangsues à l'anus inutilement; l'urine, ou elle ne coulait pas du tout, ou il en sortait quelque peu par regorgement. Le cathétérisme était devenu indispensable.

Avant d'en venir à ce moyen, M. Theriano a pensé prendre du seigle ergoté, se basant sur la réflexion que, comme cette substance fait expulser le fœtus de la matrice, elle pourrait en faire autant pour l'urine contenue dans la vessie. Il a donc pris quatre scrupules de seigle ergoté pulvérisé, l'a uni à autant de thé vert, et l'a fait infuser dans une livre d'eau bouillante, a attendu que l'infusion se refroidît, et en a bu, de quart d'heure en quart d'heure, trois grandes cuillerées à soupe. A peine une heure s'est-elle passée de l'emploi de ce remède, que le malade a commencé à uriner, et le cathétérisme est devenu inutile. La même dose du remède a été continuée pendant plusieurs jours, et la guérison a été complète.

Ce fait, bien que remarquable, pourrait singulièrement tromper si on le prenait sans discernement. Il y a tant de causes diverses de rétentions urinaires, que ce serait non-seulement illogique, mais même dangereux de compter sur le seigle exclusivement, et de négliger surtout le véritable remède évacuateur de l'urine, la sonde. Du reste, pour apprécier à sa juste valeur le seigle ergoté employé contre les rétentions urinaires, nous n'avons qu'à renvoyer le lecteur à l'un des numéros précédens de la GAZETTE MÉDICALE (p. 383), où nous avons traité la question relative aux véritables vertus thérapeutiques de cette substance. On verra que, loin de provoquer directement les contractions musculaires, l'ergot ne fait autre chose que combattre l'irritation inflammatoire lorsqu'il y en a, et permettre à l'organe de reprendre sa force contractile; aussi est-il tout à fait inutile lorsqu'il y a absence de cette condition morbide, ou que le manque de contraction dépend d'autres causes. Cette donnée fait déjà pressentir dans quel cas de rétention urinaire ce moyen pourrait convenir, soit comme remède principal, soit comme co-adjuvant de la sonde, etc.

ACCOUCHEMENT DE CINQ ENFANS JUMEAUX.

OBS.—Giuseppa Califani, de Naples, âgée de 36 ans, de bonne constitution, tempérammeut plutôt vif, s'est mariée à l'âge de 14 ans et trois mois avec un jeune homme âgé de 27 ans. Dans l'espace de dix ans, elle accoucha huit fois

---

deviendrait l'Egypte dans des mains habiles, et conduites par les arts et les sciences de l'Europe. Un demi-siècle lui rendrait la splendeur dont elle brillait à l'époque où le Nil portait sur son sein des palais en bois de cèdre doré, et où, de Thèbes à Memphis, dans une longueur de cent lieues, s'élevait, sur les deux côtés du fleuve, une suite de palais et de temples, ornés de statues colossales et d'obélisques, et entrecoupés de pyramides et de clairières, qui, à droite et à gauche, découvraient au loin de fertiles campagnes magnifiquement cultivées; et l'exemple se répandant de proche en proche, l'Afrique elle-même, dans un siècle, serait peut-être, comme l'Europe, sillonnée de chemins de fer. Ah! si l'homme n'avait jamais su que créer et perfectionner sans détruire, que serait aujourd'hui la surface de la terre? Tout y serait grandeur, abondance, salubrité, chefs-d'œuvre; comme tout serait sagesse dans les lois, et bonté dans les mœurs.

. . . .

» Mais ce qui doit surtout relever à nos yeux le caractère de Desgenettes, c'est sa vive pitié pour le malheur; c'est son enthousiasme pour les belles actions. Dans la retraite de Syrie, quelques malheureux, se hâtant de rejoindre l'armée, gravissent le Carmel, s'engagent, à la faible lueur des étoiles, dans des sentiers impraticables, et se précipitent de rochers en rochers, jusqu'au fond des abîmes. En rappelant cette tragique aventure, Desgenettes semble tomber avec eux, et mêler ses gémissemens aux gémissemens que leur arrachait la douleur, et qui, répétés par les échos, venaient, dans le silence de la nuit, remplir de terreur et de pitié le cœur éperdu de leurs compagnons. Avec quelle complaisance, au contraire, avec quel épanouissement Desgenettes peint cette femme généreuse, qui, dans cette même retraite, bravant les fatigues de la marche la plus pénible, donne son cheval pour faire passer un torrent à des piétons, donne son eau, ses provisions, son linge, pour des blessés et des malades; et qui, entendant partir du désert les cris de désespoir d'un soldat aveugle et abandonné, court à lui : « Viens, lève-toi, lui dit-elle d'une voix émue; attache-toi à la queue de mon cheval et ne la quitte plus; il est doux comme moi, il ne te fera aucun mal; viens, pauvre misérable, j'aurai soin de toi. » L'aveugle, qui ne pouvait voir sa bienfaitrice, s'écriait souvent : « Est-ce un ange qui me conduit, qui me nourrit? » « Non, répondait-elle, avec une simplicité que ses grâces rendaient plus touchantes; non, ce n'est point un ange; c'est une femme, une italienne, madame Verdier, la femme du général. » Je viens de rapporter les paroles mêmes de mon auteur; cet auteur, vous le voyez, eut une sensibilité profonde; et cette sensibilité fut probablement pour lui ce qu'elle est pour chacun de nous, une source de contraires : de tendresse et de colère, de patience et d'emportement, d'obligeance et de rudesse, de retenue et d'orgueil.

. . . .

— ERRATUM. L'observation de cardite aiguë, publiée dans le dernier numéro de la GAZETTE MÉDICALE, n'est point de M. CAZENAVE; mais de M. CAZENEUVE, qui a déjà essuyé cette méprise pour son travail sur l'endocardite, publié en juillet 1836.

et fit dix enfans, les cinquième et sixième grossesses ayant été doubles. La plupart de ces enfans sont morts.

Au bout de ce temps, elle est devenue veuve. Trois ans après, elle se marie avec un homme âgé de 29 ans, et accouche deux fois d'un enfant à chaque grossesse. Elle devient enceinte pour la troisième fois (onzième grossesse) : son ventre avait cette fois un volume démesuré. On la croyait à terme longtemps avant le neuvième mois.

Dans la nuit du 21 juin dernier, la femme éprouve des douleurs pour accoucher : vers les deux heures du matin, elle accouche heureusement de cinq enfans, dont quatre du sexe féminin, un de l'autre sexe. Les enfans se sont présentés régulièrement par la tête. L'enfant mâle est venu le premier; peu de minutes après, une femelle; les autres sont sortis à chaque quart d'heure. Les deux premiers ont vécu une demi-heure, les autres quelques minutes. La mère n'a pas souffert extraordinairement. Les fœtus avec leurs placentas ont été examinés par MM. les professeurs Nanula et Cattolica, et déposés dans le cabinet anatomique de l'Université dirigé par M. Nanula. Plusieurs médecins connus dont on cite les noms ont été témoins du fait.

Les fœtus sont assez bien nourris, leurs formes sont régulières, et présentent des traits physionomiques très frappans de ressemblance. Le volume de chacun est à peu près égal à celui des fœtus ordinaires de sept mois. Poids, trois livres et demi environ; longueur, un pied. L'insertion du cordon ombilical a, chez tous, lieu à quatre lignes au-dessous du point ordinaire. Chez le fœtus mâle, les testicules ne sont pas encore descendus dans le scrotum. Du reste, l'organisme paraît aussi bien conformé que chez les enfans de sept mois. Les placentas sont au nombre de quatre; le premier est isolé et plus développé que les autres. Le second est à raquette et s'unit au troisième, moyennant quelques fils de tissu cellulaire; chacun a un cordon. Le quatrième a un volume double des autres, et présente deux cordons.

VI. REPERTORIO DELLE SCIENZE MEDICHE DEL PIEMONTE.

DES CARACTÈRES DE L'EMPOISONNEMENT PAR L'ARSENIC; par M. NOVATI.

Ayant eu l'occasion d'ouvrir le corps de plusieurs individus morts par l'arsenic, M. Novati s'est livré à des recherches particulières sur les caractères physiques et physiologiques de cet empoisonnement; à part, bien entendu, les données fournies par l'analyse chimique. Il a étudié ce sujet, plutôt comme clinicien que comme chimiste; il s'est livré à de nombreuses expériences sur les animaux vivans. Nous pensons, comme M. Novati et plusieurs autres observateurs modernes, qu'en matière de toxicologie on s'est, jusqu'à présent, trop borné à l'action locale ou physico-chimique, et qu'on a trop négligé de tenir compte de l'action dynamique ou vitale des poisons. C'est effectivement cette action qui tue immédiatement, et non les escarres que le poison produit. Sans cette considération, le traitement des empoisonnemens se réduirait à fort peu de chose, du moment que la substance aurait déjà produit son effet dynamique, car alors les moyens neutralisans fournis par la chimie n'ont plus aucune prise, le poison étant déjà passé dans le sang.

Dans l'état actuel de nos connaissances, le problème du traitement des empoisonnemens se réduit à ceci : Quelle est la conduite thérapeutique à suivre lorsqu'un poison a déjà produit son effet dynamique et que les substances neutralisantes chimiques n'ont plus d'action ? On ne peut résoudre cette grave question qu'avec l'expérience à la main; il ne s'agit pas ici de théories, ni de système.

Disons d'abord que, quelle que soit l'époque d'un empoisonnement, c'est-à-dire le temps écoulé depuis l'ingestion du poison, il est toujours convenable d'avoir recours immédiatement aux neutralisans chimiques et aux évacuans connus, si toutefois la substance toxique a été introduite dans le canal digestif, afin d'agir sur la portion non résorbée. La destruction de l'effet dynamique est alors le but que le praticien doit atteindre en premier lieu; vient ensuite la réaction des effets locaux qu'il faut également combattre.

Or, la destruction des effets dynamiques ne peut avoir lieu par les moyens de l'art qu'autant qu'on a des idées bien arrêtées sur leur nature et que leur puissance ne dépasse point certaines limites. Sous ce rapport, l'étude des poisons rentre tout à fait dans les domaines de la physiologie pathologique et de la thérapeutique, et elle est, comme on le voit, aussi importante que nouvelle. C'est à ce but que visent les recherches de M. Novati sur l'arsenic.

Un premier fait capital à noter dans l'empoisonnement par l'arsenic, c'est qu'indépendamment des vomissemens et des déjections alvines, le malade présente une prostration extrême des lipothimies répétées et une petitesse excessive du pouls; de sorte que, si la mort a lieu avant l'époque de la réaction phlogistique, déterminée par la cautérisation que le poison a produite dans la bouche, le pharynx, l'œsophage et l'estomac, la malade expire dans un véritable état d'anémie ou d'épuisement de la force vitale. L'école de Rasori a comparé la mort par l'arsenic à celle par les hémorragies. Si ces données sont exactes, ainsi que les expériences de M. Novati et celles de M. Giacomini paraissent le démontrer, il résulte que les véritables remèdes pour combattre les effets dynamiques de l'arsenic sont les stimulans, en général (ammoniac, éthers, alcooliques, opium, cinnamome, etc.). Viennent ensuite les effets réactionnels déterminés par les escarres; ils rentrent dans le domaine de la médication antiphlogistique. Dans les empoisonnemens par d'autres substances, que nous ne devons pas examiner pour le moment, on conçoit que la règle à suivre peut être différente ou analogue à celle-ci, selon la nature des effets du poison.

M. Novati a aussi examiné la question de l'intoxication par l'arsenic sous le point de vue des caractères physiques. Une circonstance importante à noter, dit l'auteur, c'est que le sang de ces sujets est liquide et fort noir comme ceux des cadavres des cholériques. Cette seule circonstance doit, d'après lui, éveiller l'attention et soupçonner un empoisonnement arsenical : c'est à ce seul caractère, dit-il, que les docteurs Capsoni et Casorati ont conçu un pareil soupçon sur le cadavre d'un nommé Catassi qu'ils disséquaient; ils ont demandé une enquête judiciaire et les recherches faites *ad hoc* ont réalisé leur soupçon. Les expériences sur les animaux vivans ont donné ce caractère comme constant. Soit que l'arsenic est donné par bouche, soit qu'il est introduit par la méthode endermique, toujours le sang s'est montré d'une couleur atro-pourprée, colorant le linge d'un rouge-brun comme le kermès; liquide, visqueux, opaque, et sans aucune trace de coagulation. C'est aussi dans cet état que M. Novati l'a trouvé chez trois cadavres qu'il a dû autopsier judiciairement. Il ne faut pas oublier cependant 1° que plusieurs maladies peuvent donner au sang des caractères analogues à ceux-ci; 2° que d'autres substances vénéneuses seront probablement capables de donner le même résultat; 3° que lorsque la mort n'a pas lieu promptement, la réaction inflammatoire déterminée par les escarres peut tout à fait changer ces caractères du sang. Heureusement, du reste, ces données ne sont pas les seules à l'aide desquelles l'art parvient aujourd'hui à reconnaître les empoisonnemens.

Les autres caractères physiques sur lesquels M. Novati appelle l'attention étant généralement connus, nous croyons inutile de les reproduire.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 27 AOUT.

M. de Humboldt, présent à la séance, offre à l'Académie, au nom de M. Ehrenberg, professeur à Berlin, le grand ouvrage que ce savant vient de publier sur les infusoires. L'atlas, qui est joint au texte, se compose de 64 planches coloriées et exécutées d'après les dessins de l'auteur. La partie descriptive est en français et en latin.

M. de Humboldt donne quelques détails sur la richesse des matériaux qu'offre ce travail, qui embrasse l'anatomie souvent très compliquée des infusoires, leurs dents, leurs appareils digestifs, rendus plus visibles quand on les nourrit d'indigo et de carmin, leurs yeux, les traces de leur *système nerveux*, leur distribution géographique à la surface du globe, leurs rapports avec les accumulations de silice de fer, leur influence sur la formation de l'*humus*, sur la phosphorescence de la mer, regardée comme effet de petites décharges électriques, etc.

M. Ehrenberg a pu observer les différentes formes d'infusoires dans l'intérieur des terres des trois continens : en Europe, en Afrique (Egypte, Nubie, Dongola, Abyssinie), pendant six ans; en Syrie et dans l'Asie boréale, pendant un voyage que M. de Humboldt a fait avec lui, depuis la mer Caspienne et le nord de l'Oural, jusqu'à l'Altaï et la province d'Ili, dans la Dzongarie chinoise. Ces vastes pays renferment vivantes plusieurs espèces qui se trouvent par millions à l'état fossile sous d'autres latitudes, même au-delà de l'équateur.

SUCRE DE GÉLATINE.

M. Boussingault adresse une note sur la composition de ce produit, et celle de l'acide nitro saccharique de Braconnot.

Le sucre de gélatine se prépare en soumettant la colle forte à l'action de l'acide sulfurique; mais, par ce procédé, on ne parvient point à l'obtenir exempt de matières salines : M. Boussingault a trouvé un moyen de l'avoir pur.

Son moyen consiste à combiner avec la baryte une solution de sucre de colle préparé à la manière ordinaire, ce qui donne naissance à un sel soluble. On filtre la liqueur, puis on sépare la baryte au moyen de l'acide sulfurique; on évapore ensuite jusqu'à pellicule; le sucre cristallise alors très promptement.

Ce sucre pur est un peu plus soluble dans l'eau que le sucre de lait, et comme ce dernier, il craque sous la dent. Sa saveur sucrée est peu intense, et laisse un arrière-goût désagréable.

Sa composition, déduite de plusieurs analyses bien concordantes, se représente par la formule $C^{12} H^{31} Az^{6}$.

— L'Académie procède, par voie de scrutin, à l'élection d'un candidat pour la place de directeur des études à l'école polytechnique, vacante par la mort de M. Dulong.

Le nombre des votans est de 43. Au premier tour de scrutin, M. Coriolis réunit 42 suffrages; il y a un billet illisible.

M. Coriolis est proclamé candidat de l'Académie.

SÉANCE DU 3 SEPTEMBRE.

ANIMAUX SPERMATIQUES DES PLANTES.

M. de Humboldt donne la traduction d'une lettre dans laquelle M. Meyer, professeur à l'université de Berlin, communique à l'Académie les résultats des observations microscopiques qui lui ont démontré l'existence d'animaux spermatiques dans les végétaux. « Si l'existence d'animaux spermatiques, quelques groupes de végétaux d'une organisation inférieure, tels que les *musci frondosi* et *hepatici*, est déjà, par l'analogie avec les zoospermes des animaux, un phénomène bien digne d'attention, ce phénomène, dit M. Meyer, augmente encore d'intérêt, parce que, dans les végétaux, on parvient à déterminer l'époque à laquelle les animaux commencent à paraître. Par la grande ressemblance dans leur forme et par la vivacité de leurs mouvemens, on peut supposer que, dans les deux règnes, ces êtres présentent aussi des analogies dans leur formation. L'observation m'a démontré que, dans les mousses comme dans le chara, chaque animal spermatique est développé isolément dans une cellule de la masse pollinique. En 1836, j'avais pris les globules renfermés dans les cellules du fil pollinique du *chara vulgaris*, pour les animalcules spermatiques mêmes. Aujourd'hui j'ai constaté que ces globules ne sont que les cellules mucilagineuses, dans l'intérieur desquelles se forme le petit animal; lorsqu'il est formé, les interstices de ces cellules disparaissent, et l'on voit des animalcules contournés en spirale, rangés dans toute la longueur du fil pollinique; l'action de l'eau fait crever les membranes du fil et les animalcules sortent. La partie la plus grosse de leur corps se porte en avant, en se courbant et se débattant.

La partie postérieure, très longue et très mince, reste encore adhérente au fil pollinique. Enfin, les petits animaux se détachent, se déroulent en s'agitant et continuent leurs mouvemens spontanés dans l'eau. Dans cet état de liberté, l'extrémité la plus mince du corps, qui est deux ou trois fois plus longue que la partie épaisse, se porte en avant; le tout forme un fil mucilagineux dont les mouvements rapides sont des plus curieux. Les animaux spermatiques du *marchantia polymorpha* offrent deux tours à deux tours et demi de spire. De chaque cellule de la masse pollinique, que M. de Mirbel a très bien figurée dans son excellent mémoire d'anatomie végétale, sort un seul animal spermatique. La partie mince du corps, toute diaphane, est d'abord presque invisible; mais en tuant l'animal, par l'emploi de l'iode, le corps devient jaune.

Dans le marchantia, la partie mince est encore plus longue. A l'état vivant, les animaux s'y montrent toujours roulés, ce que l'on doit sans doute attribuer à leur première position dans la cellule.

L'auteur a figuré, outre les animalcules du *chara* et du *marchantia* ceux du *sphagnum acutifolium*, de l'*hypnum argenteum*. Dans cette dernière mousse, les cellules de la masse pollinique restent longtemps collées ensemble par leur humidité mucilagineuse. Gonflées dans l'eau, une partie s'en est détachée, et les cellules mêmes, par l'impulsion des animalcules qu'elles renferment, ont montré des mouvemens qui n'ont cessé que lorsque les animaux spermatiques sont sortis et ont pu s'agiter isolément.

Je continuerai ces observations, dit M. Meyer, avec le zèle et surtout avec la circonspection si nécessaires dans ce genre de recherches.

Après la lecture de la lettre de M. Meyer sur les animalcules spermatiques des végétaux d'organisation inférieure, M. de Humboldt a rappelé que lui-même et M. J. Müller, professeur d'anatomie à Berlin, ont vu chez M. Meyer le mouvement de ces animalcules sortis de la cellule, et que ces mouvemens, loin de ressembler à ceux qu'offrent les molécules dans les expériences de M. Robert Brown, leur ont paru analogues aux mouvemens de plusieurs infusoires.

(*La suite au prochain numéro.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 4 SEPTEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. MOREAU.

ORDRE DES LECTURES.

1° Rapport de la commission des épidémies, par M. Piorry.
2° Prix décernés.
3° Prix proposés pour l'année 1840.
4° Eloge de Desgenettes, par M. le secrétaire perpétuel.

DISCOURS DE M. PIORRY, AU NOM DE LA COMMISSION DES ÉPIDÉMIES.

M. Piorry portait la parole au nom de la commission des épidémies. L'honorable rapporteur avait consacré seulement une partie de son discours à l'exposition des travaux scientifiques des correspondans, et le reste à des vues sociales et philantropiques et à des considérations générales sur la manière d'observer les épidémies. Il y avait à cela convenance et nécessité tout à la fois; convenance, en ce que le public des séances annuelles n'y vient guère que pour y entendre proclamer des prix et prononcer des éloges; nécessité, parce qu'il y a vraiment peu de chose à tirer des communications de la correspondance.

Ces communications embrassent un total de 5,636 malades, dont 242 affectés de fièvre typhoïde, 859 de dyssenterie, 215 de suette miliaire, 1575 de rougeole et scarlatine, 276 de pneumonies, dites typhoïdes. La plupart des auteurs attribuent ces épidémies à de mauvaises conditions de nourriture et d'habitation, à des influences atmosphériques, mais dans des termes généraux qui ne disent pas assez. Aucune preuve nouvelle n'a été apportée en faveur de la contagion; car, si quelques-uns d'entre eux parlent d'individus, ayant été prendre la maladie auprès de personnes atteintes déjà, aucun ne parle de malades *ayant importé* l'épidémie dans des points où elle n'avait pas encore paru. Cependant, la probabilité de la contagion de la fièvre typhoïde dans de certaines localités, jointe à ce fait que cette fièvre n'attaque pas deux fois le même individu, a donné lieu à M. Piorry d'exprimer une idée ingénieuse, que les circonstances malheureusement ne permettront pas toujours de mettre à profit: il conseille de ne faire soigner les malades que par des personnes qui auraient déjà été atteintes antérieurement.

Du reste, rien d'important sur l'histoire particulière de chaque épidémie, si ce n'est peut-être le développement des plaques de Peyer et le gonflement et la friabilité de la rate dans des cas de pneumonie et de suette, accompagnés de symptômes typhoïdes.

La maigreur de ces résultats tient à plusieurs causes. L'une d'elles est la difficulté qu'éprouvent les médecins des épidémies à remplir leur tâche. Le préfet les envoie quelquefois trop tard sur le théâtre du mal, et ils se bornent alors à recueillir des renseignemens dont l'inexactitude est à craindre. Souvent, il ne leur est accordé que quelques heures pour rédiger leurs rapports. Puis les préjugés s'opposent presque partout dans les campagnes aux nécroscopies, tellement que dans toute la correspondance trois seulement sont relatées avec détails. Aussi M. Piorry voudrait-il voir l'autorité ordonner d'office, dans les épidémies, l'ouverture du corps, et nous ne pouvons qu'applaudir à un semblable vœu.

Mais il faut le dire, une autre cause d'inexactitude dans les rapports envoyés à l'Académie vient des médecins eux-mêmes. La plupart d'entre eux, étrangers aux progrès récens de l'anatomie pathologique et du diagnostic, tracent le plan de leurs épidémies sur celui de Sydenham, Stoll, Sarcome, Rœderer et Wagler, etc., sans s'inquiéter beaucoup, ni pendant la vie, ni après la mort, de l'état anatomique des divers appareils; et c'est un grand mal assurément. Toute maladie attaquant plusieurs organes est une dans sa complexité, et on ne la connaît pas complètement tant qu'on n'a pas apprécié avec exactitude l'état de chaque organe en particulier. Au reste, personne ne pouvait donner à cet égard aux médecins des épidémies des conseils plus éclairés que l'auteur de la *Percussion médiate*. Il l'a fait avec modestie, au nom d'Avenbrugger, de Laënnec et de Corvisart, dans quelques pages brillantes, qui ont été écoutées avec beaucoup d'attention et accueillies par d'unanimes applaudissemens.

L'Académie n'a pas décerné de prix cette année, aucune des questions mises en concours n'ayant été résolues. Trois personnes seulement ont obtenu des encouragemens; ce sont:

1° M. Cerise, médaille de 500 fr.
2° M. Racibosky, médaille de 400 fr.
3° M. Brière de Boimond, médaille de 400 fr.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1840 ET AUTRES.

PRIX DE L'ACADÉMIE.

« Faire l'histoire physiologique de la menstruation; faire connaître l'influence que cette fonction exerce sur les maladies et celle qu'elle en reçoit. »

Ce prix est de 1,200 fr.; il sera décerné dans la séance publique annuelle de 1840.

PRIX FONDÉ PAR M. LE BARON PORTAL.

« Faire l'histoire des découvertes relatives au système veineux depuis Morgagni jusqu'à nos jours, et déterminer l'influence que ces découvertes ont exercée sur la connaissance et le traitement de ses maladies. »

Ce prix est de 1,200 fr.; il sera délivré dans la séance publique annuelle de 1840.

PRIX FONDÉ PAR MADAME MARIE-ÉLISABETH BERNARD DE CIVRIEUX, ÉPOUSE DE M. MICHEL JEUNE.

« Déterminer l'influence de l'éducation physique et morale sur la production de la surexcitation du système nerveux et des maladies qui sont un effet consécutif de cette surexcitation. »

Ce prix est de 2,000 fr.; il sera décerné dans la séance publique annuelle de 1840.

PRIX FONDÉ PAR M. LE MARQUIS LEBASCLE DARGENTEUIL.

(Extrait de son testament.)

« Je lègue à l'Académie de médecine de Paris la somme de 30,000 fr. pour être placée avec les intérêts qu'elle produira du jour de mon décès, en rente sur l'état, dont le revenu accumulé sera donné tous les six ans à l'auteur du perfectionnement le plus important apporté pendant cet espace de temps aux moyens curatifs des rétrécissemens du canal de l'urètre. Dans le cas, mais dans ce cas seulement, où pendant une période de six ans cette partie de l'art de guérir n'aurait pas été l'objet d'un perfectionnement assez notable pour mériter le prix que j'institue, l'Académie pourra l'accorder à l'auteur du perfectionnement le plus important apporté durant ces six ans au traitement des autres maladies des voies urinaires. »

Ce prix sera décerné en 1844; sa valeur sera de 8,258 fr. et des intérêts de cette somme cumulés pendant ces six années.

PRIX RELATIF AU MAGNÉTISME ANIMAL, FONDÉ PAR M. BURDIN, MEMBRE DE L'ACADÉMIE.

« Je dépose une somme de 3,000 fr. pour être donnée en prix à la personne qui, au jugement d'une commission de l'Académie, pourra lire sans le secours des yeux, les objets pouvant être éclairés, à l'aide même du toucher en tant qu'il ne sera pas supplémentaire du sens de la vue, dans des ouvrages fournis par la commission. »

Ce prix, fondé le 12 septembre 1837, sera retiré au bout de deux ans, s'il n'est pas remporté.

N. B. — Les mémoires, envoyés aux trois premiers concours dans les formes usitées, devront être remis au secrétariat de l'Académie avant le 1er mars 1840.

Tout concurrent qui se sera fait connaître directement ou indirectement avant le jugement porté sur le concours, dans le cas des trois premiers, cessera par ce fait seul d'en faire partie. (*Décision de l'Académie du 1er septembre* 1838.)

L'Académie croit devoir rappeler ici les sujets de prix qu'elle a proposés pour 1839 :

Prix de l'Academie. 1° Déterminer, particulièrement par des nécropsies, si la phthisie tuberculeuse a été quelquefois guérie; 2° en cas d'affirmative, assigner les conditions probables à la faveur desquelles la guérison s'est opérée; 3° rechercher jusqu'à quel point l'art pourrait, dans certaines circonstances, faire naître des conditions analogues pour s'élever aux mêmes résultats. Ce prix est de 1,500 fr.

Prix Portal. Décrire les différentes espèces de ramollissement des centres nerveux (cerveau, cervelet, moëlle épinière); en exposer les causes, les signes et le traitement. Ce prix est de 1,200 fr.

Prix Civrieux. De l'influence de l'hérédité sur la production de la surexcitation nerveuse, sur les maladies qui en résultent et sur les moyens de les guérir. Ce prix est de 1,500 fr.

Les mémoires doivent être envoyés à l'Académie avant le 1er mars 1839.

SOCIÉTÉ ROYALE DE MÉDECINE DE MARSEILLE.

La société royale de médecine de Marseille mit au concours, pour l'année 1837, les questions suivantes :

1° Le passage du choléra en France a-t-il suffisamment arrêté nos idées sur son mode de propagation pour qu'on puisse d'ors et déjà modifier quant à lui notre législation sanitaire ?

2° Jusqu'à quel point nos idées sur la propagation du typhus, de la fièvre jaune et de la peste, sont-elles modifiées par la grande épidémie dont la France vient d'être le théâtre, et jusqu'à quel point est-il permis de modifier la législation relative au typhus, à la fièvre jaune et à la peste ?

L'auteur du meilleur travail sur ces questions devait recevoir une médaille d'or du prix de 500 fr.

Au mois de juillet 1837, terme fixé pour le concours, quatre mémoires avaient été reçus par M. Girard, alors secrétaire-général de la société. Dans le courant d'août, M. Rey, président de l'année, nomma MM. Cauvière, Sue, Dor et Seux, membres de la commission qui devait juger les mémoires. MM. Rey, Rousset et Girard composant le bureau faisaient de droit partie de cette commission. Les mémoires furent distribués aux membres qui devaient sous peu se réunir pour formuler leur jugement. Mais le choléra qui depuis quelque temps s'était montré à Marseille sévit tout à coup avec beaucoup plus de violence et nous fûmes en proie pendant plusieurs mois à ce terrible fléau. Dans de pareilles circonstances, il devint tout à fait impossible à MM. les membres de la commission de s'occuper du concours; ils ne purent penser, comme tout le corps médical marseillais, qu'à soulager les mille misères qu'engendre une épidémie. La maladie d'entre eux vint encore concourir à les empêcher de remplir immédiatement leur tâche envers les concurrens.

Une fois le calme entièrement rétabli dans la santé publique, c'est-à-dire vers la fin de l'année, plusieurs travaux d'absolue nécessité, tels qu'un rapport détaillé sur le choléra, les élections des membres du bureau de la société, vinrent encore retarder la marche de la commission. Enfin le moment vint où elle commença à s'occuper ardemment de l'intérêt des concurrens; ce fut alors qu'on découvrit que deux mémoires manquaient; malgré les recherches les plus consciencieuses, ils n'ont pu être retrouvés; il est probable que les déplacemens nécessités soit par l'épidémie, soit par la maladie grave d'un de nos collègues, sont la cause de cette perte.

Les deux mémoires qui nous restent ont pour épigraphe, l'un : *Non excogitandum est quod natura faciat aut sentiat, sed inveniendum.* Bacon. Et l'autre : *Quæque ipse miserrima vidi.* Virgile.

MM. Cauvière, Rousset, Rey et Seux ont eu le temps de lire les quatre mémoires avant la disparition des deux qui manquent; de manière que ces messieurs ont pu se faire une idée assez exacte du mérite de chacun des concurrens, dont les noms se trouvent encore cachetés chez M. le président. Ils ont reconnu par le moyen des notes qu'ils avaient prises à la première lecture, qu'aucun des mémoires ne leur avait paru remplir d'une manière satisfaisante le but de la société, mais que cependant le mémoire, ayant pour épigraphe : *Quæque ipse miserrima vidi*, était supérieur aux autres, et qu'il méritait une mention honorable.

Dans ces circonstances, la société royale de médecine a jugé à propos de remettre les mêmes questions au concours pour l'année 1839, et pour montrer aux concurrens tout l'intérêt qu'elle leur porte, la médaille d'or décernée à l'auteur du meilleur travail, au lieu d'être de 500 fr., sera de 600.

La société engage les auteurs des mémoires remis en 1837 à lui envoyer un autre travail, s'ils désiraient concourir de nouveau. Ceux dont l'épigraphe se trouve plus haut feront partie du concours de l'année prochaine s'ils ne sont pas réclamés.

Les mémoires écrits lisiblement et en français devront être envoyés, francs de port, avant le 1er octobre 1839, à M. le docteur Seux, secrétaire-général, rue de Rome, 101.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

LETTRE SUR LA TEMPÉRANCE AUX ÉTATS-UNIS D'AMÉRIQUE; par M. WARRIN, professeur d'anatomie à l'université de Cambridge.

En 1813, une société s'est formée à Boston sous le titre de *Massachusset's society for the suppression of intemperance* (société de Massachussets pour la suppression de l'intempérance). Les membres qui la composaient étaient des hommes d'état, des ecclésiastiques distingués et des médecins. Les moyens qu'ils ont employés ont été des imprimés annuels montrant les grands inconvéniens qui résultent de l'usage des alcooliques. Les efforts de cette société ont été pendant plusieurs années tournés en ridicule. Ses opinions cependant ont fini par être goûtées et ont gagné petit à petit dans le peuple.

En 1826, la société de tempérance s'est reconstituée dans la même ville, et a recommencé ses opérations de propagande.

En 1827, la société médicale de Massachussett a établi à l'unanimité les trois propositions suivantes :

1° Que l'usage des liqueurs spiritueuses n'était pas nécessaire pour la santé et la force;

2° Que l'emploi de l'alcool et des médicamens alcooliques avait exaspéré la fièvre au point de la rendre pernicieuse;

3° Que la boisson la plus salutaire était l'eau.

Vers la même époque, les médecins des États-Unis du Nord commencèrent à faire la guerre à l'usage des boissons alcooliques. Le clergé en fit autant de la chair; les magistrats de leur côté et la plupart des employés et hommes influens saisirent toutes les occasions pour exprimer publiquement et répandre les mêmes idées.

Les résultats de cette propagande ont été bien manifestés en 1835 par les faits suivans :

2,000,000 personnes environ qui avaient l'habitude de boire des liqueurs alcooliques en avaient entièrement quitté l'usage. Plus de 8,000 sociétés de tempérance se sont formées, comprenant 1,500,000 membres. De ces sociétés, 23 ont été établies de manière à comprendre tous les états. Quatre mille distilleries ont été fermées. Plus de 1,200 vaisseaux ont mis à la voile sans provision de liqueurs alcooliques et le prix d'assurance de ces vaisseaux a diminué. Environ 12,000 ivrognes (*drunkards*) ont été corrigés, et plus de 200,000 personnes avaient abandonné l'usage des boissons enivrantes.

Depuis l'année 1835, les chiffres ci-dessus se sont accrus, et d'autres résultats importans ont été obtenus. Les tables de mortalité présentent une diminution notable dans les localités où la réforme a été générale. Le nombre des indigens inscrits aux registres des paroisses a diminué comparativement aux chiffres de la population qui a augmenté. Le nombre des crimes est incomparablement moindre, et l'on voit fréquemment sur les journaux le nom de départemens (*county*), qui n'ont pas eu un seul crime, et de prisons qui ne contiennent pas un seul prisonnier. Le nombre des aliénations des propriétés des familles dont les chefs étaient ivrognes, a diminué d'une manière très remarquable dans presque toutes les villes. L'usage du vin a diminué parmi les riches; à leur table, au lieu des forts vins d'Espagne, on ne se sert plus aujourd'hui que des petits vins légers de France et d'Allemagne. Par suite de cela, les affections chroniques de l'estomac appelées communément dyspepsie, qui étaient autrefois si fréquentes, sont presque entièrement disparues ou devenues fort rares.

Aux états de l'Amérique du Nord, on calcule que l'abandon de l'usage des liqueurs ardentes a augmenté d'un sixième au moins la force physique. De sorte qu'en prenant pour terme de la population le chiffre de 5,000,000, l'augmentation de la force équivaut à un million d'hommes; tandis que d'un autre côté la dépense pour l'entretien de ces 5,000,000 individus, au lieu d'être augmentée, se trouve avoir diminué, par suite de l'emploi comme nourriture du grain qui devait servir à la distillation.

Le public est si fortement prononcé en faveur de la réforme de la tempérance que les lois de Massachussett ont défendu depuis peu en la vente des liqueurs spiritueuses les dimanches; cette loi a produit de si bons effets que, cette année (1838), on a pu faire adopter la prohibition de vendre quinze *gallons* en moins de ces liqueurs, anéantissant ainsi toutes les boutiques d'eau-de-vie (*grog-shops*), sans une seule violence. Une sem-

blable mesure a été adoptée également dans les états de Jenneslee, à l'ouest et à la distance de mille milles de Massachussett; les autres états adopteront probablement leur exemple.

OBSERVATION D'UN CAS DE GANGRÈNE CAUSÉ PAR LE CHOLÉRA; communiqué par M. BARTHÉLEMY, de Marseille.

Toutes les recherches que j'ai pu faire jusqu'à aujourd'hui dans les annales du choléra, pour trouver un fait analogue à celui que j'ai l'honneur de vous soumettre, ont été infructueuses. Je n'ai pu rencontrer qu'une seule observation citée dans la GAZETTE MÉDICALE du 7 août 1832, et prise dans le service de Dupuytren. C'est le cas relatif à un homme déjà sur le retour, dont on amputa le gros orteil et qui fut pris quelques jours après du choléra algide, et à la suite de gangrène, non pas sur le lambeau même de la plaie, mais, chose étonnante! au-dessus du deuxième os du métatarse. Le malade mourut le troisième jour. « Il y a lieu de s'étonner, dit à cette occasion Dupuytren, que le froid glacial et l'absence de la circulation dans le choléra n'engendrent pas plus souvent la gangrène; on en a bien observé quelques cas, mais il sont très rares. »

M. Magendie en a cité plusieurs dans ses leçons au Collége de France; mais chez tous cet arrêt de la circulation avait été accompagné par tout le cortége des symptômes cholériques, tandis que dans l'observation que je vais vous communiquer, vous n'y verrez presque qu'un seul et même symptôme qui, par sa persistance, a entraîné la gangrène et la mort de la malade.

OBS. — Madame Baudin, demeurant rue Négrel, 30, âgée de 60 ans, d'une bonne constitution; non reglée depuis quinze ans, a toujours joui d'une bonne santé jusqu'à ces dernières années, où elle a eu à souffrir des palpitations assez fortes et des œdématies aux jambes vers la fin de chaque journée d'un travail forcé. Ces palpitations et ces œdématies n'étaient cependant pas continuelles et lui permettaient de vaquer à ses affaires.

Le 20 août 1837, à deux heures après midi, elle est prise tout à coup et sans symptôme antérieur de maladie, d'une crampe violente occupant le pied et la jambe du côté droit avec prolongement de la douleur dans la même cuisse du même côté. Les parens firent pendant quelque temps des frictions sèches sur le membre malade, mais sans produire aucune amélioration.

Le même soir, on manda M. le docteur Revest, praticien aussi modeste qu'éclairé, et nous trouvâmes la malade dans l'état suivant:

Facies un peu altéré, annonçant quelque chose du facies cholérique; yeux légèrement enfoncés, entourés d'un cercle bleuâtre; joues colorées, voix naturelle; langue large, humide, un peu rouge vers sa pointe et couverte d'enduit blanchâtres. Respiration anxieuse; la percussion de la poitrine nous offre une sonoréité égale dans tous les points, excepté en arrière, à droite, où l'on trouve un peu de matité; le cœur est légèrement hypertrophié. L'auscultation nous fournit les résultats suivans: bruit respiratoire normal dans tous les points du poumon avec quelques râles sibilans à droite et muqueux à gauche. Les battemens du cœur sont tumultueux, très sensibles à la main et au sthétoscope, le pouls est à 80, petit, intermittent; il contraste par sa faiblesse avec la force du cœur. Résistance médiocre au doigt qui percute la région du cœur. Point de bruits anormaux, point de nausées ni de vomissemens. La palpation n'est point douloureuse. Matité légère dans l'S iliaque du colon, et sonoréité dans le cœcum; point de diarrhée, excrétion normale de l'urine; point d'épanchement abdominal. Le foie conserve ses rapports et son volume normal. A l'examen des membres, nous ne trouvons ni douleurs ni cyanose dans les extrémités supérieures. Légère œdématie au pied gauche sans douleur et sans coloration anormale. La cuisse, la jambe et le pied droit sont le siége de crampes atroces au dire de la malade, venant par intervalles irréguliers; cette douleur, assez faible vers la cuisse, devient intolérable dans la jambe et surtout vers le pied; la pression la plus légère l'exaspère et la détermine même dans les momens de rémission. Les orteils sont courbés vers la plante du pied, mais reviennent facilement à leur direction normale; sentiment d'engourdissement dans les pieds, et refroidissement glacial de cette partie avec cyanose de tous les orteils. Symptômes nuls d'inflammation aiguë ou chronique des artères et des veines du membre malade. Point d'ossification de l'artère crurale du même côté. Mouvemens du membre difficiles et douloureux. Repos au lit; frictions faites avec

Huile de camomille camphrée. . . 2 onces.
Laudanum de Rousseau. . . . . . 2 gros. Mêlez.

Infusion de camomille pour boisson; bouteilles de grès remplies d'eau bouillante à la plante du pied et sur les côtés de la jambe. Lavement émollient; bouillon.

Le soir, on n'avait obtenu aucun amendement dans la douleur. Nous ordonnons des cataplasmes sinapisés que l'on promènera tout le long de la jambe et du pied pendant le courant de la nuit.

Le 21, même état; application de 30 sangsues autour des malléoles. Cataplasmes émolliens très chauds, appliqués sur le pied et la jambe; et renouvelés toutes les heures.

Le soir, la malade est dans le même état. Même traitement. On prescrit six pilules d'un grain chacune de thridace, pour calmer les douleurs.

Le 22, les sangsues ont rendu à peu près dix onces de sang. Les douleurs sont toujours les mêmes. Le froid glacial persiste toujours; la cyanose s'étend un peu sur le dos du pied; insomnie. Aucun médicament n'ayant pu encore soulager la malade, nous prescrivons un vésicatoire de la largeur d'une pièce de cinq francs à appliquer sur la partie supérieure et interne de la jambe, que je pansai le soir avec un quart de grain d'hydrochlorate de morphine. Limonade pour boisson; 2 bouillons; lavement.

Le 23, la malade qui, jusqu'à hier, n'avait pu jouir d'un instant de sommeil, a reposé cette nuit pendant trois heures. Les douleurs n'ont pas reparu de toute la nuit. Cependant le froid glacial persiste toujours, et la cyanose s'étend vers le dos du pied par plaques irrégulières d'une couleur plus foncée, et ressemblant assez à une rougeur lie de vin; empâtement du pied. Même pansement et même prescription. Si les douleurs reviennent la nuit, on donnera à la malade, toutes les demi-heures, une pilule d'un quart de grain d'opium, jusqu'à ce qu'elles soient calmées.

Les 24 et 25, les douleurs ne sont point revenues pendant la nuit. Dans la journée d'hier, elles furent moins fortes que les jours précédens, et d'une nature tout à fait différente; elles ne constituent plus de véritables crampes, mais bien des douleurs névralgiques qui, partant du pied, remontent vers la jambe et la cuisse. (Névralgie ascendante.) Sensibilité tout à fait perdue dans le pied. La gangrène s'étend de préférence vers la malléole externe, à cause de la position déclive du membre. Légère douleur de tête; délire fugace pendant la nuit dernière. Du reste, même état général que les jours précédens; même prescription. Tisane vineuse, deux bouillons, lavement.

Le 26 et 27, les douleurs, qui ont paru les deux jours précédens, ont été calmées par quelques pilules d'opium; le délire a persisté pendant toute la nuit dernière. La gangrène s'étend vers la partie externe, jusqu'à deux pouces au-dessus de la malléole et jusqu'à un pouce de l'articulation tibio-tarsienne. Le coude-pied et la face dorsale offrent une couleur noire tout à fait gangreneuse. Sur l'articulation tibio-tarsienne existent encore quelques plaques de peau, conservant leur aspect normal et une sensibilité bien obtuse. Quelques bulles de gaz soulèvent l'épiderme de la face dorsale du pied. Même prescription que la veille, tisane vineuse.

Le 28. Les douleurs ont été très fortes cette nuit; délire continuel. Le pouls est dans le même état que les jours précédens. Les bulles de gaz sont plus nombreuses et plus larges que hier; elles occupent la plus grande partie du pied et le tiers inférieur de la jambe; quelques-unes ont crevé et laissent la peau nue, d'où suinte, depuis plusieurs jours, ainsi que des piqûres de sangsues, une sérosité blanchâtre transparente. La surface du vésicatoire est couverte d'une escarre grisâtre. L'épiderme commence à se détacher et une odeur gangreneuse bien prononcée s'est déclarée. Pansement avec des compresses imbibées d'une solution d'eau chlorurée, renouvelées plusieurs fois par jour, même prescription.

Les 29, 30, l'état local de la malade s'aggrave de jour en jour; son état général se soutient assez bien; point de diarrhée ni de vomissemens. Cependant, malgré tous ces symptômes négatifs, le facies est altéré et annonce une atteinte profonde de l'innervation. Depuis quelques jours, il est évident pour nous qu'il ne reste plus d'espoir pour la malade que dans une amputation, qu'elle repousse de toutes ses forces. Même prescription que la veille.

Le 1er septembre. La malade et sa famille, s'opposant formellement à l'amputation, quoiqu'elle présentât la seule chance probable de guérison, on appela en consultation M. le docteur Bondilh, qui, sans appuyer son opinion, jugea que l'opération était inutile, parce que la gangrène n'était, disait-il, que superficielle et qu'il y aurait quelque probabilité de sauver la malade en attendant que les parties mortifiées fussent éliminées, ce que l'on aiderait par des cataplasmes résolutifs. Bien loin de partager son opinion, nous proposâmes aux parens de faire appeler notre estimable et savant confrère le docteur Rey, qui jugea, comme nous, l'opération indispensable; il en fut de même de M. le docteur Reymonet, qui fut consulté quelques jours plus tard. L'opinion de M. Bondilh devait nécessairement l'emporter, parce qu'elle s'accordait avec la manière de voir de la malade et de sa famille. Nous confiâmes Mme Baudin à ses soins et nous cessâmes de la voir le 11 septembre. A cette époque, le pied et la moitié inférieure de la jambe étaient dans un état de mortification complète, l'autre moitié commençait à être envahie par la gangrène. La malade succomba le 28 septembre atteinte d'une pneumonie hypostatique. L'épiderme de la plante du pied s'était détaché d'un seul morceau; par les piqûres des sangsues s'écoulait une sanie rougeâtre; l'odeur de gangrène était insupportable; aucune plaie ne s'était manifestée sur toute l'étendue du mal.

Il nous fut impossible de faire l'autopsie du cadavre.

Si, reportant vos regards en arrière, vous examinez tous les détails de cette observation, vous pourrez facilement vous convaincre que, dès les premiers jours, notre opinion sur la cause anatomique des crampes était arrêtée, et que nous n'avons cessé de les considérer comme le fait de l'influence cholérique, qui pesait alors sur la ville de toute son intensité; et cette opinion n'était pas, de notre part, une simple conjecture, elle était le fait du raisonnement; nous y avions été amenés par voie d'élimination. En effet, quelque opinion qu'on ait sur la nature des crampes et de la gangrène, qui en a été la suite, on ne peut en trouver la cause que dans une altération: 1° du système vasculaire sanguin; 2° du système nerveux, altération qui pourra être appréciable ou non à nos moyens actuels d'investigations. Or, il est évident pour nous que la cause de cette affection ne résidait pas dans le système sanguin, parce que d'autres symptômes se seraient manifestés et auraient été ceux d'une inflammation aiguë ou chronique des artères et des veines. D'ailleurs, ils se seraient montrés quelque temps avant le premier jour de notre visite, et auraient laissé des traces qui ne nous auraient pas permis de nous tromper. La cause essentielle des crampes avait donc son siége dans le système nerveux; cependant il n'existait ni dans le bassin ni à la cuisse de tumeur

qui, en comprimant les nerfs principaux de l'organe, put interrompre l'influx nerveux. Nous n'avions non plus aucun signe d'inflammation, de ramollissement, etc.; nous étions donc forcés d'admettre, étant sous le coup d'une épidémie de choléra, et connaissant de plus les connexions intimes qui lient la circulation à l'innervation, que la cause essentielle des crampes et, par suite, de la gangrène, était une influence cholérique, qui, pervertissant l'action du fluide nerveux, avait donné lieu à ces crampes et à l'affaiblissement ou à la suspension de la circulation. Quant au traitement à employer, deux indications principales, je dirai même les seules, s'offraient à nous : c'était de faire cesser : 1° les crampes; 2° l'abaissement de température. Aucun des moyens employés dans ce double but n'a pu réussir. Les sangsues que nous avions fait appliquer dans les premiers jours pour dégorger le pied ne produisirent non plus aucun résultat; nous ne pûmes obtenir du calme dans les jours suivans que par l'application d'un vésicatoire saupoudré d'un quart de grain d'hydrochlorate de morphine. Les véritables crampes cessèrent pour faire place à des douleurs d'une autre nature, moins vives que les précédentes. Peut-être alors aurions-nous pu espérer la guérison, mais la circulation était interrompue depuis trop de temps pour pouvoir nous faire illusion; déjà la cyanose s'étendait par plaques livides, irrégulières. Quelques jours plus tard, il ne restait plus qu'une chance de salut; encore était-elle bien faible! car la malade, qui avait une hypertrophie du cœur, habitait un quartier ravagé par l'épidémie, dans une maison malpropre et mal aérée; d'ailleurs elle ne voulait absolument pas se soumettre à l'opération, et l'opinion de M. Bondilh venait encore la fortifier dans son mauvais vouloir. Je n'ignore pas que cette observation perd beaucoup de sa valeur par le manque de nécropsie. Mais on sait les difficultés que l'on rencontre dans la pratique civile pour ce genre d'opération. En effet, il ne suffit pas de vouloir faire une autopsie pour en avoir l'autorisation dans nos départemens du Midi.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

MANUEL DES EAUX MINÉRALES NATURELLES, CONTENANT L'EXPOSÉ DES PRÉCAUTIONS QU'ON DOIT PRENDRE AVANT, PENDANT ET APRÈS L'USAGE DES EAUX MINÉRALES; LA DESCRIPTION DES LIEUX ET DES SOURCES; LES ANALYSES CHIMIQUES LES PLUS RÉCENTES; LES PROPRIÉTÉS MÉDICALES; LE MODE D'ADMINISTRATION DES EAUX MINÉRALES DE LA FRANCE, DES EAUX ÉTRANGÈRES LES PLUS CÉLÈBRES ET DES BAINS DE MER; AVEC UNE CARTE DES EAUX MINÉRALES; par le docteur PATISSIER et M. BOUTRON-CHARLARD. Deuxième édition entièrement refondue; 1 vol. in-8 de 564 pages. Paris, 1837. Chez L. Colas, libraire, rue Dauphine, 32.

SUITE DES OBSERVATIONS RELATIVES A L'EFFICACITÉ DES EAUX THERMALES DE VICHY CONTRE LA PIERRE ET CONTRE LA GOUTTE; par le docteur CH. PETIT, inspecteur-adjoint des eaux de Vichy. Paris, 1838; 68 pages in-8. Chez Crochard, libraire, rue de l'École-de-Médecine, 13.

LETTRE A M. LE DOCTEUR CIVIALE SUR L'EFFICACITÉ DES EAUX DE VICHY DANS LES MALADIES CALCULEUSES, ET REMARQUES CRITIQUES SUR LEUR ACTION DISSOLVANTE; par le docteur NOYER, médecin de l'hospice de Vichy, etc.; Paris, 1838; 54 pages in-8. A la librairie des sciences médicales de Just Rouvier, rue de l'École-de-Médecine, 8.

RECHERCHES SUR LES EAUX MINÉRALES DES PYRÉNÉES; par le docteur FONTAN. Paris, 1838; 136 pag. grand in-8. Chez Crochard, libraire, place de l'École-de-Médecine, 13.

RECHERCHES SUR LES PROPRIÉTÉS PHYSIQUES, CHIMIQUES ET MÉDICINALES DES EAUX DE LUXEUIL (Haute-Saône); par le docteur V. REVILLOUT, inspecteur des eaux de Luxeuil. Paris, 1838; 140 pages in-8. Chez Béchet jeune, libraire, place de l'École-de-Médecine.

LES EAUX DE ST-GERVAIS EN 1836; par lord G***, 32 pages in-8. Genève, 1837.

La prospérité de la plupart des établissemens d'eaux minérales est une preuve certaine de l'accroissement de la fortune publique et de la propagation des connaissances hygiéniques dans les classes qui sont le plus à même de les appliquer avec fruit. Cette prospérité nous explique en même temps le nombre considérable d'ouvrages et de notices, qui ont été publiés depuis quelques années sur les eaux minérales, et appellent ainsi constamment l'attention des médecins et des gens du monde sur ces établissemens, qui sont à la fois une source de fortune pour les pays qui les possèdent, et pour la science une mine féconde et jusqu'ici peu exploitée.

Le premier des six ouvrages indiqués ci-dessus est l'un des plus complets que possède la science sur les eaux minérales; peut-être même est-il le plus complet et le seul qui soit réellement au courant de l'état actuel de la science. Les auteurs nous paraissent n'avoir, sous ce rapport, rien négligé de ce qui pouvait mettre leur ouvrage sur la première ligne. Ainsi, bien que les chimistes, qui jusqu'à présent ont publié des analyses d'eaux minérales, n'aient pas adopté une mesure de capacité et des poids uniformes, ce qui ne permet pas de saisir facilement et au premier coup-d'œil les analyses et les différences qui existent dans la composition de chaque source, dans le but de rendre cette comparaison plus facile, MM. Patissier et Boutron-Charlard ont réduit toutes les mesures à une seule, c'est-à-dire au litre pour les liquides, et au gramme pour les solides.

Le manuel des eaux minérales est partagé en quatre parties. Dans la première, qui présente pour titre : *Coup-d'œil sur l'histoire des eaux minérales*, les auteurs étudient les eaux minérales d'une manière générale; ils passent en revue leurs propriétés physiques, chimiques et thérapentiques, et les conjectures qui ont été faites sur la cause de leur chaleur. Dans la seconde, ils traitent séparément des eaux sulfureuses, des eaux acidules, des eaux ferrugineuses, et, enfin, des eaux salines. Chaque source forme le sujet d'un article à part, où l'on trouve, outre ce qui est indispensable, l'analyse des eaux, leurs propriétés, etc., le nombre des malades mis en traitement, quand il a pu être connu, le nom des maladies dans lesquelles les eaux sont utiles, etc. Les eaux étrangères seules nous ont paru n'avoir pas reçu toute l'attention qu'elles méritaient dans un travail que nous croyons devoir dispenser de tous les autres sur le même sujet.

La troisième partie, la plus courte, contient un précis sur les eaux minérales artificielles; la quatrième renferme plusieurs documens de nature diverse, parmi lesquels trois nous ont surtout paru mériter une attention particulière. D'abord, la liste officielle des médecins inspecteurs des établissemens de la France; ensuite la carte des eaux minérales de la France; et, enfin, le tableau du produit des sommes et du numéraire laissés par les malades dans les principaux établissemens de France. Ces produits, partagés en 90 établissemens, sont, année commune, d'environ 5 à 6 millions de francs. Si nous supposons que les baigneurs dépensent à peu près la même somme dans les voyages qu'ils font pour arriver aux eaux ou retourner chez eux, nous trouverons que le mouvement du numéraire, qui est occasionné par les eaux minérales, peut être évalué à 11 ou 12 millions, somme bien peu considérable, si l'on considère le nombre immense de personnes qui pourraient jouir des bienfaits de ces eaux, mais qui acquiert de l'importance aux yeux de ceux qui savent dans quel abandon étaient restés, jusqu'à ces années dernières, la plupart de ces établissemens, de la part même des autorités locales, de celles qui ne devaient rien négliger, dans leur propre intérêt, pour en favoriser le développement.

Le docteur Ch. Petit continue de recueillir d'intéressantes observations sur le traitement de la pierre et de la goutte par l'eau de Vichy. La brochure que nous avons en ce moment sous les yeux contient de nouveaux exemples de guérison, ou au moins d'amélioration notable de ces deux maladies, et qui ne peuvent permettre le moindre doute sur l'influence heureuse qu'exercent ces eaux sur les personnes qui souffrent de ces deux affections. Elle est divisée en deux parties, dont la première est la reproduction de la lettre de M. Petit, insérée dans la GAZETTE MÉDICALE du 18 novembre 1837. La seconde renferme douze nouvelles observations de goutte guérie ou soulagée par un séjour plus ou moins prolongé aux eaux de Vichy.

La brochure du docteur Noyer est encore une preuve de l'intérêt qu'ont excité les recherches de MM. Chevallier et Petit sur l'action dissol-

vante qu'exercent les eaux de Vichy sur les calculs urinaires. Ce n'est pas, cependant, que le docteur Noyer adopte l'opinion de ces messieurs; au contraire, il la repousse et la combat avec une certaine vivacité; il admet bien que les eaux de Vichy sont utiles dans le traitement des calculs urinaires et de la gravelle, et il démontre par de nombreuses citations empruntées à divers auteurs du dix-septième et du dix-huitième siècle que cette croyance dans la propriété lithotriptique des eaux de Vichy est loin d'être nouvelle; mais ce qu'il repousse, c'est la manière dont M. Petit a expliqué leur action. Suivant ce dernier, l'action de l'eau de Vichy sur les affections calculeuses est purement chimique; elle s'exerce directement sur les calculs eux-mêmes; M. Noyer pense que leur action est purement physique, qu'elle est nulle sur les calculs et les petits graviers; qu'elle se porte sur les organes auxquels elle donne du ton, de la force, et que toute son action chimique se borne chez les malades qui ont de la propension aux maladies calculeuses, à neutraliser les liquides qui, par leur acidité, avaient de la tendance à se concréter.

L'auteur convient bien que certains calculs sont susceptibles d'être dissous par les eaux alcalines, lorsqu'elles agissent sur eux dans un vase inerte, dans une cornue, dans un vase de laboratoire; mais il nie qu'elles puissent, lorsqu'elles sont ingérées dans les organes et absorbées par eux, dissoudre un corps formé à la vérité des mêmes principes, mais placé dans un corps vivant. D'après lui, les chimistes auraient dû, pour résoudre plus promptement la question, étudier le degré de saturation alcaline nécessaire à un liquide pour opérer la dissolution d'un calcul ou d'un gravier. D'après cette donnée, le physiologiste aurait apprécié si le degré de saturation pouvait sans inconvénient être mis en rapport avec les organes. De cette manière, la question eût avancé beaucoup; il n'y aurait plus eu qu'à expérimenter les modifications que les lois vitales apportent aux affinités chimiques, quand ces affinités doivent se passer dans un corps soumis à ces lois.

Quant aux expériences qui ont été faites par MM. Petit et Chevallier pour obtenir la dissolution des différentes espèces de calculs immergés dans les sources de Vichy, M. Noyer ne leur accorde aucune valeur, car dans ces expériences l'action de l'eau aurait été plutôt mécanique que chimique. On pourrait désirer que l'auteur fût entré dans plus de développement sur l'action mécanique dont il parle dans cette occasion et dans plusieurs autres; car nous ne pouvons croire qu'il l'attribue uniquement à l'ébullition produite par le dégagement du gaz acide carbonique. Peut-être aussi aurait-il dû démontrer d'une manière plus évidente que les urines à un léger degré d'alcalinité ne peuvent agir sur les calculs dans la vessie; car s'il n'y a pas de cause qui s'oppose à l'action de l'alcali sur le calcul, et M. Noyer ne démontre pas que les propriétés vitales s'opposent à cette action, elle sera faible si l'alcalinité est faible; ce n'est donc plus qu'une question de quantité.

L'auteur attribue une partie des effets heureux qu'on retire de l'emploi de l'eau de Vichy dans le traitement des affections calculeuses à l'action qu'elles exercent sur les organes assimilateurs, sécréteurs et excréteurs en leur donnant plus de force, et en leur procurant le degré d'influence nerveuse nécessaire à l'accomplissement physiologique de leurs fonctions. Cette manière de considérer l'action de l'eau de Vichy sur les calculeux suffit certainement pour rendre compte d'une partie des effets qu'on en obtient et doit être admise par tout médecin observateur, mais elle ne tranche pas absolument la question. De nouvelles expériences sont nécessaires, et c'est surtout aux médecins qui sont sur les lieux qu'il est possible de les faire dans les conditions les plus favorables et avec tout le soin qu'exige la solution d'une question d'un aussi grand intérêt.

Le travail de M. Fontan sur les eaux minérales des Pyrénées ne contient que des recherches chimiques et microscopiques sur ces eaux. Il s'est proposé de faire pour le reste des eaux du reste de la chaîne des Pyrénées ce qu'Anglada avait fait pour celles du département des Pyrénées-Orientales. Depuis juillet 1825, époque où il commença ses recherches, elles n'ont pas été discontinuées, et il a analysé les principales sources des départemens de l'Ariège, de la Haute-Garonne, des Hautes et des Basses-Pyrénées. Cependant le travail que nous avons en ce moment en main ne contient pas le résultat complet de ces recherches, mais seulement quelques faits généraux que l'auteur regarde comme pouvant servir d'introduction à ses analyses.

La nature des questions traitées dans cet essai et plus encore la manière dont elles sont traitées, nous font regretter que l'auteur n'ait pu livrer à la publicité toutes ses recherches à la fois. Parmi les questions dont la lecture nous a offert le plus d'intérêt, et qui annoncent dans l'auteur un observateur sévère et ingénieux, nous indiquerons surtout les recherches sur le blanchissement et le bleuissement de quelques eaux, et spécialement celles sur les substances organisées et organiques que contiennent les eaux sulfureuses. M. Fontan décrit à l'occasion de ces dernières, sous le nom de *la sulfuraire*, une conferve qui avait été confondue jusqu'ici par les chimistes avec la substance gélatineuse; c'est la substance blanche filamenteuse qu'on rencontre dans les eaux sulfureuses des Pyrénées.

Les eaux de Luxeuil ne méritaient pas le discrédit où elles ont été pendant longtemps après avoir joui d'une si grande faveur sous les Romains. Parmi les obstacles qui s'opposèrent pendant bien des années à leur succès, il faut placer en première ligne l'indifférence et le zèle malentendu des habitans, et surtout une erreur qu'on retrouve dans la plupart des traités généraux publiés sur les eaux minérales, qui tous indiquent les eaux de Luxeuil comme moins minérales que celles de Plombières, tandis qu'elles possèdent quatre fois autant de base.

Le docteur Revillout s'empresse de combattre cette erreur qui ne peut être que très funeste aux eaux soumises à son inspection et s'aide dans son travail des recherches de M. Braconnot, chimiste de Nancy, qui a analysé les onze sources que possède Luxeuil; elles sont toutes salines, ferrugineuses ou savonneuses, et leur température varie de 40 à 56 degrés centigrades. L'auteur rapporte un certain nombre d'observations des maladies où leur emploi a été utile, et que nous n'avons pas besoin d'indiquer ici. Enfin il a réuni dans sa brochure tout ce qui peut appeler l'attention sur les eaux de Luxeuil, et nous espérons que ses efforts, pour leur rendre une partie de leur ancienne célébrité, ne seront pas inutiles.

Le petit travail d'un anonyme sur les eaux de Saint-Gervais renferme quelques documens intéressans sur ces eaux, sur la société qu'on y rencontre et sur les différentes médications qu'on y subit, et qui y sont dirigées par le docteur Mattey. Parmi ces dernières nous avons remarqué l'application du cataplasme de feuille d'oseille que ce praticien emploie dans les cas de dartres crustacées avant d'administrer les eaux en bains, en boisson et en douches. Plusieurs cas où cette médication a été suivie d'un succès rapide et complet sont rapportés avec des détails qui semblent ne permettre pas de doutes sur son efficacité.

VARIÉTÉS.

A M. LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE MÉDICALE.

Monsieur,

En rendant compte, dans votre numéro du 18 de ce mois, d'un mémoire sur quelques cas d'absence du bruit respiratoire vésiculaire, dépendant du rétrécissement ou de l'occlusion du larynx ou de la trachée artère, l'auteur de l'analyse s'exprime en ces mots : « Si nous en croyons l'auteur de ce mémoire, ces faits n'auraient été signalés nulle part; *il n'en est point ainsi : M. Chomel lui-même* rapporte plusieurs cas de ce genre. »

Cette assertion est une double erreur : il serait difficile à l'auteur de l'analyse de préciser les faits dont il parle, et M. Chomel, qu'il cite, m'autorise *lui-même* à déclarer formellement qu'il n'en a jamais publié d'observation. Quant au fait mentionné dans l'article, celui de la compression d'une bronche dominant lieu à l'absence du murmure vésiculaire dans *une portion du poumon*, il n'a aucune analogie avec les cas d'absence du bruit respiratoire dans *toute la poitrine*, dus à des obstacles placés *dans la partie supérieure* du tube aérien.

J'attends, Monsieur le rédacteur, de votre impartialité, que vous voudrez bien admettre ma réclamation, et lui donner place dans un de vos prochains numéros.

J'ai l'honneur, etc. BARTH, chef de clinique à l'Hôtel-Dieu.

Paris, le 27 août 1838.

NOTE DU RÉDACTEUR. L'auteur de l'analyse du travail de M. Barth ne peut reconnaître la double erreur qu'on l'accuse d'avoir commise; il n'a point dit que M. Chomel eût *publié* des faits semblables à ceux qui font le sujet du mémoire analysé; mais bien, que ce professeur en avait *rapporté* quelques exemples. Pour les professeurs, il y a une autre publicité que celle de la presse, c'est celle de la chaire; or, M. le professeur Chomel a plusieurs fois, en 1831 et 1832, cité des exemples de ce genre dans d'excellentes leçons qu'il fit à cette époque sur le diagnostic des anévrismes de la portion supérieure de l'aorte.

Quant à l'analogie que M. Barth ne peut apercevoir entre l'occlusion d'une bronche principale et celle de la trachée artère, ce qui fait l'objet de la seconde erreur, nous ne pouvons, malgré tout le désir que nous avons d'adopter sa manière de voir, nous empêcher d'en voir une très grande. Ceci, au reste, ne diminue en rien, à nos yeux, le mérite des recherches de M. Barth sur un point de pathologie jusqu'ici presque inexploré, et auquel l'auteur de l'analyse s'était déjà plu à rendre justice.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE DE FELIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 37 (TOME VI. — 1838.) SAMEDI 15 SEPTEMBRE 1838.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°.—Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Poissonnière*, n° 5, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

AVIS A MM. LES SOUSCRIPTEURS.

MM. les souscripteurs dont l'abonnement expire à la fin de ce mois sont invités à le renouveler prochainement s'ils ne veulent pas éprouver d'interruption dans l'envoi du journal. Pour ne pas décompléter les collections, aucun numéro ne sera envoyé aux personnes qui n'auraient pas donné avis de leur renouvellement avant le premier octobre. On s'abonne dans les départemens chez tous les directeurs des postes et des messageries. La quittance d'abonnement sera présentée au domicile de MM. les Souscripteurs de Paris. Vu la difficulté et les frais de recouvrement des mandats de la Gazette médicale, touchés au domicile des Abonnés des départemens, ce mode de souscription ne peut avoir lieu que pour des abonnemens de six mois, de neuf mois et d'un an.

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE SPÉCIALE.

DE LA PÉRITONITE CONSIDÉRÉE COMME CAUSE DE STÉRILITÉ CHEZ LES FEMMES; par L. Aug. Mercier, interne à l'hôpital de la Charité, vice-secrétaire de la Société anatomique de Paris.

Lorsque le grand acte de la conception s'opère, l'ovule qui se détache de l'ovaire est reçu par les franges de l'orifice péritonéal des trompes utérines, et ce n'est qu'après avoir traversé ces conduits qu'il arrive dans la matrice. Telle est, depuis longtemps, l'opinion à peu près unanime des physiologistes.

Aussi, depuis Ruisch surtout (1), presque tous les auteurs qui ont écrit sur la stérilité des femmes s'accordent à ranger l'oblitération des trompes de Fallope parmi les causes de cette affection. Mais si l'on recherche dans leurs ouvrages pourquoi et comment se fait cette oblitération, quel est son siége le plus fréquent, on n'y trouvera rien de précis, rien qui indique qu'ils aient seulement voulu remonter de l'effet à la cause.

Ce qu'il y a de certain, et ce qu'ils n'ont pas dit, c'est que cette occlusion existe beaucoup plus souvent à l'extrémité péritonéale des trompes que du côté de l'utérus. Cette circonstance, que je constatai bien des fois dans le cours de mes recherches sur les maladies des organes génitaux et urinaires, se présente même si souvent que je la regarde comme la cause unique des divergences qui ont pendant longtemps régné sur la véritable disposition des trompes utérines. On sait, en effet, que, malgré l'exacte description qu'en avait donnée Fallope en 1561, plusieurs anatomistes ont douté qu'elles fussent ouvertes à leurs deux extrémités.

(1) *Observationum anatomico-chirurgicarum centuria.* Amstelod. 1691.

Feuilleton.

SUR UN DES POINTS DE VUE DE LA PSYCHOLOGIE DE L'HISTOIRE; PAR F. LÉLUT (1).

Il est une espèce d'histoire, la plus intime et la plus élevée de toutes, et au-delà de laquelle il ne semble pas qu'il puisse y en avoir une autre. Dans le genre d'écrit dont je parle, et auquel on a donné le nom de *Phsychologie de l'histoire*, comme on pourrait lui donner celui d'*Histoire de la raison*, il ne s'agit plus seulement de rassembler les faits de la vie des peuples, de les coordonner, de les exposer, de les juger même dans leur origine extérieure et dans leurs résultats. Mais il est question de rechercher dans le cœur et dans l'entendement humain la source même de ces faits, et d'en étudier le développement; de faire, en d'autres termes, l'histoire progressive des sentimens, des passions et des idées de l'homme, en les suivant à travers toutes les phases du cours des nations, et toutes les modifications que doit leur faire subir le caractère individuel des diverses races; depuis les appétits les plus brutaux jusqu'à la raison la plus réfléchie ; depuis les sentimens les plus calmes jusqu'aux passions les plus ardentes, les plus enthousiastes, les plus folles enfin : le tout envisagé, d'une part, dans les masses nationales ; d'autre part, dans les hommes culminans qui les conduisent ou les représentent.

Il n'est pas aussi difficile qu'on pourrait le supposer, au premier coup-d'œil, d'apprécier, dans la série des époques historiques, la nature et le caractère des diverses parties de l'intelligence humaine, et la raison, qui est pour ainsi dire leur résultante. Indépendamment des faits psychiques généraux et communs à chaque période, à chaque division plus ou moins étendue de l'histoire des races et des nations, il y a, pour chacune de ces périodes, des hommes, en plus ou moins grand nombre, qui en sont comme *l'expression* vivante, et qui reflètent, en l'exagérant sans doute, mais aussi en la rendant plus sensible, la raison de l'époque à laquelle ils appartiennent. La psychologie de ces hommes éminens, lorsque les matériaux nécessaires pour la tracer n'ont pas été détruits par le temps, donnera souvent, à elle seule, le secret des pensées des siècles où ils vivaient, comme à son tour elle pourra être éclairée et complétée par ces dernières. Et il importe de le remarquer ici, l'influence de ces personnages sur les hommes parmi lesquels ils ont vécu, n'a pu être aussi grande qu'elle l'a

(1) Ce morceau fait partie d'études relatives à un traité de psychologie historique auquel travaille M. Lélut. Le point particulier qui y est traité étant essentiellement du ressort de la médecine, et n'ayant pu être aperçu que par un médecin, a pu, par cela même, prendre place à l'avance dans ce journal.

(Note du rédact.)

Ainsi Plazzoni dit que c'est à tort que Fallope a regardé les cornes de la matrice comme deux canaux; ces prolongemens ne sont, suivant lui, percés que vers l'utérus, et non par l'autre extrémité (1). Marchettis expose une opinion tout à fait semblable (2). Comment, je le demande, expliquer l'erreur si nettement exprimée de ces hommes célèbres, quand on a vu avec quelle facilité on découvre l'orifice frangé des pavillons lorsque ceux-ci ont conservé leur forme ordinaire? Je serais tenté de croire que leur oblitération se rencontrait alors encore plus fréquemment qu'aujourd'hui pour des raisons que j'expliquerai plus bas.

Quoi qu'il en soit, j'ai dit que les trompes étaient plus souvent oblitérées à l'orifice péritonéal de leur pavillon qu'en tout autre point, bien que dans la majeure partie de leur longueur elles aient un diamètre infiniment moindre; tâchons de nous expliquer pourquoi.

Tout le monde sait combien les membranes muqueuses se réunissent difficilement par leur face libre, et avec quelle facilité, au contraire, les membranes séreuses contractent des adhérences. Or, c'est au niveau de l'orifice évasé des trompes utérines que se fait cette étrange continuation entre la membrane muqueuse des organes génitaux de la femme et la séreuse de l'abdomen. On conçoit alors que là où la muqueuse se transforme en séreuse, elle doit aussi en acquérir les propriétés, et comment, lorsqu'à la suite d'une péritonite générale les viscères abdominaux viennent à se réunir en une masse commune, les franges des pavillons contractent des adhérences entre elles et oblitèrent ainsi le canal dont elles bordent l'orifice. Il suffit, d'ailleurs, que la péritonite occupe le bassin pour produire le même résultat.

Toute cause de péritonite pourra donc devenir cause de stérilité, surtout si elle débute par les organes pelviens, et comme c'est précisément dans ces organes que la péritonite des femmes a le plus souvent sa source, nous avons une raison déjà de la fréquence de l'oblitération de l'extrémité péritonéale des trompes, coïncidant avec des adhérences entre les organes génitaux internes et les parties environnantes. J'ai rencontré de nombreux exemples de ce genre, et je suis étonné que ceux qui ont écrit sur la métro-péritonite et sur ces maladies consécutives aux couches que l'on distinguait naguères sous le nom de *fièvres puerpérales*, n'aient pas parlé de la manière dont s'exécutent les fonctions génératrices chez les femmes qui ont échappé à ces redoutables affections. C'est une lacune importante sous beaucoup de rapports, et il est à désirer que les médecins accoucheurs s'en occupent, car ce sont eux qui sont le plus à même de la remplir. Pour moi, je suis persuadé que la plupart de ces femmes restent frappées de stérilité; seulement on ne s'en doute pas parce qu'elles ont eu un ou plusieurs enfans, et l'on ne fait pas attention qu'elles se reposent avant l'âge fixé par la nature (3).

Mais, en même temps que le pavillon des trompes est oblitéré, on ne trouve pas toujours des traces aussi étendues, aussi évidentes d'inflammation du péritoine que dans les cas dont je viens de parler; c'est ce qu'on va voir dans l'observation suivante :

Obs. I. — Une femme, âgée de 40 ans, entra, le 19 août 1838, à la Charité, dans le service de mon vénérable maître, M. Bally. Elle était bien réglée, nous dit-elle; il y avait près d'un mois qu'elle avait eu ses menstrues et elle n'en éprouvait pas de prodrômes. Malade depuis huit jours, depuis trois elle était atteinte de tremblemens spasmodiques de tout le corps.

Après sa mort, qui eut lieu le lendemain, nous trouvâmes un épanchement sanguin dans la cavité de l'arachnoïde du côté gauche et une couche albumineuse sur l'hémisphère droit. Toute la substance cérébrale était un peu plus rouge que de coutume. La moëlle épinière ne nous présenta pas de changement notable.

Les pavillons des trompes étaient oblitérés à leur extrémité, et l'on voyait une cicatrice froncée à l'endroit des franges qui avaient disparu. Ces trompes paraissaient un peu dilatées et contenaient une matière crémeuse, blanche, semblable à du pus. A l'intérieur, on voyait également un petit froncement correspondant à la cicatrice. *Quelques adhérences anciennes*, lâches et peu nombreuses, réunissaient l'extrémité péritonéale de la trompe droite aux organes voisins. Il n'en existait aucune autour de la gauche.

Il y avait dans l'épaisseur de la paroi antérieure de la matrice un corps fibreux du volume d'un petit œuf de poule. Quant au tissu de l'organe, il était blanc, comme fibreux et nullement enflammé. Sa membrane interne était rougeâtre et tapissée d'une couche de matière puriforme et très légèrement teinte de sang.

A en juger par la peau de la paroi antérieure de l'abdomen et par l'orifice du col utérin, cette femme avait eu certainement un ou plusieurs enfans.

Ici nous ne pouvons admettre une inflammation du péritoine du genre de celles dont nous nous sommes occupés précédemment, quelque limitée qu'on la suppose. Cependant cette inflammation est-elle tout-à-fait étrangère à l'oblitération que nous avons rencontrée? Je ne le pense pas. D'abord son existence nous est attestée par les adhérences peu nombreuses, il est vrai, mais solides, qui existaient du côté droit, et ensuite il est facile de s'expliquer comment elle a pu se développer ainsi dans deux endroits différens, sans envahir les points intermédiaires, et comment elle a pu se borner à ceux qui avaient été primitivement affectés.

Supposons une inflammation plus ou moins vive, ayant son point de départ dans l'utérus, et de là s'étendant par continuité dans les deux trompes; n'est-il pas facile de concevoir qu'arrivée à l'endroit où la membrane muqueuse se transforme en séreuse, l'inflammation détermine la sécrétion d'une lymphe plastique qui agglutine les franges et oblitère le pavillon de l'un et de l'autre côté? Ne conçoit-on pas encore comment, les pavillons étant oblitérés, l'inflammation du péritoine ne s'étend pas plus loin?

Une fois admis le mode de transmission que je viens d'exposer, il ne reste plus qu'à rechercher la cause de cette inflammation. Or, il est évident que tout ce qui est capable d'irriter les organes génitaux pourra amener ce résultat, et on la pourrait presque toujours saisir cette cause, si l'on connaissait parfaitement l'histoire des femmes chez lesquelles on rencontre la lésion dont il s'agit. Déjà M. Dugès avait remarqué que la péritonite chronique est plus fréquente chez les filles que chez les garçons, et surtout chez celles qui ont abusé de la masturbation (1). N'au-

(1) *De partibus generationi dicatis libri duo*. Patavii, 1621.

(2) *Anatomia*. Patavii, 1652.

(3) Voici ce qu'on trouve dans la physiologie de M. Richerand : « J'ai été plusieurs fois consulté par de jeunes femmes sur la cause de la stérilité dont elles étaient affligées. En recherchant avec soin ce qui pouvait y donner lieu, j'ai appris qu'elles avaient essuyé, à différentes époques, des inflammations du bas ventre. » M. Richerand paraît avoir présumé ce que j'ai constaté anatomiquement.

(1) *Dictionn. de méd. et de chirur. pratiques*, t. XII, p. 593. 1834.

---

paru, que parce qu'ils représentaient parfaitement la raison et surtout les passions de leur époque; j'ajouterai, que parce qu'ils en partageaient les erreurs, l'enthousiasme, le délire même. La fourberie politique et religieuse à la fois, dont on a accusé souvent tel ou tel personnage d'une époque assez reculée de l'histoire, est, à mon avis, une des erreurs les plus grossières qui se soient commises dans l'appréciation des faits et des hommes historiques. On a ainsi mal à propos importé l'astuce politique ou l'esprit philosophique moderne dans des événemens ou dans des intelligences où ils font le plus évident contre-sens.

Laissant de côté les TEMPS SAUVAGES avec lesquels l'histoire proprement dite n'a presque rien à démêler, mais où la philosophie trouverait tout analysés les élémens de l'intelligence humaine, on peut arriver tout d'abord aux SIÈCLES HÉROÏQUES, avec lesquels l'histoire seule commence, quoique bien faible et bien incertaine encore, à ces siècles d'ignorance absolue et de naïve croyance, où l'imagination, encore toute puissante et vierge comme la nature de ce temps-là, peuplait le monde d'agens invisibles; et, comme l'a dit Barthélemy, confondant le mouvement avec la vie, et la vie avec le sentiment, faisait de la foudre, Jupiter, du feu, Vesta, du soleil, Apollon, et préparait ainsi aux âges futurs, les terreurs de la superstition et les hallucinations de l'ignorance et du fanatisme.

Cette imagination créatrice, vivifiante et divinisante, est, en effet, ce qui constitue la plus haute et la plus réelle expression de la psychologie générale des siècles héroïques, comme de celle de leurs représentans, je veux dire de leurs intelligences culminantes et conductrices. Sans doute, parmi ces sommités ou ces *expressions*, il s'en trouve d'animales, telles que le brigand Cacus, le niveleur Procuste, le gros mangeur Milon; il se trouve des expressions guerrières, telles qu'Achille, Ajax, Diomède; des expressions intelligentes, fines et astucieuses, comme Ulysse; des expressions poétiques ou musicales, Orphée, Linus, Musée, Homère lui-même; des expressions savantes, les deux fils d'Esculape, Machaon et Podalyre; mais il s'y trouve surtout des expressions religieuses, enthousiastes, des prêtres, des sacrificateurs, des devins, des hommes de Dieu, Amphiaraüs, Chalchas, qu'on rencontre toujours au premier rang dans toutes les affaires guerrières, c'est-à-dire dans les affaires publiques les plus importantes de ces époques; comme nous voyons plus tard Pierre l'ermite, ou saint Bernard, mener, à travers l'Europe et l'Asie, les nations occidentales se briser sur la pierre du saint sépulcre.

Il y a quelques distinctions à établir parmi ces expressions du sentiment religieux, ou de causalité surnaturelle dans les siècles héroïques, et même, comme nous ne tarderons pas à le voir, dans les siècles historiques. Ou bien, et cela a pu avoir lieu dans un grand nombre de cas, ces expressions, prêtres, devins, oneiroscopes, avaient foi dans la puissance de leurs cérémonies et de leurs sacrifices, dans leur pouvoir de divination, sans pourtant se sentir précisément inspirées, et c'étaient là des *expressions* religieuses, calmes et *raisonnables*; ou bien, telles que les pythies, les sibylles, elles pouvaient entrer, par le fait de leur nature maladive, ou de la stimulation de vapeurs ou de boissons excitantes, dans un état d'inspiration générale, sans détermination précise vers aucun des sens externes, et c'étaient là des *expressions* au moins *enthousiastes*; ou bien enfin, ces expressions religieuses étaient réellement, comme Socrate, en proie à des hallucinations des sens externes, mais surtout de la vue et de l'ouïe, qui les persuadaient de l'influence immédiate de la divinité; et c'étaient là les

rais-je pas trouvé la clé de ce singulier phénomène, ou bien cela ne tiendrait-il qu'à ce que la constitution des jeunes filles les expose davantage à cette funeste maladie? Quoi qu'il en soit, dans l'observation précédente, où nous trouvons des caractères indubitables d'inflammation dans la muqueuse de l'utérus et des trompes; nous manquons des renseignemens nécessaires pour dire quelle a été la cause de cette inflammation. Mais cette femme a fait un ou plusieurs enfans; elle avait un corps fibreux dans la matrice, n'en voilà-t-il pas assez pour nous rendre compte du fait sans nous jeter dans des explications trop hypothétiques? Si nous cherchons dans le grand ouvrage de Morgagni, cette vaste mine où l'on ne saurait trop puiser, nous trouverons quelques observations qui ont de la ressemblance avec la précédente, et presque toujours avec une oblitération du pavillon des trompes existait un état pathologique des organes génitaux capable de nous l'expliquer : tantôt c'étaient des excroissances dans l'utérus (1); tantôt une matière stéatomateuse (2) ; d'autres fois, c'était une occlusion peut-être congénitale du vagin (3) ; ou bien des traces d'un travail puerpéral très laborieux (4).

Mais il est d'autres cas où, les circonstances antécédentes nous étant également inconnues, nous ne rencontrons aucun caractère anatomique qui puisse faire, sinon reconnaître, au moins présumer la cause de la maladie. J'en citerai pour preuve la description d'une pièce présentée à la société anatomique par M. le docteur Leroux, et sur laquelle cette société m'a chargé de lui faire un rapport.

Obs. II. — Sur le cadavre d'une femme âgée d'environ 40 ans et sur laquelle nous n'avons pu recueillir aucun renseignement, l'utérus présentait un volume plus que ordinaire. En le soulevant nous aperçûmes sur ses côtés deux petites tumeurs fluctuantes qu'on pouvait d'abord prendre pour des kystes ovariques. Un examen plus attentif nous fit voir que les ovaires étaient dans un état parfaitement normal, et que les tumeurs appartenaient aux trompes de Fallope. Elles étaient pyriformes et ressemblaient assez bien à une vésicule biliaire distendue, leur grosse extrémité répondait aux pavillons dont l'orifice était oblitéré et dont on n'apercevait plus les franges. La petite extrémité se continuait insensiblement avec la portion utérine de la trompe laquelle paraissait un peu hypertrophiée dans l'étendue de deux pouces qui séparaient l'utérus de l'origine de la tumeur.

Ces tumeurs avaient trois pouces et demi dans leur plus grande longueur et dix-huit lignes dans leur plus grande épaisseur. Elles étaient molles, fluctuantes, demi-transparentes, d'un volume parfaitement égal, et, chose remarquable, le liquide contenu dans leur intérieur sortait par l'utérus sous l'influence d'une légère pression. Ce liquide était séreux, limpide, un peu roussâtre, sans odeur appréciable; les organes génitaux ne présentaient d'autre altération que *quelques adhérences* entre les ovaires et les trompes ainsi dilatées. . . . .

Après avoir examiné cette pièce, voici ce que j'ajoutai :

L'utérus a une forme régulière, le museau de tanche est arrondi, sans inégalités; son sommet est percé d'une petite ouverture ayant une ligne et demie dans son plus grand diamètre qui est transversal, et n'offrant aucune trace de déchirure ni de cicatrice, rien en un mot qui indique qu'elle ait donné passage à un fœtus tant soit peu développé. La cavité du col est beaucoup plus large à son milieu qu'à ses extrémités, ce qui vient encore confirmer ma supposition; car personne n'ignore le changement que l'accouchement opère dans ces parties.

Les trompes près de leur orifice utérin ont à peu près le diamètre normal; mais bientôt elles se détachent de manière à constituer, de chaque côté de la matrice, une tumeur pyriforme dont la grosse extrémité est tournée en dehors.

A notre examen, le liquide contenu dans ces tumeurs avait perdu l'aspect décrit par M. Leroux; il était devenu puriforme, ce qui s'explique du reste très bien par le séjour que la pièce avait fait dans l'alcool. Les deux tumeurs étaient remplies d'une matière semblable pour la consistance, mais de couleur différente dans chacune d'elles; dans celle de gauche on trouvait une sorte de boue d'un blanc sale et jaunâtre; dans la droite la même matière offrait une couleur de cendre. Par la dessiccation cette dernière prit une teinte de jus de réglisse, l'autre devint presque aussi noire. Il est à croire que sur la pièce fraîche les deux liquides offraient également une différence de couleur, et que c'est quand on pressait sur la trompe droite qu'on faisait sortir le liquide roussâtre dont M. Leroux parle dans sa description.

La pression exercée sur la face externe de ces tumeurs m'avait fait voir que leur cavité était flexueuse, que, leur fond adhérant aux ovaires, elles se portaient d'abord en dehors, puis revenaient en dedans rejoindre les angles supérieurs de la matrice, et ce qui m'avait fait croire à cela, c'est qu'on ne faisait pas également bien sortir la matière qui y était contenue en pressant sur tous les points et dans toutes les directions; il fallait suivre celle que je viens d'indiquer: c'est ce que l'ouverture des trompes confirma; ce n'est au reste qu'une exagération de la direction ordinaire de ces canaux.

Rien à noter dans les deux tuniques externes, sinon la texture évidemment fibreuse de la moyenne. (Il est inutile de dire que c'est le péritoine que je regarde ici comme la tunique tout à fait externe.) L'interne ou la muqueuse était peu distincte; dans quelques points je n'en trouvai aucune trace; dans d'autres existaient quelques brides adhérant par une seule ou par leurs deux extrémités; c'étaient les débris de la muqueuse. La face interne de ces poches offre un petit froncement dans le point qui correspond à l'ovaire; mais l'ouverture y est totalement interceptée. Celle qui aboutit à l'utérus est libre, mais a peu de largeur; on ne peut y faire passer facilement qu'une soie de sanglier.

« Je noterai comme chose digne de remarque, disais-je en terminant mon rapport, l'absence de tout signe qui puisse indiquer une perturbation antécédente. Presque toutes les hydropisies des trompes et de la matrice éparses dans les annales de la science ont été consécutives à des accouchemens laborieux, à des manœuvres pénibles, etc. Ici au contraire tout tend à prouver que la malade n'a jamais été soumise à ces causes d'inflammation (1). »

L'attention que l'examen de cette pièce avait éveillée dans mon esprit ne tarda pas à porter ses fruits. Bientôt je crus découvrir une cause qui pouvait bien être applicable au fait précédent, mais qui dans tous les cas doit agir assez fréquemment.

Voici le fait :

Obs. III. — Une jeune femme, devenue mère il y a plusieurs années, habituellement bien réglée, et d'une conduite peu régulière, fut atteinte d'une blennorrhagie. Il paraît que les douleurs qui en résultèrent furent d'abord peu vives puisqu'elle ne changea rien à sa manière de vivre et qu'elle communiqua le mal dont elle était affectée à trois jeunes gens, sans compter peut-être

(1) *De sedibus et causis morborum, epist. anat. med.*, XII, art. 2; LXVIII, art. 6.

(2) *Epist.* XXXVIII., art. 34.

(3) *Epist.* LXVII, art. 9.

(4) *Epist.* LXVII, art. 11.

(1) *Bulletins de la société anatomique pour* 1837, p. 116-120.

plus hautes expressions du sentiment religieux dans des siècles où il n'était pas encore possible d'établir une distinction exacte entre la raison et la folie.

Il y a eu certainement dans les siècles héroïques, soit de la Grèce, soit des autres peuples, comme dans les siècles prophétiques des Hébreux, dont l'histoire est désignée sous le nom de Vieux Testament, il y a eu, dis-je, beaucoup de ces expressions hallucinées. Mais l'histoire, qui n'était pas encore née alors, n'a pu nous en transmettre les biographies particulières, et la fable ainsi que la tradition ne font que nous les signaler en masse, sous les noms de Pythons, Devins, Pythies, Sibylles, etc ... Les générations contemporaines, et même les générations pendant longtemps subséquentes, étaient si éloignées de voir, dans ces expressions religieuses, des malheureux atteints de folie sensoriale, qu'elles ne regardaient pas même comme des maniaques furieux, Oreste, Athamas, Alcméon, et que, dans leurs croyances superstitieuses, elles ne voyaient en eux que des coupables tourmentés par les Euménides : erreur qu'a pendant longtemps encore partagée la philosophie antique, d'accord, en cela, avec la religion.

A mesure qu'on approche des TEMPS HISTORIQUES, ou dans le passage progressif des temps héroïques à ces derniers, les documens nécessaires pour apprécier avec vérité la psychologie des époques et celle des hommes éminens qui les représentent, naissent, se multiplient et acquièrent un certain degré de précision. L'histoire s'écrit presqu'en même temps qu'elle se fait. L'écriture, apportée aux hommes sauvages par les hommes héroïques, et presque déjà historiques, tels que Cadmus, l'écriture se perfectionne en s'enrichissant de nouvelles lettres, en même temps que le langage acquiert plus de variété et se ploie à de nouvelles articulations. La prédominance graduelle de la raison sur l'instinct, qui avait marqué la fin des temps sauvages et la naissance des temps civilisés, se continue et s'accroît. La force physique est ou doublée ou neutralisée par l'art. Les besoins, les appétits perdent peu à peu de leur empire. Les principes, ou plutôt les sentimens de bienveillance et de droiture entrent en lutte avec les sentimens égoïstes ou malveillans. L'homme réfléchit, raisonne sur ce qui l'entoure et sur lui-même. Mais sa raison n'est pas encore assez puissante et sa connaissance de la nature assez étendue pour qu'une appréciation exacte des causes naturelles permette à son instinct de causalité de le soustraire aux terreurs de la superstition, aux exagérations de l'enthousiasme, aux hallucinations de la folie, en un mot, à toutes les conséquences extrêmes de l'action du sentiment religieux. Au contraire, cette raison naissante, mais trop sensuelle encore, trop passionnée, trop imaginative, fournit à l'homme et à la société les moyens de mieux se pénétrer de leurs erreurs, et de leur donner un caractère ou une forme plus déterminée. De là toutes les extravagances et toutes les atrocités de la sorcellerie et de la démonologie; de là des *expressions* religieuses, ardentes, enthousiastes, hallucinées, tellement circonscrites, déterminées, positives, que leur nom résume toute une phase historique, et tellement nombreuses que, dans un aperçu rapide, on est forcé de ne s'occuper que des principales.

J'ai déjà dit, à plusieurs reprises, que le sentiment religieux et ses expressions étaient et devaient être dans un rapport de développement et d'élévation proportionnel à l'état des connaissances et des opinions sur les choses et les causes naturelles. C'est là une vérité que mettra dans un jour encore plus grand l'examen abrégé de la psychologie des représentans des siècles historiques.

Malgré des connaissances assez étendues en géométrie, transmises aux âges

ceux qui ne parvinrent pas à ma connaissance. Mais au bout de trois semaines environ la scène changea tout à coup : la fièvre devint vive, le pouls serré et fréquent; des douleurs violentes se firent sentir de chaque côté dans le bassin à tel point que la moindre pression sur l'hypogastre était insupportable et provoquait des cris.

C'est à cette époque que je fus appelé. Je ne doutai pas qu'il n'y eût une péritonite, et je dirigeai le traitement en conséquence; je fis faire plusieurs applications de sangsues sur l'hypogastre et les aines; on entretint continuellement des cataplasmes sur ces régions, et la malade prit plusieurs bains entiers. La douleur se dissipa; mais l'écoulement blennorrhagique persista, passa même à l'état chronique. Je cessai alors de voir cette femme, et tout ce que je sais c'est qu'elle ne tarda pas à reprendre ses habitudes premières, et qu'elle n'est pas devenue enceinte depuis.

Rapprochant ce fait du précédent, je me demandai si l'inflammation blennorrhagique ne s'était pas transmise au péritoine par les trompes, si cette péritonite ne pouvait pas déterminer vers leur pavillon un dépôt de fausses membranes et en opérer l'oblitération. Dès lors j'eus la conviction que si, comme on en a depuis longtemps fait la remarque, la blennorrhagie rend si souvent les femmes stériles, c'est le plus souvent de la manière que je viens d'indiquer. C'est, il est vrai, par induction que j'arrivai à cette conséquence, et aujourd'hui que la logique si nécessaire à l'étude de la médecine a fait place à l'arithmétique qui s'y applique presque toujours si mal, je ne me serais pas hasardé à présenter mes vues sur ce sujet s'il ne m'était survenu une preuve plus directe, comme cela ne manque presque jamais quand l'induction, qu'il faut bien distinguer de l'esprit d'hypothèse, s'est bornée à analyser les faits, à étudier leurs rapports et à les unir par leurs liens naturels.

Obs. IV. — O***, âgée de 19 ans, couturière, entra à la Charité le 1er avril 1838, salle St-Joseph, n. 5. Cette jeune fille habitait Paris depuis trois ans, et, quoique se nourrissant habituellement mal, elle paraissait cependant assez forte et pléthorique; elle avait été menstruée le 8 mars.

Depuis le 25 de ce mois, elle avait été en proie à des phénomènes assez semblables, d'après les rapports qu'elle nous fit, aux prodrômes d'une fièvre typhoïde.

Le 1er avril, elle éprouva dans l'abdomen une sensibilité tellement vive, qu'elle ne pouvait supporter le poids de ses couvertures. C'est ce qui la décida à entrer sur le champ à l'hôpital.

Examinée le lendemain, elle nous dit attribuer sa maladie aux fatigues du carnaval. Elle n'éprouvait rien du côté de la tête; seulement, elle eut une légère épistaxis en se mouchant. Langue rouge, surtout à la pointe; soif vive; anorexie; épigastre et hypochondres indolores; l'hypogastre est, au contraire, très douloureux à la pression, moins cependant à gauche qu'à droite; quatre selles pendant la nuit. Point de renitence des viscères abdominaux; un peu de toux qui retentit dans l'abdomen; 112 pulsations régulières, dures, pleines; chaleur sèche. Sentiment de faiblesse très prononcé. (40 sangsues à la région iléo-cœcale; limonade citrique; diète; cataplasmes sur le ventre.)

Les jours suivans, il y eut une amélioration manifeste, et les phénomènes graves se dissipèrent presque complètement. Alors cette fille me dit qu'elle avait une blennorrhagie qui la faisait beaucoup souffrir. Elle me raconta même qu'elle avait plusieurs amans, et que c'était l'objet de ses prédilections qui lui avait fait ce funeste présent. Plusieurs fois elle me pria d'y porter remède; mais comme nous avions craint une maladie beaucoup plus grave, comme les crachats venant du pharynx étaient toujours mêlés de sang noirâtre, nous négligeâmes toujours la blennorrhagie.

En effet, le 10 avril, elle retomba dans un abattement très marqué. Empreinte de stupeur sur la face.

Le 12, taches lenticulaires; ventre météorisé, douloureux; langue sèche; diarrhée, etc. Enfin, tous les symptômes de la fièvre typhoïde la plus grave se manifestèrent.

Le 20, des escarres larges comme la main existaient déjà au sacrum. Délire continuel, tremblement des membres.

Le 1er mai, caillots de sang rendus par l'anus. Mort le 2.

A l'ouverture du cadavre, nous ne trouvâmes rien dans la tête et la poitrine qui puisse nous intéresser ici.

Dans le canal digestif, il existe environ 60 ulcérations à différens degrés, et variant depuis le diamètre d'une tête d'épingle jusqu'à l'étendue d'un pouce et demi. Le rectum offre des rougeurs et des arborisations nombreuses. A un ou deux pouces de l'anus se trouvent des ulcérations superficielles, noirâtres, d'une à deux lignes de diamètre.

Organes génito-urinaires. Face interne des grandes lèvres rouge et boursoufflée, à gauche surtout; elles sont excoriées çà et là. Les nymphes sont recouvertes de granulations serrées, de la grosseur de petites têtes d'épingles, et ressemblant aux villosités qui recouvrent la langue de certains animaux. La vessie, très petite, contient un peu d'urine puriforme. Sa membrane interne est rosée, surtout aux environs des uretères et de l'orifice urétral. La partie inférieure de l'urètre jusqu'à trois lignes environ offre une teinte rouge uniforme très foncée. Plus haut, ce canal ne présente plus que des taches rouges assez nombreuses.

Le vagin, depuis la vulve jusqu'à un pouce et demi de hauteur, a une teinte rouge extrêmement foncée. Dans cet endroit aussi, les rides transversales sont plus prononcées que de coutume, surtout en avant, où l'on voit de petites saillies serrées, et semblables à de petites végétations. Plus haut, la teinte rouge est bien moins foncée.

Le col de l'utérus est un peu plus rouge que la partie du vagin qui l'entoure. Son ouverture, qui est une fente transversale assez large, indique que cette femme a été mère : nous sommes d'ailleurs confirmés dans cette opinion par les vergetures blanches, luisantes, nombreuses, qui existent à la partie supérieure et antérieure des cuisses. Il n'en existe pas, il est vrai, sur l'abdomen; mais la souplesse et même la flaccidité de la paroi antérieure indiquent qu'elle dut se prêter facilement à la distension. La cavité du col a une couleur rouge presque violette. Le tissu de la matrice n'est pas enflammé; mais sa membrane muqueuse est d'une couleur lie de vin très foncée. L'inflammation se continue dans les trompes, qui ne sont pas oblitérées du côté de la matrice. La cavité de ces diverses parties contient un mucus puriforme assez abondant. On n'y trouve point d'ulcérations.

Péritoine. Dans toute l'étendue de l'abdomen, excepté dans le petit bassin, le péritoine est parfaitement sain. Les intestins ne nous ont pas présenté la moindre perforation; d'ailleurs, le péritoine, à leur surface, n'offrait aucune altération. Mais dans le cul-de-sac vésico-utérin, en bas de la face postérieure de la vessie, et sur la face antérieure de la matrice, existaient des fausses membranes rougeâtres, molles, granuleuses, minces et faciles à détacher. Dans le cul-de-sac utéro-rectal, le péritoine est également enflammé, livide çà et là, et recouvert d'adhérences filamenteuses qui s'étendent de la matrice au rectum. Des adhérences, filamenteuses également, recouvrent les ligamens larges, les ovaires et les trompes à tel point qu'on ne peut retrouver les franges de la gauche, qui est ainsi oblitérée. Malgré les adhérences nombreuses qui environnent le pavillon droit, sa cavité communique encore avec le péritoine.

J'ai présenté cette pièce à la société anatomique (1).

Si nous nous rappelons les principales circonstances de cette observation, il paraît que c'est au carnaval que cette jeune fille a contracté sa blennorrhagie; car c'est à cette époque, qu'avant de nous avouer l'existence de cette affection, elle faisait remonter la cause de sa maladie; mais ce n'est qu'au commencement d'avril que l'inflammation gagna le péritoine, et c'est alors qu'elle éprouva dans l'abdomen une sensibilité tellement vive qu'elle ne pouvait supporter le poids de ses couvertures, et que la

(1) Voy. *Bullet. de la soc. anatomiq.* pour 1838, p. 134.

suivans par Pythagore, Platon, Euclide, Archimède, et appliquées à certaines parties des arts, à la mécanique, à l'architecture; malgré les travaux sur la science de l'homme moral et intellectuel dus à Socrate, Platon, Aristote, Epicure, Zénon, et à une foule d'autres philosophes, la science physique proprement dite n'existait pas jusqu'à des temps encore peu éloignés de nous, et la science psychologique, creusée dans toutes ses profondeurs anormales, était aussi fort imparfaite. L'homme ne connaissait pas la nature qui l'environnait, et il se connaissait peu lui-même, ainsi que je l'ai surabondamment montré dans l'histoire de Socrate. Il résultait de cette double ignorance, d'une part, le sentiment erroné de causalité surnaturelle, qui avait peuplé de dieux la terre, le ciel et les eaux; d'autre part, la croyance que des sensations morbides, des visions, des hallucinations, en un mot, étaient dues en réalité à l'action sur nos sens de puissances célestes, de génies, de démons, d'anges, de dieux; et, si la première de ces erreurs a disparu à la chute du polythéisme, la seconde, fortifiée, au contraire, par les croyances chrétiennes, a persisté jusqu'à nos jours. Jusqu'à la naissance de la vraie physique, et, par conséquent, fort tard encore dans les temps historiques, l'homme ne connaissant pas les limites respectives de sa puissance propre et de celle de la nature qui l'environnait, s'exagérait l'une et l'autre, et pour neutraliser ou faire naître des influences dont il avait peur ou envie, n'ayant pas encore de science évidente, il s'adonnait avec passion à l'étude des sciences occultes, aux calculs de l'astrologie judiciaire, au mysticisme de la cabale, aux évocations de la magie, naturelle ou surnaturelle, blanche ou noire, théurgique ou goëtique; sciences occultes, qu'on remarque bien, auxquelles se sont livrés, conformément aux croyances de époque, les philosophes païens les plus célèbres, comme les docteurs chrétiens les plus recommandables, de saints papes, aussi bien que les athées et les panthéistes qu'ils faisaient brûler. La liste des grands hommes accusés de magie est d'une longueur effrayante, et les preuves qu'ils s'en occupaient effectivement sont d'une évidence incontestable. Mais ce fait signifie tout simplement que tous ces grands personnages, artistes, savans, philosophes, politiques, prêtres, papes même, étaient de leur temps; qu'ils en partageaient, en les exagérant, et les croyances et les erreurs.

La philosophie moderne a cru avoir fait une belle découverte en proclamant que tous ou presque tous ces hommes célèbres ne croyaient point à l'art qu'ils pratiquaient, ni à l'assistance des puissances surnaturelles qu'ils invoquaient dans un but soit religieux soit politique. Mais déjà saint Augustin (1), et avant lui les philosophes de l'ancienne Rome avaient fait le même reproche ou adressé le même éloge à Hermès-Trismégiste, à Zamolxis, à Charondas, à Minos, à Lycurgue, à Numa, à Pythagore; et de quelque part que vienne le reproche ou l'éloge, à mon avis, il n'est pas fondé. Sans doute il a pu se faire, et cela a eu lieu quelquefois, que parmi les anciens philosophes, politiques ou législateurs, qui se livraient à des pratiques superstitieuses, ou qui disaient recevoir leurs doctrines ou leurs lois de la divinité elle-même, il a pu se faire, dis-je, que parmi eux se soient trouvés des fourbes, bien supérieurs à leur siècle, et qui aient cru nécessaire de donner dans le ciel une base aux institutions ou aux doctrines qu'ils entreprenaient d'établir sur la terre. Mais ce n'est pas là le cas le plus général. Chez la plupart de ces hommes, au contraire,

(1) *De civitate Dei*, Lib. II, cap. 16.

moindre toux y excitait des douleurs très grandes. Sous l'influence d'un traitement antiphlogistique assez énergique, ces phénomènes diminuèrent, mais non complètement, puisqu'elle s'en plaignit encore plusieurs fois; mais un orage beaucoup plus sérieux la menaçait; elle y succomba, et nous trouvâmes une inflammation de la membrane muqueuse de tous les organes génitaux, coïncidant avec une inflammation de la partie du péritoine qui environne ces organes, sans qu'on puisse trouver d'autre raison du développement de celle-ci, qu'une extension de la première par le pavillon des trompes utérines. Remarquons que les fausses membranes qui avoisinaient ces pavillons étaient évidemment plus solides, un peu plus anciennes que celles qui existaient dans les points intermédiaires, et surtout dans le cul-de-sac vésico-utérin. Certes, il est très probable que sans la fièvre typhoïde cette femme aurait guéri, et alors, que de points de ressemblance avec la précédente! Si le pavillon droit eût été oblitéré comme le gauche, elle serait devenue à coup sûr stérile; et, d'ailleurs, qui sait si la simple adhérence des franges que nous avons rencontrée à droite ne suffirait pas pour amener la stérilité, en empêchant le pavillon de s'incliner vers l'ovaire, afin d'en recevoir le germe? Qui sait même si cette circonstance ne pourrait pas devenir la cause d'une grossesse extra-utérine, en laissant tomber ce germe dans la cavité abdominale (1)?

Je terminerai ici ces réflexions, qui ne me semblent pas entièrement dénuées d'intérêt; car, outre qu'elles ne seront pas sans utilité pour le praticien, elles pourront peut-être donner au physiologiste l'éveil sur certains phénomènes qu'on n'explique qu'imparfaitement. Ainsi, par exemple, on a remarqué depuis longtemps que les filles de joyeuse vie, que les femmes publiques devenaient assez rarement mères, et on en a conclu que des rapprochemens sexuels trop souvent répétés nuisaient à la fécondation. Au défaut d'autre explication, il faudrait bien se contenter de celle-là; mais déjà l'on a observé que, chez ces femmes, la fécondation s'opère bien plus souvent qu'on ne le pensait, et que si leur grossesse arrive si rarement à terme, c'est parce que leur genre de vie amène de fréquens avortemens. Ne pourrait-on pas aussi se demander si les maladies dont elles sont si souvent atteintes ne deviennent pas aussi pour elles une cause fréquente de stérilité, en produisant la lésion qui fait l'objet de ce mémoire. Si je m'occupais de toutes les obstructions des trompes, quel qu'en soit le siége, je pourrais rapporter ici une observation de Morgagni, qui, chez une femme qu'il regardait comme affectée de maladie vénérienne ancienne, trouva l'une des trompes réduite à un cordon ligamenteux (2). Mais ce qu'il dit de l'état de ces organes chez une courtisane, qui mourut subitement d'un épanchement de sang dans le péricarde, pendant qu'elle se livrait aux manœuvres de sa profession, vient trop à l'appui de ce que je viens d'avancer pour ne pas le citer textuellement: *Tubarum altera cum altero ovarii extremo habebat suam ultimam partem connatam. Hæc autem erat in utraque prorsus occlusa ut neque orificium, neque fimbriæ usquam apparerent* (3). Chez une autre fille publique, morte d'une inflammation de poitrine, et présentant les cicatrices de nombreux bubons, il trouva que chacune des trompes, quoique ayant son orifice libre, était adhérente à l'ovaire voisin (1). On voit que dans ces deux cas il avait existé une péritonite tubaire: comment se fait-il que Morgagni n'ait pas cherché à s'expliquer la cause et l'enchaînement des phénomènes qu'il observait? Au reste, le degré de fréquence de cette lésion chez cette sorte de femmes pourrait être facilement constaté, et je prie ceux qui sont favorablement placés pour le faire, de fixer quelque peu leur attention sur ce sujet.

Je me résume en disant:

1° La péritonite générale ou partielle, quelle qu'en soit la cause, peut produire la stérilité chez la femme, en oblitérant l'orifice frangé des trompes de Fallope.

2° Dans beaucoup de cas, l'oblitération existe seule, ou entourée seulement de quelques filamens pseudo-membraneux; alors encore elle est due à l'inflammation du péritoine.

3° Une péritonite aussi bornée, surtout lorsqu'elle existe des deux côtés, ne peut s'expliquer qu'en admettant qu'une inflammation ayant son point de départ dans la membrane muqueuse des organes génitaux s'est transmise au péritoine *par continuité*.

4° Ainsi, tout ce qui pourra enflammer les organes génitaux, et je mettrai en première ligne les suites de couches et la blennorrhagie, pourra déterminer une péritonite tubaire, et par conséquent la stérilité.

5° Il suffirait peut-être, pour expliquer l'erreur de Marchettis et de Plazzoni, de se rappeler que, dominés alors par les idées de Paracelse, les médecins n'employaient presque jamais les antiphlogistiques contre les maladies vénériennes, ce qui devait rendre l'oblitération des trompes utérines beaucoup plus fréquente encore qu'aujourd'hui.

6° Il faudra donc surveiller les blennorrhagies des femmes avec beaucoup de soin, les combattre par les antiphlogistiques avec beaucoup plus d'énergie que ne le font certains praticiens, afin de prévenir les désordres irremédiables qui peuvent en résulter.

(1) De Graaf et M. Magendie ont démontré par des expériences, que pendant la copulation, il y avait érection et application du pavillon de la trompe sur l'ovaire.

(2) *Epist. anat. medica.* LXIX, art. 16.

(3) *Epist. anat. medica.* XXVI, art. 13.

(1) *Epist. anat. medica.* XLVIII, art. 32.

THÉRAPEUTIQUE.

MÉMOIRE SUR LES VERTUS THÉRAPEUTIQUES DE LA BELLADONE (atropa belladona), ET EN PARTICULIER SUR L'EMPLOI DE CETTE SUBSTANCE DANS LE TRAITEMENT DES MALADIES DE L'ŒIL; par M. ROGNETTA, secrétaire de la société médicale d'émulation de Paris (2).

Considérée comme poison et comme remède, la belladone a fourni tant de mémoires, de chapitres et d'articles de journaux et de dictionnaires qu'on aurait bien à faire si l'on voulait en établir l'inventaire avec quelque exactitude. Au milieu de ce *farrago* d'écrits, cependant on peut se

(2) L'auteur a extrait le fond de ce travail des prolégomènes de mon *Traité d'ophthalmologie* qui doit paraître sous peu de jours. Un vol. in-8 en petit texte, au bureau de la LANCETTE, rue du Petit-Lion-Saint-Sulpice, 8, et chez Labé, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, 10.

le sentiment religieux et politique était porté au plus haut degré; il y prenait le caractère de l'enthousiasme, et bientôt celui d'hallucinations externes. C'est là, je ne le mets pas en doute, ce qui a eu lieu chez Pythagore, Mahomet, Jeanne d'Arc, Luther, Loyola et chez une foule d'autres personnages plus ou moins importans, dont la pensée s'est exaltée et hallucinée, lorsque des circonstances politiques et religieuses, ardentes, hallucinaient l'esprit des nations ou des époques dont ils sont les représentans.

A mesure qu'on approche des temps modernes, de ceux surtout où nous vivons, à mesure qu'on s'éloigne de la sorcellerie grecque et romaine et de la démonologie platonique, chrétienne et du moyen-âge, on voit les expressions enthousiastes et hallucinées de la psychologie des peuples perdre peu à peu de leur caractère grand, immense, national, tout à la fois politique et religieux, pour prendre les étroites proportions d'hallucinations particulières, et sans importance sociale; hallucinations artistes, poétiques, imaginatives, comme dans le Tasse, Swedenborg; hallucinations plus intellectuelles, et quelquefois savantes, comme dans Paracelse, van Helmont, Barlaus, Swammerdam; ou pour parler avec plus de vérité, tous ces enthousiastes, tous ces hallucinés ne sont plus l'expression de la société. On les désigne bien encore sous le nom de mystiques, de théosophes; mais au fond le monde ne les suit plus. Il les regarde avec étonnement; il les plaint; et dans son sein, les hommes éclairés savent comment appeler les inspirations de Swedenborg, les terreurs de Pascal, la défiance de Rousseau. Comme la société moderne est essentiellement raisonnable, calme, réfléchie, savante, ou qu'elle tend à le devenir, comme chez elle les sens, l'instinct, l'imagination, doivent céder et cèdent peu à peu la place, à la réflexion et au raisonnement, les expressions, ou les représentans de cette société ne sauraient plus être des personnages ardens, enthousiastes, mystiques et hallucinés, mais bien des hommes froids, réfléchis, éclairés, savans. Mais ils devront être surtout des hommes chez lesquels la réflexion et la science ne feront que servir d'auxiliaires aux principes de la morale, au sentiment combiné de la justice et de la bienveillance générale, qui doit être la formule dernière du perfectionnement de l'espèce humaine, comme la somme la plus grande et la plus égale possible de bien-être général doit être son résultat.

— Plusieurs de nos abonnés de Paris et des départemens nous ont adressé des observations de choléra-morbus sporadique plus ou moins graves, qui auraient offert quelques-uns des caractères du choléra asiatique. Sans vouloir nier que cette dernière maladie puisse se reproduire exceptionnellement dans tous les temps et dans tous les lieux où elle a déjà régné, ce qui a été vu assez fréquemment, nous croyons jusqu'ici qu'il n'y a aucune crainte sérieuse à concevoir sur le retour de cette redoutable maladie. A toutes les époques on a remarqué, vers le mois de septembre, une disposition aux flux de ventre, causés et entretenus par l'usage immodéré des fruits et par le retour des soirées froides faisant suite aux chaleurs du jour. Ce qui se remarque en ce moment ne doit donc pas occasionner jusqu'ici d'inquiétude. C'est pour cette raison que nous ne croyons pas devoir publier les observations de choléra qui nous ont été adressées. Nos honorables correspondans excuseront sans doute nos motifs.

demander encore aujourd'hui quels sont les véritables vertus thérapeutiques de la belladone, ses contrepoisons, son action réelle sur l'appareil oculaire; si vagues, si contradictoires, si absurdes même, disons le mot, sont les propositions qu'on a établies à cet égard. J'en excepte pourtant les quelques considérations émises par les professeurs Del Chiappa et Giacomini qui ont envisagé la belladone sous son véritable point de vue (1).

La belladone, vous dit-on général, est un narcotique puissant, un poison âcre, analogue à l'opium, et dont les effets ne sauraient être combattus que par les acides et les antiphlogistiques (2).

D'abord, comment s'est-on assuré que la belladone était une substance narcotique? Est-ce parce qu'elle a une action sur l'encéphale? Mais la plupart des poisons, sans en excepter même le venin de la vipère, jouissent de cette propriété. Le mot narcotique signifie quelque chose qui fait dormir; or, si vous donnez un demi-grain ou plus de poudre ou d'extrait de belladone à un homme bien portant, loin de l'endormir vous le ferez veiller (3). Je dis plus: si à un homme narcotisé par l'opium vous donnez une certaine quantité de belladone vous neutraliserez le narcotisme avec une promptitude remarquable (4).

La belladone produit, il est vrai, le délire, des hallucinations, la carpomanie, la myodepsie, etc., si elle est prise à forte dose; mais, je le répète, l'individu est dans un état de veille, il n'offre rien de ce sommeil comateux qui est le propre de l'opium. Je parle bien entendu de l'homme bien portant, car chez l'homme malade les effets peuvent en être très différens.

Ensuite, a-t-on prouvé par des faits bien constatés que l'empoisonnement produit par la belladone guérit réellement sous l'influence des acides, des mucilagineux et des antiphlogistiques? J'ai cherché en vain dans les écrits les preuves de ce point capital; je n'ai trouvé que des assertions traditionnelles. Nous verrons que loin de combattre cet empoisonnement les acides et les antiphlogistiques ne font qu'agir dans le sens même du poison et redoubler son action.

A l'exemple de M. Giacomini, j'étudierai les effets de la belladone d'abord chez l'homme bien portant, puis chez l'homme malade; j'essaierai de rattacher tous les faits à quelques principes scientifiques, et je m'arrêterai de préférence sur les affections oculaires où j'ai eu fort souvent l'occasion d'expérimenter les effets de cette plante.

§ I. — EFFETS PHYSIOLOGIQUES.

Disons d'abord qu'il en est de l'action physiologique ou dynamique de la belladone comme de celle de tous les autres remèdes; elle ne se manifeste qu'après résorption. *Remedia non agunt nisi assimilata.* Vous frottez de la belladone autour de l'orbite d'un côté, et vous produisez de l'effet sur les deux iris à la fois. Vous en introduisez dans l'estomac ou dans le rectum et le même phénomène a lieu. Vous en injectez dans les plèvres d'un animal et le même effet est beaucoup plus prompt (5). Vous en injectez enfin dans les veines et le phénomène est beaucoup plus rapide encore (6). Est-il nécessaire d'ajouter maintenant que quand on veut obtenir la dilatation de la pupille, du sphincter palpébral (blépharospasme), du col de la matrice, de la vessie, du sphincter de l'anus, etc., il n'est pas indispensable d'appliquer la belladone sur l'organe même; mais n'anticipons pas sur des questions de pratique.

Consultons l'expérience avant de rien avancer.

Obs. I. — Lambergen, professeur de médecine à Groningue, a essayé sur lui-même l'action de l'infusion de belladone avant de la prescrire à une personne malade. « Pour cet effet, dit-il, je pris un scrupule de ses feuilles cueillies et séchées depuis trois ans, et je versai dessus une dizaine de tasses d'eau; je laissai la liqueur toute la nuit sur des cendres chaudes. Le lendemain matin, je la trouvai notablement colorée, sans odeur et d'une saveur dégoûtante: j'en pris une demi-tasse; j'étais à jeun, je n'en aperçus aucun effet. Le jour suivant, je doublai la dose: j'éprouvai un peu de vertiges pendant une heure ou deux; je sentis à la bouche une sécheresse qui n'était pas naturelle. Je fis cette manœuvre pendant plusieurs jours de suite sans en être sensiblement incommodé (7). »

(1) Del Chiappa, *Memorie intorno alla vita del professore Borda.* Un vol. in-8. Pavia 1834. P. 73 et suiv.
Giacomini, *Trattato filosofico sperimentale de soccorsi terapeutici.* Vol. IV, p. 380 et suiv.
(2) Mérat et Delens, *Mat. méd.*; *Dict. des sciences méd.*, etc., etc.
(3) *The Lond. med. and phys. jour. avril 1827.*
(4) Lipp, *De vent. bacc. bellad. prod. atque opii in eo usu.* Tub. 1810; et Giacomini, ouvrage cité.
(5) *The Lancet*, vol. XII, p. 170. Année 1827.
(6) Giacomini, ouvrage cité.
(7) *Journal de Vandermonde*, t. VI.

Deux choses méritent d'être notées dans ce premier fait: 1° L'ancienneté des feuilles de belladone et le mode de préparation de l'infusion; circonstances très propres à affaiblir la vertu de la plante. Il est prouvé en effet que l'infusion faite à froid est beaucoup plus active que celle qu'on prépare à l'action de la chaleur. 2° Le double effet que l'expérimentateur a éprouvé malgré la petitesse extrême de la dose, savoir: des vertiges légers et une sécheresse à la bouche. Nous verrons tout à l'heure à quel principe physiologique on peut rapporter ces phénomènes. Faisons seulement remarquer que la sécheresse de la bouche est bien un effet dynamique et non le résultat de l'action physico-chimique ou du contact du médicament sur la muqueuse, car elle a lieu également lorsque la belladone est appliquée sur la peau sous forme d'emplâtre ou de pommade (1).

L'observation suivante nous apprendra quelque chose de plus positif.

Obs. II. — Le docteur Darluc a répété sur lui-même l'expérience de Lambergen. « Comme la belladone, dit l'auteur, ne vient que dans les plus hautes montagnes de la Provence, telles que les Alpes, la Sainte-Baume, je ne pus me servir de ses feuilles aussi sèches et gardées aussi longtemps qu'avait fait M. Lambergen; m'en étant procuré, j'eus soin de les exposer tous les jours pendant plus d'un mois au soleil, afin de les délivrer de leur viscosité et d'une odeur virulente et narcotique qu'elles exhalent; mais malgré ces attentions, je ne pus les dépouiller entièrement de leur odeur, et gardées encore aujourd'hui dans un bocal de verre fermé, elles font à peu près la même impression sur le nez que le tabac. Je mis dix tasses d'eau sur un scrupule de ses feuilles, que je laissai infuser toute la nuit sur les cendres chaudes; mais n'ayant pu donner à l'eau qu'une teinte très faible, je fus obligé de la réduire à cinq verres, qui me parurent suffisans pour en obtenir une infusion médiocrement colorée. J'en pris le matin un demi-verre devant mon malade: une heure après je sentis à peine une légère sécheresse dans la bouche, et qui s'évanouit en peu de temps. Le lendemain et les jours suivans, je pris le verre entier, qui ne me causa qu'un peu plus de sécheresse au gosier jusqu'à l'heure du dîner. Enhardi par ce succès, je fis une décoction de la plante que je poussai jusqu'à l'ébullition, et en pris un peu plus du verre cette matinée-là. Peu de minutes après une très grande sécheresse se fit sentir à la bouche et tout le long du canal de la déglutition: ma langue devint blanche, aride, et se collait contre les parois du gosier lorsque je voulais avaler la salive, ayant peine à parler et n'articulant que d'une manière très rauque et sombre. J'eus recours à quelques boissons acides pour dissiper cette sécheresse, qui me devenait de plus en plus incommode; tant que je tenais ces liqueurs dans la bouche et que j'en humectais les papilles de la langue, j'étais légèrement affecté de la sécheresse, mais lorsque je les avalais, une âcreté vive et piquante semblait m'excorier le gosier. Il n'en était pas de même des alimens solides, que je ne pouvais avaler par le défaut de véhicule et de souplesse dans cet organe qui paraissait frappé d'une atonie paralytique: je passai de la sorte jusqu'à midi, affectant bonne contenance devant mon malade que je visitai un instant. De retour chez moi, je m'aperçus que j'avais tout le corps vacillant, ne pouvant demeurer stable sur mes pieds, sans vertiges pourtant, ni que les objets me tournassent. Le cours des urines totalement suspendu ne me permettait dans le besoin que de les rendre goutte à goutte; ma vue me servait difficilement, et j'avais peine à déchiffrer les lettres étant obligé de tenir le papier plus éloigné qu'à l'ordinaire, ainsi qu'on l'observe dans la vue sénile; tous ces symptômes durèrent jusqu'au soir, et ce fut sans appétit et sans trouver de goût aux alimens que je pris ma réfection ordinaire. Le lendemain je modérai la dose de mon infusion, moyennant quoi tous les accidens furent moindres; ma vue seule en était plus affectée; et tandis que tous les autres symptômes s'évanouissaient après midi, j'avais peine à lire jusque bien avant dans la nuit (2). »

L'action dynamique de la belladone est déjà assez prononcée dans ce fait. Il ne s'agit plus ici de vertiges éphémères, de sécheresse momentanée du gosier. Une débilitation générale, des vacillations, une sorte d'impuissance à la station debout, l'imbécillité de l'organe rétinien et du larynx, la suppression, enfin, de la sécrétion urinaire, ce sont là autant de phénomènes qui expriment une *asthénie directe des centres nerveux, ou de l'innervation générale.* Ne voyons-nous pas effectivement des symptômes analogues avoir lieu après les grandes hémorragies chez les blessés et chez les femmes en couche? Mais ne nous hâtons pas de conclure; allons un peu plus loin.

Obs. III. — Un détachement de 180 hommes d'infanterie arrive à quelques lieues de Pirna, devant un groupe de plantes d'*atropa belladona*. Altérés par la marche, ces hommes se précipitent sur les fruits mûrs de ces plantes; ils en mangent un certain nombre (4 à 50). En peu d'instans, plusieurs tombent morts sur place ou à quelques pas de là; d'autres s'évanouissent, tombent à chaque instant, et perdent la connaissance de leur existence; ils éprouvent des aberrations visuelles fort bizarres; leur visage est pâle et hébété; pupille fort dilatée; peau froide; pouls petit et lent; bouche sèche; carpomanie, etc. Ils restent dans cet état pendant un à deux jours, puis les symptômes se dissipent petit à petit, et la guérison a lieu.

Les symptômes ont été moins prolongés chez ceux qui ont eu la force de manger du pain ou d'autres alimens après l'accident.

(1) *Journal des progrès*, t. III, p. 233.
(2) Bayle, *Bibliot. thérapeutique*.

« Dans l'événement que je viens de rapporter, dit M. Gauthier de Claubry, auteur de cette observation, les symptômes offerts par plus de cent cinquante malades empoisonnés par le même fruit, ont été tellement semblables chez tous, que leur énumération peut servir, ce me semble, à établir d'une manière certaine le caractère pathognomonique de cet empoisonnement. Or, ces symptômes sont les suivans : dilatation et immobilité de la pupille; insensibilité presque absolue de l'œil à la présence des corps extérieurs, ou du moins vision confuse; injection de la conjonctive par un sang bleuâtre; proéminence de l'œil, qui s'est montré plusieurs fois comme hébété, et chez d'autres, ardent et furieux; sécheresse des lèvres, de la langue, du palais et de la gorge; déglutition difficile ou même impossible; nausées non suivies de vomissement; sentiment de faiblesse; lypothimie; syncope; difficulté ou impossibilité de se tenir debout; flexion fréquente du tronc en avant; mouvemens continuels des mains et des doigts; délire gai avec sourire niais; aphonie, ou sons confus poussés péniblement; probablement besoin faux d'aller à la selle; rétablissement insensible de la santé et de la raison, sans souvenir de l'état précédent (1). »

Les symptômes culminans, dans cette observation, sont la petitesse du pouls, l'impuissance de la station debout, la pâleur, l'hébétude du visage et des yeux. Qu'indiquent-ils ces symptômes, si ce n'est une hyposthénisation de l'organe central de la circulation, ou plutôt du système nerveux ganglionnaire? A moins de nier les premiers axiômes de physiologie, il me paraît impossible de sortir de cette interprétation (2).

S'il est vrai, ainsi que la nature des symptômes l'indique, que tout le système artériel tombe dans une sorte d'affaiblissement par l'action de la belladone, on conçoit que ce sont surtout les organes très vascularisés qui doivent le plus ressentir les effets de cette substance. L'iris, le corps ciliaire et la choroïde, qu'on peut regarder comme un seul plexus artériel et veineux (organe nourricier de l'œil), en éprouvent effectivement un relâchement très marqué; le tissu élastique de l'iris n'étant plus soutenu par l'éréthisme artériel s'affaisse, revient sur lui-même, se rétracte, et la pupille se trouve ainsi dilatée. On dit communément que la belladone paralyse l'iris. Cela n'est pas exact; la véritable paralysie de cette cloison n'est pas accompagnée de la dilatation papillaire; sa substance est alors, au contraire, relâchée et vacillante comme tout autre tissu paralysé (vacillation irienne).

La même considération s'applique aux vaisseaux de la rétine; de là, les symptômes d'asthénie visuelle, etc.

L'injection bleue de la conjonctive, le gonflement de l'œil et de la face dépendent évidemment de l'état d'atonie générale des vaisseaux, et d'une sorte de stase veineuse analogue à celle des affections scorbutiques.

La belladone exerce donc sur l'appareil oculaire une action hyposthénisante générale, et en particulier dans les tissus très vasculaires de son intérieur.

Si nous passons à l'examen des phénomènes cérébraux, ils s'expliquent par le même fait. C'est toujours une sorte de dépression vitale de l'arbre vasculaire de l'encéphale, dépression dont les effets se manifestent par les hallucinations, la carpomanie, les vertiges, le délire gai, les vacillations du corps, etc. Nous venons de voir qu'après la dilatation de la pupille, la sécheresse de la bouche et du gosier était le symptôme le plus frappant, lorsque la belladone était donnée par petites doses. M. Giacomini croit que cela tient à l'absorption excessive de la mucosité sous l'influence de la cause affaiblissante.

Ces trois premiers faits, je les ai choisis de préférence aux miens, que j'exposerai plus loin, parce qu'ils sont déjà accrédités dans la science et qu'ils expriment, d'une manière précise, la succession des phénomènes de la belladone à l'état de santé, depuis la dose la plus faible jusqu'à l'empoisonnement le plus foudroyant. Ces phénomènes sont, d'ailleurs, les mêmes dans plus de cent autres cas du même genre que j'ai lus et médités; ils s'enchaînent, s'éclairent, s'expliquent tellement entre eux qu'on peut, par la connaissance de certaines données, en deviner presque mathématiquement les conséquences. L'idée la plus importante qui découle de ces faits est celle-ci : la mort des empoisonnés par la belladone a lieu par l'abaissement excessif de la vitalité générale (hyposthénisation directe).

Poursuivons cette manière de voir et voyons si elle est d'accord avec l'expérience. D'abord, qu'apprend-elle, l'anatomie pathologique chez les sujets morts empoisonnés par la belladone? On lit la phrase suivante dans l'ouvrage de MM. Mérat et Delens : « Après la mort des sujets, on trouve à peine quelques traces inflammatoires dans le canal digestif. » M. Giacomini est plus explicite à cet égard :

« Les cadavres des individus qui ont péri par l'empoisonnement de la belladone offrent, dit cet auteur, la surface du corps bleu-noirâtre. Leurs tissus passent promptement à la putréfaction. Bien que quelques personnes aient cru y voir des traces d'inflammation, il est facile de reconnaître que ce ne sont que des engorgemens de sang veineux. Les intestins sont distendus par des gaz et ne présentent ni inflammation ni d'autre lésion matérielle. »

Les expériences, d'ailleurs, sur les animaux confirment parfaitement le même fait.

Comparez maintenant les symptômes précédens à ceux que produit l'opium, et vous verrez autant de différence qu'entre un homme empoisonné par la digitale et un autre saisi d'intoxication alcoolique.

S'il est vrai que l'action dynamique de la belladone est affaiblissante, les substances excitantes doivent combattre ses effets, les antiphlogistiques les augmenter. C'est effectivement ce que l'expérience démontre.

Obs IV. — M. de Saint-Maurice prenait tous les soirs une pilule d'un demi-grain d'extrait de belladone préparé à la vapeur, puis une pilule d'un grain; il s'en trouvait bien. Une fois il avale, par mégarde, trois grains ou plus de cet extrait. Il se fit aussi frotter les jambes avec une grande quantité de pommade de belladone, qu'il avait chez lui. A une heure du matin, on vient m'appeler, me disant que le malade allait mourir. Je lui trouve tous les symptômes d'empoisonnement par la belladone : écume à la bouche, langue sèche, dysphagie, pouls fort petit, froid général, sueurs froides, visage bouffi et rougeâtre, ventre météorisé, yeux saillans, pupille fort dilatée, hallucinations, carpomanie, fausses envies fréquentes d'uriner, délire gai, vociférations; le malade se découvre continuellement; il sonne sa bonne à chaque instant pour ne rien lui dire; il répond sottement aux questions qu'on lui adresse, ou pas du tout. Cet état durait déjà depuis deux heures, et allait en augmentant; sa famille en était justement alarmée.

Je n'ignorais pas les travaux de Rasori et de Borda sur la belladone; j'ai donc fait apporter du bon vin, que j'ai coupé avec autant d'eau sucrée. Le malade en a bu un demi grand verre d'abord, avec une avidité extraordinaire; un quart-d'heure après, il en a bu autant. A l'instant même, amélioration très manifeste. Le pouls s'est relevé, une douce chaleur a animé la peau; la sécheresse écumeuse de la bouche a disparu, de même que les envies d'uriner; le malade a commencé à être plus calme, a ne plus se découvrir; le délire a cessé presque complètement.

J'ai fait continuer la boisson vineuse par gorgées, mais très délayée. L'amélioration a été progressive, et il s'est endormi vers le matin.

Le lendemain, les symptômes primitifs de l'empoisonnement étaient dissipés, le malade avait sa raison, il répondait juste aux questions, connaissait les personnes qui approchaient de son lit; mais il avait encore le visage un peu égaré; il se disait aveugle et présentait une lassitude tellement prononcée qu'il ne pouvait se tenir sur son séant. J'ai prescrit une pilule d'un grain d'extrait d'opium, un bouillon par-dessus; boisson *ut supra*. Le malade a dormi plusieurs heures de suite; à son réveil il était bien portant, mais il ne se rappelait rien de l'orage qu'il venait d'essuyer; il s'étonnait seulement de se trouver dans le lit à quatre heures du soir. Sa vue est restée voilée pendant quelques jours; mais, chose remarquable, la photophobie chronique pour laquelle je le traitais a complètement disparu, et il n'en a plus été question depuis.

Plusieurs circonstances rendent ce fait digne de considération. 1° L'état de veille continue du malade. Où est-il le narcotisme qu'on attribue si arbitrairement à la belladone. 2° L'effet prompt et heureux de la boisson alcoolique et de l'opium. N'est-il pas évident que, si l'action de la belladone était analogue à celle de l'opium, son empoisonnement aurait dû empirer sous l'influence du vin? L'asthénie prolongée de l'appareil oculaire et la dissipation complète de la choroïdite, dont le malade était atteint. Nous reviendrons sur cette circonstance.

Obs. V.—Un enfant, âgé de 4 ans, mange plusieurs baies de belladone à onze heures. Peu d'instans après, symptômes alarmans. On lui fait prendre un demi-gros d'ipécacuanha en plusieurs fois, et une tisane composée de miel, eau et vinaigre; il vomit les fruits funestes, mais les symptômes continuent. A onze heures du soir, les symptômes augmentent, malgré la continuation de l'eau vinaigrée : on enveloppe ses membres de cataplasmes arrosés de vinaigre. Potion composée de seize onces d'eau, six onces de vinaigre, quatre onces d'oxymel, trois gros de nitre dulcifié. L'état du malade empire à vue d'œil. On suspend la potion : on donne un purgatif de tamarin et séné : les symptômes s'apaisent. On revient à la tisane acidule; nouvelle recrudescence de symptômes alarmans. On suspend celle-ci; le calme survient; amélioration progressive; réaction fébrile; guérison (1).

Il est impossible de ne pas voir dans ce fait une lutte remarquable entre les efforts salutaires de l'organisme et les attaques malheureuses de la médication antiphlogistique. Elle est bien bonne cette nature pour résister à la fois aux effets des maladies et à ceux de nos sottises!!.. Donnez des acides; donnez du petit lait, de la gomme, de l'albumine; saignez, purgez, mettez des sangsues et des cataplasmes à l'épigastre......; le malade guérira (si Dieu voudra!!!) Tant il est vrai que nos préjugés nous aveuglent et que l'homme le plus éclairé passe souvent à travers des erreurs funestes, sans voir la vérité. On conçoit à peine, en lisant les nombreux cas d'empoisonnement par la belladone, comment on a pu se per-

(1) *Journ. gen. de medec.*, rédigé par M. Sédillot, t. 48.

(2) Brachet, *Recherches exper. sur les fonct. du syst. nerv. gangl.*, 2e éd. Paris, 1837.

(1) Munniks. *Dissertatio medica de atropa belladona*, etc. Groningue, 1823.

suader que les acides et les antiphlogistiques pouvaient guérir cet accident, alors qu'il résulte clairement de ces mêmes faits : 1° que ces remèdes augmentent constamment les effets du poison ; 2° que les guérisons obtenues étaient plutôt dues à l'action des remèdes stimulans qu'on avait administrés en même temps, ou bien à la seule force de l'organisme. Cette idée d'administrer les acides contre la belladone a été suggérée par l'analogie avec l'opium, une vieille routine ayant appris que les effets de l'opium peuvent se combattre par les acides. Les effets de l'opium pourtant sont diamétralement opposés à ceux de la belladone ; ils sont hypersthéniques et congestifs vers les centres nerveux : les acides peuvent être utiles comme antiphlogistiques, mais il en est autrement dans les cas de la belladone. Ce préjugé, qui malheureusement règne encore dans nos meilleurs ouvrages, a été funeste à un grand nombre d'individus.

Notons en attendant, dans ce dernier fait, la persistance des symptômes d'empoisonnement après l'évacuation par en haut de tous les fruits de la belladone que l'enfant avait mangés. On voit bien qu'aussitôt que le principe toxique a agi sur la constitution (ce qui veut dire qu'il a déjà été resorbé), vous avez beau faire vomir, purger ou administrer des neutralisans chimiques, son effet dynamique reste, et si vous n'agissez pas à votre tour sur la force vitale, vous aurez manqué le véritable but thérapeutique. Je ne veux pas dire par là qu'il ne faille pas faire vomir ou vider autrement l'estomac si l'on est appelé à l'instant même de l'accident; c'est toujours par là qu'il faut commencer; mais je m'expliquerai mieux tout à l'heure sur ce point.

Dans un cas d'empoisonnement par la belladone, rapporté par M. Parrot, de Bordeaux (1), on a aussi administré les acides et tiré du sang; le malade n'a éprouvé de véritable amélioration que lorsqu'il a pris une potion éthérée. L'éther n'a pas agi autrement dans ce cas que le vin chez le malade de la quatrième observation.

Dans les expériences qu'il fit sur lui-même, le docteur Darluc ne pouvait s'expliquer comment les effets de la belladone se dissipaient par les repas qu'il prenait. La chose est pourtant bien claire; l'excitation du manger relevait le vitalisme.

Voici un fait qui est plus décisif encore.

Obs. VI.—Une personne était affectée d'un psoriasis, de l'étendue de deux pouces, à la partie antérieure du poignet; on lui applique un emplâtre composé d'une partie d'extrait de belladone, et deux parties de cérat savonneux. Deux jours après, symptômes alarmans d'empoisonnement. Le malade prend instinctivement un verre d'eau et d'eau-de-vie; soulagement : les symptômes persistent cependant. Vomitif, pas de mieux. On administre l'ammoniaque; amélioration instantanée. On continue l'ammoniaque; le mieux est progressif. Guérison le troisième jour (2).

Comment expliquera-t-on ces faits, d'après les idées reçues sur la belladone ? On vient de voir que, d'un côté, le vin, l'eau-de-vie, l'éther, l'ammoniaque, ont produit des effets salutaires; de l'autre, que les acides et les antiphlogistiques ont manifestement augmenté l'action de la belladone; la conclusion est manifeste.

Passons à d'autres considérations.

§ II. EFFETS THÉRAPEUTIQUES.

On compte jusqu'à 2,887 cas de guérisons bien constatées obtenues à l'aide de la belladone dans des maladies diverses (Bayle). Ce chiffre pourrait être triplé si l'on voulait collectionner réellement tous les faits avérés; mais à quoi cela servirait-il, puisque ces observations n'ont été rattachées à aucun principe scientifique ? Ce sont des matériaux précieux sans doute, mais informes. Pour les uns, la belladone est un antispasmodique, et ne convient que dans les affections nerveuses; pour les autres, un spécifique préservatif et curatif de la scarlatine; d'autres lui attribuent la propriété de relâcher les sphincters ou les anneaux musculaires, et la recommandent dans les accouchemens difficiles, les hernies étranglées, les iritis, etc.

J'ai pour ma part compté 34 maladies diverses dans lesquelles la belladone a produit des effets réellement avantageux, et je pourrais même en ajouter au moins une douzaine d'autres de ma propre pratique, ainsi qu'on va le voir.

On dirait, en vérité, d'après cet énoncé, que la belladone est le remède par excellence, la panacée universelle; mais comprenez-vous rien dans ce gouffre d'empirisme aveugle, de routine si vague?

Il était réservé à Rasori et à Borda de tirer au clair cette kyrielle inintelligible de faits et de propriétés attribuées à la belladone. La vertu thérapeutique de la belladone n'est qu'une, toujours la même; elle est hyposthénisante et rien de plus. La belladone, par conséquent, ne peut être

(1) Gaz. Méd., 1837, p. 266.
(2) Journ. des prog., t. III, p. 235.

avantageusement employée que dans les maladies à fond hypersthénique; c'est-à-dire dans celles où le traitement antiphlogistique est réputé utile. Des expériences nombreuses ont été faites publiquement dans plusieurs cliniques d'Italie; des maladies inflammatoires fort graves ont été traitées à l'aide de la belladone à haute dose et sans saignées; les résultats ont été les mêmes que ceux qu'on obtient par le tartre stibié; c'est-à-dire que sous l'action du médicament, le malade éprouve une sorte d'hyposthénisation générale, comme après les saignées, coup sur coup; le cœur baisse, le pouls s'affaiblit, la chaleur tombe, la fièvre se dissipe, en un mot, et la résolution s'opère. Les faits de ce genre, obtenus par la belladone en Italie, sont tellement nombreux, que j'éprouve un véritable embarras de choix pour en rapporter quelques-uns, ils se ressemblent presque tous; j'en prends un au hasard, il est relatif à un cas de pneumonite; je ne reproduirai que les détails les plus essentiels pour être court.

Obs. VII. — Antonio Sacchi, 16 ans, pasteur, robuste, bon tempérament, est saisi d'horripilations, fièvre, toux sèche, bouche amère, soif. Puis douleur intense au côté gauche de la poitrine, dyspnée, céphalalgie gravative, battemens des artères temporales, face et lèvres rouges et turgides. Peu après il commence à cracher des matières striées de sang; soif ardente, chaleur brûlante sur tout le corps, pouls fréquent, plein et dur.

Les causes avaient été une alternative de chaud et froid et une fatigue excessive.

On prescrit six gr. de racine de belladone dans du sucre, divisés en six paq. (un toutes les deux heures).

Le soir, le pouls est baissé considérablement, les symptômes thoraciques ont considérablement diminué, pupilles dilatées, vertiges.

Le lendemain, on répète le médicament à la dose de deux grains toutes les deux heures; sueurs abondantes, peau douce, chaleur modérée, diminution considérable de la douleur thoracique et de la toux. Le malade se plaint de nuages oculaires. On continue le médicament pendant cinq jours. Peu de jours après, convalescence. Guérison (1).

A côté de ce fait, on en trouve plusieurs autres relatifs à des pleuropneumonites, des pleurites, des métrites intenses, des myélites spinales, des rhumatismes aigus, etc., traités et guéris de la même manière. Dans ces expériences, il s'agissait seulement d'établir le principe relatif à la véritable action de la belladone sur l'économie; aussi le remède a-t-il été employé seul, sans saignée; mais qui ne voit qu'une fois cela prouvé, rien n'empêche que le praticien ne combine à sa façon la belladone à d'autres moyens antiphlogistiques selon les circonstances, tels que la saignée, le calomel, le nitre, l'eau de laurier-cerise, etc., etc. ?

Si nous méditons maintenant les cas des 34 maladies diverses guéries à l'aide de la belladone par des praticiens de différentes nations, nous verrons tous ces faits s'enrôler aisément sous le principe précédent, et la prétendue spécificité de cette substance disparaître. Les 2,887 observations effectivement collectionnées par M. Bayle et un grand nombre d'autres qui se trouvent dans différens recueils, jointes à une trentaine d'autres relatives à des affections oculaires que j'ai traitées peuvent être groupées de la manière suivante :

1° *Affections de l'axe encépalo-spinale.* (Apoplexies, blessures encéphaliques, myélites, méningites, folie, épilepsie, hémiplégie, paraplégie, rage, convulsions cloniques, hystérie.)

2° *Des appendices nerveuses.* (Tic douloureux, sciatique, névralgies anomales, dentalgies, spasme de l'anus, etc.)

3° *Franchemens inflammatoires.* (Inflammations viscérales, anthrax multiples, plaies enflammées, ulcères, affections tuberculeuses, etc.)

4° *Du système cutané externe ou interne.* (Scarlatine, dartres diverses, toux sèche, coqueluche, dyssenterie, etc.)

5° *Etranglemens sphinctériques.* (Accouchemens difficiles, strangurie, etc.)

6° Tumeurs diverses accompagnées d'inflammation (cancers, etc.)

7° *Affections oculaires.*

Sans entrer ici dans la discussion sur la nature de ces sept groupes de maladies, on peut avancer d'une manière générale que chez tous le traitement qu'on adopterait serait basé sur des vues antiphlogistiques. Or la belladone n'a pas agi autrement. Je m'arrêterai un instant sur deux faits capitaux, la hernie étranglée et l'accouchement difficile.

Dès 1810, Kœhler traita avec un succès étonnant les étranglemens herniaires à l'aide de frictions abondantes de pommade de belladone et de lavemens avec l'infusion de la même substance (2). Plus tard, van Looth d'Utrecht, M. Magliari de Naples et une infinité d'autres praticiens des deux continens ont suivi le même exemple et obtenu les mêmes résultats. Quelques personnes sont allées de suite chercher le mystère des antispasmodiques pour se rendre raison de ces faits. Elles n'ont pas réfléchi que résorbée et passée dans le sang la belladone produisait les mêmes effets que

(1) Del Chiappa, *Mem. intorno la vita di Borda.*
(2) *Hufeland's journal*, juillet 1810.

nous obtenons tous les jours avec les larges saignées répétées. Qui ne sait que l'étranglement herniaire pourrait à la rigueur être regardé comme un état de gonflement inflammatoire des viscères sortis et des anneaux qui leur donnent passage? N'y a-t-il pas là évidemment une sorte d'hypersthénie excessive et dans l'organe même et dans toute l'économie? Croyez-vous réellement qu'en dissipant l'étranglement, la belladone ne fait autre chose que calmer le prétendu spasme de l'anneau aponévrotique? Evidemment les personnes qui ont avancé de pareilles conceptions n'avaient pas d'idées bien arrêtées ni sur la nature de la maladie ni sur celle de l'action du remède. On voit d'après cela que pour obtenir le but en question il n'est pas nécessaire d'appliquer la belladone sur la tumeur elle-même dont l'absorption est souvent faible à cause de l'état morbide des tissus. Donnez cette substance par bouche, en lavement, par d'autres voies d'absorption, et vous obtiendrez les mêmes résultats.

Dans les accouchemens difficiles dépendant d'une sorte d'étranglement du col, la belladone produit, comme on sait, des effets salutaires très remarquables. Or, qui ne voit que ce prétendu spasme du col n'est autre chose qu'un état d'irritation inflammatoire, et que la belladone ne fait que combattre cette irritation? Ne voyez-vous pas en effet la saignée, le tartre stibié à haute dose produire le même effet? J'ai démontré il y a quelque temps dans la GAZETTE MÉDICALE (1838, p. 363) que le seigle ergoté n'agissait pas autrement dans ces circonstances. On voit par ces considérations combien il est inutile d'inventer des instrumens et de fatiguer les malades pour porter la belladone précisément sur le col de l'utérus. Ne voyez-vous pas que le seigle ergoté donné par bouche ou en lavement produit beaucoup plus promptement son effet que si vous l'injectez dans la matrice elle-même?

Il me serait très facile de pousser plus loin cette double démonstration sur la véritable action de la belladone dans les deux dernières maladies aussi bien que dans les autres ci-dessus mentionnées.

Je me hâte d'arriver aux affections de l'organe oculaire.

§ III. APPLICATIONS OPHTHALMIQUES.

Les *quiproquo*, les illusions, le mystère même!!.. ont été ici bien autrement multipliés que dans les autres maladies. S'il est vrai qu'il y avait naguère en Hongrie des vendeurs de poudres contre la rage; en Allemagne, des dispensateurs de la liqueur de Hahnemann contre la scarlatine; ailleurs, des gouttes dites anticancéreuses; il est vrai aussi que, même de nos jours, nous avons vu à Paris des oculistes faire acheter leurs fioles et leurs petits paquets à un prix très élevé *pour toute espèce de maux d'yeux!* On sait aujourd'hui que ces fioles, ces gouttes, ces poudres merveilleuses ne sont autre chose que de la belladone. On conçoit combien il peut être dangereux d'appliquer ce médicament sans discernement, surtout dans les maladies d'un organe où l'action hyposthénisante de la belladone est si puissamment sentie. Je citerai tout à l'heure des cas assez graves que j'ai eu à traiter moi-même par suite de l'usage abusif que quelques oculistes exclusifs avaient fait de la belladone.

On avait depuis longtemps remarqué que la belladone dilatait la pupille; mais cette observation n'a été appliquée que très tard à la pathologie oculaire. On s'en est servi d'abord comme moyen coadjuteur de l'opération de la cataracte; puis comme moyen de diagnostic; ensuite comme remède préventif des difformités de la pupille (iritis, prolapsus irien); enfin, pour combattre des névroses, et autres irritations oculaires. Dans ce dernier cas, la belladone a été employée à titre de calmant, et on l'a souvent combinée à l'opium. On n'avait pas compris que cette combinaison était absurde; car l'opium neutralise l'effet de la belladone, ainsi que nous venons de le voir.

Les oculistes exclusifs sont vraiment curieux avec leurs tas de petites recettes: ils vous prescrivent, par exemple, dans les iritis, des instillations de belladone pour empêcher le rétrécissement et les adhérences de la pupille, et des frictions d'opium au sourcil et à la tempe pour calmer la douleur! C'est comme si, pour combattre les symptômes d'une pneumonite, vous prescriviez un remède pour l'inflammation; un autre pour la douleur; un troisième pour la dyspnée, etc. En résumé, on peut donc dire que jusqu'à ce jour la belladone n'a été généralement employée en pathologie oculaire que comme simple moyen dilatateur, et quelquefois aussi comme calmant, mais toujours empiriquement.

Les considérations et les faits qui précèdent, cependant, doivent faire pressentir que ce médicament est susceptible d'applications bien autrement importantes. Sans faire de la belladone une sorte de panacée, j'ai acquis assez d'expérience sur son efficacité pour pouvoir la recommander comme un remède véritablement précieux dans les affections hypersthéniques de l'œil et des paupières. Je m'explique.

1° *Dans les ophthalmies internes* (iritis, choroïdite, rétinite, hypopyon, etc.) Je ne connais pas, après la saignée, de remède qui agisse plus salutairement et plus promptement que la belladone contre ces maladies. La saignée répétée est, sans contredit, le médicament sur lequel on doit compter; mais qui ne sait qu'elle n'est pas toujours applicable impunément à des doses convenables, et que souvent elle est insuffisante? La belladone déploie dans ces cas une action d'autant plus remarquable que les tissus malades sont très vascularisés. Le tout est d'en bien régler les doses. Il s'agit, comme on le voit, de combattre l'hypersthénie oculaire, l'éréthisme inflammatoire, et non uniquement de prévenir le rétrécissement anormal de la pupille. J'ai souvent observé que des doses, même considérables, de belladone, ne dilatent pas la pupille, si les membranes internes de l'œil sont enflammées, ou du moins la dilatation ne commence que lorsque l'inflammation décline, ce qui n'a lieu quelquefois qu'à compter du cinquième, sixième jour, ou même plus tard.

OBS. VIII. — Je traite en ce moment, en présence de M. le docteur Tassy, un petit enfant, d'une kérato-iritis aiguë des plus graves; le mal s'est déclaré depuis sept jours; je lui ai prescrit :

1° P. Poudre de feuilles de belladone. 6 grains.
Sucre.......................... 60 gr. m. f. paquets, 12.

A prendre un paquet matin et soir.

2° Frictions de pommade mercurielle belladonisée autour de l'orbite.
3° Cataplasme de laitue cuite dans du lait.
4° Une dose de calomel et de rhubarbe à l'heure du coucher.

Aujourd'hui, quatrième jour de traitement, l'enfant prend, depuis hier, quatre paquets de belladone par jour, c'est-à-dire deux grains, et la pupille ne commence qu'à peine à se dilater. Ce signe indique que la maladie décline déjà, et qu'il faut bientôt diminuer la dose du remède. La photophobie est tombée en grande partie, et le malade est beaucoup mieux. L'organe est en assez bon état; et, à moins de recrudescence, il reprendra, j'espère, ses fonctions. On continue le même traitement.

On s'étonnera peut-être de doses aussi fortes de belladone chez un enfant de cinq ans. Je m'expliquerai tout à l'heure sur ce point.

Je pourrais rapporter ici un assez grand nombre d'autres faits pareils ou analogues, dont je conserve les détails; mais cela n'ajouterait rien aux idées que je veux établir.

Je dirai seulement que, dans les cas très graves, alors que l'œil est menacé de destruction, non seulement je prescris la belladone à haute dose par différentes voies connues d'absorption, mais encore je la combine avec d'autres remèdes de vertu analogue, tels que le calomel, la jusquiame, le tartre stibié, la pommade mercurielle, etc. J'ai pour principe dans ce cas de pousser le remède jusqu'à l'*atropisme*, c'est-à-dire jusqu'à ce que le malade éprouve des vertiges, qui sont l'indice de la saturation complète de l'organisme. Nous reviendrons sur ce point.

2° *Ophthalmies externes* (conjonctivites, kératites, sclérotites, blépharites, tumeurs inflammatoires des paupières). Sous le point de vue clinique, les conjonctivites aiguës peuvent être confondues ensemble sans inconvénient; seulement il faut tenir compte de leur degré d'intensité et des circonstances qui les compliquent, afin de leur opposer un traitement proportionnel. On sait que ce qui fait rapidement crever l'œil dans les ophthalmies purulentes, c'est moins la nature du mal que l'intensité de la phlogose, et surtout la formation du bourrelet chémosique, qui étrangle les vaisseaux de la cornée et détermine la gangrène de cette membrane. Or, prévenir le chémosis, ou le dissiper lorsqu'il existe, c'est juguler la maladie, c'est, en d'autres termes, sauver l'organe de la destruction. Malheureusement, nous ne sommes pas le plus souvent appelés assez tôt pour atteindre le premier but; mais si j'en juge d'après quelques cas que j'ai soignés à l'aide de la belladone chez des enfans à la mamelle dont les yeux venaient d'être atteints ou étaient menacés d'ophthalmo-blénorrhée, je ne doute point que, même chez les adultes, l'orage sera assez détourné par le même remède pour prévenir la destruction de l'organe. Notez bien que, dans une conjonctivite intense, accompagnée de photophobie, il y a autre chose qu'une simple phlogose de la muqueuse; tous les tissus de l'œil sont enflammés, et ce n'est qu'en hyposthénisant promptement l'organe tout entier que vous pouvez espérer le résultat dont il s'agit. Si cependant le chémosis est déjà déclaré, j'ai également recours à la belladone à haute dose et aux autres moyens antiphlogistiques connus, après avoir, bien entendu, exécuté l'opération nouvelle de M. Tyrrell, et que j'ai décrite dans mon ouvrage, page 194.

Dans les phlogoses des tissus blancs (kératite, sclérotite) la belladone a moins de prise que dans les cas précédens, à moins qu'elles ne coexistent avec des ophthalmies internes, ainsi que cela a lieu le plus souvent. Dans un cas de blépharite aiguë avec phlegmon anthracique (orgeolet), j'ai obtenu des effets salutaires remarquables chez une petite fille que nous avons soignée plus tard, M. Bouillaud et moi, pour une autre maladie.

Quelle que soit, du reste, l'espèce de phlogose oculaire à laquelle j'aie affaire, pour peu qu'il y ait photophobie, j'ai toujours recours à la belladone, et je m'en trouve parfaitement. On sait de quelle importance il est de juguler ce symptôme dans le traitement des ophthalmies.

3° *Lésions traumatiques*. Soit qu'il s'agisse de blessure accidentelle de l'œil, soit que la lésion dépende d'une opération sanglante quelconque, j'ai adopté pour pratique d'employer la belladone comme moyen préventif de l'inflammation, et j'attribue à l'efficacité de cet agent le peu de réaction que je rencontre depuis quelque temps dans ces sortes d'opérations.

Obs. IX. — J'ai pratiqué, il y a plusieurs mois, en présence de MM. Ségalas et Robecchi, une blépharoplastie chez un notaire de province. Après le pansement, j'ai fait usage de la belladone; la réaction a été absolument nulle.

Obs. X. — Dans le mois de juin dernier, j'ai opéré de la cataracte par extraction madame R..., en présence de mes confrères, MM. Adorne et Yvan. J'ai employé la belladone avant et après l'opération. Réaction extrêmement légère.

Obs. XI. — Dans le mois de juillet dernier, dame anglaise, âgée de 35 ans, cataractée. Je l'ai opérée en présence de M. le docteur Gaverelle. Guérison extrêmement prompte, sans inflammation aucune.

Dans les prolapsus irien et choroïdien, la belladone produit des effets extrêmement avantageux, si on emploie le remède à forte dose; ces effets sont moins remarquables sous le rapport de la rétraction de l'iris, qu'elle n'opère qu'à peine, que par le résultat antiphlogistique direct sur l'organe.

4° *Névroses oculaires*. Les dénominations d'ambliopie, amaurose, hémiopsie, etc., sont tellement vagues qu'il n'est pas possible en les adoptant d'attaquer les affections qu'elles représentent d'après les plans uniformes tracés par les livres. Ce sont des symptômes d'une foule de maladies diverses: le fond de ces maladies est parfois de nature hypersthénique; la belladone donnée avec les précautions que nous allons indiquer peut rendre de véritables services. Je m'en sers journellement, toujours par la voie de l'estomac, et avec un avantage incontestable; mais c'est ici où le praticien doit être très attentif et circonspect, car l'illusion est très facile, le diagnostic peut tromper, quoi qu'en disent certains *oculistes-géographes*, qui prétendent tout reconnaître dans la forme des injections de l'œil, jusqu'aux engorgemens des veines hémorrhoïdales et de l'aileron droit ou gauche du foie! On conçoit combien il serait fâcheux que ce remède fût prescrit alors que l'affection rétinienne est de nature hyposthénique.

Quand on lit les détails des cas d'amaurose guéris par Scarpa à l'aide de l'émétique répété, on ne peut s'empêcher de reconnaître les conditions hypersthéniques de la maladie, conditions que le remède dissipait, moins par le prétendu débarras des voies digestives que par son effet affaiblissant sur la vitalité de l'organisme. C'est ainsi aussi qu'agit la belladone, et j'ai eu souvent à me féliciter de joindre les deux moyens à la fois. Je suis obligé de renvoyer à la lecture de mon ouvrage pour le développement de ce sujet.

§ IV. — De l'atropisme ou de la sursaturation de l'organisme par la belladone.

La question de la tolérance des médicamens, je veux dire de la capacité morbide de l'organisme pour telles ou telles doses de remèdes n'a été bien comprise et résolue que par Rasori. La loi qu'il a déduite à ce sujet forme un des plus beaux titres à sa gloire. En donnant une valeur quelconque à l'excitabilité ou à la sensibilité normale de la fibre animale, il est clair que cette valeur se trouvera en plus ou en moins dans l'état de maladie. Dans une maladie inflammatoire, par exemple, qui peut nier que le type normal de la vitalité ne se trouve exalté? Or c'est précisément ce degré d'exaltation ou d'abaissement qui donne la mesure de la tolérance, ou *du degré de capacité morbide* de l'organisme pour tel ou tel remède. Dans une pneumonie ou dans une apoplexie sanguine l'organisme supporte impunément d'énormes doses de tartre stibié et d'autres médicamens hyposténisans; cette tolérance est d'autant plus forte que l'hyposthénisation est considérable, ou en d'autres termes que le mal est plus intense; mais aussitôt que celui-cidécline, la tolérance diminue, et aussitôt que la vitalité est redescendue vers son type normal, il y a saturation de l'organisme, le malade vomit le remède; il sera même empoisonné si on continue les mêmes doses qui naguère étaient si bien supportées. C'est qu'alors le médicament ne peut agir sur la sensibilité de la fibre animale sans la faire descendre de son type habituel; de là vomissement, faiblesse générale, langueur de toutes les fonctions, etc.

Prenons un exemple de nature opposée; l'empoisonnement par le plomb (colique saturnine). On est étonné de voir les doses énormes d'opium que les malades supportent dans le principe du traitement sans éprouver le moindre signe de narcotisme ni de congestion; mais à mesure que la saturation a lieu, que l'hyposthénisation saturnine se dissipe, l'opium commence à narcotiser; si l'on insiste aux mêmes doses, il empoisonne, et l'organisme tombera dans le même état d'hypersthénie que chez un homme ivre. Cet état donne l'idée de la sursaturation.

Appliquée à l'atropa belladona cette idée peut recevoir le nom d'*atropisme*. Si vous lisez les faits tirés de la clinique de Borda vous verrez que dans les maladies inflammatoires intenses ce praticien poussait la belladone à forte dose jusqu'à ce que le malade commençât à accuser des vertiges et du délire; alors il s'arrêtait et ne donnait que de petites doses pour entretenir la saturation; il se gardait bien de confondre cette espèce de délire dont la nature est hyposthénique avec le délire inflammatoire proprement dit. Le correctif le plus sûr de l'atropisme, c'est l'opium; je m'explique avec quelques exemples.

Obs. XII. — M. Guillemin, marchand de vin, homme d'une cinquantaine d'années, robuste, offrait depuis plusieurs mois tous les symptômes d'une myélite spinale lente. Il éprouvait surtout la nuit des espèces de crampes violentes aux quatre membres qui l'empêchaient de reposer; langueur générale, fièvre, mouvemens convulsifs, etc. Il avait, d'après la prescription de M. Récamier, fait usage du musc, mais sans avantage. Il s'est présenté à la consultation médicale de l'hôtel-de-ville dont la direction m'est confiée: je l'ai saigné deux fois sans beaucoup d'avantage; je l'ai ensuite mis à l'usage de l'extrait de la belladone préparé à la vapeur, trois grains par jour. Nous sommes arrivés en peu de jours à la dose de huit grains par vingt-quatre heures, sans le moindre signe d'atropisme. Nous avons continué à cette dose pendant plus d'une quinzaine. Ce n'a été qu'au bout de ce temps seulement que le malade a commencé à accuser des vertiges des brouillards et que les pupilles se sont dilatées. A cette époque son état s'était beaucoup amélioré; nous sommes redescendus à la dose de deux grains, puis d'un grain par jour; l'amélioration a été progressive et le malade a guéri après deux à trois mois de traitement.

Ce fait nous donne une idée nette de la saturation atropique qui n'a été qu'à peine dépassée. Le suivant va nous montrer quelque chose de plus.

Obs. XIII. — M. le comte M..., savant distingué, était soigné pour un mal d'yeux à Paris par un oculiste allemand. On lui avait appliqué de la belladone avec tant de profusion et de constance que des symptômes d'atropisme ont remplacé ceux de la maladie primitive. Ces symptômes ont été méconnus; le malade s'en plaignait, le médecin insistait sur l'usage du remède et caractérisait le mal pour une névropathie anomale. Cela a duré pendant plus de trois mois et l'atropisme devenait de plus en plus manifeste; le malade ne pouvait plus lire, ni penser, ni dormir, ni même marcher: tout était brouillard et vertige; la pupille était dilatée.

J'ai été consulté; je lui ai fait quitter l'usage de la belladone, et prescrit des pilules de morphine et une nourriture substantielle.

En peu de temps les symptômes de l'empoisonnement atropique se sont dissipés, et le malade est aujourd'hui bien portant. Ce malade et les circonstances ci-dessus sont parfaitement connus à M. Mojon.

Obs. XIV. — Un peintre de Paris dont M. Mojon m'a communiqué les détails s'est trouvé à peu près dans les conditions du malade précédent, par suite de l'usage abusif de la belladone qu'il avait fait d'après la prescription d'un oculiste.

Obs. XV. — Un petit enfant d'un libraire avait le corps couvert d'une éruption crouteuse; on l'a frotté avec une pommade de belladone; des symptômes alarmans se sont manifestés. J'ai prescrit des lotions laudanisées, et les symptômes se sont promptement dissipés.

Demours a dit quelque part que la dilatation irienne produite par la belladone pouvait être dissipée par des lotions vinaigrées. J'ai essayé ce moyen chez une petite fille dont j'ai parlé, je n'ai pourtant rien obtenu; cela devait être.

On voit, par les faits précédens, qu'employée sans discernement, la belladone peut occasionner des accidens fâcheux; il ne se passe presque pas de mois que je ne voie dans le traitement des maladies des yeux des exemples de ces accidens méconnus. On attribue à la maladie oculaire des symptômes qui sont uniquement dus à l'emploi inopportun ou abusif de la belladone. Heureusement il est facile d'y remédier, si on sait les connaître. La cessation du médicament, l'usage d'un régime analeptique et de l'opium dissipent sûrement les symptômes. Il ne faut pas croire cependant que les nébulosités oculaires disparaissent immédiatement.

Obs. XVI. — Un élève en pharmacie remuait avec un instrument une grande quantité d'extrait bouillant de belladone; la vapeur lui fait perdre connaissance et il tombe: on le tire à l'air libre; on le frotte avec de l'ammoniac, et il en revient; mais il est resté aveugle pendant plusieurs jours. (Communiqué par M. Mojon.)

Ce que je viens de dire de l'usage inconsidéré de la belladone dans le

traitement des maladies des yeux s'applique également au mercure, dont les abus ne sont malheureusement que trop fréquens en ophthalmologie. Je termine ce paragraphe par les remarques suivantes :

1° Parmi les préparations de belladone, la poudre récente, faite avec les feuilles, est la plus sûre. La poudre des feuilles est beaucoup plus active que celle de la racine. On la mêle à du sucre, et l'on en fait, soit des paquets, soit des pilules. La poudre est très commode, parce qu'on peut l'administrer avec précision, surtout chez les enfans. On fait faire ordinairement des paquets contenant chacun un quart de grain de belladone, et cinq grains de sucre; on en donne deux, quatre ou plusieurs par jour. Dans les cas urgens, ces paquets doivent être beaucoup plus forts, la dose de la poudre de belladone pouvant être élevée à 10, 12, 15, 20 grains par jour. Il ne faut pas oublier, du reste : 1° que si la poudre est préparée depuis quelque temps, elle a perdu une partie de son énergie (Deleus); 2° que plus le terrain sur lequel la belladone a été récoltée est aride, plus la vertu des feuilles est énergique.

2° L'infusion de feuilles de belladone, préparée à froid, est une des formes les plus convenables, quand on veut introduire le médicament par d'autres voies que celle de l'estomac. Je dis, *préparée à froid*, car l'action de la chaleur enlève à la belladone une partie de son principe actif; nous venons de voir effectivement que la vapeur de sa décoction peut empoisonner tout aussi bien que la poudre ou l'extrait qu'on avale. L'infusion se prépare ordinairement avec vingt grains de feuilles dans un ou deux verres d'eau pendant une nuit. On prend de cette eau la quantité qu'on juge convenable, selon l'usage qu'on veut en faire. On s'en sert en lavement, comme collyre, pour lotions, pour fomentations. La dose, pour un lavement, est d'une cuillerée à café à plusieurs onces, délayée dans de l'eau simple. En général, il faut, pour produire un effet donné, une plus forte dose, par le rectum que par l'estomac. Les fomentations sur l'œil produisent d'excellens effets dans les ophthalmies. Si le malade offre un vésicatoire ou un cautère, j'ai pour pratique de prescrire des fomentations sur ces points. On peut enfin, chez la femme, l'employer par la voie du vagin, à l'aide de petites éponges qu'on laisse en permanence, etc.

3° Enfin, l'extrait de belladone n'est véritablement orthodoxe qu'autant qu'il est préparé d'après le procédé de Habenmann; c'est-à-dire, à froid, par l'évaporation du jus au soleil ou à l'étuve. M. Guillard, pharmacien à Paris, prépare tous les extraits d'après ce procédé. La dose pour l'intérieur est la même que celle de la poudre. A l'extérieur, on peut en prescrire de fortes doses, selon les conditions de l'absorption. Il m'est plusieurs fois arrivé de frotter sur une région un demi-gros, ou un gros d'extrait ramolli avec de l'eau, ou bien avec autant de graisse. Son absorption est beaucoup plus active, si l'on applique un cataplasme émollient par dessus. L'extrait peut être aussi utilement employé en bain (une à deux onces, délayées dans une baignoire d'eau) ou en bain de pied (un à deux gros).

Je ne prescris jamais la teinture alcoolique ou vineuse de belladone, parce qu'elle est peu précise, l'alcool neutralisant une partie de l'action de l'atropine. Je me suis souvent bien trouvé de saupoudrer de belladone un emplâtre de diachylon gommé.

CONCLUSIONS.

1° Quel que soit l'endroit du corps où l'on applique la belladone, elle ne manifeste ses effets qu'après résorption, ou après être passée dans le torrent de la circulation.

2° Ses effets sont toujours dynamiques ou constitutionnels; ils paraissent porter sur le système ganglionnaire, par conséquent sur le principe sensitif de la fibre animale de tous les organes.

3° Le cœur et l'arbre artériel qui en émane éprouvent très sensiblement les effets de la belladone sous l'influence du système nerveux ganglionnaire.

4° Plus un organe est vascularisé (artères) plus il éprouve les effets de la belladone. Le cerveau, l'œil et les poumons se présentent en première ligne sous ce rapport.

5° La nature de l'action de la belladone est hyposthénisante, affaiblissante, antiphlogistique. Elle peut être comparée à celle de la saignée, de la digitale, du tartre stibié; mais elle est beaucoup plus énergique. Elle offre une ressemblance parfaite avec l'action du venin de la vipère, mais à un degré d'énergie beaucoup moindre. La mort causée par l'empoisonnement de la belladone n'a lieu que par hyposthénie excessive, par épuisement de la force vitale (asthénie directe de Brown). Cette mort peut être comparée à celle qu'occasionnent l'inédie et les hémorragies prolongées.

7° Les véritables antidotes de la belladone sont toutes les substances stimulantes (ammoniaque, éthers, alcooliques, cannelle, thériaque, opium, etc.)

8° L'action de la belladone étant opposée à celle de l'opium, c'est un véritable contre-sens d'ordonner ces deux substances à la fois.

9° La belladone peut être utilement employée dans le traitement de toutes les maladies inflammatoires. Pour l'être avec avantage et sans risque d'accidens, il faut en régler l'administration d'après la loi de la tolérance, ou de la capacité morbide de l'organisme, qui a été signalée dans le fond de ce mémoire.

10° L'action de la belladone sur l'appareil oculaire est toute dynamique; elle porte principalement sur l'arbre artériel de cet appareil. L'œil tout entier, ses muscles, les paupières elles-mêmes éprouvent à la fois ses effets antisthéniques. La faiblesse qu'offre la rétine peut être comparée à l'amblyopie des vieillards (*amaurose sénile*).

11° Parmi les tissus constituans de l'œil, ce sont l'iris, le corps ciliaire et la choroïde qui ressentent les premiers et le plus vivement l'action de la belladone. Cela tient principalement à la quantité énorme de vaisseaux qui les constitue. Ces trois corps pouvant être regardés comme un seul plexus vasculaire destiné à la nutrition de l'œil, la belladone exerce par son intermédiaire une heureuse influence dans toutes les ophthalmies internes. La dilatation de la pupille n'est qu'une conséquence de l'espèce d'affaissement qu'éprouvent les artères ciliaires; ces vaisseaux perdant leur éréthisme, le tissu élastique de l'iris se rétracte. On conçoit pourquoi d'autres substances reconnues hyposthénisantes (jusquiame, tabac, stramonium, seigle ergoté, etc.) produisent aussi la dilatation, mais à degrés variables.

12° On peut donc regarder la belladone comme un puissant auxiliaire de la saignée.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SUITE DE LA SÉANCE DU 27 AOUT.

RECHERCHES SUR LE SANG.

M. Magendie, en présentant le 4e volume de ses *Leçons sur les phénomènes physiques de la vie*, donne une idée des questions qui y sont traitées

Ce volume, dit l'auteur, contient une série d'expériences sur les circonstances physiques ou chimiques qui modifient l'état normal du sang, et particulièrement des boissons, des médicamens, des divers gaz, éclairant ainsi, d'une manière positive et inattendue, les causes jusqu'ici fort obscures de la plupart des maladies graves et surtout des épidémies meurtrières qui se montrent fréquemment dans certaines localités.

M. Magendie a employé les infusoires du sérum, monades et vibrions, à mouvoir les globules du sang sur le porte-objet du microscope. A l'aide de ces animalcules, les globules sont tournés et retournés en tout sens avec rapidité, et assez longtemps pour que l'on poursuive le temps nécessaire l'observation ou le dessin. Mais ces infusoires n'ont pas la même prédilection pour toutes espèces de globules; si, par exemple, on met des infusoires du sang humain avec des globules d'oiseaux, ils se dirigent bien vers les globules; mais, après les avoir, pour ainsi dire, reconnus, ils s'en éloignent et les abandonnent, tandis que, mis en contact avec des globules circulaires, ils les attaquent de toute manière, les poussent, les déplacent, s'établissent dans leur tissu, et finissent souvent par les diviser et les faire disparaître.

Un certain nombre d'expériences, reprend l'auteur, a eu pour objet la manière dont les globules des diverses sortes de sang se comportent les uns par rapport aux autres.

Les globules de même forme se réunissent en affectant des modes distincts de réunion. Les circulaires s'unissent par leur face, les allonges par leurs bords; mais on ne voit jamais de globules circulaires se réunir à des elliptiques; il semble, au contraire, qu'il y a une sorte de répulsion (électrique peut-être) entre ces deux genres de globules.

— L'Académie procède, par voie de scrutin, à l'élection d'un candidat pour la chaire de physiologie comparée, restée vacante au muséum par le décès de M. Frédéric Cuvier.

La section de zoologie avait, dans le comité secret de la précédente séance, présenté comme candidat unique M. Flourens.

Le nombre des votans est de 38.

Le dépouillement du scrutin montre deux billets blancs; tous les autres portent le nom de M. Flourens.

M. Flourens, ayant réuni l'unanimité des suffrages, est proclamé candidat de l'Académie.

NOUVEAU PROCÉDÉ D'ANALYSE.

M. Ebelmen, aspirant ingénieur des mines, adresse un mémoire sur ce sujet.

On n'avait pas encore cherché à apprécier directement dans les analyses la quantité d'oxigène qu'absorbent beaucoup de composés métalliques en se dissolvant dans les acides oxidans les plus employés, tels que l'acide nitrique ou l'eau

régale. Cela tient sans doute à la difficulté qu'on éprouverait à constater exactement la valeur oxidante de l'acide employé, et, d'autre part, à la composition variable des gaz qui se dégagent pendant la réaction. Si, au contraire, on connaissait d'avance la quantité d'oxigène que peut céder le dissolvant employé, et si l'on parvenait à doser l'excès d'oxigène dégagé, il est évident qu'on obtiendrait par différence la proportion exacte de ce corps qui a été absorbée par le composé métallique pour sa dissolution. Tel est le but du procédé de M. Ebelmen.

On sait que l'acide chlorhydrique dissout les oxides de manganèse en dégageant une proportion de chlore équivalente à l'oxigène que céderait l'oxide employé pour passer à l'état de protoxide. On sait aussi que ce mélange agit sur les mêmes composés métalliques que l'eau régale avec excès d'acide hydrochlorique. Si donc on mêle le corps à essayer avec un poids déterminé du peroxide de manganèse dont on connaîtra d'avance la composition, et si l'on traite ce mélange par l'acide chlorique en dosant la proportion du chlore dégagée et le retranchant de celle qu'aurait donné l'oxide de manganèse essayé seul, on obtiendra par différence la quantité qui a été absorbée, et par suite son équivalent en oxigène.

Le dosage du chlore peut se faire par différentes méthodes déjà employées pour l'analyse des minerais de manganèse; ainsi l'on pourra recueillir le chlore gazeux ou bien le faire réagir sur l'ammoniaque liquide en mesurant le gaz azote dont le volume est seulement le tiers du volume de chlore qui l'a produit. Mais l'emploi de ces méthodes pneumatiques n'est pas sans difficulté et exige toujours une série de corrections relatives à la température, à la pression et à l'état hygrométrique des gaz. M. Ebelmen croit qu'il est préférable de recueillir le chlore dans une dissolution bien claire d'acide sulfureux mêlé de chlorhydrate de baryte, procédé qu'il a décrit précédemment dans les annales des mines.

EXAMEN DES EAUX MINÉRALES DES PYRÉNÉES.

MM. Pelouze et Richard font un rapport sur un travail de M. Fontan relatif à ces eaux, travail dont nous avons donné, à l'époque de sa présentation, une analyse très étendue, du moins en ce qui concerne les végétaux inférieurs qui se développent dans les eaux thermales; nous nous bornerons, en conséquence, à parler de la seconde moitié du rapport, laquelle concerne la partie chimique du mémoire.

Les sources nombreuses que M. Fontan a visitées sont situées dans vingt-deux communes appartenant aux départemens de l'Ariége, de la Haute-Garonne, des Hautes Pyrénées.

M. Fontan partage ces sources en quatre grandes séries :

1° Les sources sulfureuses;
2° Les sources ferrugineuses;
3° Les sources salines;
4° Les sources salées ou chlorurées.

Aucune ne contient, suivant l'auteur, assez d'acide carbonique libre pour devoir être considérée comme gazeuse, et c'est par méprise que l'on avait compris dans cette classe les eaux de Bagnères et d'Oudinot, car les 9/10 du gaz d'ailleurs peu abondant qui s'en dégage, soit spontanément, soit par l'ébullition, sont de l'azote.

Les sources sulfureuses sont les plus nombreuses et les plus importantes. Ce sont aussi celles que M. Fontan a examinées avec le plus de soin. Elles appartiennent à deux groupes très distincts. Tantôt, et c'est le cas le plus fréquent, elles présentent le principe sulfureux dans tous les points de leur cours; tantôt elles n'acquièrent ce caractère que par leur passage à travers des matières organiques en décomposition. Les premières sont des eaux sulfureuses *naturelles*; les secondes sont accidentelles.

Les eaux sulfureuses naturelles des Pyrénées naissent toutes dans le terrain primitif ou sur les limites de ce terrain et du terrain de transition.

Les sulfureuses accidentelles naissent toutes dans le terrain de transition, et le plus souvent dans le secondaire comme dans le tertiaire.

Leur composition chimique est toujours très différente.

Les eaux sulfureuses accidentelles sont en général froides, ou si elles sont chaudes on trouve à côté la source saline chaude qui décèle leur origine.

M. Fontan cite plusieurs exemples remarquables de la rapidité avec laquelle une eau primitivement saline peut se transformer en une eau sulfureuse accidentelle. Il démontre qu'il suffit pour cela qu'elle soit en contact quelques heures avec de la tourbe ou de la sciure altérée. Il proscrit avec raison de la thérapeutique ces eaux bourbeuses et infectes, ces infusions de vase dont maint médecin abreuve impitoyablement ses malades.

Ce qu'il y a de véritablement neuf et d'original dans la partie chimique du travail de M. Fontan se rapporte à la nature du principe sulfureux des eaux naturelles des Pyrénées, et à quelques phénomènes jusqu'ici mal connus qu'elle présente.

Des analyses nombreuses lui ont appris que les sources les plus riches en principe sulfureux sont situées auprès des vallées les plus longues et des montagnes les plus élevées. Il a joint à son mémoire un tableau comparatif de la hauteur des montagnes primitives en face desquelles on trouve les sources et la quantité du soufre en combinaison dans ces eaux.

Toutes les personnes qui ont visité les sources des Pyrénées ont pu remarquer combien les propriétés physiques de leurs eaux sont susceptibles de variations. Celles de Bagnères de Luchon blanchissent; celles d'Aix deviennent bleuâtres, celles de Cadeac lactescentes; les eaux de Molich louchissent.

Beaucoup de chimistes, et particulièrement Bayen en 1766, ont vainement cherché la véritable cause de ces phénomènes. M. Fontan parait l'avoir découverte.

L'eau de la Reyne, à Bagnères de Luchon, de transparente et d'incolore qu'elle est à sa source, devient jaunâtre sans perdre sa transparence, puis blanche et opaque, pour redevenir encore une fois incolore et transparente. Cette eau contient l'hydrosulfate de sulfure de sodium, et tant que ce sel n'est pas altéré l'eau reste incolore. Devient-elle jaunâtre, elle doit cette couleur au polysulfure de sodium résultant de l'action de l'air sur l'hydrosulfate de sulfure, et jusque-là pas de trouble.

L'air affluant de nouveau plus librement et en plus grande quantité, le polysulfure de sodium se détruit, une partie du soufre qu'il enfermait devient libre, se sépare, et de là vient le blanchiment des eaux de Bagnères de Luchon. Peu à peu le soufre se dépose, et, comme c'était la seule cause du trouble de l'eau, celle-ci redevient transparente; elle redevient également incolore, car elle ne contient plus de polysulfure de sodium.

Les phénomènes de coloration ou de précipitation offerts par les autres eaux des Pyrénées sont dus à des causes semblables. On en peut dire autant de certaines réactions du mélange de quelques-unes des eaux des Pyrénées.

Lorsque l'eau de la source de la Reyne est devenue blanche, elle reperd sa transparence par l'addition de l'eau de la Grotte, et leur mélange conserve une couleur jaune-verdâtre. Dans ce cas, l'hydrosulfate de sulfure de sodium de l'eau de la Grotte dissout le soufre de l'eau de la Reyne, qui s'était précipité; il se forme une quantité de polysulfure auquel le nouveau mélange doit sa coloration.

L'auteur déduit de ces altérations diverses du principe sulfureux des eaux des Pyrénées des conséquences qu'il considère comme importantes dans l'application de ces eaux à l'art de guérir. Il est certain que si c'est au soufre tenu en dissolution qu'il faut rapporter les propriétés médicales de ces eaux, il est fort utile de la suivre partout comme l'a fait M. Fontan, et aujourd'hui, grâce à ses expériences, la chose est devenue plus facile.

M. Fontan a observé, dans la fontaine dite d'Angoulême, à Bagnères de Bigorre, une substance qui avait échappé aux nombreux chimistes qui avaient fait avant lui l'analyse de l'eau de cette source. Cette substance est l'*acide crénique*. C'est à sa présence qu'est due la dissolution du fer qu'on rencontre en quantité considérable dans la source d'Angoulême. Cette observation est d'autant plus intéressante qu'on ne savait jusque-là à quelle circonstance attribuer la solubilité de l'oxide de fer de la source d'Angoulême.

M. Fontan insiste sur l'importance qu'il y a à tenir compte de la température dans l'action des bains d'eau thermale, action qui, dans quelques cas, doit avoir selon lui tous les honneurs de la cure; il signale des sources qui produisent des résultats analogues dans certaines maladies, parce qu'elles ont la même température quoique leur composition chimique soit tout à fait différente, tandis que des eaux dont la composition est la même, produisent des effets qui varient avec leur température.

En résumé, le mémoire de M. Fontan renferme un grand nombre d'observations diverses faites avec persévérance et précision. Nous le croyons digne de l'approbation de l'Académie, et nous avons l'honneur de lui proposer d'engager l'auteur à poursuivre ses recherches sur tout ce qui peut éclairer l'histoire des eaux minérales des Pyrénées, en suivant toujours, comme il l'a fait jusqu'ici, la voie de l'observation et de l'expérience. Ces conclusions sont adoptées.

SÉANCE DU 10 SEPTEMBRE.

DES ÉPONGES ET DES SPONGILLES.

L'Académie avait chargé MM. Audoin et Turpin de prendre connaissance de faits annoncés par M. Dujardin, comme pouvant servir à fixer définitivement l'opinion des naturalistes sur la végétabilité ou l'animalité des spongilles et de la grande famille des éponges en général. M. Turpin lit aujourd'hui un rapport à ce sujet. Après avoir rappelé les discussion des principaux auteurs sur la matière, après avoir démontré l'impuissance de nos classifications et l'impossibilité de séparer nettement le règne végétal du règne animal, après avoir prouvé qu'il existe, au bas de l'échelle des êtres, une classe qui participe aux caractères des deux genres, et qu'on pourrait appeler *végéto-animale*, M. Turpin continue ainsi : « M. Dujardin, en analysant au microscope de petites portions de la masse entière et polymorphe d'une spongille, est arrivé à démontrer clairement qu'une spongille, comme toute autre éponge, étant considérée dans sa partie vivante et non dans ses spicules siliceuses et entrecroisées, n'est qu'une agglomération composée d'un nombre considérable de petits individus vivans, contractiles et extensibles, et dont les mouvemens particuliers réunis donnent lieu au mouvemens général que l'on observe à la surface de la spongile et des éponges à leur état de vie; ainsi, pour nous servir d'un exemple exact, les mouvemens particuliers d'un grand nombre d'animaux vus de très loin, en se confondant entre eux, ne nous offriraient qu'un mouvement général ou d'ensemble qui nous paraîtrait résulter aussi d'une sorte de grand être membraneux appliqué sur le sol.

» Ces individus mobiles, dont M. Dujardin nous a rendus témoins, consistent en des globules vésiculeux, incolores, translucides et remplis de globulins blancs d'abord, puis verdis par l'action de la lumière, lesquels globulins, comme dans la plupart des tissus cellulaires végétaux, produisent par leur réunion la couleur verte des spongilles adultes vues à l'œil nu. Jusque-là l'organisation de la spongille serait purement végétale; mais ici commence l'importance de la découverte de M. Dujardin. Les individus vésiculeux et composant des masses spongillaires, au lieu d'être immobiles comme les vésicules des tissus cellulaires végétaux, sont animés et doués en même temps d'un mouvement irrégulier de dilatation et de contraction analogue à celui que l'on connaît chez les amibes, les arcelles, les difflugies et autres animalcules solitaires et protéiformes, et cela à tel point de ressemblance que l'on pourrait presque dire que ces animacules sont des spongilles en désagrégation, ou que les spongilles, semblables aux abeilles agglomérées en essaim, ne sont que des amas de ces animalcules.

» Ce caractère de contraction et d'extension protéiforme des individualités composantes des spongilles suffirait seul pour prouver l'animalité de cette production; mais il en est un autre qui achève la conviction. Ces vésicules, ou plutôt ces animalcules captifs, agrégés et sociétaires, sont au moins ceux situés aux surfaces de la masse spongillaire, munis de filamens excessivement ténus, analogues à ceux d'un grand nombre d'infusoires, filamens ondulatoires

qui, par leurs mouvemens répétés, déterminent celui de l'eau et des molécules nutritives qui avoisinent la spongille. Ces filamens ondulatoires et les dilatations protéiformes des animalcoles, agrégés en spongilles, jetteront un grand jour sur l'organisation et la physiologie des théties, des éponges en général, et on peut dire sur toutes les masses tissulaires dont sont formés tous les corps organisés, puisque ces masses ne se composent que d'individus élémentaires doués chacun de son centre vital particulier.

» Les individus contractiles et protéiformes dont l'assemblage constitue la spongile fluviatile seraient-ils doués aussi, durant les premiers temps de leur existence, d'un certain pouvoir locomoteur? Jouiraient-ils aussi de l'isolement, avant de s'agréger en une nouvelle et jeune spongille? C'est ce que les commissaires croient pouvoir assurer; car le rapporteur a vu que les coques globuleuses et reproductives de l'espèce, sorte de coques oviformes, renferment un grand nombre de globules qui se meuvent activement et solitairement, et qui lui paraissent, à n'en point douter, de jeunes animalcules destinés à former, en s'agrégeant, le début d'une nouvelle spongille.

»Quoi qu'il en soit, les deux faits importans découverts par M. Dujardin, celui de la contraction et de la dilatation protéiforme propre à chacun des animalcules composans, et celui des filamens ondulatoires de ces animalcoles sont non seulement explicatifs des mouvemens généraux de la spongille, mais, en outre, comme le pense l'auteur, ils suffisent grandement pour prouver l'animalité de cette production polymorphe, ainsi que celle des éponges, de manière à pouvoir être considérées, dans leurs parties molles et vivantes, comme de véritables agrégations constantes d'animalcules distincts, analogues aux *amibes*, aux *arcelles*, aux *difflugies*, et dont on ne peut les séparer dans la classification, plus qu'on ne fait par exemple pour les ascidies simples ou solitaires qui seulement précèdent les ascidies agrégées ou composées.

» Ces faits, dit M. Turpin, que nous avons vérifiés, avec tout l'intérêt qu'ils méritent, et dont la preuve se trouve dans les figures détaillées que nous avons faites et que nous avons l'honneur de mettre sous les yeux de l'Académie, nous paraissent éminemment propres à fixer définitivement l'opinion des naturalistes sur la véritable structure composée de la spongille fluviatile, à éveiller leur attention sur l'étude de l'*individualité* chez les corps organisés et sur celle de la vie organique, soit à son début, soit dans un état plus avancé, puisqu'elle aussi est la résultante des vies plus simples agglomérées et diversement combinées. De plus, ces faits nous font vivement désirer de les voir compléter, afin de s'assurer si, comme le croit votre rapporteur, les globules verts contenus dans les animalcules de la spongille sont en même temps les corps producteurs des individus nouveaux qui servent à l'augmentation de la masse spongillaire.»

M. le rapporteur conclut à ce que l'Académie engage M. Dujardin à poursuivre avec constance ses observations, dignes d'exciter l'intérêt des personnes qui attachent de l'importance à connaître les lois de l'organisation et de la vie. Ces conclusions sont adoptées.

CIRCULATION DANS LES PLANTES.

M. Shultz, à qui l'Académie a décerné le grand prix de physique pour un mémoire sur la circulation des plantes, lit un nouveau travail qui est le complément du premier, et où il rectifie les erreurs dans lesquelles sont tombés les auteurs qui ont eu occasion de traiter le même sujet.

Commissaires, MM. de Mirbel et Adolphe Brongniart.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 11 SEPTEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. MOREAU.

BUSTE DE PORTAL A L'ACADÉMIE.

L'Académie vient de placer dans la salle de ses séances le buste de Portal en marbre, exécuté par l'habile scalpel de M. David. Ce buste est un cadeau que l'Académie a reçu par madame Lamourier, fille de l'illustre auteur de l'*Anatomie médicale*. Portal est représenté en habit de l'Institut, avec ses croix et le cordon de la Légion-d'Honneur; il est très ressemblant, quoique rajeuni sous le scalpel de M. David. L'Académie a nommé une commission spéciale composée d'autant de membres qu'il y a de sections pour se rendre auprès de madame Lamourier, et la remercier au nom de la compagnie.

M. Shultz, de Berlin, présent à la séance, est invité à signer la feuille de présence.

REVACCINATIONS.

M. Bousquet communique à l'Académie l'extrait d'un travail consigné dans la *Gazette médicale de Berlin*, pour l'année 1837, concernant les revaccinations opérées dans les armées prussiennes. Les sujets sont au nombre de 47,268. Sur ce nombre, 21,308 ont présenté des pustules excellentes. Chez les autres, les piqûres ont donné des boutons bâtards ou rien. Une troisième vaccination a été pratiquée dans la seconde catégorie d'individus, et l'on a obtenu de bonnes pustules chez un assez grand nombre, malgré que leurs cicatrices anciennes présentaient tous les caractères de la bonne vaccine.

Depuis ces revaccinations, plusieurs épidémies de variole ou de varioloïde ont eu lieu dans plusieurs localités du royaume de Prusse, et l'on a observé qu'aucun des individus chez lesquels la revaccination avait bien pris n'a été saisi par l'épidémie, et que ce sont les autres, au contraire, qui n'avaient point été revaccinés, ou chez lesquels la seconde vaccination n'avait pas pris, qui ont été frappés par le mal.

M. Dubois (d'Amiens) : Vous voyez, Messieurs, que les faits de revaccination prennent une telle extension que l'Académie ne peut plus rester indifférente. Je renouvelle la proposition que j'ai faite dans la dernière séance, savoir : que la même commission qui vous a lu la réponse à faire à l'autorité sur la question des revaccinations, soit priée de faire un travail complet et scientifique sur la matière.

M. Londe : La question me paraît trop grave pour ne pas la traiter avec toute la profondeur qu'elle mérite. Vous voyez que la réponse de la commission au ministre n'est pas telle qu'elle aurait dû être, puisqu'elle n'est point basée sur l'appréciation de tous les faits. Je demande que si cette réponse n'a point été envoyée on en suspende l'envoi jusqu'à ce que le sujet soit mieux mûri dans le sein de l'assemblée. (Appuyé.)

M. le président répond que la réponse n'étant point encore envoyée à l'autorité, le bureau acquiesce à la proposition de M. Londe.

M. Devilliers : Pour répondre à la proposition de M. Dubois (d'Amiens), je dirai à l'Académie que je ferai dans la prochaine séance le rapport des vaccinations de 1837, où la question des revaccinations sera traitée comme elle le mérite. Dans la discussion qui s'ouvrira à cette occasion, tous les membres qui désirent y prendre part pourront faire connaître leur manière de voir.

M. Bricheteau fait un rapport peu favorable sur un travail de M. Gondret sur la révulsion. (Archives.)

NÉVRALGIES.

M. Bally lit un rapport sur un travail de M. Sandras, intitulé : *Histoire des névralgies.*

L'auteur admet quatre variétés de névralgies, d'après la nature de leurs causes : 1° hygiéniques; 2° locales; 3° générales; 4° internes. Il passe en revue ces différens modes pathologiques dans les différentes régions du corps, à la tête, à la face, à la tempe, aux dents, dans le système musculaire, dans les viscères, etc., et expose les particularités symptomatologiques que chacune de ces variétés présente. Il arrive enfin à leur traitement. Ici M. Sandras établit une foule de distinctions basées sur les conditions de la névralgie et l'état particulier de l'organisme. Les saignées, les vésicatoires, le sulfate de quinine, l'aconit, la morphine, les bains de vapeur, etc., etc., peuvent être utiles dans certains cas, nuisibles dans d'autres. L'auteur termine son mémoire par des considérations de philosophie médicale.

Conclusion. Envoi du mémoire au comité de publication pour en faire un extrait dans le *Bulletin* de l'Académie.

ESQUINANCIES.

M. Girardin, membre correspondant, lit une note sur l'avantage des scarifications dans le traitement des esquinancies. Quelle que soit l'espèce d'angine à laquelle on a affaire, tonsillaire ou laryngée, simple ou compliquée, légère, intense ou maligne, l'auteur a trouvé que le moyen le plus efficace pour juguler promptement la maladie était de pratiquer des scarifications dans l'arrière-bouche, sur les amygdales, sur la muqueuse du pharynx, à l'aide d'une lancette ou d'un pharyngotome caché. On détermine de la sorte une évacuation locale de sang, qui soulage instantanément les malades et suffit le plus souvent pour les guérir en un ou deux jours. Quelquefois on est obligé de répéter les scarifications le lendemain; rarement on a besoin d'y revenir pour la troisième fois. Il va sans dire que si le mal a une grande intensité, il faut commencer par pratiquer une saignée du bras. Le nombre des mouchetures doit varier selon l'intensité et l'étendue de la maladie. L'auteur pose en fait que, dans la maladie en question, les sangsues qu'on a l'habitude d'appliquer autour du cou sont plutôt nuisibles qu'utiles; et qu'il en est de même des insufflations de poudre d'alun, alors surtout que le mal a pour siége les amygdales.

RÉTRÉCISSEMENS DE L'URÈTRE.

M. Leroy d'Étiolle lit un mémoire sur ce sujet. Il commence par faire sentir les lacunes essentielles d'anatomie pathologique qui existent sur ce point de chirurgie; il passe ensuite à l'examen d'une question importante, savoir, quelle est la conduite à tenir alors qu'il y a rétention urinaire par rétrécissement urétral que le cathétérisme ordinaire ne peut franchir? Trois ressources se présentent, la cystocentèse, la boutonnière et le cathétérisme forcé. M. Leroy rejette les deux premières comme dangereuses, et donne la préférence au cathétérisme forcé. Le cathétérisme forcé que M. Leroy conseille il l'appelle *par pression soutenue*, et consiste à forcer doucement l'obstacle à l'aide d'une puissance modérée et continue. Des heures entières, des journées même, dit-il, sont nécessaires quelquefois avant de franchir l'obstacle.

Vient ensuite la question du volume et de la forme de la sonde pour pratiquer l'opération dont il s'agit. L'auteur établit à ce sujet des distinctions d'après la nature, le siége et la résistance du rétrécissement; il adopte telle ou telle sonde selon l'espèce de rétrécissement et paraît n'exclure que les seules sondes de M. Mayor qu'il croit dangereuses dans ces cas. Tantôt c'est la sonde conique de Boyer qui convient, tantôt une sonde ordinaire d'enfant; dans d'autres cas la sonde à trousse ordinaire. M. Leroy emploie aussi dans quelques circonstances des sondes à substitution dont il montre un échantillon à l'Académie.

Lorsque l'obstacle n'est point franchissable par la pression soutenue, M. Leroy préfère la ponction de la prostate par l'urètre à la cystocentèse ordinaire et à la boutonnière.

Nous laissons à l'auteur la responsabilité de ces opinions, et nous nous proposons de revenir sur son travail lorsqu'un rapport sera fait à l'Académie.

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

NOUVEAUX ÉLÉMENS D'HYGIÈNE; par Charles Londe, membre de l'Académie royale de médecine, etc. — Deuxième édition.

L'hygiène est le côté populaire de la médecine; elle en est aussi la

portion la plus réelle et la plus efficace. Le sarcasme, qui est en France une tradition en place de beaucoup d'autres, n'a pas encore désarmé devant la médecine; s'il se convertit en éloge pour la science, il s'attache encore, vif et mordace, à l'art; il n'épargne pas plus les mirifiques opérations des guérisseurs que les miracles religieux. Mais l'hygiène est respectée, l'hygiène est une sorte de religion que fortifie l'unanime adhésion des esprits. Par malheur, elle a aussi cela de commun avec les religions qu'elle compte beaucoup plus d'oisifs approbateurs que de zélateurs ardens à la pratique. De tout temps, l'hygiène a été célébrée par les philosophes, par les moralistes, par les médecins; ses exigences, plus ou moins comprises, ont trouvé dans les premiers législateurs d'impérieux interprètes; ses prescriptions se sont pétrifiées dans les dogmes du sanctuaire, ou se sont fait lire sur les tables d'airain de la loi nationale; et, par un contraste qui n'appartient pas seulement à l'hygiène, c'est aux époques de corruption morale et de décadence physique qu'elle a particulièrement alimenté la sentencieuse abondance des écrivains. Les âges d'ignorance et de société nomade, que les historiens comprennent sous le titre d'époque patriarcale, nous offrent une sorte d'hygiène instinctive, l'observance spontanée de ses préceptes. Alors, de science point; de livres encore moins; mais les maladies sont rares, la longévité merveilleuse, les besoins limités, les organisations, de père en fils, vivaces et rudes. Quand Cicéron, cet encyclopédiste des bords du Tibre, trace une si ample définition de l'hygiène (1), limite la mesure des soins corporels, et fulmine contre les excès; quand Sénèque disserte, l'hygiéniste maussade, sur la brièveté de la vie (2), oh! alors ne cherchez plus la pratique instinctive des règles hygiéniques, les mœurs ne sont plus une traduction de la nature; mais la luxure romaine insulte aux lois conservatrices de la vie et imprime au front des générations infirmes qui s'élèvent le stigmate de la dégradation paternelle.

Ce que l'hygiène, surtout l'hygiène publique, possède en France de travaux et de publications ne remonte guère au-delà de notre siècle, et quelle époque pourtant se montra plus réfractaire à ses prescriptions? Quoi de moins hygiénique que nos usages, et je dirai presque nos institutions? Vêtemens, nourriture, récréations, habitudes domestiques, obligations sociales, toute notre existence, flottante et travaillée, ressemble à une gageure; on dirait que nous avons entrepris de nous conserver à l'encontre de toutes les mesures que nécessite le soin de notre conservation. La mode nous étreint de ses capricieuses inventions et nous oblige à muer tous les six mois; la fraude assiège nos tables et frustre nos organes des matériaux nécessaires à leur nutrition ou les convertit en poison. Les institutions publiques de l'antiquité, telles que le forum, les thermes, les gymnases, les théâtres nationaux en plein air, ces institutions qui exerçaient et reposaient tour à tour, dans un ordre harmonieux, les facultés physiques et morales d'un peuple, ont fait place à des systèmes qui annulent la vie publique ou la concentrent dans une sphère de stériles passions et d'irritantes puérilités. L'industrie, en dotant certaines classes d'un surcroît de jouissances et de bien-être, condamne une partie de nos populations à l'atteinte permanente de causes morbifères d'un nouveau genre et multiplie dans notre atmosphère les foyers d'insalubrité. L'éducation littéraire et scientifique, forcée de s'élever et de se dilater avec les connaissances qui lui servent de fondement, monte le cerveau de notre jeunesse au ton d'une fiévreuse énergie. Le génie, condamné à créer à la suite des littératures antérieures, qui ont épuisé les sources de la pensée et les nouveautés de la forme, se tourmente dans les replis d'une maladive fantaisie et réfléchit sur les esprits qui lui demandent le pain quotidien de leur lecture, l'ardeur de ses conceptions malsaines. Tel est le moment hygiénique de notre société, sans compter les mutations politiques et le déplacement violent des intérêts; deux conditions assez peu favorables au maintien de cet équilibre idéal des fonctions, à ce placide et fortuné balancement de tous les actes organiques, qui est le rêve des hygiénistes et l'utopie des auteurs de physiologie.

Nouveau contraste! Nous venons d'entasser, en peu de lignes, les principales causes qui éloignent notre époque de l'observation hygiénique. Eh bien! en face de ce tableau se place un fait qui nous interdit le regret du passé et confond la verve hargneuse des contempteurs de notre société, un fait qui projette à travers les oppositions et les chocs de notre vie sociale une lueur providentielle, c'est à savoir, l'augmentation progressive de la moyenne de la vie humaine. On vit plus longtemps, par ce temps de perturbation physique et morale, qu'aux jours vantés de la civilisation antique, qu'au temps des athlètes et des gladiateurs, des cirques et des palestres; à coup sûr, il y dans ce fait une protestation contre le thème que nous avons développé plus haut aux dépens de notre siècle; l'hygiène n'est donc pas si méconnue, si honnie de nos jours! l'hygiène n'est donc pas morte avec les âges primitifs, avec les institutions de Sparte et d'Athènes! Chacun d'entre nous porte dans les plis de son front une meilleure chance de longévité que les sobres concitoyens de Lycurgue, et pourtant notre législation ne règle pas le nombre et la qualité des plats de notre dîner; nous ne nous débarrassons point par les noyades de nos enfans boiteux et contrefaits; loin de là, la médecine se fait ingénieuse pour les conserver. En un mot, nous laissons subsister parmi nous tous les élémens de population qui peuvent faire incliner le plateau de la mort et restreindre la durée moyenne de la vie générale, et, encore une fois, la mesure des jours qui nous sont comptés a grandi. D'où je m'empresse, logicien non prévenu, de tirer une double conclusion : 1° l'hygiène s'est portée dans notre moderne société de l'individu à la masse; à part quelques institutions dont le but était encore plus militaire on *nationaliste* que hygiénique, qu'a fait l'antiquité pour la masse, pour le peuple, pour la cité? Nos réglemens de voirie grande et petite, nos marchés publics, nos canaux, nos fontaines, nos constructions, nos hospices, etc., exercent une autre influence sur la santé publique que les athlètes frottés d'huile ou les chars roulant dans une noble poussière; et, pour ma part, je préfère l'institution de saint Vincent de Paul, ou celle des inspecteurs de la Poissonnerie et de la Halle aux fruits, à toute l'économie législative du grand Lycurgue, voire même à la république de Platon. 2° Ma seconde conclusion, et c'est par là qu'il eût fallu commencer, c'est que l'hygiène existe, c'est qu'elle n'est pas un vain mot, c'est qu'elle parle par ses résultats.

Mais l'hygiène est-elle une science? C'est là une question souvent renouvelée. Elle est plutôt une vertu qu'une science, a dit Jean-Jacques. Nous demandons pardon à l'auteur d'*Emile*; il confond la pratique avec la théorie. La philosophie est une science : qui le nie? La réalisation de ses dogmes conduit à la vertu : est-ce à dire que la philosophie est plutôt une vertu qu'une science? — Il y a encore une autre réponse à ce doute sur la valeur et la légitimité scientifiques de l'hygiène, c'est un bon livre où cette science se déroule, lois et faits, pratique et théorie, et cette réponse, nous la tenons à la main, en deux volumes représentant la seconde édition de l'ouvrage de M. Londe. Nous avons hâte d'en parler, avant que la faveur publique, qui s'est empressée d'épuiser la première édition, devance l'expression de notre opinion et la rende inutile au lecteur, comme elle l'est sûrement au mérite de l'auteur.

Les noms d'auteurs ont un retentissement qui leur est propre et qui nous dispose diversement à la lecture de leurs produits. Ces noms, dès que la publicité les a promulgués, se classent, contractent une valeur passagère ou stable, les uns superposés sur la science dont ils empruntent le lustre, les autres identifiés avec elle et s'y déposant comme par leur propre poids; qui parle d'hygiène publique doit nommer Parent-Duchâtelet et Villermé. Si l'on traite d'hygiène appliquée, d'hygiène élémentaire et classique, c'est justice que de signaler M. Londe. Et cependant M. Londe ne s'est pas enfoncé dans des recherches originales; il n'a pas spéculé sur le paradoxe; la statistique n'a pas fonctionné entre ses mains et payé son tribut de chiffres obligés; sais-je seulement s'il a fouillé dans les fécondes entrailles de l'idiome hellénique pour en extraire quelque néologisme inoui, quelque polysyllabe plus ou moins euphonique.

Grands mots que Pradon croit des termes de chimie,

et qui, s'ils ne sont que peu neuve à vieilles idées, ont du moins le mérite de prouver l'aptitude de l'auteur à feuilleter le dictionnaire de feu M. Planche. Donc, la prétention de créer a manqué à M. Londe; mais en revanche, il a apporté dans l'étude de l'hygiène les façons d'un esprit logique, un grand fonds de bon sens et un jugement sévère. La science a besoin de ces esprits droitiers, comme dit Montaigne, qui se chargent du triage des matériaux accumulés et séparent le bon grain de l'ivraie. Les investigations spéciales, les monographies où s'est épuisée une existence de savant, les mémoires originaux, les expériences ajoutées aux expériences, tout cela n'est souvent qu'un riche fumier : vienne l'analyse qui le scrute et l'explore, qui recueille avec discernement et distribue avec méthode les trésors ensevelis : alors seulement la science s'organise sous le doigt de l'écrivain habile; elle reçoit de lui comme une seconde création. Ainsi a fait M. Londe. Il s'est approprié, de par le droit de l'analyse, les nombreux matériaux qui ont enrichi l'hygiène dans ces vingt dernières années; il les a disposés dans un ordre qui en facilite l'énumération; il a commenté, discuté, classé, sur une échelle d'importance et de vérité, les faits et les assertions émises par le peuple des écrivains, les documens semés dans les recueils périodiques; il a prélevé sur les in-folio comme sur les fugitives dissertations de concours, sur le passé comme sur l'actualité, un impôt proportionnel au talent ou à la gravité des auteurs : de ce travail est sorti un traité d'hygiène qui mérite, à notre avis, la première place

(1) *Valetudo sustentatur notitia sui corporis, et observatione quæ res aut prodesse soleant aut obesse.* De Offic.

(2) *De brevitate vitæ*, caput 1.

parmi les publications élémentaires que cette science a fait éclore. Il est un éloge que nous voulons tout d'abord énoncer à l'encontre de cet ouvrage, parce que cet éloge est une critique pour une classe d'écrivains. Tel ouvrage, consacré à l'exposition d'une branche des connaissances médicales, circule sous un vent de faveur et a contracté comme par le frottement des mains un vernis classique; si vous le parcourez, point d'appréciation, point de jugement; une série, deux séries, vingt séries de faits divers; un fidèle enregistrement de toutes les opinions; quant à l'auteur, il s'efface modestement; et après avoir dressé sur la scène scientifique cette charpente bigarrée des décorations de tous les temps, après avoir fait dialoguer, controverser les héros ressuscités de tous les âges, son tour de parole venu, il bégaie, il hésite, il s'excuse et disparaît. On est allé jusqu'à louer cette réserve systématique, enveloppée de formules qui sont devenues proverbiales. Pour nous, nous y voyons un grand mal; un livre qui aspire aux honneurs classiques, un livre qui sollicite le regard des générations étudiantes, doit servir de guide à leur esprit, de fil conducteur à leur chancelante incertitude. Que dirait-on d'un traité de géométrie où l'on se serait borné à rapporter les problèmes et les théorèmes, laissant au lecteur le soin d'inventer les solutions et les corollaires, sous prétexte de ne pas gêner sa liberté d'esprit? Je sais bien qu'en médecine résoudre et juger n'est pas chose aisée; mais autant que possible, les livres didactiques qui s'adressent aux élèves réclament une sage exégèse. Poser le doute sur le seuil des études médicales, le jeter aux nouveaux-venus dans la carrière en guise de salutation, c'est perpétuer des angoisses que chacun de mes lecteurs n'a que trop éprouvées. Merci donc à M. Londe d'avoir congédié ces scrupules qui annulent la raison, d'avoir renoncé à ce scepticisme exagéré qui tue le fait, à peine après l'avoir émis, qui étouffe la règle dans les exceptions, qui semble chercher le doute à travers les chiffres et les faits, et ne se sentirait pas, devant l'évidence même, le courage de la conclusion. Une critique un peu décisive nous paraît d'autant plus opportune dans l'hygiène, qu'elle a fourni depuis quelque temps matière à paradoxes; des résultats hasardés ou contradictoires ont essayé de s'y loger, il faut que la critique les en repousse. Sous ce rapport, nous notons avec plaisir un progrès dans cette seconde édition. Les jugemens que M. Londe avait semés dans la première, dictés en général par une intelligence sagace, accusaient cependant une allure systématique, la préoccupation d'un ordre d'idées peut-être un peu exclusives. Ce défaut, à peine aperçu dans la première édition, a disparu de la seconde; ou du moins notre myopie de censeur n'a pas réussi à l'y constater.

Deux ordres de sciences concourent à former l'encyclopédie médicale; les unes reposant sur une somme de faits homogènes, se déduisant en multiples ramifications d'une seule et même souche, et présentant dans leur distribution naturelle le cadre de leur étude; telles sont l'anatomie, la physiologie, la chimie; les autres, assemblage de matériaux divers, sciences de pièces et d'emprunts, de combinaisons et d'applications, et laissant à l'écrivain, au professeur qui les expose, le souci de la méthode et le mérite de la classification : telles sont la médecine légale, l'hygiène. Parmi les nombreux auteurs qui ont écrit sur cette dernière branche, les uns n'ont suivi aucun ordre régulier; les autres se sont assujétis à des cadres plus ou moins complexes. Le plan de l'illustre Hallé effraie par ses proportions colossales et déroute la mémoire par la multiplicité des coupes et des divisions. Fourtelle, Barbier, Sinclair, Willich ont morcelé à leur guise le vaste domaine de l'hygiène. Le premier qui ait employé l'ordre anatomo-physiologique, c'est M. Londe, et nous ne comprenons pas que l'auteur du *Cours élémentaire d'hygiène* lui dispute cet avantage; il suffit de jeter un regard sur le tableau du cours de M. Rostan, pour reconnaître que les divisions par appareils organiques n'y interviennent que secondairement : matière, moyens, règles de l'hygiène, telle est la trilogie didactique de M. Rostan, déguisée sous d'autres dénominations. L'idée du plan développé par M. Londe appartient à Moreau de la Sarthe; l'application de cette idée, poursuivie avec netteté et précision, est un des mérites de l'ouvrage de M. Londe; elle lui a permis, en effet, de produire sans redite ni confusion tous les préceptes de la science, d'en scruter tous les détails, d'en parcourir tous les échelons, depuis les trivialités intimes de l'hygiène privée jusqu'aux plus hautes considérations de l'hygiène sociale. A vrai dire, cette méthode d'exposition est contenue virtuellement dans la définition même de l'hygiène, telle que M. Londe la propose. Tous les auteurs ont répété qu'elle a pour but de conserver la santé : « L'hygiène, d'après M. Londe, a pour objet de diriger les organes dans l'exercice de leurs fonctions. » Comme science, elle discute le mode de cette direction; comme art, elle en accepte le soin. Dès-lors, il s'agit d'interroger, d'après la marche ordinaire, les exigences physiologiques de chaque organe, de chaque appareil, d'apprécier les influences qui en favorisent le jeu normal, les causes qui l'exagèrent, l'entravent ou le pervertissent; les applications hygiéniques découlent, par une tacite induction, de cet examen successif; toutes les questions, grandes et petites, que les hygiénistes agitent, se rencontrent sur ce chemin; à chaque organe ses modificateurs; l'examen du mode d'action de ceux-ci, et leur appréciation quant à la santé, voilà l'hygiène. S'agit-il de l'appareil respiratoire, l'auteur nous déroule toutes les considérations relatives à l'air, aux effluves, aux émanations, etc. L'étude hygiénique des fonctions des organes sécréteurs conduit à l'examen des effets de la lumière, du calorique, du froid, des bains pris à différentes températures, des pratiques cosmétologiques, des vêtemens, etc. La clarté et la simplicité sont les avantages de ce plan; le retour des mêmes subdivisions dans l'examen hygiénique de chaque fonction facilite le travail de la mémoire; de plus, le lecteur est sans cesse ramené à la considération de l'organisme, des phénomènes qui s'y passent, des conditions matérielles dont ces phénomènes dépendent; l'auteur inflige à ses lecteurs les habitudes positives de son esprit.

L'ouvrage est composé de deux parties principales : la première traite de la direction des fonctions qui fondent et maintiennent les rapports de l'homme avec le monde extérieur, dans l'intérêt de sa conservation et de son perfectionnement comme homme et comme espèce; quatre sections correspondant à la direction des sens externes, des facultés morales et intellectuelles, des mouvemens musculaires volontaires, et du sommeil, qui n'est qu'une intermittence plus ou moins complète, plus ou moins prolongée des actes de la vie relative. L'hygiène de la vie organique remplit la deuxième partie qui traite 1° des fonctions pour lesquelles tout être vivant absorbe dans sa propre trame des élémens étrangers qui servent à son accroissement et à sa réparation; 2° des autres fonctions qui ont pour but de débarrasser l'économie des matériaux devenus impropres à sa nutrition, ainsi que du produit à terme de la conception. Avant d'aborder cette enquête hygiénique de chaque fonction, l'auteur esquisse, dans des prolégomènes qui nous ont paru trop écourtés, les circonstances qui différencient les applications des règles d'hygiène. Il les note dans l'ordre suivant : 1° les tempéramens; 2° les idiosyncrasies; 3° la force; 4° les âges; 5° les sexes; 6° les habitudes; 7° les professions; 8° les climats; 9° les saisons; 10° les dispositions héréditaires; 11° certains états de l'économie compatibles avec la santé, mais exigeant des précautions particulières dans l'application des règles d'hygiène. Ce sont là autant de circonstances que le médecin ne saurait perdre de vue; car il en est de l'hygiène appliquée comme de la médecine pratique : elle est toute dans les individualités. Nous regrettons que M. Londe n'ait pas cru devoir donner plus de développement à cette importante partie de son livre. La crainte d'un écueil l'a jeté dans un autre. Effrayé sans doute, et à juste titre, des prolixités et des hors-d'œuvre de certains ouvrages soi-disant classiques, il s'est interdit toute incursion dans le domaine des autres branches de la médecine, qui fournissent des matériaux à l'hygiène, ou traitent de l'étude de l'homme; mais il est tel sujet où l'hygiène et la physiologie s'unissent si étroitement, qu'on ne saurait, sans le mutiler, le traiter exclusivement avec les données d'une seule de ces deux sciences. Cinq lignes consacrées aux sexes, sous le point de vue hygiénique, ne sollicitent même pas les inductions supplémentaires du lecteur; l'influence si variée, si profonde des habitudes, se laisse à peine soupçonner dans l'esquisse haletante d'une demi-page. Et les professions, quel immense tableau dont l'hygiène s'est à peine aventurée jusqu'aujourd'hui à ébaucher quelques parties! Par cela même que le plan, d'ailleurs excellent, qu'a suivi M. Londe, l'obligeait à fondre ensemble, non sans quelques sacrifices, l'hygiène privée et l'hygiène publique, il convenait d'insister dans les prolégomènes sur la question des professions. M. Londe nous répond : « Toutes les professions, quelles qu'elles puissent être, tirent leur origine et leur caractère distinctif, soit de l'exercice particulier de certains organes ou systèmes d'organes, soit de l'impression que fait sur certains organes ou systèmes d'organes la répétition de certains modificateurs. » (T. 1, p. 7.) Erreur ou subtilité. Une profession se compose d'une somme de modificateurs qui frappent un grand nombre d'organes; les uns directement; les autres par voie sympathique. Il est même peu de professions dont l'influence ne se généralise dans l'économie et ne lui imprime un cachet spécial. Nous ne consentons pas à ne voir, avec M. Londe, dans la profession d'homme de lettres, par exemple, que l'exercice de certaines parties du cerveau, coïncidant avec une inaction plus ou moins complète des autres organes. Nous demanderons si l'homme de lettres digère comme l'ouvrier; si les fonctions d'hématose et de circulation ne sont pas fréquemment modifiées chez lui par sa sensibilité vibratile à tout vent d'émotion; si son sommeil, sillonné par les rêves, demi-repos du feu sous la cendre, ressemble au sommeil du portefaix, etc. Il fallait donc faire une plus large place à la question des professions, s'enquérir de leur influence sur le moral, sur les habitudes, sur la durée moyenne de la vie; la collection des ouvriers appartenant à tel ou tel métier forme une grande individualité qui demande à être étudiée à part; il y a un sens hygiénique dans le fait social des corporations des arts et métiers, fait que la tendance unitaire du mouvement civilisateur a aboli chez nous comme tant d'autres; mais qui

subsiste encore dans plusieurs états européens, et qui a si longtemps dominé l'organisation hiérarchique de la société, qu'il y faut bien supposer une valeur à la fois morale et physique. A chaque classe d'ouvriers leur régime, leur atmosphère, leurs mœurs, leur train d'idées et d'esprit, leurs maladies, leur moyenne biotique, espèce de fatalité que stipule avec eux la société qui utilise leurs forces. Une revue concise des principales professions nous eût semblé bien placée dans cette partie du livre de M. Londe, d'autant qu'elles ne se retrouvent, dans le cours de l'ouvrage, que par fragmens et lambeaux, à l'occasion de chaque appareil organique. Même lacune quant aux climats : il y a pourtant une hygiène des climats; l'occupation de l'Afrique met en relief la question de l'acclimatement, qui a fourni à M. Andral (*Dict. prat.*) et à M. Guérard (*Dict.* en 25 vol.) la matière d'excellens articles; M. Londe s'est borné à l'effleurer. Il est vrai qu'il décompose le climat en ses élémens constitutifs : air, lumière, calorique, etc., et qu'il renvoie, pour l'étude de ces agens, à chaque organe qui reconnait comme sien tel de ces stimulans fonctionnels. C'est là, on peut le dire, l'abus de l'analyse. L'air, l'électricité, le calorique, etc., envisagés isolément, ne sont pas plus le climat que le rayon violet seul du spectre solaire n'est la lumière; le climat n'agit point particulièrement en raison de l'un de ses principes météorologiques, mais il agit par l'ensemble et la combinaison de ces élémens; il produit même des effets que n'explique pas la constitution atmosphérique. Nous avons reconnu les avantages de l'ordre anatomo-physiologique; il est juste d'en dire les inconvéniens qui se résument dans le morcellement de l'étude hygiénique des agens extérieurs. Cette méthode de composition, applicable aux sciences mathématiques, doit s'employer avec restriction dans les sciences fondées sur l'observation et l'expérience; en médecine, l'analyse trop rigoureuse devient mutilation. Que fallait-il pour tempérer ce vice unique de la méthode adoptée dans les *Elémens d'hygiène?* Jeter de larges généralités au début de l'ouvrage; et c'est peut-être ce que M. Londe n'a pas assez compris.

Une partie neuve et vraiment intéressante dans l'ouvrage qui nous occupe, c'est celle qui, sous le titre d'hygiène de l'encéphale, résume les règles relatives à la direction du moral et de l'intellectuel. A M. Londe appartient l'initiative de cette extension de l'hygiène, que mon savant ami, M. Casimir Broussais, a sanctionnée dans un traité spécial, sur lequel nous acceptons l'éloge équitable de M. Londe. On ne peut considérer comme une hygiène morale le chapitre obligé que les autres auteurs ont accordé aux fonctions cérébrales; c'est une banale rapsodie sur les affections tristes et gaies, sur l'exercice plus ou moins énergique des facultés de l'esprit; un hors-d'œuvre déclamatoire sur le magnétisme animal, imprimé sous l'étiquette d'hygiène de l'intelligence et de la sensibilité, n'est point fait pour combler cette lacune de la science. Personne n'accusera M. Londe d'avoir empiété sur le terrain de la philosophie. En matière d'éducation et de gouvernement moral, il n'y a d'usurpateurs que les philosophes purs, qui s'ingèrent de manier cet être complexe appelé homme, dont ils n'ont effleuré qu'une face. M. Londe emprunte à Spurzheim sa division des facultés encéphaliques en affectives (penchans, sentimens), et en intellectuelles (perceptives, réflectives); il en détermine les attributs, et, après avoir tracé d'une manière générale les effets de l'exercice encéphalique, il interroge successivement les principaux instincts, les penchans, les facultés, en signale les déviations, les exagérations; c'est surtout dans cette section que se rencontrent, sous la plume de l'auteur, les problèmes d'hygiène sociale; nous avons remarqué les passages relatifs au divorce et à la législation pénale. Les tableaux où l'auteur peint avec une vérité saisissante les infirmités de notre nature morale captivent l'attention; les aperçus pleins de raison et de gravité qui les entremêlent témoignent que les matières ardues de la psychologie et de l'économie sociale sont aussi familières à M. Londe que la notion des phénomènes organiques.

Le chapitre qui traite de l'hygiène de l'ouïe contient des détails curieux sur l'éducation des sourds-muets. Nous regrettons, toutefois, que M. Londe n'ait pas eu connaissance de l'ouvrage publié sur ce sujet par le digne et vertueux directeur de l'Institut royal des sourds-muets, M. Désiré Ordinaire; il y aurait puisé des renseignemens plus complets et des observations morales d'un haut intérêt. Malgré les faits de M. Deleau, rapportés par M. Londe, sur l'éducation auriculaire et orale, je tiens de la bouche de M. Ordinaire que ce mode d'éducation est à peu près abandonné, le langage mimique est le seul qui doive être mis en usage pour les sourds-muets. M. Londe a été induit en erreur quand il annonce que le langage oral est aujourd'hui repris dans l'institution de Paris, et d'après nos entretiens avec M. Ordinaire, nous doutons que les idées de M. Scagliotti, de Turin, sur les avantages de l'instruction auriculo-orale, soient confirmées par la pratique. Nous aurions voulu trouver en cet endroit du livre de M. Londe quelques données statistiques et autres qu'il lui eût été facile de se procurer. C'est ainsi que M. Ordinaire nous a appris que la moitié environ des sourds-muets le sont de naissance, l'autre moitié le sont devenus d'un à trois ans. Un dixième des sourds-muets sont issus de père et mère consanguins; même proportion ressort des renseignemens transmis à M. Ordinaire par le directeur de l'institut de Londres. Certes un pareil fait est digne de fixer l'attention du législateur; il atteste aussi la sagesse des prohibitions canoniques contre les mariages entre les cousins-germains, etc. Presque toujours il y a plusieurs enfans sourds-muets dans la même famille; M. Ordinaire m'en a cité une qui compte sept enfans, tous atteints de cette fatale infirmité et issus de père et mère sains. Un mariage entre un sourd-muet et une sourd-muette a donné naissance à un enfant qui parle et entend. Ce qui reste chez ces malheureux de puissance auditive offre, dans son exercice, des singularités qui méritent d'être connues. Pour les réveiller le matin, on était obligé de passer de lit en lit et de les secouer par les pieds. Désireux d'abréger cette mesure, le directeur songea à trouver un signal de réveil simultané. Une forte cloche fut violemment agitée derrière la tête de plusieurs d'entre eux, mais aucun n'entendit la vibration; le tambour réussit; et, interrogés sur le mode de perception de ce bruit, ils ont accusé des sensations diverses; les uns sont avertis par le frémissement du lit, du plafond, du plancher; les autres sentent un frémissement dans leurs mollets; beaucoup sentent leur surface cutanée parcourue par une sorte d'ondulation; le plus petit nombre recueille directement le son par l'oreille. Par un temps d'orage, quand l'éclair vient à briller, ils portent instinctivement la main aux vitres des fenêtres et mesurent par l'ébranlement de la surface qu'ils explorent l'intensité du bruit du tonnerre.

Nous ne pousserons pas plus loin l'analyse déjà longue des *Elémens d'Hygiène*. Qu'il nous suffise d'ajouter que M. Londe a profité des travaux les plus récens dont les différentes sections de l'hygiène publique et privée ont été l'objet, notamment de ceux de MM. Villermé, Parent-Duchâtelet, Lombard de Genève, Benoiston de Châteauneuf, Trébuchet, Guérard, etc. A l'article *habitation*, nous aurions voulu rencontrer le nom de M. Piorry, auteur d'une bonne thèse sur ce sujet. Au sujet de l'influence exercée par l'inspiration de certaines matières pulvérulentes sur la production de la phthisie, M. Londe, tout en relatant les recherches statistiques qui ont porté sur ce point, se renferme dans une sage réserve; nous l'approuvons d'autant plus que nous avons entendu M. Andral (leçons orales de l'année dernière) exprimer sur la phthisie des caillouteurs une opinion motivée sur des observations faites sur les lieux et qui ne confirme nullement les idées courantes. Les suites des piqûres de scorpion sont un peu exagérées (t. II, p. 558); nous en avons vu plusieurs exemples en Morée, à l'ambulance de Navarin, sur des militaires du 21ᵉ léger : les accidens n'ont jamais été graves. L'emploi de l'ammoniaque est à peu près sans utilité; c'est aussi ce que notre collègue, M. Sédillot, a récemment constaté en Afrique.

M. Londe appartient et se doit désormais à l'hygiène; elle a reçu avec reconnaissance les prémices de sa plume; plus de dix-sept ans se sont écoulés depuis qu'il a donné ses premières études hygiéniques dans un livre excellent qui n'a pas peu contribué à faire refleurir parmi nous la gymnastique, aujourd'hui populaire, mais alors oubliée, négligée. Il y a dans ce volume (*Gymnastique médicale*, Paris 1821) dont nous souhaitons une nouvelle édition, un plan large, des analyses physiologiques qui décelaient déjà l'esprit sagace de l'auteur des *Elémens d'Hygiène*, des conseils sanctionnés par une saine pratique, un certain luxe d'érudition littéraire qui s'allie fort bien au sujet. Nous félicitons M. Londe d'être resté fidèle à ses premières études; il a pensé sans doute que la spécialité qu'il cultive avec tant d'avantage suffit aux efforts d'une vie entière, bien différent de ces féconds élaborateurs de livres et d'opuscules qui s'imaginent fonder l'autorité de leur nom en glissant avec une égale agilité sur toutes les sommités de notre vaste science.

M. L.

VARIÉTÉS.

— OPUSCULE SUR LE TRAITEMENT DES MALADIES SECRÈTES; par M. le docteur L. Wery. Prix : 1 fr.

Chez l'auteur, rue Saint-Denis, 237 (passage du Grand-Cerf).

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE DE FÉLIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 38. (TOME VI. — 1838.) SAMEDI 22 SEPTEMBRE 1838.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°.—Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Poissonnière*, n° 5, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

A partir du 15 octobre prochain, le bureau de la GAZETTE MÉDICALE sera transféré rue Racine, n° 14.

AVIS A MM. LES SOUSCRIPTEURS.

MM. les souscripteurs dont l'abonnement expire à la fin de ce mois sont invités à le renouveler prochainement s'ils ne veulent pas éprouver d'interruption dans l'envoi du journal. Pour ne pas décompléter les collections, aucun numéro ne sera envoyé aux personnes qui n'auraient pas donné avis de leur renouvellement avant le premier octobre. On s'abonne dans les départemens chez tous les directeurs des postes et des messageries. La quittance d'abonnement sera présentée au domicile de MM. les Souscripteurs de Paris. Vu la difficulté et les frais de recouvrement des mandats de la Gazette médicale, touchés au domicile des Abonnés des départemens, ce mode de souscription ne peut avoir lieu que pour des abonnemens de six mois, de neuf mois et d'un an.

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE INTERNE.

RECHERCHES SUR L'ATROPHIE DES VALVULES DU COEUR, ET SPÉCIALEMENT SUR DEUX FORMES SOUS LESQUELLES CETTE ALTÉRATION SE PRÉSENTE, ET NON DÉCRITES JUSQU'ICI; par M. le docteur P.-N. Kingston, médecin du dispensaire St-Georges et St-James (1).

On rencontre assez fréquemment deux altérations des valvules mitrale et tricuspide, qui doivent apporter un trouble notable aux fonctions du cœur, et n'ont encore été décrites par aucun auteur, bien que l'une d'elles ait été indiquée par Laennec, le docteur Corrigan et M. Bouillaud.

(1) Extrait du 19e volume des *Transactions de la société médico-chirurgicale de Londres*.

Feuilleton.

COUP D'OEIL SUR LA QUESTION DES REVACCINATIONS.

La question des revaccinations, depuis longtemps soulevée dans quelques états du nord de l'Europe, vient enfin de s'agiter dans le sein de nos Académies. On a signalé à cette occasion le retard dans lequel se trouve la France par rapport à ses voisins, sur une question qui touche de si près aux intérêts de la science et de la société. Cette sorte d'indifférence, qui contraste en effet avec la vive agitation des pays d'Outre-Rhin, aurait-elle sa cause dans une juste sécurité sur les effets constans de la vaccine en France? Les différences locales et les circonstances climatériques qui distinguent ces pays du nôtre expliqueraient-elles la fréquence et l'intensité plus grande des varioles dans ces premiers? On pourrait, jusqu'à un certain point, admettre cette dernière supposition, si l'on se rappelle que les maladies éruptives sont en général plus graves, et que la variole, en particulier, affecte plus souvent la forme épidémique dans le nord qu'en France et dans les pays méridionaux.

Quoi qu'il en soit, de toutes parts on proclame les succès des revaccinations; la varioloïde est signalée comme prenant un accroissement de plus en plus considérable, les cas de varioles chez les vaccinés comme plus fréquens de jour en jour. Ces faits sont dignes d'attention. Et la France n'est pas elle-même tellement à l'abri des épidémies varioleuses, qu'on ne doive prendre au moins la chose en considération.

Aussi n'est-ce pas sans surprise que l'on a vu, dans une de ses dernières séances, l'Académie de médecine se prononcer si légèrement, qu'on nous passe le mot, sur la question posée par le ministre de l'instruction publique.

Dût-on partager, avec quelques membres, l'entière sécurité que paraît leur avoir inspirée le dernier rapport de la commission de vaccine, il resterait encore à se demander comment, en présence des faits et des documens authentiques qui se pressent de tous points, après surtout la lecture du rapport de l'Institut, l'Académie de médecine a cru devoir adopter des conclusions dans lesquelles le doute n'était pas même exprimé.

La position des deux Académies dans la question dont il s'agit n'était pas la même, il est vrai : l'une avait à juger des mémoires et à en résumer les conclusions; l'autre devait répondre catégoriquement à une question qui ne semblait comporter qu'une négative ou une affirmative absolue. Mais tout en tenant compte de la différence de leurs rôles respectifs, il eût été vivement regrettable de voir consacrer par une délibération quelque peu brusquée une semblable opposition dans l'esprit des deux corps savans.

Toutefois, l'Académie, bientôt pénétrée de l'importance de la question, n'a pas tardé à en appeler à elle-même de son propre jugement; il devait lui suffire, en effet, que le doute fût soulevé, pour qu'elle ne prît pas sur elle la responsabilité d'un précédent qu'elle eût pu dénier plus tard.

1° Caractères anatomiques.—La première de ces lésions peut être appelée un simple raccourcissement des valvules, sans aucune diminution de leur épaisseur, de leur flexibilité et de leur transparence, et l'orifice auquel elles appartiennent conservant au moins son calibre ordinaire : c'est une atrophie de la valvule dans le sens de la longueur. La diminution qu'éprouve ainsi la valvule est quelquefois très considérable. Dans ces cas, j'ai vu la longueur de la lame postérieure de la valvule mitrale, qui est à l'état normal de neuf lignes, réduite à trois lignes ; dans un autre cas, elle n'avait qu'une ligne et demie. Les lames de la valvule tricuspide ont ordinairement de huit à onze lignes de longueur ; mais, dans un cas, je les ai trouvées beaucoup moins longues, et l'une d'elles, entre autres, n'avait que trois lignes. Les valvules ainsi altérées sont ordinairement plus minces que dans l'état normal ; mais, comme cet amincissement n'est point un obstacle au libre exercice de leurs fonctions, il n'est ici que d'une importance secondaire.

La seconde altération des valvules dont je veux parler, et dans laquelle elles présentent une apparence crébriforme, se rapproche tellement de la première par sa nature et ses effets qu'elle ne peut en être séparée. Dans cet état, la valvule présente des ouvertures, quelquefois d'une grande dimension, et qui sont, dans quelques cas, si nombreuses que la valvule ressemble à un réseau, dans lequel les parties conservées sont dans un d'atténuation extrême, surtout au bord des ouvertures. Quelquefois il y a un large vide, coupé seulement par un petit nombre de filamens; ces filamens sont, au moins dans les valvules des orifices auriculo-ventriculaires, ordinairement le prolongement de cordes tendineuses. Dans quatre des cas que j'ai observés depuis que je me suis livré à ces recherches, c'est-à-dire depuis trois ans, la lésion était assez prononcée pour que leurs fonctions en fussent notablement dérangées. Le docteur Davis, de Dublin, auquel j'ai fait connaître mes recherches sur ce point, m'a communiqué depuis un cas très intéressant, où cette espèce d'atrophie était extrêmement prononcée.

Fréquence comparative. — On ne peut regarder ces lésions, comparées aux autres lésions auxquelles les valvules sont sujettes, comme rares, car sur trente cas environ de maladie des valvules du cœur, sur lesquels j'ai pris des notes depuis un temps assez limité, et qui se sont terminés par la mort, il y en avait dix qui présentaient l'une ou l'autre de ces deux espèces d'atrophie. La valvule mitrale était raccourcie dans cinq, la tricuspide dans cinq aussi, et toutes les deux à la fois dans deux. Quant à l'apparence, que je désigne sous le nom de *crébriforme*, je l'ai observée deux fois dans la tricuspide, une fois dans la valvule mitrale et une fois dans les valvules aortique et pulmonaire à la fois.

Si maintenant nous nous demandons pourquoi, malgré l'attention que l'on a apportée depuis quelques années à l'étude des altérations du cœur, celles-ci sont si longtemps restées presque inconnues, nous en trouverons la cause dans la facilité avec laquelle ces lésions peuvent échapper à l'attention. Quand les valvules sont à l'état cartilagineux ou osseux, leur altération est si appréciable qu'elle frappe immédiatement la vue et le toucher; mais quand elles reposent encore sur les parois des ventricules ou de l'artère, et sans autre changement qu'une diminution dans l'étendue de leur surface, cette lésion, bien qu'évidente quand elle a été signalée, peut cependant échapper facilement lorsqu'on ne la cherche pas. En effet, il est quelquefois nécessaire, pour constater exactement la longueur ou l'intégrité de la surface d'une valvule, de couper les tendons des piliers et de la soulever pour l'examiner.

Diagnostic. — Quand une valvule est raccourcie ou crébriforme, il est évident qu'elle ne peut plus fermer complètement l'orifice auquel elle est adaptée, et permet le retour du sang qu'elle était destinée à empêcher. Cette insuffisance de la valvule est l'opposé de la lésion déjà bien connue dans laquelle les valvules conservant leur intégrité, c'est l'orifice qui est dilaté. L'effet de cette lésion anatomique doit être d'affaiblir la force avec laquelle le sang est poussé dans le système artériel et de favoriser son accumulation en arrière de la valvule malade. Cet effet sera en grande partie proportionné à l'étendue de la diminution de la valvule et à la grandeur de l'orifice correspondant. Dans les cas de raccourcissement, cet effet pourra aussi augmenter par l'exercice physique ; car Hunter a démontré que, dans la diastole, le cœur se dilate bien plus pendant l'activité du corps que durant le repos ; et, il est évident que, quand un orifice s'est dilaté pendant la diastole plus que d'ordinaire, les valvules, si elles sont raccourcies, pourront encore moins se fermer qu'auparavant; les émotions morales et les autres circonstances qui augmentent l'action du cœur produiront encore le même effet.

Cette insuffisance des valvules amènera aussi nécessairement une disposition prononcée à la dilatation et à l'hypertrophie des parties du cœur qui sont en arrière de la valvule, aux palpitations, aux congestions veineuses, à l'anasarque, et aux épanchemens dans les cavités séreuses; et, dans les cas où la lésion occupera les valvules mitrale et aortique, à la dyspnée, à la toux, aux congestions et à l'inflammation des poumons, ainsi qu'à quelques-uns des symptômes qui peuvent être le résultat du trouble apporté à la circulation du cerveau et des parties du corps les plus éloignées. Il est probable en même temps que la disposition à ces différentes affections sera moins prononcée que dans les maladies des valvules, qui non seulement permettent la régurgitation du sang, mais encore mettent un obstacle à l'écoulement de ce fluide dans sa direction naturelle, en produisant un rétrécissement à l'orifice.

Ces deux espèces d'atrophies sont quelquefois combinées avec d'autres lésions des valvules ou des orifices; et alors, bien que chacune de ces lésions puisse être peu prononcée, leur influence peut cependant être considérable. Ainsi j'ai trouvé, dans un cas où la lame postérieure de la valvule mitrale était à la fois raccourcie et crébriforme, l'orifice dilaté et la lame antérieure indurée. Dans un autre cas où la lésion occupait la valvule tricuspide, l'une des lames était crébriforme, tandis que les deux autres étaient unies à leur sommet par une bande transversale ayant toute l'apparence du tissu valvulaire à l'état normal.

Dans tous les cas qui ont été recueillis avec les développemens nécessaires, il y a eu de l'anasarque et des palpitations ; et dans tous, à l'exception d'un seul, dilatation de l'une des cavités situées en arrière de la valvule malade. Dans tous les cas où la lésion occupait les valvules du côté gauche, il y avait eu dyspnée et toux avec congestion ou inflammation pulmonaire. L'impulsion du cœur et le pouls étaient fréquemment irréguliers et inégaux, et sur quatre des cas dont l'histoire a été relevée avec quelque soin, nous trouvons que, dans un cas, le malade a été sujet à des attaques de faiblesse et à des syncopes; dans un autre, aux étourdissemens et à des attaques d'épilepsie ; chez le troisième, la mort survint pendant une syncope, et le quatrième, après être resté quinze jours sans sommeil, tomba dans un état comateux, qui se termina par la mort; au

---

La discussion a été engagée dans la séance de mardi dernier; elle n'a eu d'autre résultat que d'établir dans le sein de l'Académie les mêmes dissidences qui règnent en dehors. Là, comme ailleurs, on retrouve des partisans et des adversaires des revaccinations; et, comme partout, l'incertitude et le doute.

En attendant que quelque lumière jaillisse de ce concours d'opinions, nous croyons utile de jeter un coup-d'œil sur les documens et les faits qui sont provisoirement acquis à la question.

D'après les documens parvenus à la connaissance du rapporteur de l'Académie des sciences, et les ouvrages récemment publiés sur la matière dans diverses parties de l'Allemagne, il serait constant que la variole y est aujourd'hui très commune chez les sujets vaccinés; les chiffres approximatifs constateraient environ, sur un nombre donné de vaccinés, un sixième atteint de variole; des revaccinations répétées un grand nombre de fois auraient réussi chez la moitié environ des individus.

Ces résultats, observés dans le Wurtemberg, la Bavière et la Prusse, se seraient reproduits avec les mêmes rapports dans le Danemarck, la Suède et la Norwége. Dans un de ces derniers pays (la Norwége), où la vaccine fut universellement pratiquée, et avec le plus grand soin, ajoute-t-on, dans les premières années de ce siècle, dix ans environ s'écoulèrent sans qu'on vît revenir d'épidémie variolique. Après ce terme, les varioloïdes et la variole reparurent successivement et se montrèrent avec une fréquence toujours croissante, jusqu'à ces dernières années, où elles ont pris le caractère épidémique.

Des renseignemens postérieurs à ceux-ci nous apprennent encore que des revaccinations opérées en Prusse ont donné pour résultat un peu moins de moitié de bonnes vaccines. Une troisième revaccination, pratiquée chez ceux qui n'avaient eu de la seconde qu'une éruption bâtarde, a développé chez un assez grand nombre des pustules parfaites, malgré que leurs cicatrices anciennes présentassent tous les caractères d'une bonne vaccine. Des épidémies de variole et de varioloïde survenues depuis dans les mêmes localités ont donné lieu d'observer que les individus revaccinés avec succès n'avaient point été frappés par l'épidémie, qui avait sévi, au contraire, contre les non revaccinés ou les revaccinés sans succès.

Ces faits ont permis aux médecins allemands de croire à l'insuffisance d'une première vaccination ; et ils ont paru assez importans pour déterminer les gouvernemens à ordonner des revaccinations d'office.

Tel est l'état de la question dans une grande partie du nord de l'Europe ; ajoutons que l'opinion de la vertu temporaire du vaccin y est presque unanime.

Les conditions sont-elles les mêmes en France? Il semblerait facile, au premier abord, de répondre à cette question ; il devrait suffire de rapporter les faits. Mais les faits, tant il est vrai qu'il n'y a rien de plus difficile à constater qu'un fait, les faits eux-mêmes ne présentent rien de constant; disons plus, ils sont même contradictoires : si l'on en croit les uns, l'efficacité de la vaccine ne s'est jamais démentie en France, depuis son introduction jusqu'au moment actuel; et l'on s'appuie sur les faits. Pour les autres, le vaccin ne jouit que d'une propriété préservatrice temporaire; et pour quelques-uns, enfin, il a subi un affaiblissement, ou même une dégénération de ses propriétés anti-varioliques; et les faits sont également invoqués en faveur de leur opinion.

Que déduire de faits dont les conclusions offrent une aussi patente contradiction, si ce n'est qu'ils sont peu ou mal connus?

bout de quelques heures. Lorsque la lésion occupait la valvule mitrale, le pouls de la radiale était généralement, comparé au battement du cœur, petit et faible; lorsque, au contraire, elle occupait la tricuspide, il y avait distension, et quelquefois même pulsation des jugulaires externes. Dans plusieurs cas, les symptômes auraient été complètement inexplicables si l'on n'eût pas tenu compte de ces lésions.

De nouveaux faits sont nécessaires, sans doute, afin de montrer avec précision quelles sont les modifications des bruits du cœur qui se rattachent à ces lésions; mais dans ceux où j'ai pu ausculter le malade avec tous les soins désirables, j'ai souvent constaté un bruit de soufflet pendant le reflux du sang par la valvule altérée.

On peut le plus souvent, à l'aide de ces symptômes, et en tenant compte des autres circonstances au milieu desquelles la maladie s'est développée, reconnaître s'il existe ou s'il n'existe pas des lésions des valvules. Quant aux moyens propres à distinguer les lésions que je signale ici des autres lésions des valvules, de nouveaux progrès de la science pourront seuls nous les apprendre.

ETIOLOGIE.—Il est possible que l'atrophie des valvules que je viens de décrire soit quelquefois congéniale; mais rien ne nous prouve jusqu'à ce moment qu'il en soit ainsi, et tout nous porte à croire au contraire que, dans le plus grand nombre des cas, elle ne se développe qu'à des époques plus ou moins éloignées de la naissance.

Je vais prouver tout à l'heure qu'elles ne diffèrent pas par leur nature des autres lésions qui surviennent après la naissance, et que, dans tous les cas, on peut reconnaître l'action des causes qui produisent sur d'autres points du corps des effets de la même espèce. Dans quatre cas sur cinq, dans lesquels les valvules étaient crébriformes, et dans six sur huit, où elles étaient raccourcies, les malades avaient atteint l'âge moyen de la vie, ou même étaient encore à un âge plus avancé, quand les signes d'un embarras de la circulation se manifestèrent, bien que la plupart d'entre eux se fussent livrés à des occupations laborieuses, telles que celles de cuisinier, de marin, de charpentier, et que plusieurs se fussent livrés aux excès alcooliques. Peut-on supposer qu'il en aurait été ainsi dans tous ces cas, si l'affection eût été congéniale? De quelle manière s'expliquera-t-on donc la diminution de l'étendue des valvules? Est-ce par l'ulcération, ou par une simple absorption progressive sans suppuration, ou par l'absorption interstitielle?

L'explication par l'ulcération serait à peu près inadmissible, puisque malgré les nombreuses occasions qui se présentent chaque jour d'examiner les valvules à toutes les périodes de leur inflammation, et malgré l'attention qu'on a apportée à l'étude de tout ce qui concerne ce dernier état morbide, on ne connaît encore qu'un seul cas authentique de leur ulcération; et encore même, il n'y avait pas encore, dans ce cas, perforation complète. C'est M. Bouillaud qui a rapporté cette observation, mais sans fournir de détails sur les caractères de cette lésion anatomique. Dans les cas dont je parle en ce moment les valvules présentaient une apparence entièrement opposée à ce qu'elle eût été si la lésion avait été le résultat de l'ulcération. Elles étaient moins épaisses, plus flexibles et plus transparentes qu'à l'état normal; et l'amincissement de leur tissu allait en augmentant vers les bords des perforations qu'elles présentaient.

Cet état semblerait au contraire devoir être plutôt attribué à l'absorption non compliquée de suppuration, et je vais faire voir que dans tous les cas il y avait quelques-unes des causes les plus actives auxquelles on attribue ordinairement ce travail morbide (l'absorption).

Les ouvertures plus ou moins nombreuses qu'on remarque dans l'épaisseur de ces valvules ne peuvent être attribuées qu'à l'absorption progressive; et, dans deux cas au moins où les valvules étaient à la fois raccourcies et crébriformes, le raccourcissement et les perforations paraissent avoir été le résultat du même travail morbide, de l'absorption progressive d'une partie de la valvule par son bord libre.

Il nous reste à rechercher les causes éloignées de ces lésions.

Dans neuf cas sur dix, dans lesquels les valvules mitrale ou tricuspide étaient raccourcies, il y avait hypertrophie du ventricule correspondant qui, en général, est précédée et reste compliquée d'un accroissement de la force de contraction du cœur. Dans plusieurs, il y avait en même temps obstacle à la sortie du sang hors du ventricule hypertrophié. Dans la plupart, les sujets s'étaient livrés à des occupations laborieuses, et deux rapportaient l'origine de leur maladie à des excès de travail.

La valvule malade avait donc eu à supporter, dans neuf cas, par le choc du sang, une impulsion permanente et plus forte que dans l'état normal; et avait donc été soumise à un degré de pression anormal; cause qui suffit pour déterminer, ainsi qu'on l'a observé bien des fois, l'atrophie de presque tous les tissus de l'économie. Nous trouvons des exemples familiers de l'action de cette cause morbide dans l'absorption de l'un des côtés du corps des vertèbres par l'inclinaison vicieuse de la partie supérieure de l'épine, de la moëlle épinière, par le frottement des vertèbres déplacées; du tissu des reins par la pression de tumeurs développées dans le voisinage; du tissu du foie, par la pression de tumeurs ou de côtes déviées; enfin, du tissu cellulaire, par la tendance qu'ont les abcès et les tumeurs enkystées à se diriger vers la surface du corps. Sans citer une foule d'états morbides où la pression a suffi pour faire disparaître presque complètement des organes volumineux et doués d'activité, et les ressources que la médecine et la chirurgie ont retirées de ce travail, pour obtenir la guérison de tumeurs solides et d'épanchemens liquides, nous nous contenterons de rapporter quelques faits tirés de la pathologie du cœur lui-même; c'est ainsi que Portal, Laennec, et M. Bouillaud ont observé des cas où le tissu musculaire du cœur s'était atrophié sous l'influence d'un épanchement dans le péricarde.

Quand il se forme un dépôt osseux au-dessous de la membrane interne du cœur ou des artères, cette membrane qui, d'abord, était entière, est absorbée graduellement et d'abord sur les points où ce dépôt exerce la pression la plus considérable. Chez une vieille femme qui, pendant les dernières années de sa vie, avait été obligée de travailler au-delà de ses forces, et qui avait été sujette à de violentes palpitations, je trouvai le cœur hypertrophié dans la totalité, et le péricarde dans un état d'atténuation extrême, offrant çà et là, et en dehors, des dépôts de matière graisseuse. Dans un endroit où il était adhérent à la plèvre gauche, le péricarde avec les deux feuillets de la plèvre n'excédait pas en totalité l'épaisseur d'une seule lame de la plèvre. Dans ce cas, cette extrême atténuation du péricarde paraît bien avoir été le résultat de la pression exercée par le cœur hypertrophié et continuellement surexcité.

D'après ces exemples, et bien d'autres que nous pourrions citer, de l'influence de la pression, on doit conclure que la pression du cœur, lorsqu'elle reçoit un accroissement considérable pourrait, dans quelques cas, amener l'atrophie des valvules; et on ne peut nier que le sang ne produise

---

Depuis l'introduction de la vaccine en France jusqu'en 1815, c'est-à-dire dans une période d'une douzaine d'années environ, on ne constate aucun cas de variole survenue chez les individus vaccinés, soit que telle fût la vérité, ou bien que, dans un intérêt facile à comprendre alors, on évitât soigneusement d'ébruiter tout ce qui aurait pu tendre à diminuer la confiance du public.

En 1815 et 1816, des épidémies de variole se déclarent dans presque toute l'Europe, et particulièrement sur plusieurs points de la France; et cette fois, des cas de variole après vaccine sont observés, assez nombreux pour qu'on ne puisse plus les mettre en doute; mais pas assez pour qu'on ne puisse encore les considérer comme de très rares exceptions, ou même les attribuer à des fausses vaccines ou à des vaccinations mal faites.

Cependant, les épidémies se reproduisent à des intervalles peu éloignés, et chacune fournit l'occasion de constater que la préservation de la vaccine n'est pas aussi absolue qu'on l'avait cru d'abord. Toutefois, l'aptitude des vaccinés à contracter la variole ne paraît pas dépasser en proportion l'aptitude des variolés à la récidive, à l'exception peut-être de l'épidémie de Milhau, en 1817, dans laquelle la proportion des vaccinés atteints de variole fut très considérable. L'épidémie de Marseille et de la Provence, la plus meurtrière de toutes, présente cette circonstance assez remarquable que la proportion des vaccinés atteints par la maladie était beaucoup plus considérable que celle des variolés frappés pour la seconde fois; mais que la mortalité était dans une proportion inverse; d'où la vaccine préservait moins, mais plus sûrement. Enfin, à mesure que les épidémies se rapprochent de notre temps, on croit observer que les varioles sur-vaccinales deviennent plus nombreuses. On signale également des varioles et des varioloïdes sporadiques chez des vaccinés; la varioloïde, surtout, paraît prendre un accroissement rapide, et marcher en quelque sorte parallèlement avec la vaccine elle-même. En un mot, il semble qu'à mesure que l'attention des médecins, éveillée par l'intérêt même de la question, s'attache plus scrupuleusement à saisir les moindres cas, et à ne pas laisser échapper l'occasion de les signaler, ceux-ci deviennent en effet plus nombreux. Est-ce une réalité? N'est-ce point l'histoire de toutes les maladies qui viennent à l'ordre du jour?

L'éveil était donné, et les expériences sont venues à l'aide ou à l'encontre des faits: des revaccinations ont été essayées; on a revacciné à divers âges, à des époques plus ou moins éloignées des premières vaccinations; en un mot, on a varié les conditions de l'expérimentation, de manière à rendre plus féconds les résultats. On a obtenu, en général, un assez grand nombre de secondes vaccines, pour qu'il ait été permis de croire, ou bien à la faculté du vaccin de pouvoir être inoculé une seconde fois, ou bien à l'anéantissement de la propriété préservatrice du premier vaccin, selon l'interprétation que l'on s'est cru autorisé à donner au phénomène. Les résultats ont été assez variables quant à la proportion: M. Bousquet a obtenu des secondes vaccines bien établies, dit-il, sur un quart des individus soumis à l'expérience; à Versailles, on a obtenu un sixième; M. Vergnes n'a eu aucun résultat; d'autres affirment n'avoir reproduit aucune revaccination sur soixante personnes, et avoir revacciné avec succès une famille tout entière. On paraît cependant être arrivé, à l'aide de ces expériences, à un résultat commun: c'est qu'en général, les revaccinations ont d'autant mieux réussi, qu'elles ont été faites à un terme plus éloigné de la première vaccine.

La découverte du cowpox, de Passy, en 1836, est venu imprimer un autre caractère aux expériences; des vaccinations ont été faites avec le nouveau cow-

sur les parties contre lesquelles il est lancé, ce que fait une pression continue sur les parties qui la supportent, quand nous voyons l'absorption des parois malades des artères par la simple pression du sang qui les parcourt, ainsi que le fait remarquer Hunter, et celle des valvules veineuses, quand elles sont surchargées comme l'a démontré Meckel.

On ne peut donc douter que, dans les cas dont nous parlons, l'accroissement de l'impulsion du sang contre les valvules n'ait eu une puissante influence sur leur atrophie. Cependant, cette cause ne suffit pas seule pour nous expliquer le développement de la lésion des valvules dont nous parlons; car, dans quelques cas, la même cause n'a nullement nui à leur nutrition; dans quelques-uns même, elle a produit un effet entièrement opposé à celui que nous leur attribuons ici. Le docteur Hope et M. Cruveilhier regardent cette pression comme l'une des causes de la dégénérescence cartilagineuse et osseuse des valvules. J'ai remarqué en outre que, dans beaucoup de cas analogues, les valvules, sans avoir éprouvé aucune altération de structure, avaient acquis néanmoins une légère augmentation d'épaisseur qui leur permettait de supporter l'excès du travail qui leur était imposé.

Nous devons donc supposer encore qu'une autre cause a assisté l'impulsion augmentée du sang dans la production de l'atrophie des valvules. Dans les neuf cas en question, la seule cause que l'on puisse supposer, c'est l'affaiblissement de la force de nutrition de la valvule, laquelle, dans cet état, a cédé facilement à un degré de pression qu'elle aurait aisément supporté, si elle eût été moins affaiblie.

On a observé cette espèce de débilité locale dans d'autres organes et dans d'autres tissus du corps; on l'a même vu dépendre d'une maladie chronique de la partie, on d'autres circonstances qui diminuaient la quantité de sang artériel qui y arrivait; tandis que dans d'autres cas, son origine est restée entièrement ignorée. Dans cinq cas sur neuf, on a trouvé des indices de maladie chronique, soit dans le péricarde, soit dans quelqu'une des autres valvules, ou dans la membrane interne du cœur ou de l'aorte. Dans ces cinq cas, il est probable que l'atrophie des valvules a été le résultat de la maladie dont la valvule elle-même avait été affectée.

Pour se rendre compte comment l'augmentation de pression du sang sur les valvules peut amener leur hypertrophie, il faut se rappeler que la résistance à l'impulsion naturelle du sang est l'une des fonctions essentielles des valvules, et est pour elles ce qu'est la marche ou la course pour les extrémités inférieures, et que, dès-lors, une augmentation douée de la force d'impulsion ajoute aussi à leur activité. Or, d'après une loi de l'économie bien connue, l'accroissement d'activité d'un organe dans l'exercice de ses fonctions a pour effet de stimuler sa nutrition, et d'amener son développement. Lors donc que la force de nutrition des valvules est assez énergique pour ne pas être troublée par l'augmentation de pression, la stimulation qu'elles éprouveront de l'augmentation du poids qu'elles ont à supporter amènera un plus grand développement de toutes les parties qui entrent dans leur organisation.

C'est de cette manière encore qu'on peut expliquer comment le même obstacle à la sortie du sang hors des cavités du cœur détermine dans quelques cas une hypertrophie et dans d'autres une dilatation de cet organe.

La cause que je viens d'assigner ici à l'hypertrophie et l'atrophie des valvules peut encore nous expliquer comment, dans quelque cas, on voit ces deux états réunis sur la même valvule; ainsi, pendant que par l'augmentation de la force contractile des ventricules, la valvule auriculo-ventriculaire a acquis plus d'épaisseur dans la zone tendineuse et aux points d'insertion des tendons des principaux piliers charnus, le reste de la valvule qui est moins fourni de vaisseaux a au contraire perdu de son épaisseur, et même dans quelques endroits a été entièrement absorbé.

Nous arrivons maintenant aux causes de l'hypertrophie crébriforme dont j'ai observé trois cas. Dans un, les valvules aortiques et pulmonaires étaient affectées; dans deux, les valvules auriculo-ventriculaires étaient à la fois raccourcies et crébriformes.

L'un de ces malades avait longtemps souffert de la goutte et de palpitations, et deux avaient en plusieurs attaques de rhumatisme articulaire, avec des symptômes bien tranchés d'inflammation du cœur; et après la mort ils offrirent d'anciennes adhérences du péricarde et une altération des valvules semblables à celle que l'on observe à la suite de l'affection rhumatismale des valvules.

La goutte et le rhumatisme pourraient-ils donc, chez quelques constitutions, tellement débiliter les forces nutritives d'une partie que cette dernière pût être absorbée sous l'influence d'une pression à laquelle elle est soumise à l'état normal? Il est permis de le supposer, et à l'appui de cette assertion, je citerai le passage suivant de l'ouvrage de Brodie sur les articulations. « Les effets de la goutte sur les articulations sont très remarquables; les cartilages sont absorbés. » Et plus loin: « L'espèce particulière d'absorption des cartilages que j'ai décrite aux pages 311 et 312 comme l'un des effets de la goutte se rencontre aussi dans les cas d'inflammation rhumatismale chronique que l'on désigne souvent sous le nom de goutte rhumatismale. Le travail par lequel s'opère cette absorption diffère évidemment de l'ulcération. »

Le fait suivant dont je n'ai pas encore parlé va nous montrer que si l'affection rhumatismale peut, dans quelques cas, déterminer l'épaississement des valvules, elle peut aussi, dans d'autres, déterminer leur absorption par le frottement du sang. Le malade qui mourut à l'âge de 42 ans avait, depuis son enfance, été sujet à des attaques de rhumatisme articulaire aigu, qui, pendant les cinq dernières années, avaient été accompagnées de symptômes graves du côté du cœur. A l'autopsie, on trouva l'orifice mitral contracté par un anneau cartilagineux et osseux. Les valvules aortiques étaient adhérentes les unes aux autres et presque toutes épaissies, et présentaient en outre plusieurs larges ouvertures autour desquelles leur tissu allait en s'amincissant graduellement.

Dans deux de ces trois cas, le tissu musculaire du cœur était pâle, flasque et friable; ce qui indiquait indubitablement une grande diminution dans l'activité de la nutrition; et dans l'un des deux autres, il y avait un dépôt de graisse à côté de la valvule crébriforme, ce qui complétait l'analogie entre cette atrophie et l'atrophie des autres organes qui dépend de la diminution de la nutrition.

Dans les deux cas restans sur les cinq, l'atrophie crébriforme paraissait dépendre des causes auxquelles nous avons attribué le raccourcissement des valvules, savoir de l'accroissement de l'impulsion du sang combiné avec la faiblesse de la nutrition dépendant de quelque maladie antérieure. La première circonstance était démontrée par l'hypertrophie du ventricule correspondant et l'obstacle que rencontrait le sang en en sortant. La seconde était presque prouvée dans les deux cas par le siége de lésions chroniques que présentaient les valvules du cœur sur d'autres points.

Traitement préventif et curatif. 1° Dans les cas où l'on a trouvé après la mort cette lésion qui n'avait pas été soupçonnée pendant la vie,

---

pox, sur différens individus du même âge et dans les mêmes conditions. Voici les résultats comparatifs qu'elles ont offerts avec les vaccinations faites à l'aide de l'ancien vaccin; nous les donnons sans commentaire : éruption le même jour; les pustules des deux vaccines offrent pendant les cinq à six premiers jours environ la même marche et le même aspect; du septième au huitième jour, la différence devient sensible; les pustules de l'ancienne vaccine ont atteint leur plus grand volume, et commencent à suppurer, tandis que les pustules du cowpox sont encore limpides, et acquièrent un volume plus considérable que les premières; lorsque la dessication commence dans les pustules vaccinales, les pustules du cowpox sont encore en suppuration; enfin, la desquamation qui arrive du 23e au 25e jour dans les premières n'a lieu dans les autres que vers le trentième jour. La marche du vaccin cowpox a été, comme on le voit, plus lente, les périodes plus prolongées, le volume des pustules plus considérable; les cicatrices qui en sont résultées ont été plus profondes; enfin, les symptômes de réaction fébrile plus prononcés.

On a tenté l'inoculation chez deux des sujets qui venaient d'être vaccinés avec le cowpox; elle a été sans résultat.

On a revacciné avec le même cowpox, et les revaccinations qui, entre les mains du même expérimentateur, n'avaient donné avec l'ancien vaccin qu'un quart de vraies vaccines, ont déterminé de bonnes pustules dans la presque totalité des cas. Les mêmes expériences, répétées par un médecin dont nous regrettons de ne pas nous rappeler le nom, ont réussi chez la totalité des individus qui y ont été soumis.

Nous ne poursuivrons pas plus loin l'exposé des faits et des expériences dont nous ne pouvons donner ici qu'un rapide résumé. Peut-être est-ce assez déjà pour faire sentir qu'il n'y a pas exacte parité entre les élémens que nous fournissent les rapports et l'état actuel des vaccinations en France, et ceux qui résultent des travaux et des documens fournis par les médecins étrangers.

Si l'on a pu ou cru voir en France une sorte de décroissance dans l'activité du vaccin, marchant parallèlement avec la progression croissante des varioloïdes, et la fréquence plus grande des varioles post-vaccinales, qu'on nous passe le mot; au moins conviendra-t-on que la marche en a été bien moins rapide, et les effets moins sensibles qu'en Allemagne et dans les états du Nord. Que si la question peut, des deux parts, être considérée scientifiquement comme la même, il ne serait pas rigoureux d'en conclure à la nécessité des mêmes mesures; le cas d'urgence, qui peut justifier chez nos voisins la solution un peu hâtive qu'ils ont donnée à la question, ne paraîtra pas chez nous assez bien indiqué, sans doute, pour qu'on ne se donne le temps de bien poser les termes. C'est là la seconde face de la question, le point de vue de police sanitaire sur lequel l'Académie est appelée à prononcer. Nous aurons occasion d'y revenir, sans doute...

Reprenons nos faits, ou plutôt arrivons aux diverses opinions qu'on en a déduites.

Le virus-vaccin jouit-il de la propriété préservatrice de la variole pendant un temps limité seulement, qu'il s'agirait de déterminer?

Ou bien le vaccin a-t-il perdu, par l'effet du temps et de ses transmissions successives, une partie de son activité propre et de sa vertu préservatrice?

Telles sont les deux questions que se proposent de résoudre les adversaires de l'inaltérabilité du vaccin primitif; on peut ramener à ces deux chefs principaux toutes les questions secondaires qu'un examen plus profond en ferait

les symptômes qu'elle avait déterminés avaient nécessairement été attribués à quelque autre cause.

2° D'après ce que nous avons dit de leurs causes on peut espérer de diminuer la fréquence et la gravité de ces lésions en évitant les circonstances qui augmentent l'activité du cœur et en cherchant à prévenir la métastase du rhumatisme et de la goutte sur le cœur et en ne la négligeant pas lorsqu'une fois elle existe.

3° Il est à désirer que l'on arrive à distinguer pendant la vie ces lésions de celles qui sont accompagnées ou que l'on suppose accompagnées d'inflammation, puisque les moyens qu'on emploie avec avantage dans le traitement des affections inflammatoires et qui excitent l'absorption des produits de l'inflammation ne sont pas toujours convenables dans les cas d'atrophie où il n'existe ni inflammation ni produit inflammatoire.

4° Dans tous les cas, il sera toujours très utile pour le malade d'arriver au diagnostic, sinon de la nature de ces lésions au moins des lésions des valvules; car si on méconnaît l'altération des valvules, on attribuera les symptômes à quelque autre cause, comme l'hystérie ou la dyspepsie. De là une erreur sur la durée probable et sur le mode de terminaison de la maladie, et ce qui est plus grave, on négligera les moyens convenables, tandis qu'au contraire on en emploiera qui seront contraires à l'état du malade et qui donneront de l'activité à sa maladie.

Il est généralement admis que, dans les maladies des valvules, les symptômes les plus graves et les plus effrayans n'apparaissent que quand l'hypertrophie ou la dilatation ont déjà fait quelques progrès. On peut, dans beaucoup de cas, retarder pendant bien des années le développement de ces accidens au moyen d'une médication convenable et d'un traitement hygiénique judicieux. Ces moyens, qu'il est inutile d'énumérer ici, sont ceux qu'on emploie dans le traitement palliatif des autres altérations des valvules qui ne dépendent que d'une cause purement mécanique. Je ferai cependant remarquer que si l'exercice musculaire très actif est extrêmement nuisible, un exercice modéré peut au contraire être utile dans beaucoup de cas, en facilitant l'accès du sang aux parties les plus éloignées et en diminuant la distension du cœur et des gros vaisseaux.

5° Il est à peu près certain que bien que les symptômes puissent être amendés, la lésion elle-même ne peut être ni enlevée ni diminuée; cependant il n'est pas improbable que si l'activité du cœur pouvait être diminuée et la quantité du sang en circulation réduite, l'orifice et les cavités auxquelles appartient la valvule malade perdraient graduellement de leur calibre et finiraient par s'adapter à l'étendue de la valvule malade.

J'ai vu des cas où l'un des orifices du cœur ayant éprouvé une dilatation morbide, la valvule avait aussi gagné une étendue proportionnelle. Ce fait et la force de reproduction bien connue de la nature peuvent donner l'espoir que, dans les cas où on pourra faire disparaître les causes qui ont déterminé dans l'origine l'atrophie de la valvule, son tissu pourra quelquefois être ramené à ses dimensions normales.

CHIRURGIE PRATIQUE.

SUR UNE NOUVELLE MÉTHODE DE TRAITEMENT DES FISTULES URÉTRALES CHEZ L'HOMME; par le chevalier V. ANDREINI, professeur de clinique chirurgicale au grand hôpital de Florence.

Je pourrais confirmer par de nouveaux faits les remarques que M. Pétrequin a fait connaître sur les hernies et la herniotomie, dans son esquisse de l'*Etat de la chirurgie à Florence* (Voyag. méd. en Italie. GAZ. MÉD., 18 nov. 1837), j'y reviendrai peut-être plus tard. Aujourd'hui, je m'occuperai de quelques observations sur les fistules urétrales chez l'homme, et sur une nouvelle méthode de traitement à leur appliquer. Il y a, pour les fistules urinaires, comme pour les hernies, plus d'une réforme à introduire dans les pratiques généralement en usage.

De même que les bonnes théories naissent de la connaissance des faits bien observés, ainsi les fausses théories, en représentant sous un point de vue erroné des faits de la science, en altèrent la nature; et ce n'est alors qu'un défaut des théories, et contrairement aux dogmes, qu'on peut établir de bonnes observations, et arriver, par suite d'une investigation sans idée préconçue, à la découverte de la vérité.

C'est par cette marche expérimentale que je suis parvenu à la connaissance d'une méthode nouvelle pour le traitement des fistules urinaires qui, contraires à la pratique générale et aux préjugés admis, mérite, je pense, de fixer l'attention des chirurgiens, par les résultats qu'elle m'a procurés.

Le traitement des fistules qui communiquent avec un canal excréteur a été jusqu'ici considéré et pratiqué sous le double point de vue :

1° De fermer au liquide qui doit s'écouler par le canal naturel tout passage à travers les fistules, afin qu'il ne forme plus d'obstacle à leur occlusion ;

2° De modifier, avec les moyens connus de l'art, l'état des parois du trajet fistuleux, afin d'en déterminer l'adhésion.

A l'égard des fistules urinaires, on s'est toujours flatté de pouvoir atteindre ce double but à l'aide de la sonde, tenue constamment à demeure dans la vessie, et des remèdes caustiques appliqués à la surface interne des fistules. Je n'ai point à parler ici de l'*autoplastie urétrale*, dont M. Pétrequin a pris soin de rapporter un exemple, recueilli à Pise. (GAZ. MÉD., 1837, n. 46.)

Or, on ne peut nier que cette méthode ne semble tout d'abord bien indiquée pour l'exigence du cas; et si l'on ajoute à cela la sanction apparente du temps et l'autorité des noms, on s'explique comment on est aisément déterminé à le suivre, à l'exemple de nos prédécesseurs.

Toutefois, je dois dire que cette double autorité perdait souvent de sa valeur dans mon esprit, quand je réfléchissais que les annales de la science avaient rarement enregistré des succès dus à cette méthode.

Je commençai d'abord par douter de l'efficacité des moyens qu'on emploie pour modifier et changer la surface des fistules; et j'ai plus d'une fois eu occasion de démontrer à ceux qui suivent mes cours, non-seulement l'inutilité de ces procédés, mais même le danger qu'ils présentent.

On constate, en effet, par un examen attentif, que ces moyens ne réus-

---

ressortir. Les travaux les plus récens paraissent se résumer, en effet, dans les termes de ces deux questions ; les faits et les expériences sur lesquelles ils s'appuient tendent à donner à chacune de ces conclusions une égale importance. Pour en apprécier la valeur autant qu'il soit possible de le faire actuellement, il faut simplifier les termes et élaguer les faits d'une moindre importance.

On a voulu s'assurer si les cicatrices de la vaccine pouvaient fournir des caractères physiques propres à distinguer une bonne d'avec ce que l'on a appelé une mauvaise vaccine, ou bien à faire constater son absence. La plupart des anciens vaccinateurs affirment que les cicatrices de la bonne vaccine ont un caractère spécial, indélébile, qui s'oppose à ce qu'on les confonde avec les cicatrices de la fausse vaccine. Les résultats qu'ont offerts aux médecins allemands les expériences auxquelles ils se sont livrés pour apprécier l'importance des cicatrices par rapport à la reproduction de la vaccine, les ont amenés à conclure qu'elles n'offraient à cet égard rien de constant. Ils ont renoncé à ce caractère comme indice de l'obligation ou de l'inutilité des revaccinations. Fût-il en effet toujours possible de distinguer une cicatrice réellement vaccinale d'avec une cicatrice anormale, que ce caractère manquerait encore de certitude. La vaccine n'a été souvent inoculée, comme on le faisait notamment dans les premiers temps, que par une seule piqûre; est-il toujours facile d'en découvrir les traces?

La vaccine peut quelquefois, après avoir parcouru ses périodes et produit ses effets ordinaires, ne laisser aucune trace, comme on en cite quelques exemples, et comme l'on voit chez de certaines personnes la variole même confluente ne point produire de cicatrice. Enfin l'analogie ne permet-elle pas de supposer que la vaccine ait pu produire ses effets préservateurs, à l'aide seule des symptômes généraux, et sans éruption vaccinale, comme la variole a pu être observée dans des épidémies sans phénomènes éruptifs? Faits exceptionnels sans doute, mais dont on ne doit pas moins tenir compte.

S'appuyer uniquement sur de tels caractère, ce serait, comme on le voit, renoncer à toutes les garanties qui peuvent seules prémunir contre l'erreur.

Les recherches microscopiques n'ont pas été plus heureuses; et nous en dirons autant de leur impuissance à produire des caractères suffisans d'un bon vaccin. Quel rapport prétendrait-on établir entre l'activité d'un virus insaisissable, inacessible au microscope lui-même, et la forme organique, arborescente ou cristalline plus ou moins bien déterminée, que peut affecter la gouttelette d'humeur séreuse qui lui sert de véhicule? L'analyse chimique et le microscope n'ont rien appris de plus que ce qu'on savait déjà sur ce sujet, savoir, leur inaptitude à saisir le principe actif de nos humeurs, comme de tout ce qui a vie ou activité spontanée.

Restent donc les opinions qui s'étayent de l'observation directe et des expériences sur le vivant.

Deux opinions sont en présence; celle de la propriété préservative temporaire du vaccin, et celle de son affaiblissement ou dégénération.

Une circonstance assez remarquable et qui a d'abord fixé notre attention, c'est que l'opinion de la propriété temporaire paraît dominer dans les travaux des médecins du Nord, tandis que celle de l'affaiblissement ou de la dégénération ressort plus spécialement des travaux faits en France. Sans doute la différence du mode d'exploration rendue peut-être plus féconde en France par la circonstance de la découverte du nouveau cowpox, expliquerait jusqu'à un cer-

sissent point à empêcher la sécrétion de ce liquide épais qui tapisse les trajets fistuleux comme une pseudo-membrane; au contraire, il arrive souvent qu'ils la favorisent, et même avec des symptômes plus intenses, parce qu'on augmente l'inflammation qui leur donne naissance.

Une observation exacte m'avait conduit à ce premier jugement; de nouvelles observations m'amenèrent à une méthode simple et rationnelle de traitement, fondée sur ces remarques. Citons d'abord des faits :

Obs. I. — N., atteint depuis longues années d'un rétrécissement de l'urètre, fut à la fin frappé d'une ischurie complète, dont on ne put triompher que par l'action violente de la sonde. L'inflammation qui existait déjà avant l'opération au niveau du rétrécissement, et celle que la sonde elle-même devait naturellement produire causèrent le ramollissement et l'ulcération successive du canal près de la racine de la verge, à un endroit un peu éloigné du siége de la coarctation. L'espace interposé entre les orifices intérieurs et extérieurs; c'est-à-dire le trajet fistuleux, était assez étendu; et il ne diminua point lorsque, les choses étant simplifiées, je laissai, pendant quelques mois, la sonde à demeure dans l'urètre et la vessie, espérant par ce moyen obtenir l'occlusion de la fistule; il n'en fut rien. A la fin, le malade, ennuyé de la longueur du traitement, et désespérant de sa guérison, quitta volontairement l'hôpital; et ce fut alors que, ayant retiré la sonde, il se rétablit parfaitement en peu de temps.

Ce fait, un des plus frappans parmi ceux qui font la base de ces *Nouvelles observations sur les fistules urinaires*, augmenta singulièrement mes doutes sur l'efficacité de la méthode ancienne; je fus facilement porté à croire que la permanence de la sonde dans l'urètre et dans la vessie, non seulement n'était point nécessaire, mais même devait être contraire au but qu'on se propose. J'en conclus que peut-être sa présence, causant des froissemens et de la distension, représente, comme un corps étranger, une cause incessante d'irritation dans la fistule qu'on cherche à détruire.

D'ailleurs, je remarquai qu'on ne satisfaisait pas à la seconde indication à remplir; à savoir, d'empêcher l'écoulement des urines par la fistule; un examen attentif peut aisément convaincre que. même pendant le séjour de la sonde, quel que soit son diamètre, les urines s'écoulent toujours plus ou moins entre le canal et la sonde, et continuent à déborder par la fistule. C'est une remarque que tout praticien a pu faire.

Dès-lors, il était aisé de reconnaître que l'extraction temporaire de la sonde, tentée comme une simple épreuve, devait m'offrir l'occasion de mieux apprécier les causes de ses inconvéniens, et me permettre d'en tirer les conclusions que j'exposerai plus loin, après avoir préalablement rapporté un des faits les plus saillans qui touchent à la question dont il s'agit.

Obs. II. — M. ***, tombant d'une certaine hauteur, se heurta le périnée contre le bord d'une chaudière; il s'en suivit une meurtrissure de l'urètre dans la région périnéale, et les accidens secondaires qui en sont la conséquence.

Cette inégale solution de continuité dans les parois du canal se compliqua, comme on le voit ordinairement, d'une infiltration d'urine dans le tissu cellulaire ambiant; il devint indispensable d'introduire la sonde dans la vessie et de l'y laisser à demeure.

Je me proposais ce double but, de permettre à l'inflammation gangreneuse qui avait eu lieu de se borner et de simplifier ensuite l'état de la fistule elle-même.

Ce double résultat obtenu au bout de deux mois, je me décidai alors à retirer la sonde, bien résolu du reste à me conduire avec beaucoup de prudence et d'attention dans cette tentative du procédé dont il s'agit; s'il fût arrivé quelque accident, je me tenais prêt à y remédier. Je ne tardai pas à reconnaître, au bout de quelques jours, que la fistule urétrale, produite par la dilacération du canal, marchait vers une terminaison heureuse; en guérissant, elle ne laissait dans l'urètre qu'un léger rétrécissement accompagné, comme à l'ordinaire, de quelque difficulté dans l'expulsion des urines. Je pris alors le parti de retirer de temps en temps l'introduction de la sonde jusqu'à ce que le canal se trouvât rétabli dans son premier diamètre. Ce moyen me réussit.

Ces faits me fournissaient la démonstration des inconvéniens que j'avais soupçonnés dans la pratique générale; et de l'observation clinique, je crus pouvoir tirer les conclusions suivantes, à savoir :

1° Qu'il n'était point vrai que, par l'ancienne méthode, la sonde, laissée à demeure, empêchât le passage de l'urine à travers la fistule;

2° Que ce même passage du liquide, alors qu'on a retiré la sonde, ne formait pas la tumeur urinaire;

3° Qu'il ne constituait pas la gravité des conditions de la fistule;

4° Enfin que ces conditions trouvaient une complication aggravante dans la présence de la sonde, ainsi que dans l'usage des caustiques.

Or, de tout ceci on doit évidemment conclure que, pour un traitement bien entendu des fistules urinaires, il faut bien, il est vrai, se servir de la sonde, mais seulement autant qu'il est nécessaire pour combattre en temps opportun le rétrécissement consécutif de l'urètre; et l'on ne devra pas s'attendre à détruire par ce moyen les fistules elles-mêmes qui ne guériront, comme on l'a vu, qu'au moment où le retrait de la sonde permettra à leurs bords de s'agglutiner.

C'est pour ces motifs que le praticien, pour procéder dans le traitement d'une manière rationnelle, devra s'abstenir de l'emploi de la sonde le plus tôt qu'il pourra, c'est-à-dire aussitôt qu'il aura surmonté le plus grand obstacle; il se contentera de détruire ensuite les restes du rétrécissement à différentes reprises, et à intervalles plus ou moins longs. C'est un point de pratique que l'habitude et l'expérience sauront convenablement déterminer.

Il y a ici une autre remarque à faire; comme il pourrait quelquefois arriver que, même après la dilatation complète de l'urètre, les parois du canal, en revenant sur elles-mêmes, ne vinssent à la longue à retomber dans des conditions favorables à des rétrécissemens ultérieurs, il sera prudent au chirurgien de faire introduire de temps à autre une sonde et plus tard une bougie d'un calibre même plus petit que celui de la sonde, pour y entretenir une dilatation d'un diamètre convenable. Ce sera une précaution utile d'instruire le malade à se pratiquer lui-même le cathétérisme.

Il ne faudrait pas croire que tout ce que je viens d'exposer ne puisse s'appliquer exclusivement qu'aux malades atteints de fistules très petites; voici un exemple du contraire :

Obs. III. — Dans le moment où je trace ces lignes, j'ai sous les yeux un cas dans lequel une fistule d'un très grand diamètre, située à la racine de la verge, et qui laissait à découvert deux tiers du cylindre de la sonde, a heureusement disparu en peu de temps par mon procédé, tandis que, auparavant, elle s'était progressivement agrandie au fur et à mesure qu'on y introduisait des sondes d'un diamètre successivement croissant, d'après l'ancienne méthode de traitement.

Les maladies des voies urinaires, et en particulier la thérapeutique des fistules urétrales, paraissent occuper beaucoup l'attention des chirurgiens modernes. J'ai cru utile de signaler les remarques que l'observation m'a suggérées; il est à croire que les mêmes raisons qui m'ont fait abandon-

---

tain point comment les conclusions ont pu être énoncées dans des termes différens.

Les partisans de la préservation temporaire se bornent à constater les faits existans, sans recourir du moins que d'une manière très accessoire à l'expérimentation. Du fait lui-même, savoir, l'apparition plus fréquente de la variole sous forme sporadique, le retour des épidémies varioliques, et l'existence des varioloïdes qu'ils considèrent à tort ou à raison comme des varioles mitigées ou incomplètes, ils induisent que l'action préservative du vaccin a des limites naturelles, sans que le vaccin ait rien perdu pour cela de ses propriétés primitives et qu'il diffère en rien du cowpox, d'où ils concluent à l'inutilité de recourir à ce dernier.

Ceux qui soutiennent l'opinion de l'affaiblissement du vaccin joignent aux faits connus des preuves expérimentales. Les partisans de cette opinion s'appuient, en outre des faits allégués par les premiers, sur les modifications qu'ils ont signalées, d'après leurs expériences comparatives, dans l'aspect, la marche, la durée des pustules de l'ancien vaccin et dans les symptômes qui l'accompagnent. Ces modifications survenues sans doute d'une manière insensible et graduelle seraient telles, d'après eux, qu'on pourrait en quelque sorte établir entre les éruptions vaccinales anciennes et celles produites par le cowpox, le rapport qui existe entre la varioloïde et la variole. Ils allèguent de plus l'identité qu'ils croient pouvoir établir entre l'action du cowpox de Passy et celle du cowpox de Glocester; enfin la réussite presque générale des revaccinations par le nouveau virus.

Sans doute ces deux opinions se présentent avec des faits de quelque valeur et soutenues par des raisons au moins très spécieuses. La dernière surtout, s'il ne restait que l'alternative du choix entre elles, paraîtrait plus apte à entraîner des convictions. Mais les faits premiers dont on est parti pour élever le premier doute sur l'énergie actuelle du vaccin et l'entière conservation de ses propriétés primitives, sont-ils bien mis hors de question? Est-il avéré que les cas de variole sporadique post-vaccinale soient de nos jours absolument plus fréquens qu'ils ne l'étaient dans le cours des dix ou quinze premières années de la vaccine; et que le nombre plus considérable que l'on en constate ne soit point relatif au nombre bien plus considérable aussi des vaccinés? Que ce fait même soit démontré, que les varioles après vaccine sont relativement plus fréquentes depuis vingt ans qu'elles ne l'étaient dans les douze ou quinze premières années; mais ne fallait-il pas ce laps de temps pour que la vaccine pût manifester cette propriété reconnue depuis longtemps à la variole, de laisser chez quelques individus l'aptitude à contracter une seconde fois la variole, après ce terme environ? Est-il vrai que la varioloïde soit plus fréquente maintenant qu'elle ne l'était avant et dans les premiers temps de la vaccine, qu'elle ne soit, comme on le dit, que la variole elle-même dégénérée, mitigée par la vaccine, un produit en quelque sorte de cette dernière? Mais il faudrait nier que les varioloïdes eussent été connues et décrites par tous les nosologistes depuis Rhazès jusqu'à Wan Swieten, et de Wan Swieten jusqu'à Pinel, de manière à ne laisser aucun doute sur leur identité.

Les expériences dont on argue sont-elles tellement empreintes du caractère de l'infaillibilité qu'on ne puisse, sinon en récuser entièrement le témoignage, ne l'admettre au moins qu'avec doute et réserve? Des revaccinations n'ont pas été tentées, que nous sachions, du moins en assez grand nombre, dans les premières années de la vaccine, pour qu'on puisse établir un parallèle entre les

ner la méthode ancienne finiront par la faire tomber en désuétude dans la pratique générale. Je souhaite que l'expérience des praticiens français vienne confirmer l'efficacité du procédé que j'ai expérimenté, en cherchant à me soustraire à l'autorité des noms et de l'habitude. Ce sera un progrès utile pour la science.

NOTE DU RÉD. Les observations de notre confrère de Florence nous paraissent judicieuses et dignes de considération; mais elles n'ont pas le mérite d'être neuves, puisqu'elles se trouvent dans l'ouvrage de Monteggia, ni d'une efficacité constante.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS HEBDOMADAIRES.

I, THE LANCET.

Les cahiers des mois de juillet et août contiennent les articles originaux suivans : 1° *Plusieurs cas de fièvre cérébrale chez les enfans*, par M. Green; 2° *Sur l'organe des couleurs*, par M. Elliotson; 3° *Blessure grave du cerveau*, par M. Cunningham (rien de neuf); 4° *Affection de l'articulation du coude*, par M. Silvester (rhumatisme). Bons effets de l'iode intérieurement et d'un liniment d'aconit; 5° *Cas remarquable de hernie étranglée*, par M. Macilwain; 6° *Cas de cysticercus dans les muscles d'un membre*, par M. Kirby (fait douteux); 7° *Tumeur intra-pelvienne chez une femme en couche*, par M. J.-L. J'On; 8° *Convulsions chez un enfant*; 9° *Préparation de l'extrait de taraxacum à l'aide de l'évaporation spontanée*, par M. Houlton; 10° *Cas d'éruption varioleuse durant la vie intra-utérine*, par M. Davidson; 11° *Hydatides dans le cœur*, par M. Richard Smith; 12° *Rupture du larynx par suite d'un coup*; 13° *Luxation de la clavicule* (fait peu concluant); 14° *Considérations sur l'asthme laryngé*, par M. H. Burgess; 15° *Cas de diabète*, par M. W. Reid Clauny; 16° *Luxation scapulo-humérale*, datant de quatre mois, réduite par M. Kilburn. Il s'agit d'une luxation antéro supérieure ou sous-claviculaire : ses détails n'apprennent rien de neuf; 17° *Polype de l'utérus arraché avec la main*, par M. Jonathan Toogood; 18° *Cas de delirium tremens*; 19° *Anévrisme de la sous-clavière droite, ligature de la sous-clavière et de la carotide du même côté*, par M. Liston; 20° *Cas de rhinoplastie*, par le même (procédé connu); 21° *Anévrisme de l'artère innominée et de l'origine de la sous-clavière droite; ligature de la carotide primitive et de la sous-clavière du même côté*, par M. Fearn; 22° *Accouchement prématuré déterminé par une maladie aiguë* (rien de remarquable); 23° *Tumeur ganglionnaire au pied*, guérie à l'aide de l'acupuncture et de la compression, par M. Vowell (procédé connu).

TUMEUR INTRA-PELVIENNE METTANT OBSTACLE A L'ACCOUCHEMENT; par M. J.-L. J'ON.

Le 29 avril 1837, M. J'On est appelé auprès d'une femme en travail de son quatrième enfant. Le toucher lui fait connaître la présence d'une tumeur volumineuse émanant du sacrum et remplissant l'excavation. Le col utérin est très élevé; on ne peut le sentir.

Trois heures après, le travail avance; le col est accessible au doigt, il est dilaté des deux tiers; l'enfant présente le vertex; la tumeur est ferme et élastique. On attend jusqu'au lendemain; alors M. J'On fait la version de l'enfant et accouche la femme; il tire le placenta et les choses se passent assez bien. Les suites ont été un peu orageuses, mais la femme a fini par guérir tout en conservant sa tumeur.

Depuis le commencement de juin 1837 jusqu'au 27 mai 1838, M. J'On n'a plus entendu parler de cette femme. A cette époque, on l'appelle auprès d'elle pour la débarrasser d'une rétention urinaire; il la sonde, touche le fond du vagin et trouve que la tumeur avait fait des progrès, remplissant complètement le pelvis et s'élevant jusqu'au niveau de l'ombilic. A côté de l'ombilic, cette tumeur s'offre sous la forme d'une masse très dure. La femme avait été toujours malade depuis son accouchement, mais son état avait surtout empiré depuis quelque temps; elle était tourmentée par des rétentions urinaires, et a succombé peu de temps après la visite de M. J'On.

NÉCROPSIE. Maigreur extrême; abdomen distendu irrégulièrement; utérus développé dans tous les sens, comme celui d'une femme enceinte de neuf mois. Ce développement est le produit d'une véritable hypertrophie des parois de l'organe et non d'une distension de sa cavité. Sa cavité est fort petite, sa substance très ferme et pâle. Le vagin est allongé, il offre douze pouces de hauteur, circonstance due à l'ascension de la matrice. Les ligamens larges sont épaissis, les trompes fallopiennes également et très vascularisés; la vessie est aplatie, écrasée par l'utérus; ses parois sont épaissies, son fond adhère à la tumeur; uretères élargis, allongés, tortueux, adhérant à la tumeur; intestins sains, excepté le rectum et la portion sigmoïde du colon, qui sont hypertrophiés et adhérent aussi à la masse morbide. Le reste de l'organisme est sain.

Avant d'ôter la tumeur, on la ponctionne à l'aide d'un trois-quarts plongé par le vagin; il s'écoule plus d'un galon (quatre pintes) de pus vert, pas très fétide. La même opération avait déjà été proposée durant la vie de la malade. La tumeur adhère fortement aux vertèbres lombaires; aux vaisseaux et nerfs de cette même région, au colon et au rectum; elle adhère également au côté droit du pelvis, surtout à la tubérosité sacro-sciatique, par de la matière cartilagineuse; vers ce dernier endroit, elle se termine en pointe; c'est par là que le trois-quarts était entré dans sa cavité.

Les vertèbres sont érosées sur les points qui étaient en contact avec la tumeur. La tumeur forme un sac énorme, épaisse et ferme en bas et en arrière; en avant, elle est molle et distendue sphériquement; elle ne communique avec aucun organe; pourtant la malade avait rendu beaucoup de pus par l'urètre, ce qui fait soupçonner que la poche morbide avait dû communiquer avec la cavité vésicale par une ouverture qui se serait fermée ensuite. Dans son intérieur, la tumeur offre des cellules multiples, formées par des espèces de cloisons distinctes; la face interne est lisse, très vasculaire et couverte de pus grumeleux.

Soit qu'on regarde ces détails comme exprimant un abcès chronique des parois de la matrice, soit qu'on les considère comme propres à un ancien kyste hydatique suppuré dans le parenchyme utérin, le fait ne laisse pas d'être intéressant sous plusieurs rapports. Il est à regretter cependant que les recherches nécropsiques n'aient pas été plus minutieuses pour préciser si la tumeur n'aurait eu plutôt son origine dans le tissu cellulaire utéro-rectal. Si la première interprétation est exacte, nous avons d'abord à considérer la coexistence de la grossesse et de la tumeur. Sans doute qu'on a observé plusieurs fois la grossesse avoir lieu malgré une maladie organique de la matrice, mais jamais ces grossesses ne sont arrivées à terme, comme celle de la malade dont il s'agit. Il y a, du reste, dans ce fait, une autre circonstance non moins digne de méditation; c'est l'apparence de la tumeur au moment de l'accouchement : on aurait dit, d'après la sensation du toucher, qu'il s'agissait d'un corps distinct et in-

---

résultats qu'on en obtient aujourd'hui et ceux qu'on aurait pu obtenir à cette époque. D'une autre part, il n'est pas démontré que l'aptitude à contracter une seconde vaccine implique l'aptitude à contracter la variole. Enfin, pour que les vaccinations avec le cowpox de Passy pussent être tout à fait concluantes, il faudrait que le temps d'abord les sanctionnât; qu'il fût bien établi que l'intensité de la préservation est proportionnelle à l'intensité de l'éruption et des phénomènes généraux; et que la contre-épreuve par l'inoculation eût été faite sur une plus grande échelle. Toutefois ces objections, que l'on pourrait opposer à l'hypothèse de l'affaiblissement graduel du vaccin, quelque puissantes qu'elles soient, ne sont peut-être pas invincibles; et si l'opinion qui consacre cette hypothèse venait un jour à les résoudre, il n'y aurait rien dans ce nouveau fait qui ne se trouvât en harmonie avec les lois pathologiques. L'analogie viendrait encore à l'aide de l'expérience; elle nous montrerait des maladies virulentes, contagieuses, mortelles alors qu'elles venaient d'être récemment importées dans nos climats, qu'elles étaient circonscrites dans un petit espace et n'atteignaient qu'un petit nombre d'individus, et ces mêmes maladies, perdant graduellement leur malignité, à mesure qu'elles s'étendaient et se multipliaient, ne se plus reproduire enfin qu'avec une extrême bénignité.

Quoi qu'il en soit, nous ne poursuivrons pas plus loin l'analyse de ces faits et l'appréciation des théories qu'ils ont fait naître. Bornant notre tâche à celle d'historien, nous n'avons pas prétendu combattre ou soutenir telle opinion ou telle autre; mais uniquement présenter les principaux élémens de la question, tels que les derniers travaux et les discussions les ont faits. Il en ressortira, sans doute, pour tout lecteur attentif, comme pour tous ceux qui voudront toucher au fond des choses, la conviction qu'il est impossible, dans l'état actuel, d'arriver à une solution complète et satisfaisante de la question. Que l'on ouvre les livres, qu'on observe les faits, qu'on suive les discussions, partout on trouvera des faits opposés à des faits, à chaque opinion une opinion contraire, à chaque raisonnement une objection, enfin, comme nous ne l'avons que trop vu, à chaque assertion un démenti.

Mais tel est l'état de la question qu'il a été possible à l'Académie de médecine d'y faire deux parts. La première, celle qui est relative à l'opportunité ou l'inutilité de la mesure demandée par le ministre, ne semble pas devoir offrir de grandes difficultés à résoudre. Il serait possible déjà de prévoir quelle pourrait être la réponse de l'Académie; car il résulte évidemment du dernier rapport des vaccinations qu'elle vient d'adopter, que rien ne constitue actuellement le cas d'urgence qui pourrait motiver la mesure des revaccinations. Il n'en est pas de même quant à la question scientifique; les difficultés en sont telles qu'elle ne peut être résolue que par une longue série d'expériences et une étude approfondie de l'histoire de la vaccine.

L'Académie prendra-t-elle l'initiative sur les moyens propres à diriger et seconder ces recherches, ou bien, comme le voudrait M. Rochoux, se renfermera-t-elle dans l'expectative, laissant au temps de consommer l'épreuve? Ce dernier parti serait peut-être le plus sûr, mais serait-il le plus sage? Les discussions prochaines nous éclairciront sans doute là-dessus.

H. B.

---

dépendant de l'utérus; pourtant l'autopsie a démontré que c'était bien par la paroi utérine distendue que la tumeur était formée. D'un autre côté, pas d'hémorragie après l'accouchement; or, on sait que le contraire a lieu généralement en pareille occurrence. Tout cela laisse quelques doutes dans l'esprit concernant le véritable siége de la tumeur; mais ce qui est clair et surtout important à noter, c'est la collection purulente enkystée dans le bassin, collection énorme (plus de quatre pintes) existant depuis longtemps, ayant antrefois en communication avec la vessie et ayant pu être vidée à l'aide de la paracentèse vaginale sur le cadavre. On peut, sous ce dernier rapport, rapprocher utilement cette observation d'une autre analogue de M. Camus, que nous avons dernièrement reproduite dans la GAZ. MÉD., p. 518.

HYDROCÈLE CRURALE CHEZ UNE FEMME, AVEC HERNIE ÉTRANGLÉE DANS LA MÊME RÉGION; opération par M. MACILWAIN.

OBS. — Une femme âgée de 45 ans est saisie de symptômes d'étranglement herniaire. A l'examen, M. Macilwain trouve une tumeur à la région pamparticone gauche, dure, irréductible, offrant les apparences d'une hernie crurale, mais placée plus haut qu'à l'ordinaire. La femme a déclaré qu'elle avait en autrefois une hernie dans la même région, qu'elle avait maintenue à l'aide d'un bandage, mais qu'elle avait négligée ensuite. L'opération ayant été jugée indispensable, M. Macilwain la pratique. Après avoir divisé les téguments et les fascias, il arrive sur une tumeur circonscrite, qu'il prend pour la poche herniaire, il l'ouvre avec précaution, et il s'écoule une assez grande quantité de sérosité; on croit être dans le sac, mais un examen attentif fait reconnaître que c'est là un simple kyste séreux, adhérant de toutes parts. On dissèque cette poche et l'on trouve derrière un ganglion lymphatique en suppuration. On fend et l'on dissèque avec précaution la paroi postérieure du kyste, et l'on rencontre une petite anse d'intestin grêle étranglée. Cet intestin est rouge, épaissi et en contact avec l'artère fémorale. Le chirurgien débride le point étranglé et les symptômes se dissipent. Les suites ont été heureuses.

L'auteur explique les conditions précédentes en supposant que le kyste n'était autre chose qu'un ancien sac herniaire oblitéré et repoussé en haut par l'action du bandage dont la femme avait fait usage.

Après cette guérison, une seconde hernie se serait formée derrière l'ancien sac chiffonné.

Sans être tout à fait neuves, les conditions de l'observation précédente se rattachent à un fait rare et important à la fois; important sous le double point de vue du diagnostic et de l'opération. Il est possible que l'explication donnée par l'auteur sur l'origine de l'hydrocèle et de la dernière hernie soit exacte. On sait effectivement que les anciens sacs non réduits des hernies déjà guéries sous l'influence d'un bandage se convertissent assez souvent en kystes séreux; on sait également qu'une seconde hernie peut survenir derrière ce kste (A. Cooper).

Dans ce dernier cas cependant, il y a presque toujours un second sac herniaire. L'auteur néanmoins suppose, ce qui est très probable, que la nouvelle anse intestinale s'était engagée dans l'infundibulum supérieur de l'ancien sac et avait distendu le point oblitéré derrière l'ancienne poche, convertie en kyste. Quoi qu'il en soit de cette explication, le point qui mérite le plus d'attention est la conduite opératoire dans les cas pareils. On conçoit sans peine que, d'une part, la présence inattendue d'un kyste qu'on vient d'ouvrir pourrait en imposer et faire méconnaître la coexistence cachée de la hernie; de l'autre, qu'un peu de négligence dans l'ouverture de la paroi postérieure de l'hydrocèle pourrait donner lieu à la blessure de l'intestin, etc.; ces difficultés pourtant ne sont pas difficiles à vaincre quand on en est prévenu.

RUPTURE DU LARYNX PAR UN VIOLENT COUP D'UN MORCEAU DE CHARBON; observation recueillie à PENSYLVANIA HOSPITAL.

OBS. — Un homme, âgé de 43 ans, cocher, se prend de querelle, dans la nuit du 19 octobre 1837, avec plusieurs de ses camarades; il est terrassé et reçoit à la gorge un violent coup d'un morceau de charbon. Il éprouve à l'instant un sentiment d'étranglement, perd la faculté de parler et d'avaler, et tombe dans une sorte de spasme suffocant s'il essaie de prononcer le moindre mot ou d'avaler sa salive. On le transporte à l'hôpital quatorze heures après l'accident. Il offre l'état suivant: gorge très gonflée et enflammée extérieurement; arrière-bouche un peu rouge; aphonie complète; respiration stertoreuse et sifflante; déglutition fort difficile. En palpant avec le doigt le larynx, on sent les cartilages de cet organe mobiles et crépitans; le cartilage thyroïde est évidemment séparé du cricoïde et mobile sur ce dernier. Ces manœuvres occasionnent de violens étouffemens (*gagging*).

PRESCRIPTION. Six sangsues au cou; applications de linges chauds; gruau; thé.

Le lendemain, le malade est mieux, la voix commence à revenir, la douleur est moindre, la déglutition s'exécute légèrement. (Six autres sangsues; lavement, purgatif.)

Le quatrième jour, 23 octobre, l'amélioration est plus marquée; la voix est plus forte, mais elle est rauque; le gonflement a diminué. Peu de douleur à la pression. Le malade se met sur son séant et avale petit à petit un bouillon.

Le 24, la voix est de plus en plus forte, sonore et distincte. (Vésicatoires autour du cou, cataplasmes.)

Le 15 décembre, guérison.

Les pièces du larynx sont parfaitement réunies; la déglutition se fait librement, le malade parle clairement, mais sa voix est toujours voilée, il parle bas et ne peut pas crier.

On trouve à peine, dans les ouvrages de chirurgie, mention des ruptures du larynx. Valsalva, Morgagni, Sauvage et Monteggia ont, il est vrai, parlé des ruptures de l'os hyoïde; mais cette lésion, quoique analogue pour les résultats, ne saurait être confondue avec celle dont il s'agit. On conçoit que, dans les cas d'ossification, les parois de l'organe de la voix puissent se briser sous l'action d'une contusion violente; ce cas, bien que possible, néanmoins n'a pas encore été observé, à notre connaissance; mais que la même lésion se rencontre chez un homme jeune et sans la condition de l'ossification, c'est là un fait aussi nouveau qu'important.

On ne confondra pas, du reste, la diastase des cartilages avec les blessures pénétrantes du larynx.

ANÉVRISME DE LA SOUS-CLAVIÈRE DROITE; LIGATURE DE LA SOUS-CLAVIÈRE ET DE LA CAROTIDE DU MÊME CÔTÉ. GUÉRISON; par M. LISTON.

OBS. — Un homme, tailleur, âgé de 31 ans, habituellement maladif, intempérant, buveur, sujet à des céphalalgies fréquentes et à des vertiges, est reçu à l'hôpital de l'Université le 12 juillet 1838.

Il y a six mois, il a fait une chute dans laquelle son épaule droite a éprouvé une forte distension, le bras correspondant ayant été porté fortement en arrière.

Six semaines plus tard, il s'est aperçu d'une petite tumeur pulsatile du volume d'une noisette, au-dessus de la clavicule droite. On l'a caractérisée pour un anévrisme; on l'a traitée d'abord par l'usage intérieur de la digitale, ensuite par la galvano-poncture.

A son entrée le malade offre l'état suivant: douleurs rétro-sternales; pas de toux. Tumeur du volume d'un œuf de poule, placée au-dessus de la clavicule, à un pouce et demi en dehors de l'articulation sterno-claviculaire, offrant les caractères des anévrismes. Cette tumeur offre à sa surface une escarre noire produite par la galvano-poncture (1).

Une consultation a lieu entre MM. Liston, Quin et Cooper. On décide qu'on liera séparément la sous-clavière et la carotide à leur origine. M. Liston pratique l'opération le 18 juillet.

OPÉRATION. 1° Incision commençant près de l'articulation sterno-claviculaire et s'étendant de bas en haut dans la direction du muscle sterno-cléido-mastoïdien; 2° autre incision à l'extrémité inférieure de la précédente, faisant angle droit avec elle; 3° on divise la portion sternale du muscle mastoïdien; 4° on découvre le milieu des deux muscles sterno-hyoïdiens; on coupe dans ce milieu et l'on découvre la partie antérieure de la trachée; on divise le corps du sterno-hyoïdien droit et partie du sterno-thyroïdien; on met par-là en évidence l'origine de la carotide droite et l'innominée; deux grosses veines sont liées temporairement; puis on découvre aussi la sous-clavière à côté; 5° on passe une ligature sous la sous-clavière, à côté des nerfs pneumogastrique et récurrent, puis une autre ligature sous la carotide à l'aide d'une aiguille à pointe courbure. Aussitôt les ligatures serrées, les pulsations de la tumeur et de l'artère radiale ont cessé. Le malade n'a perdu qu'une once de sang environ.

Les suites de l'opération ont été un peu orageuses, mais enfin les choses ont tourné pour le mieux, et le malade était en marche de guérison le 4 août, quand l'observation a été publiée. L'auteur donne jour par jour les détails de l'état du malade; mais nous avons cru devoir les supprimer attendu qu'ils n'offrent rien d'extraordinaire.

La maladie que M. Liston avait à combattre était sans contredit des plus graves de la chirurgie. La question qu'on a dû discuter dans la consultation a été de savoir si l'on lierait l'artère innominée, ou bien les deux gros troncs qui émanent de celle-ci. M. Liston ne s'est pas dissimulé la gravité excessive qui se rattachait à la ligature de la première artère; aussi s'est-il décidé pour le parti qu'il a suivi. Une légère réflexion fera aisément comprendre pourquoi la ligature de la carotide a été jugée indispensable, alors que l'anévrisme était borné à la seule sous-clavière: on conçoit effectivement que si l'on eût lié la seule sous-clavière entre la tumeur et le cœur, cette ligature n'aurait présenté que peu de chances de réussite, car le voisinage du courant sanguin de la carotide aurait déchiré le point lié et le malade aurait probablement péri d'hémorragie. La ligature de la carotide était donc une mesure de prudence très importante.

Cette observation peut donner lieu à des réflexions pratiques d'un haut intérêt.

(1) Evidemment les courans galvaniques ont été trop violens dans ce cas, car ils ont mortifié la peau de la tumeur; c'est ce que nous faisons quand nous voulons produire des moxas profonds et canaliculaires dans une région quelconque. C'était par des courans légers et continus au contraire qu'il fallait agir, car que voulait-on obtenir, la coagulation du sang de la poche anévrismale; or pour cela il fallait se servir d'aiguilles fines et ne donner au courant qu'une faible tension; il fallait en outre charger la pile de quelques substances coagulantes, etc. N. DU TRAD.

ANÉVRISME DE L'ARTÈRE INNOMINÉE ET DE LA SOUS-CLAVIÈRE DROITE; LIGATURE DE LA CAROTIDE PRIMITIVE ET DE LA SOUS-CLAVIÈRE ; par M. FEARN.

OBS. — Marie Scattergaad était atteinte d'un anévrisme de l'artère innominée et du commencement de la sous-clavière. M. Fearn a commencé par lui lier la carotide primitive; il lui pratiqua cette opération en 1836; les détails se trouvent, dit-il, dans la *Lancette anglaise* du 15 octobre de la même année. L'état de la malade s'est amélioré, mais elle a souffert plusieurs attaques de bronchite dues à l'action mécanique de la tumeur sur le poumon et à l'influence du froid.

Le 28 juillet 1838, M. Fearn a pratiqué chez la même femme la ligature de la sous-clavière du même côté. Voici dans quel état elle se présentait avant cette seconde opération.

Toux, dyspnée intense, respiration sifflante. Lorsqu'elle reste tranquille on ne voit à la place de l'ancienne tumeur aucune grosseur; mais en pressant fortement avec les doigts derrière le sternum ou vers l'extrémité sternale de la clavicule on sent des pulsations. Le sthétoscope fait sentir un double bruit; l'un dur, l'autre de soufflet.

Appliqué sur l'artère sous-clavière, le sthétoscope fait sentir un bruit qu'on attribue à la difficulté qu'éprouve le sang à passer du cœur dans cette artère; les pulsations de ce vaisseau sont à peine sensibles. Pouls de ce côté à peine sensible, mais fréquent, 120.

Lorsque la femme tousse, on voit ballotter une tumeur qui pousse en avant l'attache inférieure du muscle sterno-cleido-mastoïdien.

Une consultation décide la ligature de la sous-clavière; M. Fearn la pratique le 2 août au-dessus de la première côte. La malade allait bien jusqu'au 12 du même mois, époque de la publication de cette note. Il promet d'en faire connaître les suites. Tout lui semble prévoir que la malade guérira.

Il est à regretter que l'auteur n'ait pas donné d'une manière complète les détails de ce fait intéressant. On conçoit de quelle importance il aurait été de faire connaître minutieusement l'état primitif de la maladie et l'espèce d'amélioration que la femme avait éprouvée par suite de la ligature de la carotide. La première chose à constater, c'est de savoir si la malade avait réellement un anévrisme de l'artère innominée. Cela posé comme certain, ce serait déjà un grand bienfait que la seule ligature de la carotide aurait produit, puisque la tumeur s'était affaissée au point d'être presqu'invisible. Pourtant l'anévrisme n'avait pas guéri, puisqu'une année après on sentait des battemens derrière le sternum et qu'on a dû lier la sous-clavière dans le but d'obtenir la consolidation de la poche morbide et son atrophie consécutive.

A part la considération de l'action mécanique de la tumeur sur le poumon, action qui se continue, même après la guérison de l'anévrisme, et qui peut à elle seule entraîner la mort, les effets de la ligature *excentrique* de l'artère anévrismatique (méthode de Brasdor, Deschamps et Wardrop) sont dignes du plus haut intérêt. Si le principe établi dans ces dernières années relativement à la guérison des anévrismes est vrai, c'est-à-dire qu'il suffit de retarder le cours du sang dans la tumeur pour obtenir des dépositions successives de fibrine oblitérique de la cavité morbide, il sera vrai aussi que l'interception complète du sang dans la tumeur n'est pas indispensable pour la guérison; aussi voyons-nous la ligature placée entre la tumeur et les capillaires donner souvent des résultats heureux, auxquels on ne s'attendait pas il y a dix ans. Les faits publiés dernièrement en Angleterre et en Amérique déposent tellement en faveur de cette méthode qu'il serait à désirer de la voir plus souvent employée dans les cas où les ressources ordinaires sont inapplicables.

OBSERVATION DE FIÈVRE HYDROTIQUE TRAITÉE PAR L'ACIDE SULFURIQUE ET LE DISULFATE DE QUININE; par le docteur BROWN.

Le nom de fièvre hydrotique a été donné par le docteur Blundell à certains cas de fièvre accompagnée d'une sueur très abondante ou véritable suette miliaire, sporadique, qu'on observe dans différentes circonstances, et surtout chez les femmes à la suite des couches. La gravité que prend quelquefois cette affection, que les anciens pathologistes confondaient avec la fièvre puerpérale, et le succès du traitement employé dans ce cas, nous engagent à en donner l'analyse.

OBS. — Madame C., âgée de 30 ans, délicate, accoucha, le 4 mai 1828, de son quatrième enfant et après un travail facile. Le huitième jour de sa couche, elle se trouvait assez bien pour avoir pu se lever quelques instans; mais le lendemain, elle fut prise de frisson qui continua pendant longtemps, et fut suivi d'une vive chaleur à la peau et d'une sueur très abondante. Après le frisson, le pouls resta mol et bondissant, la langue était blanche; les lochies coulaient abondamment; il y avait une forte cephalalgie frontale, un peu de constipation. (Huile de ricin, une demi-once à prendre immédiatement.)

Le dixième jour, pendant la nuit qui a été sans sommeil la malade a eu deux accès de frisson; elle éprouve un sentiment de froid dans l'épine dorsale; elle est très accablée; se plaint de palpitation et d'une forte suffocation. Le pouls est à 120, avec les mêmes caractères; la soif est vive; l'urine très abondante; la peau trempée de sueur. L'huile de ricin n'ayant rien produit on insiste sur les laxatifs; mais la transpiration continue, toujours très abondante, ainsi que l'urine, les lochies et la sécrétion du lait, et la malade se plaint d'une faiblesse extraordinaire.

On prescrit de prendre trois fois par jour :

Acide sulfurique étendu..........	20 gouttes.
Infusion de rose composée........	7 dragmes.

Le treizième jour, il y a une très légère amélioration. Le pouls est à 100. La malade demande fréquemment sa potion qu'elle dit non seulement lui être agréable, mais diminuer sa transpiration toujours très abondante. On joint à la potion ci-dessus quelques antispasmodiques, la valériane, l'assa-fœtida, l'ammoniac, mais sans effets sur les forces et la sueur.

Le quinzième jour, un abcès commence à se montrer dans le sein gauche; du reste, les symptômes ont la même intensité.

Le seizième jour, l'estomac est devenu irritable; nausées, vomissemens fréquens. L'abcès s'est ouvert spontanément. La malade se plaint d'un bruit singulier dans la tête. On ajoute la quinine à la mixture ci-dessus; et l'acide sulfurique est porté à trente gouttes pour un demi-verre d'eau. Peu à peu l'état de la malade s'améliore; on a soin de lui tenir le ventre libre.

Le vingtième jour, le pouls était à 90, mais la transpiration avait un peu diminué. On prescrivit la potion suivante :

Prenez :	Disulfate de quinine.......	24 grains.
	Acide sulfurique étendu....	24 gouttes.
	Sirop de roses............	2 dragmes.

On en prendra trois fois par jour deux cuillerées à la fois et en outre dix grains de *bleu-pill*.

Le vingt-unième jour, un second abcès s'ouvre dans le sein droit.

Le vingt-quatrième, il y a eu un peu de sommeil; le pouls est à 65; la peau est sèche et froide; on discontinue l'acide; mais la malade, le lendemain, éprouve un nouveau paroxisme suivi d'une transpiration abondante avec légère céphalalgie et faiblesse extrême et réclame de nouveau la mixture d'acide sulfurique qu'on lui accorde. La fièvre se reproduit de nouveau les jours suivans sous forme intermittente. On revient de nouveau à la quinine et on donne un demi-grain de sulfate de morphine avant l'heure présumée du paroxisme qui manque dès le premier jour, et dès ce moment, le vingt-septième jour, commence une convalescence qui ne s'est pas démentie.

HYDATIDES DANS LE CŒUR.

On a nié l'existence d'hydatides dans les cavités du cœur et on a voulu expliquer les cas où des anatomistes avaient cru en avoir rencontré, en supposant que ce qu'on avait pris pour des hydatides n'était qu'un kyste plein de sérosité. Le fait suivant bien que complètement inexplicable ne permet pas cependant de douter qu'on n'ait trouvé dans quelques cas de vrais hydatides dans le cœur.

OBS. — Le docteur Broderille fut appelé en 1835 auprès d'une dame de Warminster qui, après avoir passé une nuit tranquille, fut prise, en s'habillant, d'une forte dyspnée. La respiration offrait une fréquence extraordinaire, la figure était pâle, les lèvres livides. Elle avait conservé sa connaissance, mais elle ne pouvait articuler; et quand on lui demandait si elle ressentait de la douleur quelque part, elle se contentait de porter la main sur la poitrine. Le pouls était très petit et donnait 130, mais sans irrégularité ni intermission notable. La main appliquée sur la région du cœur sentait cet organe battre avec beaucoup de force et de violence. Cet état continua en s'aggravant jusqu'à la mort qui arriva trois heures après le début de l'attaque.

AUTOPSIE. Le cœur est à l'état normal, à l'exception d'une hydatide volumineuse qui remplit si complètement le ventricule droit qu'elle semble avoir dû empêcher entièrement le passage du sang dans l'artère pulmonaire; en ouvrant cette hydatide unique, on trouve qu'elle en contient huit ou dix autres qui flottaient dans un liquide. Tous ceux qui ont vu la préparation qui en a été faite et conservée ont reconnu les caractères de l'hydatide ordinaire.

OBSERVATION DE FARCIN CHRONIQUE TRAITÉ PAR LA CRÉOSOTE ADMINISTRÉE A L'INTÉRIEUR ET A L'EXTÉRIEUR; NOUVEAU NOM DONNÉ A CETTE MALADIE: par le docteur ELLIOTSON.

L'observation suivante, recueillie à l'hôpital de l'Université, nous paraît, bien qu'incomplète, digne de fixer l'attention, ainsi que les réflexions que le docteur Elliotson a faites à son occasion.

OBS.—J. C., âgé de 57 ans, est admis le 6 février dans les salles du docteur Elliotson. Il avait été d'abord valet de chambre, puis conducteur de cabriolet, et avait toujours été occupé avec les chevaux. Il avait généralement une bonne santé et menait une vie tempérante. Il y a trois mois qu'il acheta un cheval qu'on soupçonnait atteint de morve; il le soigna, lui donna à manger, et le mena lui-même jusqu'au commencement de sa maladie actuelle. Il dit que ce cheval avait un écoulement nasal qui n'avait pas de fétidité remarquable, et une des glandes sous-maxillaires engorgée. Sous les autres rapports, il paraissait jouir d'une bonne santé. Trois semaines après qu'il eut pris ce cheval à sa charge, il éprouva des douleurs très aiguës dans tous les membres, avec fièvre, céphalalgie, perte de l'appétit et transpirations acides abondantes. Son sommeil était fréquemment troublé par des tiraillemens convulsifs. Au bout de trois nouvelles semaines, de petites tumeurs apparurent sur différentes parties du corps; d'abord elles présentèrent le volume d'une noix, tout à fait pâle et dure à la pression. A cette époque, les douleurs qu'elles déterminèrent étaient excessi-

vement violentes. Au bout de sept semaines, elles avaient acquis le volume d'un œuf, et présentèrent une fluctuation moins douteuse. La douleur fut alors moins grave, moins vive. Au bout d'une semaine encore, elles commencèrent à s'ouvrir et fournirent une assez grande quantité d'un pus jaune et épais; la peau qui les recouvrait était rouge, pourpre et bleue; les ulcères qui leur succédèrent étaient entourés de tégumens d'une couleur très foncée, à bords saillans, et leur fond était lisse et d'un rouge brillant. La douleur dont ils sont le siége ressemble à celle de la brûlure, et est beaucoup augmentée par le moindre mouvement. Il y a aussi de la rougeur à la partie externe du pied. Du reste, la santé n'est pas mauvaise; le pouls est irrégulier; il n'y a ni écoulement nasal, ni engorgement d'aucune espèce de glandes.

On ordonne la créosote à la dose de deux gouttes, et des lotions sur les ulcères avec la même substance, à la dose d'une goutte par once d'eau. Le malade reçoit la portion de l'hôpital. Comme la créosote l'excite beaucoup, on ne l'élève pas à la dose de plus de trois ou quatre gouttes à la fois. Les tumeurs, qui se terminaient par suppuration devinrent de moins en moins fréquentes. Un ulcère, très superficiel sur la cuisse, et, un autre, très profond sur le pied, résistèrent à l'emploi de la créosote et du nitrate d'argent. Un autre ulcère, placé sur la jambe droite, guérit; puis, au bout de quelques jours, un nouvel engorgement apparut, mais disparut sans avoir suppuré après une application de sangsues. La santé parait bonne; mais la disposition aux engorgemens ne parait pas épuisée; car une petite tumeur s'est encore montrée dernièrement dans la région lombaire.

Le malade, appelé chez lui pour des affaires urgentes, est obligé de sortir de l'hôpital où la guérison eût été complète, s'il y eût resté quelques semaines plus longtemps.

On a appris depuis son départ que la blanchisseuse qui lavait son linge avait contracté la morve, et qu'il se disposait à rentrer à l'hôpital pour guérir complétement.

Le docteur Elliotson dit dans sa clinique qu'il regardait ce cas comme un exemple marqué de farcin n'affectant pas la muqueuse nasale ni les sinus, mais caractérisé par des engorgemens sur différentes parties du corps, qui se terminent par suppuration et forment des ulcères. Quand la marche de cette maladie est lente, elle forme le farcin chronique, qui diffère beaucoup du farcin aigu dans lequel le malade succombe après un petit nombre de jours avec des altérations de la muqueuse nasale et des sinus.

La première fois qu'il observa cette maladie, il ne lui donna pas de nom particulier; mais aujourd'hui il se hasarde à la désigner sous celui d'*équinie* (*equinia*), qu'il regarde comme très convenable, puisque la maladie vient du cheval, de même que la vaccine a été ainsi appelée parce qu'elle vient de la vache. Il ajoute, pour la caractériser, les mots *chronica* et *apostematosa*, en raison de la lenteur de la marche qu'elle suit et de sa tendance à se terminer par des abcès.

Comme la morve se présente souvent, ainsi que dans le cas précédent, sous la forme d'une affection rhumatismale, il est probable qu'elle est quelquefois confondue avec cette dernière affection par ceux qui ne l'ont pas encore observée et traitée comme telle. Il n'y a pas même de moyen thérapeutique sur lequel on puisse s'appuyer pour le traitement de cette affection. On a, il est vrai, recommandé l'iode, mais son efficacité dans le traitement de la morve est loin d'être démontrée. Aussi a-t-il cru devoir lui préférer la créosote, qu'il avait déjà employée dans deux cas d'*equinia nasalis*, dont un avait été guéri par l'application locale de ce moyen; et l'autre par l'usage externe et en même temps l'usage interne. Il avait été amené à essayer ce médicament par le succès que le docteur Pidduch disait avoir retiré de l'essence de térébenthine appliquée au-dessous du nez des chevaux malades de la morve, mêlée à de la sciure de bois, et de manière à ce que la vapeur en fut inspirée par le cheval malade. Or, la créosote lui avait semblé la substance qui se rapprochait le plus de la térébenthine, et il a soin d'aider son action de celle d'un régime fortifiant.

II. LONDON MEDICAL GAZETTE.

Les cahiers des mois de juillet et août contiennent les articles originaux suivans : 1° *Luxation du fémur dans le trou obturateur*, par M. Skey (fait inconcluant); 2° *Mémoire sur le pouls*, par M. Small; 3° *Considérations sur le seigle ergoté*, par M. Armstrong (rien de neuf); 4° *Quelques faits d'ophthalmologie*, par M. Middlemore (peu importans); 5° *Cas de fièvre hydrotique*, par M. J. Brown; 6° *Remarques sur l'influence directe des nerfs sur les artères*, par M. Moseley (peu de chose); 7° *Traitement des fractures à l'aide de l'appareil inamovible* (rien d'inconnu); 8° *Calcul vésical énorme, extrait à l'aide de la taille bilatérale*, par M. Hagh T rasez 9° *Fongus de la dure-mère*, par M. Mackenzie (rien de neuf); 10° *Observations sur le nœvi materni*, par M. Curling (pas de conclusions nouvelles); 11° *Remarques sur les maladies des veines*, par M. James Copland (idées connues); 12° *Blessure grave d'arme à feu à la poitrine*, par M. Grantham (cas grave, mais n'ajoutant rien aux connaissances acquises); 13° *Tumeur osseuse dans le méat auditif*, par le même; 14° *Faits cliniques relatifs à la créosote*, par le même 15° *Faits d'ophthalmologie*, par M. Mackenzie.

ABCÈS INTRORBITAIRE PRODUIT PAR UN FONGUS DU SINUS MAXILLAIRE; PASSAGE DU PUS DANS LA CAVITÉ CRANIENNE; NÉCROPSIE; par M. MACKENZIE.

OBS.—Janet Anderson, âgée de 44 ans, est reçue à l'hôpital le 23 mars 1838. Neuf semaines auparavant, sa paupière inférieure gauche devint d'un rouge foncé et comme ecchymosée. Un an auparavant, la femme avait éprouvé des douleurs intenses dans le côté gauche de la tête, avec sentiment d'obstruction de la narine correspondante. Cette narine était devenue sèche et insensible aux odeurs. Plus tard, elle a commencé à se plaindre d'engourdissement dans les muscles de la face du côté gauche, de dureté d'ouïe du même côté.

A son entrée, la malade offre une sorte d'œdème général des paupières et de la conjonctive du côté gauche, symptôme qui est attribué avec raison à une compression quelconque exercée dans la cavité orbitaire. La vision et la motilité du globe sont à l'état normal. Langue blanche; pouls, 96. La malade déclare que depuis l'apparition du gonflement palpebro-conjonctival, son mal de tête avait beaucoup diminué.

PRESCRIPTION. Saignée, calomel, opium.

Quelques jours après, un gonflement fluctuant particulier se déclare entre la paupière supérieure et le sourcil, vers l'angle interne; la peau est rouge sur ce point. L'œil est déplacé en dehors (exorbitisme divergent). Ouverture; pas de pus. Cataplasmes émolliens. La malade a de la fièvre avec redoublemens frissonneux le soir. (Sulfate de quinine.)

Le 28, le gonflement fluctuant est plus manifeste. Ouverture ; écoulement d'une petite quantité de pus; la malade rend du pus par la narine gauche; sa face est gonflée.

Quelques jours plus tard, un second bombement fluctuant a lieu à la partie inférieure de l'angle interne de l'orbite. Ce gonflement s'ouvre de lui-même et laisse écouler beaucoup de pus. Une sonde, introduite par cette ouverture, va de dedans en dehors à la profondeur d'un pouce et demi.

Cet état de choses se prolonge jusqu'au 9 juillet; alors une troisième tumeur fluctuante se forme entre le globe de l'œil et la paroi inférieure de l'orbite; on l'ouvre à l'aide d'un coup de lancette; il ne s'écoule pas de pus.

Affaissement progressif de la malade. Mort le 29 juillet.

NÉCROPSIE. Exophthalmie divergente. Conjonctive épaissie et sarcomateuse. Hémisphère cérébral gauche couvert de pus épais, vert et fétide. A la partie antérieure du lobe cérébral gauche est une dépression remarquable de sa substance, pouvant contenir un demi-écu (*half a crown piece*). Les méninges sont très épaissies sur ce point.

En relevant le lobe cérébral de la voûte orbitaire, on voit un petit trou qui communique avec l'orbite et avec une ouverture de la dure-mère correspondante. Ce trou existe du côté de l'angle interne.

La cavité orbitaire est pleine de pus. A son côté nasal, cette cavité présente une tumeur d'un blanc jaunâtre, consistance analogue à celle du fromage. Cette tumeur provient du sinus maxillaire correspondant; elle avait poussé l'œil en dehors et atrophié les muscles oculaires.

L'os ethmoïdal est carié. Il existe du pus dans le sinus, dans la narine et dans les tissus environnans. La paroi osseuse antérieure du sinus maxillaire n'est point bombée.

Toutes ces lésions peuvent se résumer ainsi, d'après M. Mackenzie : 1° Fongus hygmorien ; 2° Passage de ce fongus dans l'orbite, et inflammation suppurative de cette cavité; 3° Fusion du pus de cette cavité dans l'intérieur du crâne; 4° Symptômes cérébraux; mort.

Une première circonstance importante à noter, c'est la marche sourde et insidieuse du fongus. On voit assez souvent les tumeurs de l'antre d'Higmore se faire jour du côté de la cavité orbitaire; mais leur existence est d'abord signalée par un gonflement des os de la joue, de sorte que leur diagnostic n'est pas bien difficile en général; mais rien de pareil n'a été observé dans le cas en question; le polype s'étant développé et ayant marché d'une manière sourde du côté de l'orbite, sans qu'aucun gonflement fît soupçonner sa véritable origine durant la vie.

Vient ensuite l'abcès orbitaire, qui a donné lieu à plusieurs erreurs de diagnostic, à plusieurs fausses fluctuations. Ce qui doit ici nous intéresser de préférence, c'est la fusion de la matière du côté de la cavité cranienne.

Il est possible, à la rigueur, que l'ouverture de communication entre cette cavité et l'orbite ait été produite par l'action compressive même du fongus; car c'est de son côté que l'ouverture existait; mais le seul travail de phlogose suppurative aurait été d'ailleurs suffisant pour amener le même résultat. Ces circonstances, du reste, ne font que confirmer la gravité très grande qui se rattache aux phlogoses de la cavité orbitaire, gravité que les chirurgiens connaissent, mais que la plupart des oculistes exclusifs sont loin de soupçonner. Rien ne démontre mieux que ce fait, cette vérité exprimée par Travers et par plusieurs autres « que les médecins et les chirurgiens qui exercent sur toutes les branches de la science sont seuls capables de bien comprendre et traiter les maladies de l'œil. »

OBSERVATION REMARQUABLE DE LUXATION DU GLOBE OCULAIRE; par le même.

A la suite de l'article précédent, M. Mackenzie ajoute la note suivante :

« Je n'ai rencontré dans toute ma pratique qu'un seul cas d'ophthalmoptosis, c'est celui du nommé Robert Dunn. Il est actuellement à l'hô-

pital, c'est un chaudronnier; il a été reçu pour une ophthalmie catarrhomatique du côté droit. Après quelques jours d'attente à l'hôpital, nous avons vu une fois qu'en regardant en bas l'œil venait de tomber sur la joue et que le malade faisait des manœuvres pour le réduire; il éleva la tête, frotta l'œil et cet organe rentra de suite. Il se plaignait de douleur intense dans l'orbite; on l'a soulagé par les purgatifs mercuriels. Il a dit que ce prolapsus s'était déclaré la première fois il y a cinq ans en portant une lourde charge sur le dos.

La luxation oculaire est une affection si rare qu'on en avait contesté l'existence. Le fait ci-dessus, rapporté en peu de mots, est moins remarquable par la cause qui l'a produit que par les conditions singulières de son existence. Ainsi en baissant la tête ce homme voit son œil tomber sur la joue comme l'intestin rectum à travers le périnée, et ce qui est plus, le malade fait rentrer l'organe à volonté par le simple frottement comme s'il s'agissait d'une hernie intestinale; et ce qui est plus remarquable encore, c'est que ces chutes, ces allongemens, ces tiraillemens du nerf optique n'empêchent pas la rétine de fonctionner normalement. On s'explique cette dernière circonstance en se rappelant que le nerf visuel décrit dans l'orbite une sorte de ligne sinueuse qui lui permet de s'allonger jusqu'à un certain point sans que sa substance éprouve réellement un grand tiraillement. Disons du reste que le fait de M. Mackenzie n'est pas le seul de ce genre que la science possède.

TUMEUR ENTOZOAIRE DE L'ŒIL (*cysticercus cellulosæ*); par M. ESTLIN.

OBS. — Une petite fille, âgée de six ans, est reçue à l'hôpital pour une tumeur vésiculaire du volume d'un pois, placée au-devant de l'œil, entre la sclérotique et la conjontive du côté droit, si près de l'angle interne qu'elle empêche la vision dans ce sens; la malade ne peut voir avec cet œil que les objets placés en face ou en dehors de son nez. La petite fille ne souffre autrement que de la gêne que la tumeur produit. L'origine de la maladie n'a pu être précisée.

M. Estlin ouvre la tumeur avec un bistouri à cataracte, il s'écoule une sérosité limpide et la tumeur s'affaisse. Avec le liquide cependant il s'est échappé un petit corps qui s'est arrêté entre les paupières; c'est un petit corps blanc qu'on prend d'abord pour un flocon de lymphe plastique ou de matière caséuse semblable à celle que certaines tumeurs présentent quelquefois; il a cependant la surface membraneuse: on le met dans un verre d'eau et l'on est étonné de le voir épanouir et se convertir en forme de sac ouvert, et offrir à l'un de ces bouts un prolongement blanc, solide, d'une demi-ligne de longueur et autant de largeur. Le sac lui-même peut être comparé pour le volume à la peau d'une très petite groseille (*currant*). La partie la plus solide paraît être dans la cavité du sac.

Examiné à la loupe d'un pouce de foyer, on a vu de suite que le corps n'était autre chose qu'un kyste hydatique vivant, le *cysticercus cellulosæ*. Les parties saillantes répondaient à la tête et au cou. L'auteur en donne la figure qui ressemble exactement à celle du même animal désigné et décrit par M. Owen à l'article *Entozoa* de l'Encyclopédie anatomique et physiologique. La tête offre quatre suçoirs simples et un cinquième armé de crochets.

La malade guérit promptement de la petite plaie.

Des entozoaires vivans avaient déjà été rencontrés depuis longtemps non seulement dans des kystes formés sous la conjonctive palpebrale ou oculaire, mais encore à l'état libre dans les différentes chambres de l'œil, dans l'humeur aqueuse, dans la capsule cristalline et même dans les membranes pariétales de la coque ophthalmique. On peut voir à ce sujet, entre autres travaux, un mémoire récent de Lawrence qui résume parfaitement l'état de la science. Ce qu'il y a de plus remarquable, c'est que ces sortes d'êtres parasites dont on a déjà établi plusieurs espèces ne viennent pas du dehors, ils naissent dans l'organe même par une véritable genèse spontanée et ne se rendent manifestes que lorsque par leur volume ils peuvent produire des phlogoses irritatives plus ou moins graves. Sans nous engager ici dans la question célèbre de la génération spontanée, nous rappellerons que la découverte de M. Delle-Chiaja sur l'existence du polistoma dans le sang permet aujourd'hui de regarder le germe de ces êtres comme une véritable sécrétion.

DE LA PATHOLOGIE DU CŒUR, ET SPÉCIALEMENT DE L'INFLUENCE QU'EXERCENT LES MALADIES DU CŒUR SUR LE DÉVELOPPEMENT DES AUTRES ORGANES; par le docteur CLENDINNING.

L'auteur continue de publier ses recherches sur le développement que prend le cœur dans l'état pathologique, et est arrivé à des résultats assez importans, surtout relativement à l'influence que cet organe paraît exercer à l'état pathologique sur le développement des autres organes, pour que nous reproduisions les résultats principaux auxquels il est arrivé, et qui sont la suite de ceux déjà reproduits dans notre dernière revue anglaise. (V. GAZ. MÉD., n. 29.)

Il a examiné le cœur chez 180 sujets qui avaient présenté des signes d'affection du cœur, mais dont beaucoup étaient morts de maladies différentes. Sur ces 180 cas, les deux tiers environ appartenaient à des hommes, et il y en avait 30 où les altérations des valvules étaient très marquées, et se liaient à l'hypertrophie. Dans les autres, qui formaient environ les cinq sixièmes, il n'y avait eu qu'une simple hypertrophie, sans autre altération du cœur.

Dans la plupart de ces cas, la vue et le toucher suffisaient seuls pour faire reconnaître que le volume, le poids et l'épaisseur des parois du cœur étaient à un état anormal; cependant, il était impossible d'apprécier exactement le degré d'hypertrophie sans l'emploi d'un moyen de mensuration, à la ligne, au poids ou au volume. Dans un grand nombre de cas, il aurait été impossible, sans l'emploi de ces moyens, d'affirmer si l'excès de poids ou de volume était léger ou considérable. Ainsi, dans plusieurs cas où le cœur était le siége d'une hypertrophie considérable, et où il pesait de 11 à 12 onces au plus, chez des personnes d'une taille moyenne, on avait prononcé d'abord, en ne jugeant que d'après le toucher et la vue, que le cœur était à l'état normal.

Dans un cas surtout, cette difficulté fut frappante: c'était celui d'un individu que je connaissais depuis plusieurs années, et qui avait une dyspnée habituelle qu'on attribuait à un asthme. Il avait eu la grippe, puis quelques symptômes de pneumonie, et succomba dans l'espace d'une semaine. Son cœur, examiné par plusieurs personnes familiarisées avec les études d'anatomie pathologique, fut regardé comme étant à l'état normal, et pourtant, mis dans la balance, il excéda notablement le poids commun; il pesait 11 1/4 onces.

Dans presque tous les cas, il y avait un peu d'hypertrophie, souvent des deux côtés, mais presque constamment au moins dans le ventricule gauche. Les exceptions, qui montaient à deux ou trois pour cent, furent observées chez de vieilles femmes bien maigres qui portaient des altérations des valvules. Le poids moyen de 80 cœurs (d'hommes) pris indifféremment sur les 180 a été de 15 onces, au lieu de 9 onces, qui est le poids normal chez les adultes âgés de plus de 15 ans; ce qui représente pour cet organe un accroissement d'environ 40 pour cent. Chez 40 femmes, le poids commun fut de 13 onces, ce qui indique une augmentation de 38 pour cent.

Complication dans les maladies du cœur. Dans presque tous les cas où on avait constaté une maladie du cœur pendant la vie du sujet, on a trouvé d'autres organes malades. Voici la proportion de ces diverses complications.

Phthisie dans	23 cas.
Pleurésie	29
Pneumonie et pleuro-pneumonie	36
Péricardite	22
Manie	6
Différentes maladies	14
Hémorragie cérébrale	15
	145

Influence des maladies du cœur sur le développement de quelques organes. Les deux tableaux suivans indiquent le poids des viscères chez les sujets morts de maladies autres que les maladies du cœur, et chez ceux seulement qui ont présenté une affection du cœur prononcée.

PREMIER TABLEAU. — POIDS DES VISCÈRES SUIVANT L'AGE ET LE SEXE CHEZ LES SUJETS MORTS DE MALADIES DIFFÉRENTES DES MALADIES DU CŒUR.

	De 15 à 30 ans.		De 30 à 50.		De 50 à 70.	
	Hommes.	Femmes.	Hommes.	Femmes.	Hommes.	Femmes.
Cerveau	49,33	42,47	43,5	42,5	45,8	42,73
Poumons	38	33 1/2	50	35	56 1/2	36
Estomac	5	4 2/3	4 1/2	5	4 1/3	4 1/6
Foie	53	55 2/3	49	47	49 1/3	40 2/3
Rate	5	5	4 1/2	5	4 1/2	4
Reins	8 1/4	9 1/2	9	8 2/3	8 1/2	7 1/2
Pancréas	3	2 1/3	2 2/2	2 1/3	2 1/3	2 1/6

	De 70 à 80.		Nombre de sujets.	
	Hommes.	Femmes.	Hommes.	Femmes.
Cerveau	47	39,9		
Poumons	41	38 1/4	31	34
Estomac	4	4 1/3	34	31
Foie	41 2/3	33	53	101
Rate	4	4 1/3	50	93
Reins	8	6 1/3	53	98
Pancréas	1 2/3	2 1/3	51	84

DEUXIÈME TABLEAU. — POIDS DES VISCÈRES SUIVANT L'AGE ET LE SEXE CHEZ LES SUJETS MORTS DE MALADIES DE CŒUR.

	De 15 à 30 ans.		De 30 à 50.	
	Hommes.	Femmes.	Hommes.	Femmes.
Cerveau	50,73		49,66	44,5
Cervelet	4,5		5,5	4,75
Poumons	47,5	33	59	32

	De 15 à 30 ans. Hommes.	Femmes.	De 30 à 50. Hommes.	Femmes.
Estomac	5,25	5,5	5,5	5
Foie	66,5	59	65,25	54
Rate	7	7,5	8,25	5,75
Reins	11,25	10,5	11,25	10
Pancréas	2	2,5	3,2	3,25

	De 50 à 70 ans. Hommes.	Femmes.	De 70 à 100. Hommes.	Femmes.
Cerveau	47,1	45,8	41,5	40,5
Cervelet	5,12	5,25	4,7	4,25
Poumons	56,5	41	59	35
Estomac	5,5	4,7	5,3	5,93
Foie	51,5	50,25	48,5	40,5
Rate	5,17	5,5	4,33	4
Reins	9,5	8,5	8,11	8
Pancréas	3	2,25	3,11	2,38

Ces denx tableaux démontrent qne dans les maladies de cœnr il s'opère nn accroissement en volnme et en poids de presque tous les viscères. Cette assertion deviendra encore plus évidente si nous réduisons ces deux tableanx à nne moyenne ponr les âges, en tenant compte seulement des différences de sexe, et prenant pour l'état normal les cas où le cœur n'était pas altéré.

Troisième tableau. — (Hommes.)

	A l'état normal.	Dans les maladies du cœur.
Cerveau	45,33	47,23
Poumons	46,5	55,5
Foie	49	57
Rate	4,75	6,42
Estomac	4,5	5,40
Reins	8,33	10
Pancréas	2,25	3

Quatrième tableau. — (Femmes.)

Cerveau	42,62	45,60
Poumons	33,5	3C
Foie	44,5	50,75
Rate	4,33	5,5
Estomac	4,40	5,12
Reins	8	9,25
Pancréas	2,25	2,5

Le fait de l'accroissement de tous les viscères sous l'infinence des maladies du cœnr paraît donc démontré au doctenr Clendinning qni, pour s'assurer qu'il ne dépend pas, ainsi que l'ont qnelqnefois supposé les anatomistes qnand ils ont été à même de le remarqner, d'une stase sangnine momentanée, prit la précaution d'inciser tous les viscères, afin de faciliter l'écoulement du sang qu'ils pourraient contenir, ce qui n'apporta aucnn changement dans ses opérations; il regarde donc comme prouvé que cet accroissement est dû à nn excès de nutrition considérable.

L'auteur examine cependant si c'est réellement à l'infinence de la maladie du cœur qu'on doit attribner cette espèce d'hypertrophie de tous les organes, ou si au contraire la maladie du cœnr ne serait pas elle-même un effet de cette hypertrophie générale on nne simple coïncidence. Nous ne ponvons reproduire tontes les prenves qu'il apporte à l'appui de cette dernière opinion, qui, du reste, nous paraît évidente.

OBSERVATION D'ECTOPIE PARTIELLE DU CŒUR, AVEC HERNIE OMBILICALE.

L'observation snivante est nn de ces cas rares de difformité qui, en soumettant à la vue du physiologiste les organes internes, lui fonrnissent les moyens donner la solution de qnestions quelqnefois longtemps discutées. Nous allons rapporter le fait et une partie des indnctions que l'autenr en a tirées, sans toutefois les adopter comme l'expression de la vérité.

Obs. — L'enfant qni est le sujet de cette observation présentait à quatorze jours de naissance l'état snivant : elle était née à terme, forte et bien portante; la couleur de la pean était à l'état normal, et tuutes les fonctions se faisaient très bien; la tête était soulevée à chaqne systole du cœur, ce qui arrivait 140 fois par minnte; 43 inspirations par minute aussi, la forme extérieure du thorax est parfaite, à l'exception du cartilage curiforme qui manque.

Il y a à la partie antérienre et supérieure de l'abdomen, là où devrait être l'extrémité du sternum, une tumeur molle, ovale, inégale, demi-transparente, de trois ponces et demi de long sur deux et un quart de large, et un et demi de saillie. Les trois quarts inférieurs sont oecnpés par les viscères abdominaux. La peau qui recouvre cette tumeur est rouge, brillante, évidemment de formation récente; à gauche est une ulcération de la longueur d'one demi-couronne au point d'insertion du cordon.

On voit, dans le quart snpérieur de la tumeur, qui est sur la ligne médiane, et dont la pean est diaphane, un petit corps semblable an cœur, offrant des pulsations, la pointe dirigée en dehors, et formant presqne nn angle droit avec le sternum. L'examen de cette tumeur fait distingner trois monvemens distincts.

Dans le premier, le cœnr éprouve un mouvemeot de contraction 140 fois par minute, pendant lequel il se forme une petite fossette sur le côté, et dont la profondeur augmentait lorsque l'enfant fait une grande inspiration, reste tranquille ou dort. Cette contraction commençait subitement et diminuait beaucoup le volume du cœnr; après de nombreuses observations, on reconnut que ce premier monvement était isochrône avec te pouls de la carotide et le premier bruit du cœur.

Le second mouvement, ou de dilatation, pendant lequel ce corps était tendu et paraissait raccourci. Cette dilatation s'opérait même lorsqu'en le comprimant entre les doigts on cherchait à l'empêcher. Elle paraissait produite par le jet d'un fluide qui commnniquait en y pénétrant une sensation de frottement (*thrill*); mais elle se prolongeait après lui.

Pendant le troisième monvement, ou celui de systole, toute la tumeur semblait s'abaisser par un monvemeot qui ne dépendait point, il était évident, de la contraction du diaphragme.

Ces monvemens étaient si rapides, qu'il était difficile d'apprécier exactement l'intervalle de temps qui les séparait.

Si, d'nne main, on prenait la tumeur, et qu'on passât les doigts au-dessous et en arrière d'elle, ils se trouvaient en contact dans le thorax avec nn corps rond dont les pulsations étaient isochrônes à celles de la tumeur.

L'enfant ne paraissait éprouver aucune sensation de ces divers examens. Le son fourni par la percussion sur les parois thoraciques était normal. A la partie inférieure de la tumeur, on distinguait facilement, quand l'enfant criait, l'action vermiculaire de l'intestin grêle.

Le 1er octobre, l'enfant a gagné un rhume; il a beancoup maigri; éprouve fréquemment des convulsions.

Le 5, les lèvres ont pris une teinte bleue, et l'enfant meurt après avoir vomi un peu de pus mêlé à du sang pur.

Autopsie. On ne trouve sur la partie supérieure de la tumeur aucune trace de la ligne blanche ni des muscles droits, obliques ou transverses. Le sternum était plus court qu'à l'état normal, et le cartilage ensforme manque complétement. Le foie remplissait une partie de l'abdomen. Le diaphragme offrait la disposition normale, à l'exception du faisceau fibreux qui vient s'attacher au cartilage ensiforme, et qui, dans ce cas, allait s'attacher au cartilage du côté opposé, laissant ainsi une ouverture triangulaire.

Le cœur, enveloppé dans le péricarde, était presque dans sa position normale. Le ventricule droit était hypertrophié, et offrait deux fois l'épaisseur du gauche, avec un peu de dilatation. Le gauche avait son épaisseur ordinaire et se prolongeait d'un pouce trois quarts en un sac formé par te péricarde, lequel sac sortait par l'ouverture triangulaire dont nous venons de parler, et formait un angle obtus avec le reste du ventricole Le veotricole droit empêchait seul le reste du ventricule gauche de sortir complétement. Le péricarde était adhérent au ventricule gauche dans toute la partie qui faisait issue. Du reste, l'organisation du cœur était normale, ainsi que celle des poumons.

Voici quelques réflexions qui semblent ressortir de ce fait intéressant :

1° Il est probable que le prolongement du ventricule gauche n'a été l'effet que de l'existence de l'ouverture triangulaire; l'action continnelle du cœur tendant à le pousser à travers cette ouverture et les adhérences avec le péricarde l'ayant seules empêché de se prolonger encore plus avant.

2° La dilatation des ventricules est une force aussi active que leur contraction, et elle est la cause et non l'effet de la projection du sang dans leur intérieur.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

La dernière séance de l'Académie des sciences a été consacrée à des objets étrangers à la médecine.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 18 SEPTEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. MOREAU.

La correspondance offre une lettre de M. le ministre, qui demande de nouveau l'opinion de l'Académie sur l'utilité des revaccinations.

M. le président annonce qu'à la séance prochaine l'Académie aura à nommer une commission composée d'autant de membres qu'il y a de sections, à l'effet de délibérer s'il y a lieu à nommer un nouveau membre à la place des trois derniers académiciens décédés, et, en cas d'affirmative, dans quelle section la nomination doit avoir lieu.

VACCINATIONS DE L'ANNÉE 1836. QUESTION DES REVACCINATIONS.

M. DEVILLIERS fait, au nom de la commission de vaccine, un rapport sur les vaccinations pratiquées en France durant l'année 1836. Il expose les chiffres des sujets vaccinés dans chaque département et fait connaître les opinions des principaux vaccinateurs des départemens. Ces opinions sont toutes favorables au jugement exprimé par la commission de vaccine sur l'inopportunité des revaccinations.

M. DUBOIS (d'Amiens) : La question importante des revaccinations n'a été traitée dans le rapport que d'une maniere incidente. Je regrette de ne pas la trouver approfondie. J'aurais désiré que la commission eût fait connaître la valeur des documens qu'invoquent les partisans des revaccinations. Je renouvelle, par conséquent, ma proposition, qui consiste à ne faire au ministre qu'une réponse provisoire et à prier la commission de présenter un travail scientifique sur la question.

M. DEVILLIERS répond que, dans l'état actuel des choses, la question des revaccinations ne peut être approfondie, attendu que les faits ne sont pas encore suffisamment multipliés.

M. SEDILLOT lit une note dans laquelle il soutient l'opinion de la commission.

M. ROCHOUX parle dans le même sens ; il pense que le moyen le plus propre pour s'assurer si la vaccine préserve réellement aujourd'hui de la variole, comme autrefois, est de ne pas faire de revaccinations. Dans un rapport de M. Fabre, de Marseille, continue M. Rochoux, l'on trouve que, sur 30,000 vaccinés, il n'y en a eu que 1000 qui ont été saisis de la petite vérole durant l'épidémie de 1828, et que, sur ce nombre, il n'en est mort que 20 ; tandis qu'il en est mort trois fois autant des individus qui avaient eu autrefois la petite vérole naturelle. Donc la vaccine préserve mieux que la petite vérole elle-même.

M. BOUSQUET lit un discours en faveur des revaccinations en temps d'épidémie varioleuse, surtout chez des sujets qui ont été vaccinés depuis un certain nombre d'années.

M. BAUDELOCQUE soutient l'opinion de la commission et communique le résultat de quarante-une revaccinations qu'il vient de pratiquer à l'hôpital des enfans. La plupart de ces sujets n'ont offert que de fausses pustules. Quelques-uns d'entre eux avaient eu la petite vérole naturelle. En supposant que les revaccinations pratiquées dans le nord aient donné exactement les résultats avantageux qu'on proclame, cela ne prouverait pas la nécessité d'ordonner des revaccinations générales.

M. DESPORTES : Je crois avoir observé que les revaccinations ne réussissent que dans des époques et dans les localités seulement où règnent des épidémies varioliques. Dans ces circonstances, les revaccinations paraissent utiles et ne peuvent aucunement compromettre le crédit de la vaccine.

LITHOTRIPTIE.

M. SÉGALAS présente un enfant qu'il vient d'opérer de la pierre par la lithotriptie. C'est un petit garçon âgé de près de cinq ans, mais faible, rachitique, et grand tout au plus comme un enfant de deux ans et demi à trois ans. Cet enfant est le plus âgé de ceux que M. Ségalas a lithotriptiés dans ces dernières années; c'est aussi celui qui avait la pierre la plus volumineuse, celui qui a demandé le plus de temps pour en être débarrassé, et qui a présenté le plus de difficultés dans le cours du traitement. Comparée à celle des autres enfans, son histoire vient appuyer une opinion émise par M. Ségalas il y a plusieurs années, devant l'Académie, savoir, que, dès que les instrumens pénètrent jusqu'au corps étranger, la lithotriptie, comme la taille, offre d'autant plus de chances de succès que le sujet est moins avancé en âge.

La pierre avait *quinze* lignes de diamètre; elle a nécessité *douze* séances opératoires, et à trois reprises différentes des fragmens se sont arrêtés dans l'urètre; il a fallu aller les y chercher. Nonobstant cela, nonobstant un catarrhe de vessie et l'ancienneté de la maladie qui datait de l'âge de 18 mois, le résultat de la lithotriptie a été des plus satisfaisans. L'enfant est parfaitement bien guéri : il ne souffre plus du tout; il garde les urines trois à quatre heures. Ainsi que les autres enfans lithotriptiés par M. Ségalas, il n'a pas cessé de marcher et de jouer dans les intervalles des séances opératoires.

Cet enfant est le dixième que M. Ségalas a traité et guéri par la lithotriptie. Il est le dernier qu'il présentera à l'Académie. L'utilité de la lithotriptie dans le bas-âge lui paraît être désormais établie.

Séance levée après cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ PRATIQUE DES MALADIES VÉNÉRIENNES, OU RECHERCHES CRITIQUES ET EXPÉRIMENTALES SUR L'INOCULATION APPLIQUÉE A L'ÉTUDE DE CES MALADIES, SUIVIES D'UN RÉSUMÉ THÉRAPEUTIQUE ET D'UN FORMULAIRE SPÉCIAL; par M. RICORD, chirurgien de l'hôpital des vénériens de Paris. — Un vol. in-8 de 808 pages, chez Just Rouvier et Lebouvier, libraires, rue de l'École-de-Médecine, 8.

Des questions d'un haut intérêt ont été soulevées dans ces derniers temps concernant la nature et le traitement de la syphilis. La médecine dite physiologique ayant dans un temps halluciné beaucoup d'esprits, nous avons vu surgir des idées pathologiques et thérapeutiques fort bizarres sur une foule de maladies et en particulier sur celle dont il s'agit. Comme toutes les autres affections, la vérole n'était plus qu'une simple irritation, et son traitement n'exigeait que des sangsues et de l'eau de gomme. On avait beau faire observer sa spécificité virulente, contagieuse, analogue à celle que produit la morsure de la vipère, du chien enragé : on avait beau faire réfléchir à sa propriété infectante de l'organisme et à sa réapparition diathésique, multiforme; on avait beau enfin citer l'expérience consommée des praticiens les plus éminens de l'époque, tels que Dupuytren, Boyer, etc., rien ne déconcertait le physiologisme, et l'on était même allé jusqu'à imputer à l'usage le mieux dirigé du mercure les symptômes les plus effrayans de la vérole, si grande était l'ambliopie des *viruphobes*.

En rendant compte il y a quelques mois d'un ouvrage très bien fait d'ailleurs, mais rédigé dans l'esprit le plus exclusif de l'école du Val-de-Grace (*Traité des maladies vénériennes*, par M. Desruelles), nous avons combattu quelques-uns des principes fondamentaux de la nouvelle doctrine sur la syphilis ; nous voyons avec plaisir aujourd'hui qu'un ouvrage *ex professo* basé sur l'expérience la plus irrécusable vient appuyer notre manière de voir, et rendre à la pathologie et à la thérapeutique des affections vénériennes ce qu'une fausse interprétation leur avait ôté au détriment de l'humanité : c'est le livre de M. Ricord dont nous allons rendre compte.

M. Ricord divise son travail en trois sections. Dans la première, il traite des généralités de la syphilis, et il leur consacre deux cents pages. L'auteur ouvre son traité par cette proposition fondamentale dont le développement embrasse un chapitre de cent pages : *L'inoculation sert à démontrer l'existence du virus syphilitique.*

Et d'abord, dit M. Ricord, lorsqu'il s'agit d'étudier un corps et de le distinguer de ceux avec lesquels on pourrait le confondre, faut-il qu'il en diffère en tous points? En physique, en chimie, en histoire naturelle, les caractères d'ordre, de genre, d'espèces, sont-ils en tout dissemblables? Un seul ne suffit-il pas pour établir les différences? Dans nos substances médicinales, par exemple, est-il toujours facile de saisir la condition matérielle qui donne à tel médicament une propriété que ne possède pas tel autre, avec lequel il a pourtant beaucoup d'analogie ? Et cette propriété, pour n'être pas saisissable et matérielle et séparée de la substance qui la possède, constitue-t-elle une entité? Non sans doute, et tout le monde est d'accord sur ces points.

Or c'est, continue avec raison M. Ricord, c'est par une propriété particulière d'une sécrétion morbide distincte qu'on prouve l'existence incontestable du virus vénérien, et c'est ainsi que le pus fourni par certaines altérations syphilitiques a la propriété régulière et constante de reproduire un pus semblable à lui-même, par suite d'une altération identique à celle qui l'avait d'abord sécrété. On peut par ce caractère essentiel distinguer entre elles différentes sécrétions animales, physiologiques ou morbides avec la même précision qu'on distingue des substances chimiques; en effet, par l'inoculation du venin de la vipère, de la bave du chien enragé, du pus de la variole, du vaccin, de la syphilis, on aura des effets spécifiques qui ne laisseront aucun doute sur la différence et la spécialité des causes qui les ont produits.

Le pus syphilitique étudié dans tous ses rapports pourra présenter des globules plus ou moins semblables aux autres pus; il pourra, selon les localités, se combiner à d'autres liquides de sécrétions normales ou morbides, au mucus en particulier, sous forme de muco-pus; selon les localités et ses mélanges, rester alcalin ou devenir acide; renfermer des animalcules accidentels ou en être complètement privé ; mais, avant tout, comme caractère distinctif et d'espèce, il pourra s'inoculer et produire des résultats caractéristiques.

Il est bien entendu, d'ailleurs, que par pus syphilitique on inoculable, on ne doit entendre que le pus des chancres primitifs dans leur période, soit progressive, soit de stationnalité, et le pus des bubons essentiels qui se trouvent dans des conditions que nous indiquerons plus loin. Le pus de la chaude-pisse n'est pas inoculable, bien qu'il soit contagieux, et s'il l'est quelquefois, on peut être certain alors qu'un chancre existe en même temps dans le fond du canal. Ce fait est hors de doute aujourd'hui. Il est hors de doute également que le chancre ne reproduit que le chancre, et la blennorrhagie la blennorrhagie, et que jamais l'une de ces maladies ne se change dans l'autre. Il reste également prouvé par les faits incontestables rapportés par M. Ricord, que le chancre primitif et le bubon ganglionnaire virulent, qui n'est au fond qu'une sorte de chancre, sont les seuls capables de produire la vérole constitutionnelle, et jamais la blen-

norrhagie; et si l'infection générale a quelquefois été la conséquence de la chaude-pisse, c'est que cette dernière était jointe à un chancre caché ou inaperçu.

L'importance des inoculations dans l'étude de la syphilis a été sentie depuis très longtemps. Depuis très longtemps aussi, on s'en est occupé, et des publications nombreuses existent dans la science sur ce sujet; mais malheureusement, soit inexactitude dans les expérimentations, soit prévention dans l'interprétation des faits, les résultats qu'on avait obtenus étaient tellement vagues et contradictoires que le fond de la question sur la spécificité de la maladie était encore entouré d'obscurité; c'est ce qui avait permis au physiologisme d'exercer sur elle sa verve séduisante. Toute cette obscurité se trouve aujourd'hui complètement dissipée par plusieurs milliers d'expériences faites publiquement par M. Ricord. Il résulte d'abord de ces expériences que non-seulement la syphilis ou l'affection chancreuse primitive est une maladie spécifique, virulente, toujours inoculable, diffusible dans l'organisme dans certaines conditions; mais encore qu'elle est propre à l'espèce humaine exclusivement. Jamais, effectivement, M. Ricord n'a pu produire la maladie chez les animaux. Cela n'empêche pas, bien entendu, les brutes d'être sujettes, sous l'influence de causes irritantes, aux inflammations des organes génitaux, qui peuvent, comme dans tous leurs autres tissus, être suivies de suppurations, d'ulcérations, etc., sans que ces lésions aient aucun rapport avec la vérole de l'homme. On comprend bien toutefois que, lors même qu'on arriverait à transmettre la véritable syphilis à un animal, cela n'ôterait pas plus de la spécificité du principe syphilitique que la possibilité de transmettre le vaccin de la vache à l'homme ne détruit la spécificité de ce virus.

Voici maintenant les premières conséquences qui découlent des expériences et observations cliniques de M. Ricord :

1° « Un premier accident vénérien déjà guéri, ou existant encore à quelque période que ce soit de sa durée, n'empêche pas d'en contracter d'autres, et le nombre des infections successives possibles ne saurait être limité. »

Déjà Hunter avait fait la même remarque, et l'on rencontre presque tous les jours des individus qui, actuellement affectés de blennorrhagie, contractent un chancre dans de nouveaux rapports sexuels, *et vice versa*. Les symptômes consécutifs de la vérole ont ceci de particulier que, quelle que soit leur forme, le pus n'est jamais inoculable. Par conséquent, si un individu actuellement atteint de syphilis secondaire est saisi de symptômes de vérole récente, c'est-à-dire dont le pus est inoculable, on peut être certain que celle-ci a été contractée dans un nouveau coït, ou par suite de l'application directe d'un nouveau pus syphilitique. Rien n'empêche effectivement qu'une vérole récente ne s'ente sur un organisme déjà affecté de symptômes de syphilis ancienne ou constitutionnelle.

2° « Tout individu actuellement infecté, et sous l'influence seulement de symptômes primitifs dans une région, ne voit jamais se développer, sur d'autres points de son économie, des symptômes semblables aux premiers, à moins d'une contagion nouvelle, due au contact du premier pus, ou communiquée par un autre individu. »

On croit communément que des plaies artificielles, des opérations pratiquées à distance des lésions syphilitiques primitives peuvent prendre tous les caractères véroliques sous l'influence de l'état spécial de l'organisme: des faits sont effectivement cités à l'appui de cette manière de voir. Ces faits sont vrais; mais l'explication en est fausse. M. Ricord s'est assuré que cela ne peut arriver que dans les cas où le pus du chancre a été transporté et inoculé dans la plaie par une circonstance quelconque. « On voit souvent, dit-il, un grand nombre de piqûres de sangsues appliquées au pénis, ou aux environs de la verge, les unes prendre l'aspect du chancre, et d'autres n'éprouver aucun accident et se cicatriser. Lorsqu'on cherche la cause de cette différence dans des lésions semblables et sur une même région, on ne tarde pas à s'apercevoir que ce sont les piqûres qui sont en rapport de siége avec les parties que les points malades de la verge peuvent atteindre qui sont seuls pris, tandis que ceux qui sont en deçà ou au-delà restent intacts. Voici une observation, entre autres, qui ne sera pas sans intérêt. Une femme, couchée dans mon service à l'hôpital des vénériens, portait des chancres nombreux à la vulve; ces chancres étaient primitifs à la période de progrès, et fournissaient une abondante suppuration, lorsqu'elle fut prise d'une douleur rhumatismale à la malléole externe droite; une application de sangsues fut faite. Quelques jours après, la malade, qui avait d'abord été soulagée de sa douleur, se plaignit de souffrir beaucoup de ses piqûres de sangsues; elle fut examinée, et l'on trouva des piqûres enflammées offrant l'aspect des pustules d'*ecthyma*, auxquelles succédèrent bientôt des ulcérations ayant tous les caractères admis du véritable chancre. Le point où les sangsues avaient été appliquées, la distance du siége primitif des ulcères de la vulve suffirent au plus grand nombre des médecins qui suivaient ma clinique pour regarder cet accident comme une conséquence due à l'infection générale, ou à une mauvaise disposition du sujet. Je fis alors appliquer de nouvelles sangsues à l'autre jambe; j'en fis mettre encore à la première, en prenant le soin de garantir de suite ces nouvelles piqûres, et de les isoler de tout contact contagieux; et alors, tandis que des piqûres faites à la lancette, l'une avec du pus pris aux chancres de la vulve, et l'autre aux piqûres des sangsues ulcérées, donnaient lieu à des ulcérations de la nature de celles qui avaient fourni le pus, les piqûres de sangsues qui avaient été garanties de toute souillure se cicatrisaient sans aucun accident. »

Sur des bubons, on voit aussi quelquefois les piqûres de sangsues dégénérer en chancres; dans ce cas, l'inoculation a souvent lieu de dedans en dehors, ou par exosmose de la matière virulente.

3° « Enfin, la fréquence de la vérole constitutionnelle n'est en aucune façon en raison directe du nombre des accidens primitifs développés à une même époque. Le nombre même des accidens secondaires n'est nullement non plus en rapport avec le nombre des accidens primitifs. »

Cette vérité importante, due aux recherches de M. Ricord, a été confirmée par les observations de MM. Fricke, Lallemand, Ruef, Blandin et plusieurs autres.

Une autre question non moins importante de pratique, et dont la solution est due aussi aux recherches de M. Ricord, est relative à la détermination de l'époque à laquelle le chancre cesse d'être contagieux; ou, en d'autres termes, jusqu'à quand le pus d'un chancre est-il inoculable? C'est faute d'avoir tenu compte de cette circonstance que les inoculations qu'on avait tentées avant M. Ricord n'avaient donné que des résultats en apparence contradictoires. Il est constant qu'il y a une époque de l'existence des chancres primitifs où le mal n'est plus contagieux, où l'inoculation ne produit rien : cette époque est celle dans laquelle l'ulcération se civilise, s'adoucit, et tend à se cicatriser; et elle ne tend à la cicatrisation qu'alors qu'elle passe à l'état d'ulcère simple, ou que la cause qui l'entretenait est détruite, soit par les seules forces de l'organisme, soit par l'intervention de l'art. En conséquence, tant qu'un chancre primitif est en marche progressive ou qu'il reste stationnaire, on peut assurer qu'il est contagieux et que son pus est positivement inoculable. Tout chancre primitif offre donc deux périodes très distinctes : celle de progrès ou de stationnalité, et celle de décroissance, de réparation, de simplification ou de cicatrisation. On explique par là comment la même ulcération qui s'inoculait quelques jours auparavant ne donne plus de pus contagieux.

Voici maintenant quels sont les phénomènes qui suivent l'inoculation du pus d'un chancre primitif à la période de contagion. On en charge la pointe d'une lancette qu'on porte sous l'épiderme ou sous l'épithélium de la cuisse, ou de toute autre région du corps.

« Dans les premières vingt-quatre heures, dit l'auteur, le point piqué, comme dans la vaccine, rougit; du second au troisième jour, il se tuméfie un peu et présente l'aspect d'une petite papule qu'entoure une auréole rouge; du troisième au quatrième jour, l'épiderme, soulevé par un liquide plus ou moins trouble, prend la forme souvent vésiculeuse, offrant à son sommet un point noir résultat du dessèchement du sang de la petite piqûre; du quatrième au cinquième jour, la sécrétion morbide augmente, devient purulente, la forme pustuleuse se dessine, et son sommet, en se déprimant, lui donne un aspect ombiliqué qui la rapproche de la pustule de la petite vérole. A cette époque, souvent l'auréole, dont l'étendue et l'intensité s'étaient accrues, commence à s'éteindre ou à diminuer, surtout si la maladie ne fait pas de progrès; mais à partir du cinquième jour, les tissus sous-jacens, qui souvent n'avaient encore subi aucune influence ou étaient seulement légèrement œdémateux, s'infiltrent et durcissent par l'épanchement d'une lymphe plastique qui donne au toucher la résistance, la sensation élastique de certains cartilages. Enfin, ordinairement, à partir du sixième jour, le pus s'épaissit, la pustule se ride, et bientôt des croûtes commencent à se former. Si celles-ci ne sont point détachées, on les voit grandir par leur base, et s'élevant par couches stratifiées, prendre la forme d'un cône tronqué à son sommet déprimé. Si l'on détache les croûtes ou qu'elles tombent, on trouve dessous un ulcère qui, siégeant sur la base dure dont nous avons parlé, offre au fond dont la profondeur est représentée par toute l'épaisseur de la peau, et dont la surface blanche, d'un gris plus ou moins foncé, est formée par une matière lardacée, quelquefois pultacée, ou même de fausse membrane qu'on peut détacher en l'abstergeant. Les bords de l'ulcération, à cette époque, nettement taillés comme par un emporte-pièce, parfaitement circulaires, sont cependant décollés dans une étendue plus ou moins grande, et offrent à la loupe de légères dentelures et une surface semblable à celle du fond; leur marge, siége d'un engorgement et d'une induration pareille à celle de la base, présente une espèce d'anneau d'un rouge-brun plus ou moins violacé, et qui, plus saillant que les parties voisines, relève ainsi les bords en les renversant un peu, ce qui, dans les premiers temps, donne un aspect in-

fondibuliforme à ces ulcérations. » Ce tableau est si pittoresque, si parlant, et si vrai qu'il ne laisse absolument rien à désirer. Si le pus est inoculé en le déposant à la surface d'une plaie, cette plaie se convertit en chancre.

On voit souvent l'inoculation avoir lieu de la nourrice à l'enfant, ou bien de la bouche de l'enfant au téton de la nourrice. Y a-t-il moyen de reconnaître lequel des deux a donné le premier la vérole à l'autre? Voilà une question que Cullerier a cherché à résoudre; il s'explique de la manière suivante :

« Lorsque le mal, dit-il, existe chez les deux individus en même temps, et qu'il est arrivé à l'état de maladie consécutive, on ne peut avoir que des probabilités tirées de la santé des père et mère, de l'enfant et de celle du mari et de la nourrice, tirées de l'époque à laquelle le mal s'est manifesté chez l'un ou chez l'autre, ce qui est quelquefois très difficile à constater. Mais on ne peut avoir certitude que l'enfant a passé le mal à la nourrice lorsqu'il y a des ulcères dans les fosses nasales, des pustules tuberculeuses, croûteuses ou ulcérées dans quelques parties du corps avec les caractères de maladie déjà ancienne. On peut aussi avoir la certitude que la nourrice a infecté l'enfant quand elle a des ulcères à l'arrière-bouche, des pustules sur le corps, des exostoses, et l'enfant seulement des ulcérations à la bouche, au nez ou à l'anus. »

Il est bien remarquable cependant que la vérole secondaire, qui n'est pas contagieuse, puisque l'inoculation du pus ne donne aucun résultat, soit pourtant héréditaire ou transmissible à l'enfant par la circulation intra-utérine. Elle est aussi transmissible à l'enfant par le seul lait de la nourrice.

M. Ricord ne s'explique pas sur cette importante question. Une circonstance néanmoins ne doit être oubliée dans ces cas : c'est que l'enfant ne peut inoculer la vérole à la nourrice qu'autant que la bouche, ou quelque autre partie du corps, est affectée de chancre primitif.

On avait prétendu que le pus virulent (chancre primitif) perdait sa vertu contagieuse ou inoculable en refroidissant.

« Nous croyons pouvoir assurer, avait dit feu Cullerier, que le fluide qui sert de véhicule au virus doit être doué d'un degré de chaleur, d'une espèce de vie, qui conserve au virus la force de s'attacher au nouveau corps auquel il a été transmis. Nous avouons notre incrédulité, continue Cullérier, sur les moyens de contagion qu'on attribue à une lunette de commodité, ou à un pot de chambre que personne n'a touché depuis plusieurs heures, à une éponge dont on ne s'est servi que la veille, etc. »

Déjà l'analogie de ce que nous voyons arriver au pus des pustules de la vaccine porterait à faire penser autrement que Cullerier sur la question dont il s'agit; mais M. Ricord a prouvé expérimentalement le contraire.

« J'ai pris, dit M. Ricord, du pus de chancres et du pus de pustules d'inoculation; ce pus a été conservé pendant sept jours dans des tubes semblables à ceux dans lesquels on conserve le vaccin, et l'inoculation s'est faite comme avec du pus récent. J'ai conservé de la même manière et comparativement du muco-pus blénnorrhagique, du pus phlegmoneux, du pus d'ulcères simples, de bubons non virulens, et les résultats de l'inoculation ont été négatifs. Ce qui a pu être noté, sans cependant le donner comme signe constant, c'est que le pus inoculable a toujours conservé plus de fluidité que celui qui n'était pas virulent. »

On peut par là s'expliquer comment il se fait qu'une femme qui a vu un homme infecté, et qui a des rapports avec d'autres hommes sains, a pu infecter ces derniers par le pus resté dans ses organes, sans être encore elle même malade.

Un dernier point, que M. Ricord ne pouvait pas passer sous silence dans ces généralités est relatif à l'observation récente de M. Donné, confirmative de l'existence des animalcules déjà annoncés par Deidier et par d'autres, dans le pus du chancre. L'existence de ces êtres n'est qu'accidentelle dans le pus, suivant M. Ricord : il s'est assuré, en effet, que, d'un côté, ils n'existent pas toujours, et que, de l'autre, en inoculant le pus, après les avoir fait mourir à l'aide d'une solution appropriée, la vérole est reproduite à l'ordinaire. M. Ricord regarde ces êtres comme le produit de la dégénérescence accidentelle du mucus, qui se trouve combiné à la matière purulente. Le principe virulent ou inoculable ne dépend donc pas de la présence des animalcules en question.

Le second chapitre est intitulé : *« L'inoculation sert à distinguer entre eux les accidens réputés primitifs de la vérole. »*

A part la blennorrhagie simple qui, ainsi que nous venons de le dire, ne donne jamais la vérole, les symptômes primitifs de la syphilis proprement dite se réduisent à trois, savoir, au chancre, ou ulcère inoculable, au bubon virulent, également inoculable, et au tubercule muqueux, ou à la pustule plate humide, muqueuse. Cette dernière variété seule n'a pu être inoculée jusqu'à ce jour; les deux premières le sont constamment, et il suffit aujourd'hui qu'elles le soient pour pouvoir assurer qu'elles sont primitives et non secondaires.

Il ne faut pas se tromper cependant quant à la nature du bubon : s'il est secondaire, il n'est jamais inoculable; mais, s'il est primitif, il ne l'est non plus qu'autant qu'il a pour siége un ganglion communiquant avec les lymphatiques du chancre. Si le bubon primitif a pour siége le tissu cellulaire, sa matière n'est pas inoculable, et il suffit d'un simple coup-d'œil basé sur cette connaissance pour dire avec assurance si le pus d'un bubon primitif est ou non susceptible de produire par l'inoculation. Il est arrivé à M. Ricord de trouver des bubons purement phlegmoneux ou formés d'un tissu cellulaire sous-cutané, et dont l'intérieur renfermait un second petit bubon engendré dans un ganglion lymphatique. En inoculant le pus du premier bubon, il n'a rien produit, tandis que celui du second a constamment donné un chancre véritable. On en conçoit aisément la raison quand on réfléchit que le bubon ganglionnaire peut être regardé comme un véritable chancre, puisqu'il dépend du passage direct du pus du chancre dans les lymphatiques qui se rendent au ganglion, tandis que le bubon cellulaire n'est qu'un phlegmon simple par la propagation de la phlogose.

S'il est vrai, ainsi que l'expérience l'a démontré, que la fréquence et l'intensité de la vérole secondaire ne sont nullement en rapport avec le nombre des chancres qu'on a eus dans une même affection, on conçoit qu'il n'y a aucun préjudice pour la santé du malade de multiplier sur lui-même les inoculations artificielles, surtout dans les cas où il y a doute dans le diagnostic de sa maladie. Aussi M. Ricord se voit-il presque tous les jours obligé de pratiquer de ces inoculations, spécialement chez des femmes dont le spéculum lui découvre des érosions de nature douteuse ou du pus provenant de l'intérieur du vagin; il n'a qu'à se féliciter de cette pratique. Ce qu'il y a de plus remarquable et de plus important à ce sujet, c'est que beaucoup de filles n'offrent, en apparence, que des écoulemens très simples par la vulve, alors que le spéculum et surtout l'inoculation découvrent l'existence de chancres dans le fond du canal. L'inoculation est d'autant plus importante dans ces cas que les érosions intra-vagiaales pourraient dépendre d'une phlogose non virulente et n'exiger, par conséquent, pas l'usage d'un traitement spécial pour guérir. On conçoit aussi que le diagnostic des ulcères cachés dans le canal de l'urètre ne peut plus être douteux aujourd'hui à l'aide de l'inoculation; car, malgré la coexistence d'une chaude-pisse, le pus qui sort de la verge ne manque pas de donner une inoculation positive si le chancre primitif existe.

Vient le troisième chapitre : « L'inoculation sert à distinguer les accidens primitifs des secondaires. » Suivent les applications de ces idées à la médecine légale, etc.

La seconde section est entièrement consacrée à l'exposition d'un très grand nombre de faits pratiques concernant des véroles primitives ou secondaires dont le diagnostic offrait du doute et que l'inoculation a parfaitement éclairci.

Arrivons enfin à la troisième partie de l'ouvrage, la plus importante de toutes; elle offre un résumé très clair et méthodique de la thérapeutique que M. Ricord emploie dans le traitement des maladies vénériennes; soit à son hôpital, soit dans sa pratique particulière. Ce résumé peut être regardé comme le meilleur manuel clinique que nous ayons sur ces affections.

La question de la prophylaxie syphilitique se présente naturellement en première ligne. Un vieux médecin se vantait depuis longtemps d'avoir découvert un moyen infaillible pour préserver de la vérole; il en avait fait toujours un secret; enfin pressé de questions au moment de sa mort, il a dit que son moyen préservatif consistait à *éviter soigneusement d'avoir commerce avec les filles!* Il n'est pas rare de voir de nos jours la crédulité publique être exploitée par des facéties de cette nature au profit du charlatanisme. Pourtant il ne faut pas désespérer de la découverte d'un préservatif sur cette matière, ainsi qu'elle a été faite à l'égard de la variole. La société médicale de Bruxelles a si bien senti la possibilité de ce fait, qu'elle n'a pas craint de mettre au concours cette importante question : « Quelles sont les mesures de police médicale les plus propres à arrêter la propagation de la maladie vénérienne? »

M. Ricord s'étonne que notre Académie royale de médecine, qui dispense tous les ans des médailles aux praticiens qui travaillent à la propagation du moyen préservateur de la vaccine éprouve une sorte de gêne lorsqu'on vient offrir à son jugement quelque remède pour arrêter un fléau bien autrement affreux, la vérole ! Les moralistes qui dominent cette assemblée ont tort, dit M. Ricord, de croire que le libertinage deviendrait excessif si l'on détruisait complètement la syphilis. Il en est peut-être de cette dernière question comme de celle du mariage des prêtres catholiques, que le concile de Trente, composé d'hommes octogénaires, défendit sans appel!!...

En attendant que cette lacune soit remplie, M. Ricord ne voit d'autre moyen d'arrêter la propagation de la syphilis que l'isolement bien entendu des malades. A cette occasion, il établit quelques préceptes sur la methode qu'on devrait adopter dans l'examen des filles publiques pour être bien sûr de l'état des parties; il soutient que le système d'exploration suivi jusqu'à ce jour est tellement défectueux qu'il devient illusoire le plus souvent. D'autres considérations se rattachent à ce sujet, elles sont toutes relatives à l'hygiène et surtout aux soins de propreté avant et après le coït: les eaux désinfectantes (chlorures) et principalement l'emploi du savon, des solutions d'alun, d'acétate de plomb, du vin seul ou du vin aromatique, tels sont les meilleurs préservatifs actuels. M. Ricord s'est assuré que le pus du chancre perd sa faculté contagieuse lorsqu'il est exposé à l'action de substances qui attaquent sa composition chimique, comme les acides minéraux, par exemple, et en particulier l'acide hydrochlorique. Le précepte le plus important enfin à ce sujet consiste à bien lotionner après le coït tous les replis de la muqueuse, à expulser avec impétuosité l'urine afin d'entraîner toutes les parcelles de la matière contagieuse, et à cautériser avec la pierre infernale la moindre excoriation qu'on pourrait y apercevoir. M. Ricord croit qu'un coït qui n'est pas accompagné de spermatisation est, à circonstances égales, plus dangereux qu'un autre, par la raison que l'éjaculation exerce une action expulsive; d'après lui, le virus est ordinairement contracté par l'homme avant l'acte éjaculateur.

On sait que beaucoup de pères regardent comme un complément d'éducation morale une visite faite dans un hôpital de vénériens, où ils puissent dire à un fils qui va faire son entrée dans le monde: « Regarde, et si tu ne crains pas Dieu, crains la vérole. » Un jour, dit M. Ricord, je reçus une visite semblable, et dans le but de donner une bonne leçon à son fils, le père m'engagea à montrer les maladies les plus graves. A la fin de la visite, le jeune homme me dit: « Vous avez ici de jolies femmes bien souffrantes et des hommes bien malheureux; mais ou s'en va tranquille, en pensant que vous les guérirez ! »

Partant de l'idée établie sur plusieurs milliers d'observations que tant que le chancre est inoculable ou contagieux le mal n'est encore que local ou borné dans les tissus où il a été déposé, M. Ricord ne le traite autrement que par de simples remèdes locaux ou par la méthode de ce qu'il appelle *abortive*, et qu'on doit se hâter d'appliquer le plus promptement possible. Ces remèdes locaux varient suivant l'état de l'ulcération. Des émolliens, des lotions avec le vin aromatique, et surtout la destruction immédiate de l'ulcère à l'aide de la cautérisation bien dirigée jusqu'au-delà des limites de la maladie à l'aide du nitrate d'argent, de la pâte de Vienne, ou bien de l'excision nette avec des ciseaux courbes sur le plat si le mal se trouve enraciné sur la peau: la plaie qui en résulte guérit en peu de jours. Le traitement spécifique ou constitutionnel est tout à fait inutile d'après M. Ricord tant que le chancre est encore susceptible de se reproduire à l'aide de l'inoculation, que le médecin ne doit jamais omettre de faire pour régler sa conduite. Mais dans le cas contraire, si le pus du chancre n'est plus contagieux, si la lésion se trouve à la seconde période ou de réparation, la médication à suivre n'a plus de données aussi certaines pour le moment: le pus cesse d'être inoculable du moment que le principe virulent passe dans le sang et infecte la constitution; il cesse aussi d'être inoculable si le virus a été neutralisé par les seules forces de l'organisme. Dans l'un et l'autre cas, le chancre se cicatrise; mais dans le premier, on verra paraître plus tard la vérole secondaire, tandis que tout est fini dans le second. L'art n'a pas de moyens jusqu'à ce jour pour reconnaître *a priori* quand le chancre abandonné à lui-même doit ou non donner lieu à la maladie consécutive, il n'a pas non plus pour prévenir l'arrivée de cette maladie. Aussi faut-il dans cette circonstance abandonner au temps la décision de la question, et attendre la nouvelle apparition du mal pour le combattre.

Le procédé de l'excision est également appliqué par M. Ricord aux abcès virulens, ou aux bubons ganglionnaires, tant que le mal se trouve dans les conditions ci-devant indiquées et que l'opération est praticable.

M. Ricord ne se dissimule point, du reste, que le traitement abortif n'empêche pas quelquefois la vérole secondaire d'avoir lieu; c'est que nos moyens destructeurs n'agissent pas toujours assez profondément pour détruire tous les tissus imbibés du pus virulent. Ne voyons-nous pas le même phénomène avoir lieu à la suite de la morsure du chien enragé, des serpens venimeux, qu'on traite par le même procédé?

Il était important de déterminer combien de jours après le coït impur le pus virulent restait dans la localité avant de passer dans le sang et d'infecter l'organisme. D'après les relevés que M. Ricord a été à même de faire chez les sujets affectés de vérole constitutionnelle, il a trouvé que jamais les chancres n'avaient duré moins de dix, douze à quinze jours; dans les cas les plus rares, et dans la grande majorité, ils s'étaient prolongés trois, quatre, cinq, six semaines et plus.

Pour réussir, du reste, dans le traitement abortif des chancres primitifs il y a une foule de précautions à prendre et de préceptes importans à observer. D'abord les applications des remèdes, soit réparateurs, soit mortificateurs ou destructeurs de l'ulcération, exigent certaines connaissances de détail qu'on ne peut puiser que dans le livre même de l'auteur; ensuite, la fréquence des pansemens, l'enlèvement des croûtes, les répétitions des cautérisations et des lotions ne réclament pas moins d'attention et de tact pratique; nous sommes obligé de renvoyer à la lecture de l'original sur tous ces points, aussi bien que pour le traitement mercuriel de la vérole secondaire et de la chaude-pisse, soit aiguë soit chronique. Contentons-nous de signaler seulement les inconvéniens de la pratique qu'on suit assez généralement dans le pansement des chancres, savoir, l'emploi des corps gras et de la pommade mercurielle. « Si les corps gras sont, dit l'auteur, le plus ordinairement nuisibles dans le traitement du chancre, on peut dire que les pommades mercurielles, sauf les cas exceptionnels, le sont encore davantage. Rien de plus commun que de voir les chancres se multiplier, s'étendre ou s'enflammer, lorsque, exempts d'induration, on les panse avec l'onguent mercuriel. »

Il en est de même de la pratique, qui consiste à appliquer des sangsues sur les chancres mêmes ou dans leurs alentours; M. Ricord condamne tout à fait une pareille médication. L'ouvrage se termine par un formulaire spécial, dans lequel l'auteur a consigné toutes les proportions des médicamens qu'il emploie dans le traitement des maladies vénériennes.

Le livre dont nous venons de rendre compte est le fruit d'une expérience consommée et de l'observation la plus exacte. Si nous ne nous trompons, il est destiné à vivre longtemps dans la science. C'est surtout aux praticiens-cliniciens que nous en recommandons la lecture.

VARIÉTÉS.

— M. Gerardin nous adresse la lettre suivante :

Monsieur le rédacteur,

La Gazette Médicale du 8 septembre courant renferme une réclamation de M. Barth, par laquelle il prétend être le premier qui ait fixé l'attention des praticiens sur l'absence du bruit respiratoire, quand il y a obstacle au libre passage de l'air à travers le larynx ou la trachée artère.

Mais, M. le rédacteur, votre journal a mentionné, il y a deux ans, la lecture que j'ai faite le 27 septembre 1836 à l'Académie royale de médecine, d'une observation de polype du larynx, et dans laquelle je fais voir mon étonnement de n'avoir pas constaté de bruit respiratoire.

Ce fait pratique est même souligné dans l'observation qui est imprimée dans le *Journal des connaissances médico-chirurgicales* du mois de novembre 1836.

Veuillez, monsieur le rédacteur, porter, par l'intermédiaire de votre journal, ce fait à la connaissance de M. Barth; car s'il récuse l'assertion de votre collaborateur pour la part qui revient à M. Chomel, il ne pourra nier le fait qui m'appartient.

Recevez, etc. M. Gerardin.

— Almanach général de médecine pour 1839; par Demange-Hubert, secrétaire des bureaux de la Faculté de médecine de Paris, pour paraître fin de décembre.

MM. les docteurs en médecine, dont les noms ne sont pas portés dans la dernière édition, sont priés d'adresser *franco*, rue Git-le-Cœur, 4, ou à l'Ecole de médecine, une note indiquant leurs noms, la date et le lieu de leur réception, l'heure de leurs consultations et leur domicile.

— De l'organe phrénologique de la destruction chez les animaux, ou examen de cette question : « Les animaux féroces ou carnassiers ont-ils, à l'endroit des tempes, le cerveau, et par suite le crâne, plus large proportionnellement à sa longueur que ne l'ont les animaux d'une nature opposée? » Par F. Lélut, médecin de l'hospice de la Salpêtrière et de la prison du dépôt des condamnés.

Cet ouvrage est orné d'une planche lithographiée. Prix : 2 fr. 50 c.

A Paris, chez J.-B. Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 13 bis.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

IMPRIMERIE DE FELIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 39. (TOME VI. — 1838.) SAMEDI 29 SEPTEMBRE 1838.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, à 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°.—Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Poissonnière*, n° 8, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

A partir du 15 octobre prochain, le bureau de la GAZETTE MÉDICALE sera transféré rue Racine, n° 14.

AVIS A MM. LES SOUSCRIPTEURS.

MM. les souscripteurs dont l'abonnement expire à la fin de ce mois sont invités à le renouveler prochainement s'ils ne veulent pas éprouver d'interruption dans l'envoi du journal. Pour ne pas décompléter les collections, aucun numéro ne sera envoyé aux personnes qui n'auraient pas donné avis de leur renouvellement avant le premier octobre. On s'abonne dans les départemens chez tous les directeurs des postes et des messageries. La quittance d'abonnement sera présentée au domicile de MM. les Souscripteurs de Paris. Vu la difficulté et les frais de recouvrement des mandats de la Gazette médicale, touchés au domicile des Abonnés des départemens, ce mode de souscription ne peut avoir lieu que pour des abonnemens de six mois, de neuf mois et d'un an.

SOMMAIRE.

OPHTHALMOLOGIE.

CONSIDÉRATIONS PRATIQUES SUR LES ÉPANCHEMENS SANGUINS DANS L'ŒIL ET SES ANNEXES; par le docteur Carron du Villards.

L'œil et ses annexes étant fournis d'un système vasculaire sanguin aussi développé que nombreux, cet organe a dû être, en raison de la richesse de cette vascularité, sujet à de nombreux épanchemens sanguins.

Les livres d'ophthalmologie les plus récens n'ont point pu, en raison de leur ordre de matières, grouper les diverses espèces d'épanchemens qui affectent le système oculaire; c'est pour cette raison que je publie, sous une forme de monographie, un cadre où j'examinerai la nature, le mécanisme et le traitement des divers épanchemens. Afin de rendre le travail plus facile, je le diviserai en trois sections : la première comprendra *les épanchemens traumatiques*, la deuxième *les épanchemens congestifs ou par exhalations*, la troisième enfin *les épanchemens consécutifs à des lésions organiques*.

Pour procéder avec méthode, je suis encore forcé d'admettre deux grandes familles d'épanchemens sanguins de l'œil, savoir: les extra-bulbaires et les intra-bulbaires. A la première catégorie se rattachent les épanchemens palpébraux, conjonctiviens, cornéens et orbitaires.

1° Epanchemens traumatiques palpébraux.

Par la laxité de leurs couches, par la finesse de leur tissu cellulaire,

Feuilleton.

DES ENFANS TROUVÉS CHEZ LES ANCIENS ET CHEZ LES MODERNES.

De toutes les questions qui ont été agitées depuis quelques années, il n'en est pas qui se rattache à un plus grand nombre d'intérêts que celles des enfans trouvés. L'humanité, la religion, la morale publique, l'avenir de la société, le budget de l'état ont tour à tour été présentés dans la discussion qui s'est établie sur ce sujet comme y étant fortement intéressés. Aussi ne peut-on être surpris de la divergence des opinions qui ont été émises à l'occasion des mesures prises depuis quelques années par l'administration. Il y a entre l'économiste de sacristie, qui déclame chaque jour contre la suppression de la mendicité, et l'intrépide sectateur des théories de Malthus, une distance trop grande et trop de points intermédiaires pour que l'on dût s'attendre à cette unanimité d'opinion qu'on ne trouve, au reste, presque jamais, même dans les questions auxquelles se rattachent moins d'intérêts graves.

L'influence des opinions arrêtées n'est cependant pas la seule cause de la dissidence dont nous parlons; l'absence de faits, de documens positifs, a dû y contribuer également pour beaucoup. C'est donc avec un vif intérêt que nous avons parcouru le travail que MM. Terme et Monfalcon viennent de publier sur les enfans trouvés (1). Nous avions déjà de nombreux travaux sur ce sujet, mais nous n'en avions aucun qui fût aussi complet, qui renfermât autant d'élémens d'instruction que celui des philantropes de Lyon, dont nous venons de parler. A aucune époque aussi un ouvrage de ce genre fut-il plus nécessaire qu'il ne l'est aujourd'hui, au moment où le nombre des enfans trouvés, toujours croissant, semble imposer à l'état des dépenses toujours croissantes aussi, et où l'administration du pays est accusée d'avoir oublié les intérêts de l'humanité, dans le but d'une économie mesquine et même illusoire? Une analyse substantielle de cet ouvrage et des documens importans qu'il contient mettra le lecteur à même, non pas d'arrêter ses opinions sur toutes les questions qui se rattachent aux enfans trouvés; car nous pensons que plusieurs de ces questions, et les plus importantes, demandent une plus longue expérience et de nouveaux essais; mais de juger avec connaissance de cause de l'opportunité des mesures qui ont été adoptées, et de celles qui pourraient l'être à l'avenir. Avant d'entreprendre cette analyse, faisons connaître le but que se sont proposé ses auteurs, et la mission qu'ils ont entreprise.

« Notre but, disent MM. Terme et Monfalcon dans leur préface, c'est la révision complète de la législation des enfans trouvés; c'est la réforme d'un système dont nous avons eu, plus que personne, occasion de remarquer les funestes

(1) *Histoire statistique et morale des enfans trouvés*, suivie de 100 tableaux, par J.-F. Terme, président de l'administration des hôpitaux de Lyon, et J.-B. Monfalcon, médecin de l'Hôtel-Dieu et des prisons de Lyon, etc., 500 pages in-8. Paris, 1837. Chez J.-B. Baillière, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, 13 *bis*. Prix : 9 fr.

plus encore par l'exubérance de leur système sanguin, veineux et artériel, les paupières sont fort sujettes à être envahies par le sang, toutes les fois qu'un on plusieurs rameaux veineux ou artériels ont été rompus: au point qu'une contusion ou une blessure, en apparence de peu d'importance, occasionnent des effusions sanguines très considérables. En effet, l'on voit chaque jour des épanchemens sanguins dans les paupières, prendre un degré de développement tel, que ces voiles mobiles se gonflent, se distendent et ne peuvent plus être relevées par l'action musculaire qui leur est propre. Les paupières deviennent bleues, livides, et, à première vue, on les croirait envahies par cette espèce de gangrène qui frappe le nez et les oreilles des individus qui ont été empoisonnés par le seigle ergoté. On ne trouve pas, dans toute la paupière, un seul point qui ne soit soulevé par le sang épanché: on se rend compte facilement de cette infiltration, quand on se rappelle que la couche dermoïde de la paupière n'est attachée à la couche fibreuse sous jacente, que par un tissu cellulaire, fin, lâche, et que le moindre épanchement séreux ou la plus petite insufflation d'air, soulèvent sans efforts. Cet accident est presque toujours produit par des contusions, des plaies contuses, ou des piqûres d'instrumens tranchans fort étroits.

Les boxeurs sont fort exposés aux épanchemens sanguins, et l'on est vraiment étonné que leur œil ne se soit point rompu sous l'action du corps contondant. Heureusement que la nature, par une sage prévoyance, a placé un organe aussi important que le bulbe, sur un coussinet graisseux, dans lequel il est enchâssé, et qui lui permet un mouvement de re[illegible]ul, au moyen duquel il échappe à l'action vulnérante.

Les joueurs de paume sont aussi très exposés aux contusions des paupières, et chez eux cet accident est plus grave que le plus vigoureux coup de poing d'un boxeur, car l'action du corps contondant se transmet toujours au bulbe: alors on peut avoir aussi en même temps, un épanchement palpébral, sous-conjonctivien et intra-bulbaire.

Les épanchemens palpébraux peu volumineux, guérissent par les seules forces de la nature; le sang se dissipe par absorption, et l'on voit la peau prendre diverses colorations, depuis le noir foncé jusqu'au jaune ocre, les gens du monde nomment vulgairement l'œil au beurre noir, le cercle noir sous-cutané qui accompagne l'extravasation du sang dans les paupières. On favorise la résorption, ou l'on arrête l'épanchement par des applications froides ou résolutives. Les boxeurs emploient de préférence l'alun fondu dans le vinaigre; l'eau sursaturée de sel marin produit les mêmes résultats. Mais lorsque les paupières sont sur distendues par le sang, il faut craindre l'étranglement et évacuer le liquide épanché, au moyen de quelques incisions pratiquées parallèlement aux plis des paupières. Avec des lotions tièdes et une légère pression on évacue le sang, et par des applications astringentes et résolutives on fait disparaître le reste; on en peut juger par le fait suivant.

PLAIE PÉNÉTRANTE DE LA PAUPIÈRE, ÉPANCHEMENT DE SANG TRÈS CONSIDÉRABLE; ÉVACUATION DU SANG; GUÉRISON.

Obs. I. — Eugène L., pensionnaire dans une des premières institutions de Paris, voulant arracher de force à un de ses camarades un carrelet pour coudre des paumes, réussit dans son projet; mais il y parvint par un mouvement si brusque, que la pointe du carrelet lui entra dans la paupière, qui fut labourée dans l'étendue d'un pouce au moins. Il sortit à peine quelques gouttes de sang, tandis qu'il se forma dans la paupière un épanchement considérable. Celle-ci était gonflée comme si elle eût été atteinte d'érysipèle: le jeune homme ne pouvait la soulever, et elle comprimait le globe de l'œil.

Pendant douze heures, l'on fit des applications froides, et l'on n'obtint pas le plus léger affaissement dans la tumeur; bien loin de là, elle devint luisante, comme celle d'un noyé qui a plusieurs jours d'eau: la sensibilité semblait y diminuer; je proposai donc l'évacuation du liquide épanché; cet avis fut soumis à M. le professeur Alibert, médecin de la famille, qui déclara s'en rapporter à mon expérience. Deux incisions parallèles au diamètre bitemporal de la paupière furent faites, sans presque de douleurs: il sortit une grande quantité de sang noirâtre, et la paupière s'affaissa: dans peu de jours, elle reprit son volume habituel, mais non sa couleur, qui resta longtemps vineuse, puis jaune terreux, enfin, elle reprit sa teinte ordinaire: quant aux incisions, six mois après il fallait un certain examen pour trouver leur place.

On pouvait, me dira-t-on, encore attendre avant de recourir à l'évacuation: il m'est aisé de répondre à cette objection, car il est bien difficile de saisir le passage d'un étranglement à sa mortification, et c'est presque toujours parce que l'on a trop attendu, que dans les étranglemens de tonte nature l'opération ne suffit pas pour arrêter le mal. *Periculum in morâ*, disait Callisen en parlant des étranglemens, et chaque jour cette pensée du célèbre Snédois se vérifie. D'ailleurs, j'avais par devers moi de fâcheux précédens pour exemples, du retard dans le débridement: on en jugera par le fait suivant:

ÉPANCHEMENT PALPÉBRAL ÉNORME; ÉTRANGLEMENT; REFUS DU DÉBRIDEMENT; GANGRÈNE, ECTROPIUM CONSIDÉRABLE.

Obs. II. — Chastagnier (Henry), domestique chez M. Forster, reçut, en prenant une leçon de bâton, un violent coup de pointe, dans la région sourcilière inférieure, à la suite duquel il se manifesta immédiatement un épanchement intra-palpébral énorme. M. Halliday, médecin ordinaire de M. Forster, tenta les résolutifs les plus énergiques, sans aucun succès; après vingt-quatre heures, il y avait des symptômes d'étranglement assez prononcés, pour faire craindre la mortification. Je proposai alors l'incision; mais le domestique, entêté comme un Breton qu'il était, ne voulut jamais y consentir; quarante heures s'étaient à peine écoulées, qu'une partie de la paupière fut frappée de gangrène, et malgré les soins les plus actifs, il me fut impossible d'empêcher la formation d'un énorme ectropion, qui nécessita plus tard une restauration dont je donnerai un jour l'histoire.

Dans quelques cas l'extravasation du sang ne se borne pas aux paupières, elle envahit encore la conjonctive qu'elle soulève. Cette muqueuse gorgée de sang fait alors hernie à travers les paupières, et il faut alors recourir à l'évacuation du sang, comme on le fait pour les chemosis ordinaires. Voici un cas remarquable où ce moyen fut employé (1).

VIOLENT COUP DE POING SUR L'ŒIL DROIT; ÉPANCHEMENT SANGUIN DANS LES PAUPIÈRES ET LA CONJONCTIVE; EXCISION; GUÉRISON.

Obs. III. — Le nommé Dick, groom chez un marchand de chevaux aux Champs-Elysées, reçut, en sortant de la taverne, un coup de poing sur l'œil droit, que lui administra un de ses compatriotes, vigoureux boxeur. Voici ce que j'observai à ma première visite: les paupières étaient énormément tuméfiées et infiltrées d'un sang noir: entre les tarses, surgissait un bourrelet muqueux, infiltré de sang de même couleur, gros comme un œuf de pigeon. A la première vue, je me rendis difficilement raison de la nature de la lésion; ce ne

(1) *Guide pratique*, tom. 1.

conséquences; c'est surtout l'amélioration de la condition civile, hygiénique et morale de ces milliers de malheureux, que l'imprévoyance et l'immoralité mettent chaque jour à la charge de la bienfaisance publique.

»Cependant, nous nous serions abstenus d'écrire sur une question déjà traitée bien souvent, et quelquefois avec un succès mérité, si nous n'avions aussi de nouvelles mesures à proposer sur les moyens de parvenir à réduire le chiffre des enfans trouvés, et si nous n'avions à grossir de quelques pensées que nous croyons exactes, la masse d'idées dont les travaux d'hommes habiles ont éclairé un des plus grands problèmes de notre économie sociale.

»Nous ne sommes les partisans exclusifs ni du système anglais ou protestant, ni du système catholique. Les hospices d'enfans trouvés ne nous paraissent pas pouvoir être supprimés sans les inconvéniens les plus graves; mais nous pensons qu'il faut les ramener au but de leur institution, et qu'il y a grande urgence d'en écarter les abus énormes qu'ils entretiennent, réforme fondamentale dont nous donnons les moyens.... Nous n'avons pas la prétention de présenter un système neuf dans toutes ses parties..... Bien loin de là, nous nous félicitons d'avoir trouvé, plusieurs fois, une véritable analogie entre notre pensée et celle de quelques hommes qui se sont occupés de notre sujet, et des antécédens précieux dans des mesures dont plusieurs administrations publiques ont ordonné l'exécution; mais peut-être avons-nous les premiers présenté une doctrine générale des enfans trouvés, fondée sur des principes, ou nouveaux, ou formulés d'une manière plus nette ou plus complète qu'ils ne l'avaient encore été, et surtout mieux prouvés; et on nous permettra de faire observer que, depuis plus de huit années, nous avons professé nos opinions, et sollicité leur application aux hospices d'enfans trouvés. »

Les auteurs, voulant faire de leur essai l'ouvrage le plus complet qui eût encore été publié sur ce sujet en France, ne se sont pas contentés de présenter la législation qui régit actuellement les enfans trouvés, et les résultats qu'elle a fournis. Ils ont retracé leur histoire dans les temps anciens, et dans ceux qui sont plus rapprochés de nous, et ont donné non-seulement les lois françaises, mais celles des Romains, celles des barbares au moyen-âge, et les plus importantes de celles qui ont été adoptées par les étrangers. Cette étude comparée des différentes législations est d'un grand intérêt, soit comme peintre de mœurs, soit comme dépôt de renseignemens précieux; car il y a probablement d'utiles importations à faire de l'étranger en France sous le rapport des moyens d'améliorer la condition des enfans trouvés. Ils ont donc dû faire des recherches spéciales sur le système qu'ont adopté les pays protestans, et examiner s'il ne serait pas préférable, sous certains rapports, à celui que les pays catholiques ont si généralement adopté. Nous allons les suivre dans ces études sévères, et d'abord voir avec eux quel a été, aux différentes époques historiques, le sort de ces malheureux enfans, dont le poète a dit:

> Ces enfans de l'amour que la honte a proscrits
> Du leur mère jamais ils n'auront un souris!
> Condamnés en naissant dans leur triste abandon,
> Ils ont reçu le jour sans recevoir un nom.

La condition des enfans trouvés se lie, chez les peuples anciens et modernes, à l'histoire des mœurs, et peut être étudiée à trois grandes époques: la première, au temps du polythéisme; la seconde, depuis l'avénement de l'ère chrétienne, jusqu'à Vincent de Paul; la troisième, depuis Vincent de Paul jusqu'à nos jours.

nt qu'après un mûr examen qu'il me fut possible de voir une extrophie traumatique de la conjonctive, là où de prime abord j'avais entrevu le rhexis de l'œil. Afin de s'opposer aux phénomènes d'étranglement et de mortification qui me paraissaient imminens, j'excisai tout le bourrelet, et je favorisai la sortie du sang par des lotions d'eau tiède : le lendemain, tout danger avait cessé, et le malade se rétablit promptement.

2° Épanchemens sous-conjonctiviens.

Les épanchemens sous-conjonctiviens sont assez fréquens à la suite des contusions et blessures de la conjonctive, surtout lorsque celle-ci a été décollée de la sclécotique. Mais ici l'on a quelquefois affaire à des ruptures spontanées de vaisseaux à la suite des mouvemens convulsifs et spasmodiques violens, tels que la toux convulsive des enfans, celle occasionnée par la grippe, les vomissemens produits par l'étranglement des hernies, le mal de mer et le choléra.

Lorsque ces épanchemens sous-conjonctiviens, traumatiques ou résultant d'efforts convulsifs ont lieu, s'ils sont légers, ils se bornent à une ecchymose sous-conjonctivienne qui apparaît sous la sclérotique, comme une tache rouge, isolée, qui disparaît après quelques jours. Cette espèce d'épanchement a toujours lieu dans le diamètre bi-pariétal de l'œil, parce que, dans ce point, la conjonctive n'est pas très-adhérente au tissu scléreux, puisque, dans cette partie de l'œil s'échappent de l'arc précornéo-sclerotidien un grand nombre de vaisseaux fort volumineux qui viennent de l'iris et de la choroïde, et que feu Dugès a si bien décrits.

Cette espèce d'épanchement se manifeste encore quelquefois à la suite de la ponction de la sclérotique pour l'opération de la cataracte; il se forme alors un bourrelet sanguin qui détache la conjonctive dans sa circonférence de l'arc précornéo-sclérotidien. Cet accident m'est arrivé plusieurs fois chez des vieillards, entre autres sur un garde-forestier de Bourges. Par suite de cette extravasation sanguine, il se forme quelquefois un chemosis annulaire analogue au chemosis séreux qui accompagne quelques leucophlegmasies des paupières. C'est vraiment un spectacle fort extraordinaire que de voir une cornée entièrement saine, un iris mobile et normal, de même qu'une pupille bien noire et régulière au milieu d'un bourrelet sanguin qui souvent s'élève à un demi-pouce autour de la cornée.

La plupart des épanchemens sous-conjonctiviens, doivent être abandonnés aux seules forces médicatrices de la nature, et en l'accélérant par de légers astringens. Il ne faut point, en médecine légale, confondre ces épanchemens sous-conjonctiviens avec des ecchymoses conjonctiviennes traumatiques; sur le vivant, il est facile de voir que le sang est extravasé sur la conjonctive, sans développement et injections des vaisseaux qui le recouvrent. Quand l'individu est mort, en enlevant la conjonctive avec précaution, l'on découvre un caillot qui se dissipe par des lavages d'eau tiède, et qui laissent voir la conjonctive intacte et transparente.

Lorsqu'il se manifeste une extravasation sanguine sous-conjonctivienne après l'opération de la cataracte, pour peu que le sang y soit abondant, il faut exciser la conjonctive et faire sortir le sang avant qu'il se soit coagulé dans les dédoublemens de la conjonctive, car les paupières sont fatiguées par les bosselures qui environnent la cornée.

3° Épanchemens dans la cornée.

Dans son état normal la cornée est sillonnée en tous sens par des vaisseaux sanguins d'un calibre tellement ténu que le sang y coule inaperçu, même avec une très forte loupe. Mais il arrive quelquefois qu'à la suite de causes traumatiques, il se forme dans les lames de la cornée une extravasation de sang qui fait disparaître la transparence de la cornée, qui a alors l'aspect d'une belle cornaline sanguine.

Je n'ai jamais vu cet accident produit par des causes inflammatoires ou congestives. Chez quelques marins atteints du scorbut, j'ai pu seulement constater sur la cornée des taches rouges truitées. Des coups de fouet, de volant, l'explosion de capsules fulminantes, les éclats métalliques mis en mouvement par des rotateurs mécaniques, produisent souvent l'épanchement sanguin interstitiel de la cornée.

Lorsque les moyens que nous avons recommandés pour les autres épanchemens sont infructueux, on peut ici, sans inconvénient, faire quelques scarifications sur la cornée, et donner issue au sang qui y est épanché.

4° Épanchemens intra-orbitaires.

Les épanchemens dans l'orbite sont plus fréquens qu'on ne le croit en général, et ils peuvent acquérir un certain développement sans que l'œil soit porté en avant, parce que le sang s'infiltre très-facilement dans le coussinet graisseux sur lequel repose le globe oculaire.

De même que les précédens épanchemens, ceux de l'orbite peuvent être traumatiques, ou le résultat d'autres affectations non traumatiques, inflammatoires et chroniques. Tous ces épanchemens ont pour symptômes un sentiment de gène dans l'orbite, la difficulté de refouler le globe de l'œil dans le fond de sa cavité protectrice; souvent l'œil est poussé en dehors, et les paupières ne peuvent le recouvrir. Il est facile d'expliquer cette espèce d'exophthalmie, lorsqu'il existe extérieurement une plaie dont on peut au moins calculer l'étendue et la direction; mais quand l'exophthalmie accidentelle se montre sans lésion apparente, il est plus difficile d'en expliquer la formation et la cause. Tantôt c'est une rupture par contre-coup; tantôt c'est la déchirure des vaisseaux produite par une esquille d'os; tantôt, enfin, c'est un corps vulnérant qui a pénétré dans l'antre d'Hygmore, par la bouche ou par les fosses nasales.

Il arrive parfois que l'extravasation sanguine est tellement abondante que la conjonctive oculaire est redoublée et forme un bourrelet sanguin tout autour du globe. Les coups d'épée, de fleuret, les balles de pistolet, la dragée de chasse, les éclats d'acier, enfin les fractures des os de l'orbite, surtout vers sa pointe, produisent les épanchemens les plus abondans. L'érosion, l'ulcération, la carie, la rupture des anévrismes occasionnent aussi les mêmes accidens.

Plaie pénétrante de l'orbite, produisant un épanchement sanguin considérable, et guérissant le malade d'un strabisme ancien.

Obs. IV. — M. Pe..., ex-prêtre constitutionnel, grand amateur de chasse, reçut à vingt-cinq pas un coup de fusil chargé de plomb de perdrix dans la face. Un des projectiles pénétra très profondément dans l'orbite, à la partie supérieure du grand angle, près la poulie qui donne passage au tendon du grand

---

Les enfans trouvés ou abandonnés ne reconnaissaient pas chez les peuples anciens la même origine que chez les modernes. Si chez nous la plupart des enfans trouvés sont regardés avec raison comme les produits de naissances illégitimes; si l'exposition d'un enfant chez les modernes suppose de la part de ceux qui l'ont exposé le désir de lui conserver la vie, chez les anciens l'exposition ne différait que peu de l'infanticide, qui était non seulement toléré, mais même prescrit par la loi dans plusieurs états, et frappait également tous les enfans qui se trouvaient dans certaines conditions, de quelque union qu'ils fussent nés. Le but de la loi chez quelques peuples anciens étant de ne laisser élever que les enfans qui, par la force de leur constitution, paraissaient appelés à fournir à l'état des citoyens utiles, tous ceux qui venaient au jour faibles, mal constitués, destinés à être toujours valétudinaires et à imposer un fardeau continuel à la patrie, étaient rejetés du sein de la société; on permettait le meurtre de la plupart des filles et celui des garçons qui naissaient chétifs. La loi ne s'occupait pas si elle faisait tort à l'individu et ne considérait que l'intérêt public; son but principal était d'obtenir des citoyens d'une santé vigoureuse et capables de transmettre leur force à d'autres et de maintenir la population dans certaines limites. Aussi l'infanticide est-il recommandé par les philosophes dont nous admirons le plus la morale: celui que l'antiquité a surnommé le divin Platon, défend de laisser vivre les enfans qui naissent mal constitués ou porteurs de difformités, et il ordonne de mettre à mort ceux qui sont nés de pères âgés de plus de 50 ans et de mères qui sont parvenues à 40. Le sage Aristote réclamait une loi qui déterminât quels enfans devaient être élevés, et quels exposés, c'est-à-dire mis à mort. Lui aussi ne voulait pas que la vie fût conservée aux nouveaux-nés débiles et contrefaits. Le nombre de ceux qui seraient appelés à vivre était réglé; le philosophe de Stagyre voulait qu'on fit avorter les femmes avant que le fruit de leurs entrailles eût reçu le mouvement et la vie. Sénèque le philosophe s'offre de démontrer que, lorsque la société retranche de son sein l'un de ses membres, elle obéit à la raison et non à un sentiment de colère; de même, dit-il, qu'on noie ceux de ses enfans qui naissent débiles et contrefaits. Le bon Plutarque ne condamne nulle part l'exposition et semble l'autoriser quelquefois. Quintilien, dans certains cas, appelle le meurtre des enfans une très belle action. Ovide seul, dans l'une de ses héroïdes, paraît exprimer un sentiment de pitié sur le sort de l'enfant de Macare.

Nate! dolor matris; rabidarum præda ferarum!
Hei mihi! natali dilacerate tuo
Nate, parum fausti miserabile pignus amoris,
Hæc tibi prima dies, hæc tibi summa fuit.

Cependant le sentiment maternel, que la loi ne pouvait faire complètement disparaître, suggéra quelquefois aux malheureuses mères le moyen de l'éluder; quelques-unes parvenaient à déjouer la surveillance de leur époux, et faisaient exposer dans un lieu fréquenté l'enfant dont la mort avait été ordonnée.

C'est dans un roman grec, dans la charmante pastorale de Longus que se trouvent les renseignemens les plus étendus sur l'exposition des nouveaux-nés chez les anciens. Il est curieux d'entendre le riche père de Daphnis raconter les motifs qui l'avaient porté à faire exposer son enfant avec quelque objet de valeur : « Je pensais avoir assez de trois enfans et fis exposer cestui petit enfant de maillet, qui estait venu après tous, avec ces joyaux que je lui baillai,

oblique. M. P. fut renversé sur le coup et laissé pour mort par son ami qui s'enfuit éperdu pour chercher du secours. Il revint bientôt à lui, but un coup d'eau-de-vie, et s'apercevant que son œil était plus gros, mais conservant la vision, il appliqua dessus son mouchoir imbibé d'eau-de-vie. Je le vis six heures après l'accident, l'œil était très saillant et entouré d'un bourrelet sanguin qui augmentait toutes les fois que l'on voulait le refouler au fond de l'orbite. Le malade n'éprouvait aucune douleur, mais un sentiment de gêne, en ce que son œil lui paraissait devoir sortir à chaque instant. J'incisai profondément le bourrelet, et donnai issue à plusieurs onces de liquide sanguin caillebotté. On continua les applications froides pendant plusieurs jours, et il n'y eut aucun accident. Pendant huit jours, il filtra par l'ouverture que j'avais faite un ichor sanguinolent, sans odeur, et avant un mois le malade était sur pied; mais ce que je ne dois point passer sous silence, c'est qu'il fut guéri d'un strabisme convergent datant dès son enfance, et qui était tellement prononcé qu'il était obligé de tirer à gauche, l'œil droit ne pouvant que très difficilement prendre la direction de l'arme. Je crois que le plomb avait coupé quelques fibres des muscles obliques dont la contracture bridait l'œil en dedans.

ÉPANCHEMENT INTRA-ORBITAIRE PAR RUPTURE DE L'ARTÈRE OPTHTHALMIQUE; DIAGNOSTIC FAIT PENDANT LA VIE. MORT. AUTOPSIE.

OBS. V. — La fin tragique et déplorable du docteur Bennati est encore présente à tous les esprits. Ce jeune médecin ayant été renversé par un cheval sur le boulevart des Italiens, sa tête porta sur le pavé; on le rapporta chez lui sans connaissance. J'arrivai près du blessé quelques instans après l'événement. L'œil droit était saillant, on le refoulait difficilement au fond de l'orbite; la pupille était immobile. Je diagnostiquai à première vue une hémorragie intra-orbitaire. L'autopsie vint malheureusement confirmer ce diagnostic. On trouva une fracture de l'orbite intéressant le trou optique. L'artère et la vessie ophthalmique étaient déchirées, et l'œil reposait sur un énorme caillot sanguin qui le repoussait en avant.

Le traitement des épanchemens orbitaires doit avoir pour but principal de borner ces épanchemens, de prévenir les accidens inflammatoires qui en sont la suite, de favoriser leur résorption; enfin d'évacuer le sang, lorsqu'il produit des étranglemens, ou lorsqu'il commence à s'altérer.

L'usage des applications froides est ici parfaitement indiqué; on peut augmenter leur action en y ajoutant une substance styptique et en exerçant une légère compression pour favoriser la formation d'un caillot qui suspend l'écume du sang.

Avec des saignées copieuses réitérées, on combat les accidens inflammatoires, qui sont souvent très intenses, et compromettent l'existence du malade.

Une fois l'hémorragie arrêtée et la crainte d'une réaction encéphalique dissipée, il faut surveiller la dégénérescence du sang épanché qui fournit presque toujours un abcès chaud, analogue à celui qui se forme dans les bosses sanguines qui s'enflamment et suppurent. Il faut alors donner issue au liquide épanché au moyen d'une ouverture convenablement faite. On injecte de l'eau miellée dans l'espèce de sac qui s'est formé, et l'on dirige la suppuration et la cicatrisation, comme si l'on avait à faire à un abcès chaud ordinaire.

Les épanchemens sanguins intra-orbitaires sont très graves, parce que l'on ne peut pas d'avance calculer leurs conséquences, et qu'ils sont suivis d'accidens graves, qui, s'ils ne compromettent pas l'existence du blessé, ce qui est très fréquent, altèrent la vue, l'anéantissent souvent de même que l'organe lui-même.

5° ÉPANCHEMENS DANS LES CHAMBRES ANTÉRIEURES ET POSTÉRIEURES.

Ces deux espèces d'épanchemens sont très fréquens : les uns sont traumatiques, les autres consécutifs à des inflammations et à des érosions vasculaires. Les épanchemens traumatiques peuvent se manifester sans aucune lésion pénétrante de l'œil, à la suite de coups qui ébranlent le globe oculaire. Dans d'autres cas, une plaie, pénétrante de la cornée, de l'iris, de l'orbicule ciliaire, produit l'épanchement sanguin, accident que l'on rencontre quelquefois à la suite de l'opération de la cataracte. Quand l'épanchement est peu abondant il ne fait que troubler l'humeur aqueuse. Quand, au contraire, le sang s'échappe un peu vivement, les chambres sont envahies, et il se forme un caillot qui les remplit entièrement; on n'aperçoit plus ni iris ni pupille.

CONTUSION DE L'ŒIL; ÉPANCHEMENT SANGUIN DANS LA CHAMBRE ANTÉRIEURE; CAILLOT TRÈS VOLUMINEUX; ABSORPTION. GUÉRISON.

OBS. VI. — Mademoiselle C., âgée de 12 ans, demeurant au Colysée, reçut un coup de volant à la partie antérieure de l'œil : immédiatement après elle s'écria qu'elle voyait *tout* rouge, et l'on vit son humeur aqueuse colorée en rouge, à peine voyait-on la pupille. Je fis appliquer immédiatement des compresses imbibées d'oxycrat frappé de glace : ce traitement fut continué pendant vingt-quatre heures.

L'hémorragie fut suspendue aussitôt, et, quelques jours après l'on voyait dans la chambre antérieure un caillot semi-lunaire rouge, s'élevant jusqu'au niveau de sa pupille, et qui ne s'absorba que dans l'espace d'un mois. Seulement l'iris, qui était d'un beau bleu, resta pendant longtemps couleur de rouille.

OPÉRATION DE CATARACTE PAR ABAISSEMENT; HÉMORRAGIE ABONDANTE DANS LES CHAMBRES; CATARACTE SECONDAIRE SANGUINE; OPÉRATION PAR EXTRACTION. GUÉRISON.

OBS. VII. Mad. R., de la Vendée, me fut adressée, il y a quelques années; elle désirait se faire opérer d'une cataracte complète de l'œil gauche; l'œil droit voyait encore passablement. L'opération fut pratiquée en présence de MM. les docteurs Mitchell, Bertin et autres. Rien ne fut plus facile que son exécution. Au moment de retirer l'aiguille, je m'aperçus que la pupille prenait une teinte rougeâtre. Je recouvris l'œil de compresses imbibées d'eau froide. La malade n'éprouva aucune souffrance. Le lendemain, j'examinai l'œil et je trouvai la chambre postérieure remplie par un caillot rouge qui remplissait le cristallin. La malade n'apercevait que très faiblement la lumière qui me servait à cet examen. J'avais affaire à une cataracte sanguine (*cataracta sanguinea grumosa* de Smidt). Si la résorption n'était pas complète, il était évident que les bénéfices de l'opération étaient perdus et qu'il fallait en tenter une nouvelle. C'est ce que je fis après six semaines d'attente. J'eus, dans ce cas, recours à l'incision de la cornée, que je fis aussi étroite que possible, et avec les pinces fenêtrées de Maunoir, je saisis le caillot, qui vint sans aucun effort. Je reportai les pinces pour extraire un autre petit caillot membraneux, et, quinze jours après, il n'y avait plus de trace des deux opérations, la malade y voyant parfaitement.

A la suite des inflammations très aiguës de l'iris ou de la choroïde, il se manifeste souvent des hémorragies dans les chambres; mais elles sont rarement abondantes; j'en ai cité quelques cas dans mon mémoire couronné par la société médico-pratique.

Les hémorragies, suite d'érosions, sont beaucoup plus fréquentes; on

---

non pas en intention de le retrouver et le reconnaître un temps à venir, mais afin que celui qui le trouverait eût de quoi l'ensevelir. » Ainsi Dionysophane avait fait exposer son enfant avec la volonté ferme de lui donner la mort; il était riche cependant. Cette action, qui caractérise les mœurs de l'époque, ne lui inspire aucun regret et paraît fort naturelle aux personnes auxquelles le vieillard la raconte.

Cet usage n'existait pas cependant chez tous les peuples de l'antiquité. Au milieu de la Grèce même, Thèbes offrait une exception à cet égard : la loi y défendait l'abandon des nouveaux-nés. Chez les Hébreux et les Egyptiens, l'exposition des enfans et l'infanticide ne paraissent avoir été, à aucune époque, une pratique nationale. Deux peuples, dont les usages remontent à des temps très reculés, les Indous et les Chinois, semblent avoir toujours pratiqué l'infanticide. Si l'on en croit Barrow, le nombre des enfans exposés chaque année dans la seule ville de Pékin dépasse neuf mille.

Les mœurs de la société romaine n'étaient pas plus élevées que celles de la société grecque sous ce rapport. Il y a dans l'une des comédies de Térence (*Heautontimorumenos*) une scène qui nous représente fidèlement l'opinion des Romains de son temps sur l'exposition des nouveaux-nés. Non seulement un certain nombre d'enfans nouveaux-nés étaient exposés à Rome, mais l'autorité de Sénèque ne permet pas de douter qu'au temps d'Auguste, d'Horace, de Cicéron et de Virgile, il était permis à des spéculateurs de mutiler ces enfans de la manière la plus atroce pour en faire des mendians. Le titre seul de l'espèce de plaidoyer dans lequel Sénèque débat très froidement la question de savoir si mutiler ainsi de jeunes enfans, c'est causer un dommage à la république, est l'accusation la plus forte que l'on puisse porter contre les mœurs de cette époque.

La condition des enfans trouvés continua à être déplorable sous les empereurs, pendant les premiers siècles de l'ère chrétienne. Ces malheureux orphelins demeuraient placés en dehors du droit commun; leur nombre était considérable, non seulement à Rome, mais encore dans la plupart des provinces de l'empire. Trajan, dans une réponse à Pline qui lui avait demandé des instructions sur le sort de ceux qui, nés de parens libres, avaient été exposés et étaient devenus esclaves, suivant la loi, de ceux qui les avaient recueillis, lui dit qu'aucune des lois de ses prédécesseurs n'avait réglé cette question pour toutes les provinces de l'empire.

Cependant les progrès de la raison publique, l'adoucissement des mœurs, et une influence bien plus puissante encore, celle d'une religion nouvelle, dépouillèrent par degrés le chef de la famille de cette terrible puissance paternelle dont les anciennes lois romaines l'avaient investi; l'état prit sous sa protection tous les citoyens, et demanda compte au père de la vie de ses enfans dont celui-ci avait disposé jusque-là d'une manière absolue. A peine la religion chrétienne eut-elle été fondée qu'elle se prit corps à corps avec les doctrines barbares du paganisme qui ordonnaient le meurtre des enfans trouvés et réduisaient à l'esclavage ceux qui ne périssaient pas de misère et de faim. Dès leurs premiers combats avec les défenseurs du paganisme encore maîtres du monde, les pères de l'Eglise se constituèrent l'appui des enfans trouvés et foudroyèrent de leur mâle éloquence la cruauté des mœurs payennes envers ces infortunés; mais le combat fut long; leurs belles allocutions peu écoutées d'abord ne passèrent que peu à peu dans les opinions et dans les mœurs. Le premier empereur chrétien, Constantin, n'osa pas même répudier ce déplorable héritage du paganisme et parut tolérer l'infanticide.

les observe chez les sujets scrofuleux, les scorbutiques et chez les individus à tempérament hémorragique, nommés *Blutter*.

J'emprunte à M. d'Ammon l'observation suivante (1) :

OPHTHALMIE SCROFULEUSE PRÉSENTANT DES PHÉNOMÈNES MÉCONNUS PAR PLUSIEURS HOMMES DE L'ART; ÉPANCHEMENT SANGUIN.

Obs. VIII. — Caroline Pilsen, de Limmbach, se présenta dans la maison des aveugles de Dresde pour se faire guérir d'une ophthalmie : c'était le 1er juillet 1829.

Cette enfant avait été sujette aux affections strumeuses du col, à la suite desquelles elle avait subi un affaiblissement considérable de la vue. Elle portait en même temps les caractères d'un tempérament scrofuleux trés prononcé. L'œil gauche était atteint de cécité complète et de strabisme; le droit était très faible, et M. d'Ammon y observa les symptômes suivans : iris couleur jaunâtre, pupille irrégulière, terne, angulaire, photophobie, affaissement de la cornée; l'iris était parsemé de vaisseaux sanguins, visibles à l'œil nu; mais, avec la loupe, on voyait qu'ils faisaient une grande saillie sur tout l'iris. M. d'Ammon soumit cette enfant à un traitement anti-scrofuleux, craignant que la saillie que faisait l'iris en avant ne fût le résultat de productions anormales situées derrière lui. Peu de jours après, M. d'Ammon, visitant la jeune fille, la trouva endormie et couchée sur sa face. L'ayant reveillée, il fut surpris de voir que la presque totalité de la chambre de l'œil était envahie par une grande quantité de sang noir coagulé, qui suivait les divers mouvemens et inclinaisons que l'on donnait à la tête. Ne pouvant, à première vue, se rendre compte de ce phénomène, M. d'Ammon crut que la jeune fille avait reçu une contusion sur l'œil; mais l'assurance que lui donnait l'enfant du contraire, et l'absence de toute excitation de tissus ou de fonctions le confirma dans l'opinion que ce n'était point un fait traumatique. Le lendemain, tout le sang avait disparu; mais, faisant pencher la tête de la malade en avant, et examinant l'œil, il trouva la chambre antérieure de nouveau remplie de sang clair, s'élevant jusqu'au niveau de la pupille, et se portant à droite et à gauche, selon les mouvemens qu'exécutait la tête.

Ces divers épanchemens se renouvelèrent plusieurs fois, et à chaque disparition ils laissèrent sur l'iris des taches noires qui paraissaient diminuer peu à peu le diamètre de la chambre antérieure. La vue diminuait aussi et la faculté de voir fut abolie complètement après deux mois. M. d'Ammon fit inutilement tous ses efforts pour arrêter le mal: ce fut en vain.

ÉPANCHEMENT SANGUIN DANS LES CHAMBRES, SANS CAUSE APPARENTE, SANS ACCIDENS; RÉSORPTION TRÈS PROMPTE.

Obs. IX. — Madame la baronne J. du P. a été atteinte, à l'âge de 20 ans, après sa première couche, de diverses petites hémorragies et dans divers organes. Il n'y a jamais eu de blutter dans sa famille, mais elle en a tous les caractères : lui serrez-vous légèrement le bras, il y a une vaste ecchymose sanguine; lui posez-vous des sangsues, vous arrêtez à grande peine le sang; un corset trop serré bleuit sa taille; enfin le moindre contact d'un cure-dent avec ses gencives donne lieu à un saignement assez abondant; enfin, quand elle s'enrhume, non seulement elle crache du sang, saigne par le nez, mais encore il se forme des épanchemens sanguins dans la conjonctive oculaire. Avec tout cela, la santé est bonne, et pour éviter les rhumes, madame passe l'hiver dans les pays chauds. Un beau jour sans autre cause connue que deux ou trois éternuemens violens, madame s'écrie tout à coup qu'elle voit tout rouge, et immédiatement après sa vue est abolie par une coloration tellement foncée de l'humeur aqueuse, qu'elle paraissait convertie en sang pur. Grand effroi de madame et des assistans : je fus immédiatement demandé, et reconnus une hémorragie dans les chambres; comme il n'y avait ni douleur, ni rougeur de la conjonctive, je me bornai à assurer que l'accident était sans conséquence, et à prescrire des applications d'eau glacée sur l'œil. Vingt-quatre heures après, on commençait à apercevoir la pupille. Quarante-huit heures après, l'humeur aqueuse était jaune serin, et l'on voyait au point le plus déclive de la chambre antérieure un hypopion sanguin caillebotté qui mit plus de quinze jours à disparaître complètement. L'iris qui était d'un beau bleu céleste conserva, et conserve encore des taches couleur de rouille, très visibles à l'œil nu. Pas le plus petit malaise n'accompagna cette hémorragie et sa terminaison.

A l'exception de Wedemeyer qui a étudié avec soin les ecchymoses sanguines de la membrane de l'humeur aqueuse, on s'est fort peu occupé des épanchemens sanguins de l'œil. Comme l'observe très bien M. d'Ammon, on en a recueilli çà et là quelques observations à la suite des ophthalmies scorbutiques que l'on n'a pas l'occasion d'observer bien souvent. Cependant ces épanchemens sont très fréquens, surtout lorsque les vaisseaux de l'iris ou de la choroïde ont subi des altérations notables.

M. d'Ammon avance qu'ils accompagnent souvent le sarcome médullaire de l'œil, les maladies de l'iris avec ulcérations, et dans le glaucome arrivé au dernier période, ainsi que je l'ai observé dans le cas suivant.

GLAUCOME TRÈS AVANCÉ AUX DEUX YEUX; HÉMORRAGIE DANS LES CHAMBRES ANTÉRIEURES ET POSTÉRIEURES; DOULEURS HORRIBLES; RUPTURE DE LA CORNÉE.

Obs. X. — Madame ***, de Louviers, demeurant à Paris, rue de Lille, 4, me fut adressée par un membre de la famille Passy. Cette dame portait deux glaucomes très avancés avec déformation de l'iris, survenus à la suite d'une inflammation des tissus fibreux de l'œil, développée sans aucune trace de rhumatisme, mais à la suite de violens chagrins. Je jugeai à première vue que le cas était incurable; mais comme cette dame avait à plusieurs reprises déclaré que la vie sans la vue lui était odieuse, il fut convenu avec sa famille qu'on lui donnerait l'espoir d'une opération à faire dans le but de lui rendre la vision, en la remettant à une époque très éloignée et indéterminée.

Depuis deux ans je l'entretenais dans cette espérance, lorsqu'elle fut prise tout à coup de douleurs atroces dans l'œil droit, d'hémorragie dans les chambres, et qui fut tellement abondante que la cornée comprimée et étranglée s'ouvrit à l'angle interne, et donna passage à une cuillerée de sang environ. Là se borna le mal du moment, mais l'œil prit une physionomie cancéreuse hématodes qui m'inspira des craintes; heureusement elles furent vaines, car la maladie est restée stationnaire.

Dans une année où il régnait à Dresde une espèce de constitution hémorragique, M. d'Ammon observa souvent des épanchemens internes de l'œil, à la suite de diverses altérations organiques de cet organe.

Toute hémorragie active et traumatique de l'œil doit être traitée par les moyens opposés aux hémorragies actives en général : les applications froides, les astringens externes et la saignée au besoin.

Quant à celles qui surviennent à la suite des érosions ou ruptures des vaisseaux, rarement la saignée est indiquée; il vaut mieux recourir aux moyens capables de combattre la cause de la maladie, s'il est possible.

Reste dans ces cas la conduite à suivre avec le liquide épanché; car sa présence peut déterminer non seulement des accidens locaux instantanés, mais encore des accidens consécutifs, qui peuvent compromettre la vision.

Si le sang est en petite quantité, il s'absorbe facilement; mais, dans le plus grand nombre des cas, il dépose sur l'iris une partie de ses principes colorans, et qui y laissent des taches plus ou moins appréciables, selon que l'iris est plus clair et que le sang est plus foncé en noir. Chez un individu observé par M. d'Ammon, le dépôt dans l'iris était tellement

(1) *Journal d'ophthalmologie*, t. II, p. 50.

Ce ne fut qu'en 374 que les empereurs Valence et Gratien déclarèrent l'exposition des nouveaux-nés punissable, et firent à tous les pères une obligation de nourrir leurs enfans.

La société nouvelle qui, après la chute de l'empire romain, naquit de la conquête de l'Europe par les barbares, montra, quoique peu avancée dans la civilisation, beaucoup plus d'humanité pour les enfans trouvés que ne l'avaient fait les nations les plus civilisées de l'antiquité. La loi des Francs et celle des Allemands protégèrent la vie des enfans trouvés et s'occupèrent de leur sort. Ces lois qui furent longtemps en vigueur furent une véritable transition de la législation des anciens sur les enfans trouvés à celle qui est en vigueur aujourd'hui.

Ces premières améliorations du sort des enfans trouvés n'avaient point encore été jusqu'à les dérober à l'esclavage qui avait été maintenu même par plusieurs conciles; ce fut Justinien qui le premier proclama la liberté absolue des enfans trouvés, et déclara qu'ils n'étaient la propriété ni du père qui les avait exposés, ni de la personne qui les avait recueillis, et ordonna, pour eux, l'institution de maisons de bienfaisance, sur l'organisation et la durée desquelles nous ne possédons pas de renseignemens positifs. Nous allons voir maintenant des établissemens analogues faits à diverses reprises et dans plusieurs contrées où le code de Justinien n'avait pas force de loi.

En Occident, il y avait à la porte des églises une coquille de marbre dans laquelle les mères déposaient l'enfant qu'elles voulaient abandonner. En Espagne, l'église de Séville entretenait les enfans trouvés avec ses revenus; mais l'enfant restait la propriété de celui qui l'avait élevé, et si cet état n'eût été un passage à de nouvelles concessions, ces changemens auraient été peu honorables pour la société qui ne sauvait la vie à ces malheureux enfans que pour les réduire à l'esclavage.

On rencontre encore dans les 6e, 7e et 8e siècles quelques indices de l'existence de maisons destinées aux enfans trouvés à Trèves, à Milan, à Angers; mais il serait fort difficile de déterminer d'une manière positive ce que furent ces asiles pour les nouveaux nés; après tout, n'étant que le résultat d'efforts individuels, ils ne pouvaient avoir une grande influence sur le sort de ces enfans.

Il faut ensuite franchir trois siècles et surtout celui de Charlemagne pour trouver dans l'histoire l'indication de quelques tentatives en faveur des enfans trouvés, et arriver au 11e siècle où les hôpitaux se multiplièrent, et où plusieurs de leurs fondateurs comprirent très expressément les enfans trouvés au nombre des malheureux qui devaient y recevoir des soins. Nous voyons alors s'établir successivement des hôpitaux mixtes de ce genre à Jérusalem en 1210, à Rome sous le pape Innocent, en Perse sous l'empereur Mahmoud-Ghazand-Kand; en 1316, un magnifique hôpital d'enfans trouvés fut élevé à Florence. Il est pénible de voir qu'à Paris, quelques années plus tard, une confrérie uniquement vouée à l'œuvre des enfans excluait de ses bienfaits les enfans trouvés, inconnus ou bâtards, pour lesquels « on continuera, disent les lettres-patentes que leur accorda Charles VII en 1445, de quêter pour eux en certain lit étant à l'entrée de l'église cathédrale de Paris et de crier aux passans : faites du bien à ces pauvres enfans trouvés. » Il existait encore, au temps de François Ier, dans l'église cathédrale de Paris, à Notre-Dame, un grabat appelé la crèche, sur lequel des filles charitables déposaient les enfans nouveaux-nés que leurs parens avaient délaissés, et recevaient les dons des fidèles pendant l'office divin.

L'Eglise qui servit d'abord de mère aux enfans trouvés ne tarda pas à trouver

noir que ce célèbre praticien crut que la pupille était grandement déformée ; en examinant avec une forte lentille, il ne tarda pas à se convaincre qu'il avait été victime d'une illusion optique, et que sa prétendue solution de continuité n'était autre chose qu'une coloration en noir.

Le défaut d'absorption n'a des inconvéniens que lorsque l'épanchement est plus élevé que le diamètre de la pupille, et, par conséquent situé en partie dans la chambre postérienre, parce que les principes colorans des caillots, se trouvant en contact avec la capsule cristalline, y prodnisent des impressions variées, en d'antres termes, y lithographient, que l'on me permette ce mot, des formes et arborisations, qui sont autant d'obstacles à la vision, et constituent des cataractes arborescentes on dentritiques.

Dans d'antres circonstances, le caillot ne s'absorbe qu'incomplètement. Sa partie fibrineuse résiste, alors il forme un corps étranger granuleux interposé entre l'iris et le cristallin, produit une cataracte secondaire sanguine, que Smidth a si bien décrite, et à laquelle il avait donné le nom de *cataracta sanguinosa et grumosa*.

C'est pour éviter la formation de cette espèce de cataracte secondaire qu'il faut évacuer le sang épanché dans les chambres toutes les fois qu'il est assez abondant pour laisser craindre qu'il ne soit pas absorbé ; il faut encore recourir à ce moyen toutes les fois que l'on doit craindre la mortification de la cornée. J'ai eu souvent recours à ce moyen, sur lequel Penchienati et Rossi (1) insistèrent beaucoup. C'était pour éviter les cataractes grummeuses que Forlenza avait pour habitude d'injecter de l'eau dans les chambres toutes les fois qu'il pratiquait une opération de cataracte, suivie d'épanchement sanguin. Marc-Antoine Petit suivit une pratique en tout semblable.

Rien n'est plus simple que d'évacuer le sang, en faisant à la cornée une petite incision, avec un couteau à lance de Daviel et en injectant au besoin un peu d'eau tiède distillée avec l'instrument de Forlenza. Puisque l'on peut, sans inconvénient onvrir la cornée enflammée pour évacuer des hypopions purulens, pourquoi reculerait-on devant la petite ouverture nécessaire à l'évacuation du sang?

6° ÉPANCHEMENS SOUS-SCLÉROTIDIENS OU INTRA-BULBAIRES.

Je neconnais dans la science aucun fait d'épanchement sous-sclérotidien qui ne fût pas le résultat d'une cause traumatique. Cependant il peut en exister qui passent inaperçus, à cause de la résistance qu'offre la sclérotique aux soulèvemens sanguins, si rapides, si faciles lorsqu'ils existent sous la conjonctive ou dans celle-ci.

Les épanchemens sous-sclérotidiens, résultant de causes traumatiques, peuvent exister avec lésion de la continuité de la membrane fibreuse ou sans elle. Dans le premier cas, il est plus facile de reconnaître l'épanchement, parce que les bords de la plaie se renversent et que le caillot se présente à l'orifice. Quand c'est une contusion, cela est moins facile, mais cependant en examinant le point frappé, on voit qu'il a pris une teinte grise ardoise, que les fibres de la sclérotique paraissent distendues et soulevées. Les plaies et les contusions produisant un épanchement dans la sclérotique entraînent presque toujours après elles la perte au moins momentanée de la vision : de tous les épanchemens oculaires, ce sont ceux qui sont le plus ordinairement suivis d'inflammation et de désorganisation de l'œil. Quand le sang ne se résorbe pas, il distend la clérotique et fournit un staphylome de la sclérotique. J'ai observé un cas de cette nature chez un de nos plus célèbres hommes de lettres; en faisant des armes à Naples, il reçut un coup de fleuret, appelé coup de fonet, sons l'œil gauche; il y eut un épanchement sous-sclérotidien, presque immédiatement suivi de staphylome de la sclérotique qui nécessitera bientôt l'extirpation partielle de l'œil.

De tont ce qui précède, on doit conclure que les épanchemens sous-sclérotidiens sont très graves et qu'il faut de suite leur opposer un traitement très énergique.

Dans un prochain article, nous traiterons des exhalations sanguines de la choroïde, de la rétine et de l'apoplexie oculaire des nouveaux-nés et des adultes.

(1) *Recherches sur les causes qui font échouer l'opération de la cataracte*, 1re édit., p. 81.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX AMÉRICAINS ET INDIENS.

I. THE AMERICAN JOURNAL OF THE MEDICAL SCIENCES.

Le cahier du deuxième trimestre contient les articles originaux suivans: 1° *Opération césarienne pratiquée avec succès*; par M. George Fox; 2° *De quelques fonctions mécaniques du tissu aréolaire*; par M. J. W. Drapez, professeur de chimie et de physiologie; 3° *Du traitement de la scarlatine angineuse à l'aide de la glace et du chlorure de soude*; par M. Jackson; 4° *Opération de rhinoplastie*; par M. Mütter, professeur de chirurgie; 5° *De la théorie de l'inflammation*; par M. Martyn Payne; 6° *Deux cas de division congénitale de la lèvre et du palais*; observés dans la même famille, et opérés par M. J. Parrish; 7° *Plusieurs cas de pieds-bots guéris à l'aide de la section du tendon d'Achille*; par M. Detmond, de New-York; 8° *Perforation mortelle de l'appendice vermiforme*; par M. Hallowel; 9° *Conformation vicieuse du cœur*; observée par M. Wilmer Worthington; 10° *Avortement à trois mois d'un enfant jumeau, l'autre étant resté dans la matrice et arrivé à terme*; par M. Jackson (cas douteux).

OPÉRATION CÉSARIENNE PRATIQUÉE DEUX FOIS AVEC SUCCÈS CHEZ LA MÊME FEMME; par M. FOX.

OBS. — Madame R..., née en Irlande en 1809, petite stature (4 pieds et demi), offrait tous les restes d'un ancien rachitisme. Les fémurs et les tibias sont fort courbés en avant ; la partie inférieure de l'épine présente une large concavité en arrière, précisément au niveau de la saillie sacro-vertébrale; les os des membres supérieurs sont également déformés ; le diamètre antéro-postérieur du bassin, mesuré par M. Meigs, professeur d'accouchement, et par MM. Fox, Newson, James et Luckens, offre un pouce trois quarts, deux pouces à peine. Elle se marie en 1830.

En juin 1831 elle est enceinte de neuf mois ; une consultation a lieu entre M. Fox et les médecins ci-dessus nommés. On décide l'operation césarienne,

---

ce fardeau trop pesant et s'empressa de le transmettre aux hospices qui le supportèrent tantôt avec leurs propres revenus, tantôt avec l'aide des communes et des seigneurs hauts-justiciers, mais toujours avec une extrême difficulté, de nombreux conflits et force arrêts de parlemens.

Les malheureux enfans trouvés portaient la peine de cet état de choses, aucune loi ne déterminant la durée et la quantité des secours auxquels ils avaient droit; rarement ces secours arrivaient à temps, et presque toujours ils cessaient au moment où leur nécessité était la plus grande; aussi très peu de ces petits malheureux arrivaient à l'âge adulte, et les institutions n'avaient rien prévu pour ceux qui avaient échappé à tant de malheurs; nulle part l'état ne les avait pris sous sa garde; chez aucun peuple de l'Europe le gouvernement ne s'était chargé de pourvoir à la conservation de leurs jours.

Emue de pitié à la vue de tant de malheurs, qui dépassaient, à Paris, tout ce qu'on pourrait supposer, une pieuse veuve voulut recevoir les enfans trouvés dans sa maison, rue St-Landry, qui devint la *maison de la couche*; mais ses moyens bornés ne lui permettaient d'y admettre qu'un petit nombre de ceux qui lui étaient présentés. Après sa mort, elle ne fut pas dignement remplacée. Cette maison, instituée dans un but de bienfaisance, devint le siége d'un affreux commerce. Là on vendait, pour la modique somme de vingt sous, des enfans à tous ceux qui en demandaient : aux bateleurs, qui, comme du temps du paganisme, leur mutilaient les membres ou les couvraient d'horribles plaies, dans le but d'émouvoir la commisération publique, ou bien à des misérables; qui, dit-on, répandaient le sang humain dans l'accomplissement d'horribles maléfices.

Ce spectacle émut l'âme de Vincent de Paul, qui, aidé de quelques dames charitables, fonda l'œuvre des enfans en 1640. Il eut le mérite d'attirer sur cet établissement, par son zèle et l'habileté de ses démarches, l'attention du chef du gouvernement, Louis XIII. En 1670 des lettres patentes de Louis XIV déclarèrent la maison des enfans trouvés l'un des hôpitaux de Paris. Dès-lors, les enfans qui se trouvèrent à portée d'y être admis n'eurent plus à redouter les malheurs dont nous venons de parler; mais la loi ne s'était pas chargée de leur avenir et n'avait pas encore déterminé leur état ; c'est la révolution de 89 qui devait accomplir ce grand acte de justice; elle les plaça tous sous l'empire d'une juridiction uniforme, leur donna un état civil et régla la manière dont leur éducation serait dirigée.

Quelques années plus tard, le gouvernement impérial sentit la nécessité de refondre la législation relative aux enfans trouvés, et rendit le décret organique de 1811, qui est encore en vigueur aujourd'hui, et dont quelques clauses rappellent le despotisme glorieux qui enlaçait alors la France de toutes parts et dirigeait toutes ses forces vers un but unique. Par ce décret, les enfans trouvés sont mis hors du droit commun et déclarés la propriété de l'état; dès qu'ils auront atteint leur douzième année, ils seront mis à la disposition du ministre de la marine; seuls, parmi les citoyens, ils ne jouiront pas des chances du tirage lorsqu'ils seront arrivés à l'âge où la loi sur le recrutement devra leur être appliquée. Cette idée de faire voyager de toutes parts les pauvres enfans trouvés pour les diriger vers les ports de mer devait paraître toute simple et toute facile à celui qui, d'un seul mot, faisait voler de grandes armées du fond de la Péninsule au centre de la Russie; mais elle ne pouvait pas être appliquée et ne l'a point été.

Tels sont les faits les plus importans de l'histoire des enfans trouvés en France jusqu'aux premières années du 19e siècle. Si ces faits nous présentent

mais la femme se refuse; on pratique la céphalatomie, mais avec des difficultés immenses. La tête a été brisée et arrachée par morceaux à l'aide de fortes tenettes dentelées, et d'espèces de pinces courbées dont on se sert pour extraire les dents; l'enfant était déjà mort avant l'opération. Trente-trois heures se sont passées depuis l'extraction de la tête jusqu'à l'issue de tout le corps de l'enfant. L'opération a été exécutée par M. Meigs.

Malgré ces pénibles et longues manœuvres la femme a guéri sans accidens consécutifs, et avec une rapidité remarquable; trois semaines après l'opération elle est sortie de chez elle assez bien portante.

En 1833, nouvelle grossesse, nouvelle consultation; on propose de nouveau la gastérotomie; la femme la rejette; on l'accouche comme la première fois, et elle est aussi heureusement débarrassée.

Bientôt elle devient enceinte pour la troisième fois. Cette fois elle se fait soigner par M. Gibson. Cet accoucheur parvient à la soumettre à l'opération césarienne, et la pratique avec succès pour la mère et pour l'enfant. Les détails se trouvent consignés dans le t. II du *Traité de chirurgie* de cet auteur, 4e édition.

Vient la quatrième grossesse (1837), la femme a recours à ses premiers accoucheurs. Ceux-ci ne consentent à la soigner qu'autant qu'elle se soumettra aux opérations que son état réclame. L'enfant est reconnu vivant à l'auscultation; l'opération césarienne est décidée et pratiquée par M. Meigs, en présence de MM. Gibson, Fox, Hodge, Norris et C. Brell.

État de la malade avant l'opération. Agitation, anxiété, visage pâle, pouls 116, les eaux ont coulé, col très dilaté, gonflé et élastique; la tête se présente au côté gauche du pelvis, douleurs fréquentes. L'utérus est dans l'antéversion complète; l'ancienne cicatrice est de couleur noire, dure, gonflée, et offre cinq pouces d'étendue. Il y a évidemment union intime entre les tégumens et l'utérus, dans l'étendue de quatre à cinq pouces, c'est-à-dire depuis le pubis jusqu'à l'ombilic. On vide le rectum et la vessie de la malade.

Manuel opératoire. La malade étant couchée en supination, deux aides compriment les deux côtés de l'abdomen, afin d'empêcher les intestins de se précipiter en dehors, M. Gibson pratique une incision dans le trajet de l'ancienne cicatrice, s'étendant, depuis un demi-pouce au-dessous de l'ombilic, jusqu'au pubis. On rencontre l'utérus fort adhérent dans l'étendue de quatre pouces; on ouvre cet organe près de son fond, et l'on prolonge cette division dans l'étendue de cinq ou six pouces. La portion adhérente de l'utérus était très amincie, n'offrant qu'un quart de pouce d'épaisseur. Pour s'assurer de l'étendue de l'adhérence l'opérateur a disséqué la cicatrice jusqu'à ce qu'il vit paraître un groupe d'intestins. Après la section de l'utérus le placenta s'est présenté; il était en partie détaché par l'écartement des bords de la plaie. M. Meigs, qui était placé au côté gauche de la femme, introduit sa main gauche dans la plaie, détache le placenta et pénètre dans la matrice: il tient d'abord le pied et la main gauche de l'enfant; il les dégage, et tire le tronc, puis le cou à travers la brèche. Au moment où il veut faire sortir la tête, les bords de la plaie se contractent et résistent avec force; mais bientôt l'opération a été heureusement achevée. Le placenta a été tiré après. Hémorragie abondante au moment de l'extraction, mais le sang s'est bientôt arrêté par la contraction utérine.

La plaie a été réunie moyennant six points de suture passés de dedans en dehors, bandelettes adhésives, bandage compressif latéralement, pour empêcher les intestins de sortir. L'enfant est vivant, mais faible.

Les suites de l'opération ont été heureuses, malgré les escarres de décubitus et autres accidens non moins alarmans. Aujourd'hui la mère et l'enfant se portent bien.

Ainsi, voilà une femme qui a été accouchée quatre fois: deux par la céphalotomie; deux par la gastérotomie, et toujours avec succès. A part la vie de l'enfant, le résultat a donc été le même dans tous les cas; seulement, dans les derniers, la femme a encouru les risques effrayans de l'opération césarienne. On pourrait se demander pourquoi, dans les deux derniers cas, n'a-t-on pas suivi la même conduite que dans les deux premiers, puisque la céphalotomie avait si bien réussi.

Il paraîtrait que c'est la circonstance de la vie de l'enfant qui a fait résoudre autrement la question. Pour nous, cette question n'en est plus une, nous avons eu l'occasion de nous expliquer à ce sujet. Attendu les dangers incomparablement supérieurs qui se rattachent à la gastérotomie, et l'existence fort chanceuse de la vie de l'enfant, la céphalotomie doit être toujours préférée si elle est praticable. Raison de plus pour lui donner la préférence, si elle a déjà réussi une ou plusieurs fois, comme chez la femme dont on vient de lire les détails. Sous d'autres rapports, d'ailleurs, ce fait ne laisse que d'être intéressant, et de se recommander à l'attention des praticiens.

RHINOPLASTIE PARTIELLE, PRATIQUÉE AVEC SUCCÈS; par M. MUTTER, professeur de chirurgie.

Obs. — Un homme, âgé de 28 ans, manquait de la moitié droite de l'aile du nez. La cavité nasale et le côté correspondant de la cloison étaient en évidence. Indépendamment de l'horrible difformité la voix était altérée comme on le conçoit, et ce côté du nez était toujours sec. L'individu appartenait à une famille aisée du midi de l'Amérique.

M. Mutter l'a opéré d'après un procédé extrêmement simple; procédé qui rentre d'ailleurs dans la méthode dite *à glissement*; le voici.

Il a circonscrit la brèche entre deux incisions latérales se réunissant en haut sous la forme de Λ. A la partie inférieure de l'incision externe, il a pratiqué horizontalement sur la joue une troisième incision, formant un angle presque droit avec l'incision externe. Ensuite il a excisé tout le bord calleux de la brèche renfermé dans les deux premières incisions et donné par là à la brèche elle-même la forme Λ. Il a été alors facile de rapprocher ces deux bords entre eux et de fermer ainsi l'ouverture par le simple glissement du lambeau triangulaire externe qui répondait à la peau de la joue continue avec la brèche. Quatre aiguilles ont été appliquées pour le rapprochement. Le résultat a été heureux. D'après la figure donnée par l'auteur, on ne voit qu'une simple cicatrice linéaire sur le lieu de l'union; on remarque seulement que la cloison a été tirée un peu de côté par la rétraction du tissu inodulaire, mais ce léger défaut disparait petit à petit.

L'auteur croit que ce mode opératoire est nouveau, du moins quant à son application à la rhinoplastie; il se trompe, mais son fait n'en est pas moins digne d'intérêt.

DEUX CAS DE BEC-DE-LIÈVRE AVEC DIVISION DU PALAIS, OBSERVÉS ET OPÉRÉS CHEZ DEUX ENFANS D'UNE MÊME MÈRE; par M. PARRISH.

Obs. — Deux enfans de sexe différent, fils d'un fermier, âgés l'un de 17 mois, l'autre de 5, étaient venus au monde, l'un avec un bec-de-lièvre double à la lèvre supérieure et séparation des os palatins, l'autre avec la même difformité mais simple, bien qu'également avec la division des os du palais. Leurs parens étaient jeunes, forts et bien portans; ils avaient eu deux autres enfans avant ceux-ci, et chez lesquels on ne remarquait aucune difformité.

La mère attribuait ce désordre à une peur qu'elle disait avoir eue vers le septième mois de la grossesse du premier de ces deux enfans.

Les enfans avaient été nourris au biberon; ils éprouvaient d'abord beaucoup de difficulté à boire; mais ils avaient fini par s'habituer à bien avaler et s'étaient toujours bien portés.

Le cas du garçon était le plus grave; la division était double et les deux brèches offraient une étendue très considérable. Le bouton moyen était étroit et attaché à la cloison nasale. Une portion de l'arcade maxillaire et de la gencive était saillante et à nu; il s'agissait de trouver le moyen de la couvrir; et pourtant les côtés restans de la lèvre étaient fort courts. Les narines étaient fendues; le milieu du cartilage nasal manquait, de sorte que le nez était écrasé, ce qui contribuait à accroître la difformité. Les deux dents incisives étaient saillantes au dehors. Les os palatins, le voile du palais et l'*uvula* étaient divisés

---

dans leur ensemble la preuve d'une négligence trop souvent évidente de la morale publique, d'une certaine insouciance pour les intérêts de la fortune de l'état, d'un autre côté, nous y trouvons tant de respect pour la vie de l'homme, tant de dévouement, tant d'humanité pour ces malheureuses victimes des fautes auxquelles elles ont été étrangères, qu'on ne peut s'empêcher d'admirer les hommes généreux qui se sont occupés avec une si vive ardeur du sort des enfans trouvés.

Avant d'exposer ce qui a rapport à leur état actuel en France et d'examiner quelques-unes des questions qui ont si vivement occupé l'attention publique, dans ces derniers temps, parmi nous, disons quelques mots de leur histoire dans les pays voisins: nous serons ensuite plus à même de juger du mérite et des défauts de nos propres institutions.

La condition des enfans trouvés est loin d'être la même dans tous les états de l'Europe; la plus grande différence se trouve, sous ce rapport, entre les pays protestans et les pays où le catholicisme règne encore. Suivons ici MM. Terme et Monfalcon, qui, sans s'éloigner du respect dû, dans tous les pays, aux croyances religieuses qui y sont reçues, ont cependant fait la juste part de l'influence différente qu'ont exercée sur la condition des enfans trouvés les deux principaux cultes qui se partagent l'Europe.

Dans les pays catholiques, des hospices sont ouverts en grand nombre aux nouveaux-nés que leurs mères abandonnent. Ces enfans sont déposés dans les tours, disposés de manière à entourer leur admission d'un profond mystère; aucune enquête n'est faite sur les circonstances de leur exposition; la législation défend la recherche de la paternité. Dans les pays protestans, au contraire, il n'y a point d'hospice affecté aux enfans trouvés, point de tours pour l'admission des nouveaux-nés abandonnés, point de clandestinité. L'état et la loi mettent à la charge de la fille l'enfant dont elle est devenue mère, l'en rendant responsable; mais, comme la législation autorise la recherche de la paternité, une fille qui est devenue mère nomme le père de son enfant, et la loi, au défaut de mariage, lui adjuge des dommages et intérêts. Cependant, si les états protestans n'ont pas d'hospice pour les enfans trouvés, ils ont du moins du travail et des établissemens nombreux pour les orphelins et les enfans abandonnés.

Le système catholique a spécialement pour objet de rendre l'infanticide sinon impossible, du moins infiniment rare. Ce but, il ne paraît pas l'avoir atteint. Il y a beaucoup d'infanticides dans les pays catholiques; il y en a plus que dans les pays protestans.

Dans les pays protestans, l'opinion, vivement frappée des nombreux inconvéniens du système de secours adopté dans les pays catholiques pour les enfans trouvés, a cherché les moyens de rendre l'exposition des nouveaux-nés sinon impossible, du moins très rare, en la rendant tout-à-fait sans objet. La pensée de son système est un principe de haute moralité. L'abus de la charité peut devenir tout aussi préjudiciable que l'absence de cette vertu; c'est ce qu'ont bien senti les économistes de l'Angleterre et de l'Allemagne.

Plusieurs états protestans avaient des hôpitaux d'enfans trouvés; ces établissemens ont été ou supprimés ou convertis en maisons d'orphelins, et il n'y a eu dans ces états ni un nombre plus grand d'expositions de nouveaux-nés, ni un chiffre plus élevé d'infanticides. L'histoire des enfans trouvés dans les états voisins nous en offre une preuve remarquable.

L'Angleterre a eu fort tard des hospices d'enfans trouvés et ne les a pas gardés longtemps. L'institution d'une maison d'enfans trouvés à Londres fut arrêtée en 1739, grâce aux soins de Thomas Coram, dont le nom mérite d'être

et écartés d'un pouce. Le nez et la bouche ne forment qu'une cavité continne. L'enfant n'avait jamais pu avaler des alimens solides, mais il déglutissait aisément le lait et la soupe indienne; pendant qu'il la prenait on la voyait passer à travers la cavité nasale.

M. Parrish s'est déterminé à l'opérer en deux temps. Il a d'abord réuni le bouton central à la lèvre d'un côté après les avoir, bien entendu, rafraichies et régularisées convenablement. Pour cette réunion, l'auteur s'est servi de longues aiguilles fines en acier faites exprès. Il a eu soin de ne pas trop serrer les huit des fils, afin de ne pas gêner la circulation des parties. Un gilet de force a servi à dompter l'indocilité du petit malade. On l'a ensuite maintenu dans une sorte de sommeil artificiel à l'aide de petites doses répétées de laudanum.

Le quatrième jour, les aiguilles ont été retirées; les parties étaient réunies.

Quinze jours après, on a opéré de l'autre côté; mais on a éprouvé plus de difficulté, car le bouton moyen avait été entraîné du côté de la cicatrice précédente et la brèche restante était devenue plus grande. L'enfant était d'ailleurs tellement indocile qu'il a fallu assujétir ses jambes dans un sac pour pouvoir l'opérer. M. Parrish a séparé la lèvre de la gencive afin d'obtenir le rapprochement avec le bouton central. Enfin la réunion a été également obtenue de ce côté : les aiguilles ont été laissées six jours en place. M. Parrish a pour pratique de ne les ôter en général que lorsqu'il voit les premières gouttes de pus paraître sur l'appareil.

Il restait encore autre chose à faire : le nez, se trouvant attaché au bouton moyen de la lèvre, était, par conséquent, bridé, entraîné en bas et en arrière, et aplati davantage. M. Parrish a séparé le bout du nez de la lèvre moyennant une incision, et, pour en empêcher la réunion, il a passé un fil à l'aide d'une aiguille, à travers le bout du nez. La mère de l'enfant était chargée de soulever ce fil toutes les fois que les parties offraient de la tendance à se réunir. En quinze jours le but a été obtenu, les parties étant cicatrisées séparément. Reste la restauration des brèches intra-bucales à obtenir. La nature paraît déjà travailler en partie dans ce but ; car, six semaines après, la fente osseuse était grandement rétrécie, la saillie de l'os maxillaire diminue à vue d'œil. L'enfant peut, dès à présent, avaler des alimens solides, et prend surtout, avec avidité, des pommes de terre. On sera plus tard à même de lui pratiquer la staphyloraphie. Chez l'autre enfant l'opération a été moins difficile, mais la réunion n'a pas eu lieu.

Deux circonstances sont dignes d'attention dans ce fait : 1° la dissection de la lèvre de son adhérence avec la gencive, afin d'en obtenir l'allongement et le rapprochement sans beaucoup tirailler les tissus. Ce point est capital, comme on le voit, et il mériterait d'être adopté en règle générale lorsqu'il s'agit de bec-de-lièvre congénital ; 2° la conservation du bouton central de la lèvre. M. Parrish paraît attacher de l'importance à cette conservation ; il pense qu'en refoulant ainsi la portion osseuse moyenne, la brèche nasale s'oblitère plus facilement et plus vite, et en outre la réunion est, selon lui, plus sûre, lorsque le rapprochement a lieu sur la partie latérale de l'os maxillaire. Suivant M. Parrish, la saillie centrale du bord alvéolaire est un obstacle à la cicatrisation ; il attribue à cette seule circonstance l'insuccès de la même opération chez le second enfant dont le bec de lièvre était simple.

DE L'EMLOI DE LA GLACE ET DU CHLORURE DE SOUDE DANS LE TRAITEMENT DE LA SCARLATINE ANGINEUSE ; par le docteur S. JACKSON, de Philadelphie.

Dans les cas où la scarlatine offre peu de gravité, les médications les plus simples suffisent pour mener la maladie à une terminaison heureuse ; mais lorsqu'elle affecte une forme grave, il arrive trop fréquemment que tous les moyens restent sans effet. Le chlorure de soude que vante ici le docteur Jackson dans le traitement de la scarlatine angineuse a déjà été employé dans tant de maladies d'abord avec des succès si brillans, si nous en croyons les auteurs des premiers essais qui en ont été faits, et ensuite avec si peu de soulagement par ceux qui l'ont employé sans préjugés au moins dans la plupart des cas, qu'on ne peut accepter qu'avec défiance les éloges que donne ici l'auteur à ce moyen employé en injection et en gargarisme dans les cas de scarlatine angineuse.

C'est encore à l'extérieur que M. Jackson recommande l'emploi de la glace contre la scarlatine ; il prescrit au malade de tenir constamment dans la bouche un morceau de glace qui est remplacé quand il est fondu ; mais il veut qu'il n'y ait pas d'intermission dans cette médication, et prétend qu'elle doit être continuée jusqu'à ce qu'on reconnaisse que les fausses membranes qui couvrent les tonsilles sous forme de taches s'étendent avec rapidité ou que les forces commencent à manquer ; tant qu'il n'y a sur chaque tonsille que trois ou quatre taches très petites ou une seule d'un pouce de diamètre, que les parties voisines sont le siége d'une vive inflammation, que le facies est bon et le pouls encore fort, la glace est encore le seul remède nécessaire, les fausses membranes ne tarderont pas à se détacher, laissant des ulcères de bonne nature, si on les empêche de s'étendre par une sédation non interrompue. L'auteur dit avoir retiré de grands avantages dans les cas de gangrène partielle de l'emploi alternatif de la glace et d'une solution de sulfate de cuivre dans la proportion de huit grains pour une once d'eau.

Chez les petits enfans auxquels il est difficile de tenir de la glace dans la bouche, M. Jackson leur fait sucer un petit sac qu'on a rempli de glace pilée et leur fait injecter de l'eau à la glace dans la gorge.

OBS. — Je fus appelé en octobre dernier pour voir le fils de M. Greenaugh dont les autres enfans avaient été affectés de fièvre avec mal à la gorge, mais d'une manière si légère qu'on n'avait pas cru nécessaire de demander pour eux les conseils d'un médecin; aussi ne m'appela-t-on pour ce dernier qui n'était âgé que de sept ou huit ans qu'à une époque où la maladie avait déjà pris un caractère alarmant.

L'enfant était dans le délire, sa tête brûlante, sa figure congestionnée; le pouls fort, fréquent, vif, tendu; les extrémités inférieures froides. Toute la bouche et la gorge aussi loin qu'on pouvait le voir étaient fortement enflammées et sur quelques points offraient des plaques de gangrène de couleur grise qui n'annonçaient aucune disposition à se détacher; il n'y avait point d'éruption scarlatineuse à la peau; l'enfant ne pouvait ou ne voulait rien avaler ni proférer aucun son articulé.

Les indications étaient de combattre l'inflammation du cerveau et d'éviter la gangrène; on prescrivit donc un pédiluve chaud et une forte saignée du bras, pendant laquelle l'enfant se tint debout jusqu'à ce que la syncope fût imminente; alors il survint des nausées abondantes qui furent suivies d'une forte transpiration. La peau s'était bientôt séchée et était devenue brûlante; on lui fit tomber sur la tête un filet d'eau froide pendant longtemps et à plusieurs reprises pendant la nuit, en même temps qu'on entretenait une forte chaleur aux pieds; comme on ne put rien lui faire avaler, on fut obligé de s'en tenir aux lavemens fréquemment répétés. Son état de délire ne permit pas d'employer la glace suivant la méthode ordinaire, mais on lui donna une cruche pleine d'eau à la glace avec laquelle elle se rinçait presque continuellement la bouche.

Le lendemain, elle paraissait être dans le même état si ce n'est que la gangrène avait fait des progrès alarmans et que le pouls était plus faible. On continua le même traitement auquel on ajouta des injections de chlorure de soude dans la gorge.

Ce traitement fut continué avec vigueur jusqu'à ce que l'amélioration fût évidente, et alors on le cessa graduellement. Vers le quatrième jour de son emploi, les surfaces gangreneuses commencèrent à se détacher laissant une

---

mis à côté de celui de Vincent de Paul. Ce généreux citoyen, après avoir gagné dans le commerce maritime une honorable fortune, la consacra tout entière à l'œuvre philantropique des enfans trouvés. Un hospice, bâti et doté par lui, fut immédiatement entouré de la faveur publique. Plusieurs fois même, du vivant de Coram, qui mourut en 1751, au comble de ses vœux, le parlement s'associa à son œuvre par un vote de subsides; mais quand on vit cette maison, fondée pour quatre cents enfans, obligée, dès 1752, de pourvoir aux besoins de plus de mille, et ce nombre s'élever encore avec une extrême rapidité, en 1769, quand on vit que malgré l'existence d'un hospice entretenu à très grands frais, il n'y avait aucune diminution dans la mortalité des nouveaux-nés et dans le nombre des infanticides, la dépense occasionée par cette institution parut n'être autre chose qu'une taxe pesante au profit des naissances illégitimes, un encouragement à la paresse donné au peuple. On l'accusa de tendre à éteindre les sentimens du cœur, à dissoudre les liens de famille, à favoriser la violation du plus sacré devoir de la nature. Malthus ne conteste pas la possibilité, dans quelques cas exceptionnels, du meurtre d'un enfant par une mère qu'égare le sentiment de sa honte ; mais, prévenir ce crime par l'institution d'hospices, c'est payer, selon lui, un petit avantage au prix bien élevé du sacrifice des sentimens les plus nobles et les plus utiles du cœur humain, dans une grande partie de la nation. Ces opinions ont été adoptées par tout ce que l'Angleterre compte d'hommes éclairés.

Le parlement, alarmé de l'augmentation rapide des enfans trouvés, modifia la destination des établissemens destinés à ce service, et aujourd'hui il n'y a point à Londres d'hospice pour les enfans trouvés, car l'établissement qui porte encore ce nom, *Foundling Hospital*, ne reçoit aucun enfant trouvé, pas même ceux qui sont exposés à sa porte. Quelque peu nombreuses que soient, dans la capitale de l'Angleterre, les expositions des nouveaux-nés, elles ont lieu cependant quelquefois, et leur nombre s'élève annuellement à trente environ. Ces enfans demeurent à la charge des paroisses sur lesquelles ils ont été trouvés.

L'Irlande catholique, la pauvre Irlande, compte parmi ses misères le fardeau de plus en plus pesant des enfans trouvés. L'hospice de Dublin est le seul qui soit dans les trois royaumes. On jugera de l'action désorganisatrice d'un semblable établissement quand on saura que, sur 26,085 enfans que reçut cet établissement de 1800 à 1811, 11,117 furent déposés par leurs parens et 14,954 abandonnés.

On a tenté, à diverses reprises de fonder, dans plusieurs villes d'Angleterre, des hospices pour les enfans trouvés; mais ces essais sont tombés devant l'opinion, qui regarde ces établissemens comme un encouragement à l'immoralité.

SUISSE. La république de Genève a fait une longue expérience du système catholique, sous l'administration française ; lorsqu'elle devint le chef-lieu du département du Léman, qui comprenait une partie de la Savoie, elle eut un hospice d'enfans trouvés et un tour. Le nombre des enfans trouvés sous ce régime a été croissant d'année en année. Mais lorsque cette riche et intéressante cité eut recouvré son indépendance, en 1814, elle ferma son tour, et, dès lors le chiffre des expositions s'abaissa progressivement, et descendit jusqu'à un point bien voisin de zéro. Il n'y a eu que deux enfans exposés en 1836.

Dans le canton de Berne, dont les mœurs ne sont pas célèbres par leur pureté, on punit des travaux forcés l'exposition des enfans ; on n'y trouve point de tours, mais on rencontre, dans l'*Hôpital des bourgeois*, des enfans abandonnés en petit nombre. Dans toute la Suisse, on a adopté le même système sur

plaie de bonne nature. Le quatrième et le cinquième jour elle prit quelques alimens et commença à recouvrer la raison.

TABLE DE MORTALITÉ POUR NEW-YORK; par les docteurs DUNNEL et LEE.

Nous allons extraire de ces tableaux quelques faits généraux qui ne nous semblent pas sans importance dans l'étude de la marche des maladies, et de leur influence sur la population. Nous citerons d'abord le tableau suivant :

MALADIES.	1832.	1833.	1834.	1835.	1836.	1837.
Phthisie	1415	1231	1471	1437	1514	1458
Convulsions	501	310	770	683	778	816
Scarlatine	221	179	408	164	202	579
Petite vérole	89	23	253	331	173	164
Fièvres	513	132	146	136	202	221
Choléra	3066	0	1021	0	0	0
Affections intestinales	568	132	696	401	499	548
Inflammations	806	875	922	1026	1301	1267
Hydropisies	517	461	586	550	432	556
Croup	179	168	198	173	177	151
Coqueluche	63	105	141	172	132	63
Morts-nés	384	392	492	474	506	550
Marasme	201	146	180	111	93	292
Affections aiguës des poumons	433	406	536	633	749	780
Id. de l'estomac et des intestins	226	252	233	197	276	220
Fièvre typhoïde	84	55	106	46	117	318
nflammation du foie	44	36	50	44	82	51

D'après ce tableau, qui ne comprend que les maladies les plus graves, il paraîtrait que quelques maladies feraient chaque année plus de ravages, et surtout la *fièvre typhoïde*, qui, dans l'espace de quelques années, a atteint le chiffre de 338, et semble devoir s'élever encore plus haut. L'auteur attribue cet accroissement aux privations continuellement croissantes auxquelles les classes pauvres sont soumises, et surtout au grand nombre d'étrangers qui, peu à peu après leur débarquement, ressentent les premiers symptômes de la fièvre typhoïde, qu'ils ont contractée à bord des navires encombrés sur lesquels ils avaient effectué leur passage. Chacun de ces malades devient à son tour un foyer d'infection pour d'autres.

La variole, au contraire, depuis trois ans, non-seulement frappe moins d'individus, mais aussi est beaucoup moins grave.

Sur les 1458 morts phthisiques, il y avait 532 Européens; or, comme le nombre total de ces derniers qui vivent à New-York ne s'élève pas au-delà de 1869, il en résulte qu'il en meurt 1 sur 3,25 de cette maladie, ce qui réduit la proportion des morts par cette maladie, pour les autres habitans, à 1 sur 7,66. Mais si nous retranchons encore de ces derniers les gens de couleur, pour lesquels la proportion a été de 1 mort sur 4,25, nous n'aurons plus pour les habitans blancs et natifs de New-York qu'un seul phthisique sur 9,47.

Les maladies dont les hommes de couleur sont le plus fréquemment atteints sont : la fièvre, la variole, l'inflammation du larynx, du foie, les affections vénériennes et le delirium tremens. Celles dont ils sont le moins souvent frappés sont: l'inflammation cérébrale, le croup, la coqueluche, la scarlatine, la rougeole, le suicide et la vieillesse. Bien que les nègres soient aux blancs, dans le rapport, de 1 à 16, cependant leurs morts forment le dixième du nombre total, et sont réellement un tiers plus nombreuses que celles des blancs, toutes les autres circonstances étant les mêmes.

IV. SOUTHERN MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL. (Juin.)

TUMEUR SQUIRRHEUSE DU COU, ADHÉRANT A L'AMYGDALE GAUCHE; ABLATION; par M. EVE, professeur de chirurgie au collége médical de Georgia.

OBS.—Un nègre appelé Minddleton, jeune homme bien portant, portait depuis plusieurs années une tumeur au côté gauche du col, contre laquelle on avait opposé inutilement une foule de traitemens. Depuis quelques mois, son volume augmentait visiblement. M. Eve l'a opéré publiquement à sa clinique. Il a pratiqué une incision à la peau depuis un pouce au-dessous de l'oreille à quatre pouces au-dessous, dirigée obliquement en avant vers la glande thyroïde. Une dissection minutieuse et lente, aidée par une lumière vive, réfléchie dans le fond de la plaie à l'aide d'un miroir, a permis enfin de séparer la tumeur de ses connexions profondes, et en particulier de ses adhérences graisseuses avec l'amygdale correspondante. Les artères carotide gauche et maxillaire interne, aussi bien que la glande thyroïde, ont été dénudées. L'artère thyroïdienne supérieure a dû être liée. Les bords de la plaie ont été réunis à l'aide de points de suture et de bandelettes agglutinatives. La réunion était parfaite le sixième jour, et le malade a quitté l'hôpital bien portant le onzième. La tumeur pesait une demi-livre, sa nature était squirrheuse.

Il est regrettable que l'auteur n'ait pas exposé ce fait intéressant avec plus de détails; il est rare de rencontrer des tumeurs de cette nature sur les amygdales, et plus rare encore de pouvoir les enlever aussi heureusement que l'auteur l'a fait. On conçoit aisément l'immense gravité qui se rattache à ces sortes d'opérations, et la délicatesse extrême qu'il faut avoir dans le procédé opératoire pour en venir à bout sans accidens.

APOPLEXIE GRAVE DE L'ŒIL OCCASIONNÉE PAR DES EFFORTS DE TOUSSER; par M. DUGAS.

OBS. — Une petite fille, âgée de six ans, avait la coqueluche. Durant un paroxisme la violence de la toux a été telle, qu'un instant après la vue, d'un côté, s'est complétement éteinte. A l'examen on a trouvé les chambres de l'œil pleines de sang. Depuis ce moment l'organe a commencé à grossir; il a bientôt acquis un volume double de l'état naturel, les paupières ont fini par ne plus le couvrir complétement. Douleurs intenses; ophthalmies répétées. L'autre œil était aussi affecté sympathiquement, et la santé de la petite malade était bien altérée.

M. Dugas a pratiqué l'amputation de l'œil malade; il a excisé la cornée et vidé le contenu de la coque. L'humeur aqueuse était très abondante; le cristallin mou et pulpeux; le corps vitré était amalgamé avec du sang noir caillé. Les suites de l'opération ont été heureuses, et la petite fille guérit en se servant plus tard d'un œil artificiel.

Cette observation est peut-être unique dans les annales de l'art sous le point de vue étiologique. On rencontre, il est vrai, fort souvent des apoplexies oculaires par cause traumatique, mais on en voit rarement par cause spontanée, si l'on en excepte pourtant les apoplexies oculaires qui ont lieu quelquefois dans la période très avancée du scorbut. Pour notre

---

les enfans trouvés et il y a eu le même résultat qu'en Angleterre, à de très légères différences près.

ALLEMAGNE. Partout, dans l'Allemagne protestante, l'exposition des nouveaux-nés est considérée comme un délit très grave et puni de peines sévères; la recherche de la paternité n'est pas autorisée dans tous les états de l'Allemagne; elle est interdite en Bavière depuis l'année 1834. Les enfans illégitimes dont les mères sont indigentes et les pères inconnus tombent à la charge des communes, qui les mettent en pension, soit chez des paysans, soit chez des chefs d'atelier. Dans quelques états, dans le Wurtemberg, en Prusse, des hommes intelligens ont institué des maisons d'éducation et de travail pour les enfans trouvés, et qui sont à peu près l'équivalent de nos hospices; elles en diffèrent cependant sous ce point de vue fondamental que les enfans y reçoivent une éducation vraiment libérale, et que le secret et la banalité n'en ont pas corrompu la nature. Ces maisons sont administrées avec une très grande économie; leurs dépenses sont à la charge des caisses communales et des districts, et supportées en partie par l'état, en partie par des associations de bienfaisance.

La PRUSSE suit le système protestant dans toutes ses conséquences; il y a beaucoup de naissances naturelles et peu d'expositions de nouveaux-nés à Berlin. La SUÈDE, le DANEMARK, la NORVÉGE suivent également le même système, ainsi que tous les états de l'AMÉRIQUE DU NORD. Le système catholique, au contraire, règne dans tout son éclat en ITALIE, en ESPAGNE, en PORTUGAL. L'AUTRICHE, où l'exposition des nouveaux-nés est moins fréquente que dans les autres pays catholiques, suit aussi le même système. Vienne possède un grand hôpital des enfans trouvés, où l'on a fait beaucoup d'expériences sur les soins qu'ils réclament après leur admission, et où l'on a reconnu l'inconvénient grave d'allaiter les enfans dans l'établissement même et la nécessité de les placer chez des nourrices à la campagne.

Au BRÉSIL, où le nombre des enfans exposés est très considérable, si nous en croyons quelques rapports, ces enfans seraient l'objet de soins que ne reçoivent pas les enfans légitimes dans des pays plus civilisés, et les filles recevraient à leur sortie des maisons de la miséricorde, où les enfans trouvés sont reçus, une dot qui ferait envie à bien des filles d'honnêtes artisans de nos contrées. Eh bien! malgré toutes les facilités et les encouragemens donnés à l'exposition, il n'est peut-être pas de pays où l'infanticide soit plus fréquent.

La RUSSIE, qui n'appartient pas à la communion romaine, a cependant adopté complétement le système catholique sur les enfans trouvés. Moscou et Pétersbourg possèdent deux établissemens d'enfans trouvés, disposés sur les proportions les plus vastes et hautement protégés par le gouvernement. Dans ces deux capitales le relâchement des mœurs est extrême et le nombre des naissances illégitimes considérable. La loi a prodigué dans ce pays de servage de tels avantages aux enfans trouvés que leur condition est de beaucoup préférable à celle des enfans légitimes. M. de Gouroff, qui avait été chargé, par l'impératrice mère, d'écrire l'histoire de ces deux établissemens, après avoir déclaré qu'ils sont les meilleurs de ceux qui existent sur un pied aussi libéral, avoue cependant les tristes conséquences morales de l'institution de ces deux maisons : « c'est qu'il n'y a pas de puissance sur la terre qui puisse faire prospérer des établissemens contre nature, et telles sont malheureusement les maisons d'enfans trouvés. » Le gouvernement russe, ayant reconnu ces tristes résultats, a voulu, par une loi nouvelle, en 1837, dont on ne connait pas encore les résul-

propre compte, nous n'avons observé qu'une seule fois l'apoplexie spontanée de l'œil, c'était chez une femme d'une quarantaine d'années qui était couchée à la clinique de Boyer et dont nous avons publié les détails. Ici la résolution s'est faite, mais l'organe est resté amaurotique. Le cas de M. Dugas est plus remarquable encore; d'abord parce qu'il signale une causeinnsitée dans la production du mal (un accès de coqueluche); ensuite parce qu'il offre un exemple d'un épanchement fort considérable de sang; épanchement qui n'ayant pas été résorbé a agi comme corps étranger, déterminé une hydrophthalmie et la désorganisation complète des membranes délicates de l'œil.

Plusieurs années s'étaient écoulées depuis le moment de l'accident jusqu'à celui de l'opération, et pourtant le sang épanché dans la chambre vitrée n'avait point été résorbé; cela ne doit point étonner puisque la même circonstance a été rencontrée dans les épanchemens sanguins d'autres cavités du corps.

Il serait curieux de rechercher la véritable source de ces épanchemens: nous manquons de dissections pour pouvoir éclaircir cette question. Il est probable que ces épanchemens émanent de la choroïde du corps ciliaire et de l'iris. Ces trois corps ne forment qu'un seul plexus vasculaire, comme on sait. La source du liquide pourrait donc n'être que derrière la rétine et ne passer dans la chambre vitrée qu'après avoir distendu et déchiré la frêle membrane rétinienne; cela expliquerait l'amaurose qui accompagne constamment les apoplexies spontanées de la coque oculaire. Il est bien remarquable qu'un accès de toux ait plutôt occasioné la déchirure des vaisseaux intra-oculaires que des vaisseaux intra-crâniens. Cette rupture, du reste, doit être regardée plutôt comme l'effet d'une stase trop prolongée du sang veineux que d'une congestion active ou artérielle.

Que convient-il de faire dans ces cas? Nous pensons qu'il ne faut pas hésiter à ouvrir la cornée pour peu que l'œil commence à bomber et que le malade y accuse des douleurs. Ce serait, selon nous, le moyen de prévenir les suites fâcheuses de la maladie; mais d'autres considérations se rattachent à ce sujet.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 24 SEPTEMBRE.

RECHERCHES SUR LA COMPOSITION DU SANG.

M. Schultz donne quelques éclaircissemens sur diverses propositions qu'il a consignées dans un ouvrage sur la circulation chez les animaux, ouvrage qu'il a présenté, il y a quelque temps, à l'Académie des sciences, et qui est écrit en allemand.

Les recherches citées dans cet ouvrage ont, entre autres objets, celui de prouver que les parties élémentaires organiques du sang sont tout à fait différentes de ses parties élémentaires chimiques séparées après la mort.

Relativement aux parties organiques élémentaires, l'auteur en distingue deux: 1° le *plasma*, qui est la partie nutritive et formative; 2° les *vésicules du sang* qui se métamorphosent et produisent, avec l'aide de la respiration, le plasma.

Le plasma est un liquide presque incolore, tenace, qui contient les vésicules rouges chez les vertébrés, et blancs chez les invertébrés. C'est ce liquide que l'on désignait sous le nom de serum; mais, dit l'auteur, j'ai démontré qu'il n'y a pas de serum dans le sang vivant, et que le serum se forme après la coagulation du plasma, comme partie chimique. Dans cet acte de la mort du sang, la fibrine est produite. On peut, de différentes manières, empêcher plus ou moins complètement la production de la fibrine. La fibrine, ajoute M. Schultz, n'existe donc pas dissoute comme partie chimique dans le serum du sang vivant; mais la fibrine est une véritable formation organique du plasma, formation qui ne peut être le résultat d'aucune séparation chimique.

Les vésicules du sang, poursuit encore notre auteur, sont ces parties qu'on a désignées jusqu'à présent sous le nom de globules du sang. Elles se composent d'une vésicule membraneuse qui est incolore chez les animaux à sang blanc, et plus ou moins remplie de matière colorante chez les animaux à sang rouge. J'ai démontré, par des expériences, qu'on peut extraire la matière colorante des membranes vésiculeuses par des liquides aqueux. La membrane incolore reste alors sans se dissoudre, contrairement à ce qu'on croit généralement que l'eau dissout la vésicule entière. L'iode fait reparaître la membrane vésiculeuse en lui rendant de la couleur et de la consistance, et l'endurcissant après avoir été soumise à l'action de ce réactif, elle offre une teinte d'un brun rougeâtre.

LITHOTRITIE.

M. Leroy d'Etiolles adresse l'observation d'un cas de calcul enchatonné dont il a réussi à débarrasser le malade au moyen de la lithotritie. Cette note est renvoyée à l'examen d'une commission.

INJECTIONS MÉTALLIQUES.

M. Roberton présente à l'académie une préparation de tête humaine dont les vaisseaux sanguins sont représentés par une substance composée de parties égales de plomb et d'étain.

APPAREIL DE LA CIRCULATION CHEZ LES ANNELIDES.

M. Breschet fait, en son nom et celui de MM. Dumeril et Magendie, un rapport sur un travail de M. Milne Edwards, relatif à ce sujet.

Les animaux inférieurs, dont la connaissance est si importante pour l'anatomie comparée et pour la zoologie, habitent pour la plupart dans les eaux de la mer, et lorsqu'on veut en faire une étude approfondie, il ne suffit pas d'en examiner les dépouilles conservées dans nos collections; il est presque toujours nécessaire de les observer à l'état vivant ou au moins quelques instans après la mort, et cette circonstance est une des causes pour lesquelles leur histoire anatomique et physiologique laisse encore tant à désirer. En effet, les naturalistes qui, par la direction de leurs travaux, pourraient le mieux s'y adonner, se trouvent pour la plupart retenus loin des côtes; et les naturalistes voyageurs, dans leurs rapides excursions, sont d'ordinaire trop occupés à collecter, pour avoir le loisir indispensable à des recherches longues et minutieuses.

Pour avancer l'histoire d'un grand nombre de ces animaux, il faut aller où ils vivent et demeurer dans ces localités pendant tout le temps nécessaire à l'accomplissement du travail qu'on s'est imposé.

Guidé par cette pensée, M. Milne Edwards, dit le rapporteur, s'est adonné depuis 12 ans à l'exploration des richesses zoologiques de notre litoral, et a entrepris, soit seul, soit de concert avec M. Andoin, une série de recherches tant anatomiques que zoologiques sur les animaux sans vertèbres de nos mers. La circulation du sang chez les crustacés est un des premiers points dont ces deux naturalistes se sont occupés, et l'Académie se rappellera qu'elle a décerné, en 1828, à leur travail sur ce sujet, le prix de physiologie. L'an dernier, M. Milne Edwards a entrepris des recherches analogues sur la circulation des annélides; et afin de pouvoir mieux observer ces animaux, il est allé s'établir sur les côtes de la Bretagne, dans un petit port de mer où ces annélides sont très abondans.

Le rapporteur examine successivement les diverses parties du travail de M. Edwards. Mais l'analyse que nous avons donnée nous-mêmes du mémoire à l'époque de sa présentation nous permet de ne faire qu'indiquer les points traités par l'auteur. Le premier est relatif à la couleur du sang que l'on avait crue si constante chez les annélides, que Cuvier les avait désignés sous le nom de ver à sang rouge, et hésita à admettre la première exception qui fut si-

tals, mettre un terme aux nombreux abus qu'entraînent ces deux établissemens.

L'un des reproches les plus graves que l'on ait faits aux maisons destinées à recevoir les enfans trouvés, c'est l'immense mortalité qui y a lieu, c'est la consommation d'existences qui s'y opère et qui est telle, que Malthus, qui s'est tant occupé de l'accroissement de la population et des moyens propres à l'enrayer, a dit que pour arrêter le mouvement progressif de la population, un homme, indifférent d'ailleurs sur le choix des moyens, n'aurait rien de mieux à faire que de multiplier les maisons d'enfans trouvés où les enfans seraient reçus sans distinction ni limites. On sera convaincu que cet économiste avait raison quand on connaîtra les résultats des hospices d'enfans trouvés de Vienne, de Pétersbourg et de Moscou, de Paris, de Dublin, etc., à une époque encore peu éloignée de nous. Avant leur institution les nouveaux-nés périssaient abandonnés sur la voie publique; ils moururent ensuite dans l'hospice, et toute la différence, c'est qu'il en succomba alors un nombre bien plus considérable. Cette imputation est bien grave; examinons les faits.

Dans la capitale de l'empire germanique, après quarante ans de l'institution de l'hospice des enfans trouvés, un seul était arrivé à l'âge viril; cet homme avait coûté à l'état d'après le calcul de Girtanner 20,000 thalers par an; somme que n'aurait pu coûter l'éducation d'un prince héréditaire. L'empereur Joseph II, voulant prévenir une mortalité aussi effrayante, chargea le professeur Boer de faire une série d'expériences avec des alimens différens afin de s'assurer si le régime avait quelque influence sur cette mortalité. Vingt enfans furent donc choisis pour être soumis à ces expériences et furent nourris avec des alimens différens; on ne put en tirer aucune conclusion, car les vingt enfans étaient morts au bout de quelques mois. Mais en 1813, le gouvernement prit la sage résolution qu'à l'avenir la maison des enfans trouvés ne serait qu'un dépôt pour les enfans d'où ils seraient transportés chez des nourrices de la campagne, et en 1822, sous l'influence de ce nouveau système, la mortalité avait déjà diminué de moitié.

A Dublin, la mortalité fut si effrayante, dans quelques cas, qu'elle occupa à plusieurs reprises l'attention du parlement, et surtout quand on sut que sur 10,271 enfans malades envoyés à l'infirmerie des enfans trouvés pendant les vingt-une années qui ont précédé 1796, quarante-cinq seulement avaient guéri. Parmi les améliorations les plus manifestes apportées aux soins que recevaient ces enfans, la plus importante fut celle de remplacer la nourriture au biberon par l'allaitement naturel. Aussi n'est-ce pas sans étonnement que nous avons appris par un travail récent de M. l'abbé Gaillard, que dans un hospice d'enfans trouvés d'un arrondissement d'un de nos départemens, tous les enfans étaient allaités au biberon et que, sur 244 enfans, il en était déjà mort 197 au bout d'un an, ou 80 pour 100. Nous regrettons que l'honorable écrivain auquel nous empruntons ce fait n'ait pas fait connaître l'arrondissement où, en 1838, on oubliait d'une manière aussi indigne les droits de l'humanité, et où l'on ne tenait aucun compte des nombreuses expériences faites ailleurs depuis long-temps, et qui avaient déjà coûté la vie à un si grand nombre de ces infortunés enfans.

Les faits suivans rapportés par MM. Terme et Montfalcon nous prouveront, ainsi que ceux que nous avons déjà cités, qu'à une époque encore peu éloignée de nous, ces établissemens ne répondaient nullement par leurs résultats à ce qu'on aurait eu le droit d'en attendre d'après les frais qu'ils occasionaient et les espérances qu'ils avaient fait concevoir.

gnalée par M. de Blainville pour le cas de l'aphrodite hérissée. Cependant il résulte des observations de M. Edwards, que dans ce groupe d'animaux pendant que dans plusieurs genres les espèces ont effectivement le sang rouge, dans d'autres le sang est blanc et dans quelques espèces il est vert.

On trouve des différences à cet égard entre des genres qui, sous les autres rapports, sont liés par les plus étroites analogies, ce qui autorise à conclure avec M. Edwards, que dans cette classe d'animaux la couleur du fluide nourricier ne peut avoir qu'une faible importance physiologique, et que par conséquent comme caractère anatomique elle a assez peu de valeur. A l'appui de cette déduction, l'auteur présente un autre fait qu'il a observé pendant son voyage sur les côtes d'Afrique. Effectivement il a constaté que les annélides ne sont pas les seuls animaux inférieurs parmi lesquels il existe des espèces pourvues de sang rouge, et que chez un helminthe, dont la structure se rapproche beaucoup de celle des planaires (chez le cérébratule marginé. Bl.), le liquide nourricier, au lieu d'être blanc comme chez celles-ci, offre une teinte rouge très intense.

La connaissance de ces variations si considérables et si fréquentes dans les propriétés physiques du sang chez les animaux inférieurs, doit faire désirer des renseignemens nouveaux sur la composition chimique de ce liquide; car, dit le rapporteur, on est naturellement conduit à se demander si la couleur rouge que l'on y rencontre quelquefois, mais qui manque si souvent, dépend de la présence d'une matière colorante chargée de fer, comme l'hematosine du sang des mammifères, ou bien si cette teinte est l'effet de quelque autre cause. C'est un sujet de recherches à signaler aux jeunes chimistes, et qui donnerait prabablement des résultats d'un grand intérêt pour la physiologie comparée.

Après avoir exposé les divers faits relatifs au sang des annélides, le rapporteur examine la partie du travail de M. Milne Edwards qui a rapport à la structure anatomique du système circulatoire de ces animaux et du jeu physiologique de ces appareils.

Le premier fait dont on est frappé dans cette étude, c'est le peu d'uniformité qui existe à cet égard chez les animaux qui nous occupent. Chez les animaux supérieurs, la distribution des vaisseaux sanguins ne varie que peu dans les grandes divisions naturelles; (ici, au contraire, nous la voyons subir une foule de modifications importantes, et ces changemens se rencontrent souvent dans des genres voisins appartenant à une même famille. Tantôt il existe de véritables cœurs, tantôt une multitude de bulbes contractés; d'autres fois, c'est dans le réseau capillaire que le sang reçoit l'impulsion dont la circulation dépend, et les fonctions des mêmes vaisseaux varient au point qu'il devient difficile d'appliquer avec justesse à ces organes les noms d'artères et de veines par lesquels on les désigne chez les animaux supérieurs.

Si l'on résume les caractères communs à l'appareil circulatoire des annélides, on voit cependant que chez tous ces animaux il existe deux systèmes de canaux sanguins, l'un dorsal, l'autre ventral, et que les modifications principales de l'un et de l'autre système dépendent de ce que tantôt ils sont formés de deux vaisseaux longitudinaux pairs et symétriques, tandis que d'autres fois ces deux canaux sont remplacés en totalité ou en partie par un seul tronc impair et médian.

La tendance générale de la nature est aussi de rendre la conformation de cet appareil uniforme dans tous les segmens du corps, de façon à amener dans chaque anneau la répétition plus ou moins exacte de ce qui existe dans les anneaux voisins; mais il est aussi à noter que chez quelques annélides, certains vaisseaux cessent d'offrir cette uniformité de structure, et acquièrent, dans des parties déterminées, un mode d'organisation particulier, d'où résulte la localisation de certaines fonctions qui, ailleurs, sont réparties d'une manière plus générale dans toute la longueur du corps.

Le défaut d'espace nous empêche de nous arrêter sur les observations relatives à la marche du sang dans les divers genres d'annélides, et aux différentes manières dont ce fluide nourricier arrive aux appareils de la respiration. M. Milne Edwards a rectifié quelques idées généralement admises relativement à ces appareils.

Chez les annélides, le réseau capillaire dans lequel le sang reçoit l'influence de l'air est une portion du cercle circulatoire général, et les branchies ne sont que des parties de l'enveloppe tégumentaire commune, dont la texture est molle, dont les vaisseaux sanguins sont très nombreux, et dont la surface est ordinairement très étendue relativement à l'espace qu'elles occupent; en général, les caractères anatomiques de ces organes sont tellement tranchés, qu'on ne peut en méconnaître la nature, lors même qu'on ne les étudie qu'après la mort; mais il n'en est pas toujours ainsi; et en observant sur le vivant la circulation capillaire chez divers annélides, M. Milne Edwards s'est aperçu que, dans plusieurs circonstances, les naturalistes s'étaient trompés sur la détermination du siége de la respiration. Ainsi les appendices qui bordent l'extrémité des pieds chez les *nérèides*, et que l'on appelle ordinairement les branchies de ces animaux, ne reçoivent presque pas de sang, tandis que, vers la base des mêmes pieds, il existe un riche réseau capillaire superficiel qui doit évidemment faire les fonctions d'une branchie. Enfin, chez les *hermelles*, les tentacules déliés qui surmontent la bouche, et qui sont également considérées comme des organes de respiration, sont, dans la réalité, totalement impropres à cet usage, tandis que les appendices fixées au dessus des pattes, et désignés par les zoologistes sous le nom de *cirrhes*, sont les véritables branchies.

D'après l'analyse qui vient d'être faite du mémoire de M. Milne Edwards, on voit, dit en terminant le rapporteur, que les recherches de ce naturaliste ont enrichi la science d'un grand nombre de faits nouveaux pour l'anatomie et la physiologie comparée: nous pensons donc que son travail mérite, et par les découvertes qu'il contient, et par l'esprit avec lequel il a été entrepris et dirigé, l'approbation de l'Académie: c'est pourquoi nous proposons l'insertion de ce mémoire dans le Recueil des savans étrangers.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées.

ANÉVRISME VARIQUEUX.

M. Breschet fait, en son nom et en celui de MM. Duméril et Magendie, un rapport sur un mémoire de M. Lallemand, ayant pour titre: *Observation sur un anévrisme variqueux ou artérioso-veineux des vaisseaux fémoraux.*

Conformément aux conclusions des commissaires, l'Académie ordonne l'impression du mémoire dans le Recueil des savans étrangers.

SUR L'ANCIENNETÉ RELATIVE DES MARSUPIAUX ET DES MAMMIFÈRES MONODELPHES.

M. Geoffroy traite cette question dans un mémoire ayant pour titre: *De quelques contemporains des crocodiliens fossiles des âges antédiluviens d'un rang classique jusqu'alors indéterminé.*

Nous avons rendu compte de la discussion qui s'est élevée dans l'académie à l'occasion du mémoire de M. de Blainville sur les mâchoires fossiles de Stonefield, et la note de M. Humboldt accompagnant les figures données par Buckland des empreintes de pieds, empreintes trouvées aussi dans des terrains anciens et que le célèbre géologue anglais attribue à des marsupiaux. Les deux faits, en admettant pour le dernier la détermination de M. Buckland, et pour le premier celles de Cuvier et de M. de Valenciennes, la conclusion semblait être qu'il avait existé des mammifères à une époque beaucoup plus reculée qu'on ne l'avait d'abord supposé. M. Geoffroy fait une distinction: oui, il existait des marsupiaux à l'époque dont on parle, et quand on n'aurait pas eu la faculté d'examiner ultérieurement les pièces qui avaient été soumises à l'inspection de Cuvier, le coup d'œil si sûr du célèbre naturaliste dans les déterminations de ce genre ne laissent réellement pas lieu à un doute raisonnable; mais est-ce la même chose de dire: il existait dans ces âges reculés des marsupiaux, ou bien il existait des mammifères? Non, car les marsupiaux, quoiqu'ils aient des mamelles, ne présentent point plusieurs des conditions d'organisation et le mode de développement que l'on croyait communs à tous les mammifères quand on a créé la classe et inventé le mot, et que ce mot rappelle à notre esprit, quoiqu'il n'y ait rien dans son étymologie qui les implique.

Les marsupiaux que Cuvier avait fini par considérer presque comme une sous-classe parallèle à celle des mammifères monodelphes, devraient, suivant M. Geoffroy, constituer une classe distincte et désignée par un nom qui marquât qu'elle forme dans le cadre zoologique une division de même ordre que celle des mammifères; ainsi la généralisation qu'on avait établie sur l'époque de l'apparition des mammifères resterait vraie, mais les *marsupiaires* (c'est la

---

Sur 37,000 enfans reçus de 1766 à 1786 à l'hôpital des enfans trouvés de Moscou où aucune dépense n'a été ménagée, il en est mort dans la première enfance au moins 33,000; en 1811 et 1812, sur 5,216 enfans reçus dans le même hôpital, 2,386 sont morts. A l'hôpital d'Archangel, sur 417 enfans trouvés recueillis en 1812, il en est mort dans la même année 337. A Barcelone, en 1821, on reçut à l'hôpital des enfans trouvés le cinquième de tous les enfans nés dans la ville au nombre de 437, et le chiffre des morts s'éleva dans la même année à 463. Sur 100 enfans, il en est mort, en 1789, à Paris, 80; à Marseille, à la fin du 16e siècle, 90; à Dublin, en 1791, 91. Du premier jour de la naissance à l'âge de 4 ans, la mortalité sur 100 enfans a été, suivant M. Ducpétiaux, à Madrid, à Rome, à Dublin, à Paris, de 50, 62, 76, même 96 pour 100. L'électeur de Cassel ayant embrassé la religion catholique fonda en 1763 une maison d'enfans trouvés qui exista jusqu'en 1787. Dans cet intervalle, elle reçut 819 enfans trouvés dont 39 seulement parvinrent à leur 19e année.

A Paris, la mortalité a diminué d'une manière notable, mais elle est encore bien considérable; sur 31,951 enfans reçus dans l'hospice des enfans trouvés de 1771 à 1777, 21,981 moururent dans le premier mois, et à la fin de 1777 il n'en restait plus que 4,711 qui fussent encore vivans. De 1789 à 1813, sur 109,650 reçus il n'en est mort que 39,330; plus tard, sur 21,626 enfans reçus à l'hospice pendans les années de 1818 à 1821, il en restait, à la fin de 1821, 11,300 vivans. Voici le relevé des enfans admis à l'hospice pendant les trois années 1820, 1821 et 1822, avec le nombre de ceux qui sont morts pendant les douze premières années.

	Admis.	Morts dans les douze premières années.	Restant vivans.
En 1820	5,101	3,948	1,153
1821	4,963	3,743	1,220
1822	5,040	3,745	1,295

Le tableau suivant, relevé sur les registres de l'hôpital des enfans trouvés de Lyon, pendant les trente-quatre dernières années, nous donne une nouvelle preuve de la diminution graduelle de la mortalité qui frappait et frappe encore aujourd'hui si cruellement ces malheureuses victimes des misères et des vices de l'époque.

De 1802 à 1812 la mortalité a été de	1	sur	7.
De 1812 à 1822	1		8.
De 1822 à 1836	1		11.

Non-seulement la mortalité des enfans trouvés allait en diminuant, ce qui augmentait notablement le nombre des survivans; mais le nombre des admissions augmentait encore chaque année. Le tableau suivant, qui nous présente le nombre des admissions à l'hospice des enfans trouvés de Paris, depuis l'institution de cet établissement, nous fera suffisamment connaître le mouvement ascensionnel qu'éprouve la population de cet établissement.

Années.	Nombre des admissions.
1670	312
1690	1,504
1710	1,698
1730	2,401

modification que propose M. Geoffroy à l'ancien nom qu'il avait lui-même autrefois introduit), les marsupiaires, disons-nous, êtres d'une organisation moins complète, les auraient devancés et se seraient montrés à une époque contemporaine à celle où vivaient des crocodiliens, animaux d'ailleurs beaucoup plus élevés dans l'échelle zoologique qu'on ne l'avait longtemps supposé.

Après la lecture de M. Geoffroy, M. Duméril prend la parole pour apporter un nouvel argument en faveur de l'opinion soutenue par Cuvier et récemment défendue par M. de Valenciennes, relativement aux mâchoires de Stonefield, savoir : que ces débris devaient se rapporter à des mammifères en prenant ce mot dans l'acception ordinaire.

Outre les différences que l'on a signalées, dit-il, entre les mâchoires en question et celle des reptiles, il y en a une très importante de laquelle on n'a pas encore parlé : c'est celle qui se rapporte à la forme de la partie qui unit la mâchoire inférieure au crâne.

Dans la branche montante de la mâchoire fossile, quoiqu'elle ne soit pas complètement dégagée de la gangue, on distingue très bien un véritable condyle. Or, c'est dans les mammifères exclusivement que se présente cette disposition; car chez tous les oiseaux, les reptiles et les poissons, la mâchoire inférieure est creusée en arrière par une facette articulaire creuse, non saillante; enfin, elle offre une fosse condylienne qui reçoit l'os intra-maxiliaire le plus souvent libre et isolé, mais quelquefois antérieurement soudé et confondu avec les os du crâne.

RACES HUMAINES DANS L'AMÉRIQUE DU SUD.

M. d'Orbigny lit un extrait de la partie de son ouvrage sur l'Amérique, où il a traité cette question principalement d'après ses obligations personnelles.

M. d'Orbigny réduit beaucoup le nombre des nations que l'on avait comptées dans cette partie du nouveau continent. Au lieu de mille et plus qu'il faudrait admettre, il n'en trouve que 39, lesquelles, suivant lui, occupent encore aujourd'hui les mêmes lieux qu'elles habitaient avant la conquête. Il considère, comme formant une même nation, toutes les tribus (quelle que soit la diversité des noms par lesquels on les a désignées ou par lesquels elle-mêmes se désignent), qui parlent une langue commune, ou du moins des dialectes voisins d'une même langue. C'est ainsi qu'il fait remarquer la parenté, déjà observée d'ailleurs par plusieurs des écrivains qui se sont occupés de l'Amérique méridionale, entre les Caribes, les Galibes et les Guaranis.

D'après les recherches de M. d'Orbigny, le nombre actuel des Américains de race pure s'élèverait encore à plus de deux millions. Des relevés relatifs aux proportions des naissances chez les indigènes dans les provinces de Moxos et de Chiquitos, donnent une naissance pour 14 habitans, et un mariage pour 41, nombres qui diffèrent beaucoup de ceux que l'on trouve pour la population française.

M. d'Orbigny a trouvé chez les indigènes habitant des montagnes et des hauts plateaux une plus petite taille, et un teint plus basané, ce qui est conforme à ce qu'ont annoncé plusieurs écrivains, et à ce qu'a pu observer l'auteur de cet article sur les peuplades sauvages et demi-civilisées de la Nouvelle-Grenade.

Le rapport de la taille des femmes à celle des hommes place, dit M. d'Orbigny, les femmes de plus haute taille proportionnelle avec les hommes les plus grands. Ce résultat ne s'accorderait pas avec celui que M. Isidore Geoffroy-Saint Hilaire avait cru pouvoir considérer comme général, que la différence à cet égard entre les hommes et les femmes était d'autant moindre que l'on considérait des peuples dont la taille était moins élevée. « La tête des Américains n'offre pas, dit l'auteur, des caractères aussi certains et aussi tranchés qu'on l'avait pensé. Les caractères des traits de la physionomie paraissent au contraire devoir servir de base à la classification de l'homme américain; en voici un exemple : le nez long, saillant, fortement aquilin et recourbé à son extrémité chez les Péruviens, est court, légèrement épaté chez les Araucanos, les Moxos, les Chiquitos; très court, très épaté, très large chez les Patagons; court, étroit chez les Guaranis. L'influence de la position sociale sur la physionomie des Américains est on ne peut plus évidente; le Péruvien, soumis de tout temps à la plus étroite servitude, l'a grave, réfléchie, triste même; l'Araucano, libre mais toujours en guerre, est aussi réfléchi et froid; mais ce n'est point la tristesse qu'indique sa physionomie, c'est le mépris pour tout homme étranger à sa nation; le Chiquito au contraire a la physionomie la plus ouverte, la plus franche, la plus gaie. Il existe, poursuit l'auteur, une inégalité étonnante entre les Métis, suivant que le sang espagnol s'est mêlé avec telle ou telle race américaine. Avec les Guaranis, les Métis sont de grande taille, presque blancs et avec de beaux traits dès la première génération, tandis qu'avec les Quichuas, les traits américains sont plus tenaces et ne disparaissent qu'après plusieurs générations.

M. d'Orbigny divise les Américains en trois races, dont deux sont subdivisées elles-mêmes en plusieurs rameaux.

La première race est appelée par lui ando-péruvienne. Ses caractères généraux sont les suivans : couleur brun olivâtre plus ou moins foncée, taille petite, front peu élevé ou fuyant, yeux horizontaux, jamais bridés à leur angle extérieur. Cette race présente trois rameaux, dont le premier rameau, péruvien, comprend la nation Quichico ou Inca, la nation Aymara et deux autres. Le deuxième rameau, antisien, comprend, avec les Yuracarares, quatre autres nations moins connues. Le troisième rameau, araucanien, ne comprend que les Araucaniens proprement dits et les Fuegiens.

La deuxième race, dite pampéenne, a pour caractères : couleur brun olivâtre, taille souvent très élevée, front bombé, non fuyant, yeux horizontaux, quelquefois bridés à leur angle extérieur. Cette race offre aussi trois rameaux, dont le premier, pampéen proprement dit, se subdivise en sept nations, parmi lesquelles on remarque les Patagons, les Puelches, les Charruas et les Abipones; le deuxième ou chiquitéen offre, avec les Chiquitos, dix autres nations; le troisième ou moxéen se compose de huit nations dont la plus connue est celle des Moxos.

La troisième race, que M. d'Orbigny nomme brasileo-guaranienne, n'offre qu'un seul rameau et deux nations, les Guaranis et les Botocudos. Les caractères généraux de cette race sont les suivans : couleur jaunâtre, taille moyenne, front peu bombé, yeux obliques, relevés à leur angle extérieur.

Il est bien entendu, quoique l'auteur ne l'ait pas dit formellement, dans l'extrait de son travail lu à l'Académie, qu'il ne regarde pas cette distribution comme définitive, au moins pour les parties de l'Amérique méridionale qu'il n'a pas eu occasion de visiter.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 23 SEPTEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. MOREAU.

La correspondance comprend : 1° un tableau des vaccinations dans les Hautes-Pyrénées; 2° trois lettres ministérielles; 3° une lettre de M. Girault (de Marseille) qui annonce avoir vu une fille dont les seins sont tendus et pleins de lait, quoiqu'elle n'ait pas eu d'enfans.

L'ordre du jour appelle l'élection au scrutin de onze membres pris dans chacune des sections de l'Académie, pour désigner la section à laquelle devra appartenir le membre à élire, et la discussion sur la question des revaccinations.

Avant de procéder à l'ouverture de la discussion, M. le président fait connaître à l'Académie que le bureau a adopté la proposition de M. Rochoux, relative au temps à accorder aux lectures faites par des médecins étrangers à l'Académie.

Quelques membres demandant que cette décision soit soumise à la sanction de l'Académie, la proposition est adoptée. Il ne sera à l'avenir accordé que de dix à quinze minutes pour les lectures ou communications pouvant donner lieu à un rapport.

DISCUSSION SUR LA QUESTION DES REVACCINATIONS.

M. Baudelocque lit un discours écrit par lequel il établit : 1° l'exagération que l'on a apportée dans l'évaluation du nombre des varioles survenues après vaccine; 2° la bénignité et la durée moindre des varioles chez les vaccinés; 3° la différence des pustules obtenues par les revaccinations d'avec celles des premières vaccinations. On a pu obtenir, dit-il, par les revaccinations des pustules vaccinales régulières; mais ce ne sont là, comme les cas de pustules varioliques survenues sur des vaccinés, que des faits exceptionnels. On a exa-

---

Années.	Nombre des admissions.
1750	4,187
1770	5,989
1790	5,700
1810	4,400
1820	4,600
1829	7,850
1833	7,136

A l'hôpital de Lyon, et probablement aussi dans les autres hôpitaux, la même augmentation s'est opérée dans le nombre des enfans trouvés.

Années.	Nombre des admissions.
1700	582
1740	690
1800	996
1820	1,681
1830	1,870
1836	1,863

Cependant, depuis quelques années, le nombre des admissions annuelles dans les hospices des enfans trouvés de toute la France est resté à peu près stationnaire, et n'a varié, pendant la période décennale de 1824 à 1833, que d'un chiffre peu important. Ce nombre, qui était pour 1834, de 33,792, n'a été, en 1833, que de 33,191, après s'être élevé les deux années précédentes à plus de 35,000; mais, comme par compensation, le nombre total des enfans trouvés à la charge des hospices, allant continuellement en augmentant, s'est élevé graduellement, pour toute la France, pendant la même période décennale, de 116,767, en 1824; à 118,073, en 1830; et à 127,507, en 1833.

Si, de ces tableaux, nous rapprochons celui des dépenses faites pour les enfans trouvés, nous reconnaitrons quelle charge énorme il en résulte pour les finances de la France; 40,000 fr. avaient paru suffisans pour l'hospice des enfans trouvés de Paris, lors de son institution; mais bientôt les frais devinrent énormes, et dépassèrent toutes les prévisions; et, en 1833, la dépense s'éleva, pour le seul département de la Seine, à 1,648,391 fr.; il en est de même du département du Rhône, où la dépense, qui avait été, en 1824, de 560,040, s'est élevée, en 1833, à 688,930 fr. Si nous prenons la dépense totale des enfans trouvés pour tous les départemens de la France, nous verrons que, malgré de grandes économies opérées sur diverses branches de ce service, le chiffre qui, en 1824, était déjà de 9,800,212 fr., s'est élevé, en 1833, à 10,240,262 fr. En Russie, l'hospice des enfans trouvés de Moscou a coûté annuellement, de 1822 à 1831 environ, 7 millions, et celui de St-Pétersbourg, 4 millions. De toutes parts, les dépenses causées par les enfans trouvés vont en augmentant, et menacent, si l'augmentation continue, d'absorber une grande partie des ressources des états. Il est donc urgent de mettre un obstacle à cette augmentation continuellement croissante des enfans élevés par l'état, et qui finirait nécessairement un jour par équivaloir, pour la France et les pays catholiques, à cette taxe des pauvres qui dévore l'Angleterre au sein de la plus grande prospérité industrielle. Mais avant d'examiner les moyens que l'on a proposés pour écarter de nous ce triste avenir, nous devons jeter un coup-d'œil sur les causes de l'exposition des nouveaux-nés, et la loi de l'accroissement de leur nombre.

géré d'ailleurs les résultats des revaccinations. M. Baudelocque les a essayées lui-même sur un assez grand nombre d'enfans, et il n'a point obtenu de pustules légitimes. Il est possible, ajoute-t-il, que dans les cas où l'on aurait obtenu des pustules légitimes, la vaccine fût simplement locale, comme paraît l'être la variole elle-même lorsqu'elle survient après la vaccine. La propriété préservatrice de la vaccine consiste plutôt dans les phénomènes généraux qu'elle développe que dans l'éruption pustuleuse; et dans le cas des revaccinations l'éruption est le seul phénomène qui ait lieu.

Les revaccinations ne peuvent donc rien par rapport à l'efficacité de la première vaccine, et ne peuvent donner la solution de la question.

Enfin, M. Baudelocque observe que la variole qui survient chez des vaccinés est toujours contractée par contagion, circonstance qui n'est point nécessaire, comme on le sait, pour le développement de la variole primitive.

M. Gérardin a la parole : La cause de la confusion que l'on observe dans les résultats des vaccinations tient à ce qu'on n'a pas tenu compte de la manière dont elles ont été suivies dans les différens départemens. Depuis l'épidémie de 1826, époque où l'on a signalé le plus grand nombre de varioles chez des vaccinés, on a pu observer que dans les départemens où les vaccinations ont été faites avec soin et d'une manière complète, on ne retrouve plus de variole après la vaccine; dans les départemens, au contraire, où elles ont été faites d'une manière incomplète et irrégulière, les résultats n'offrent que confusion.

Dans les épidémies d'Angleterre dont Grégory a rapporté l'histoire, on n'a point vu de varioloïde suivie de mort, fait contradictoire avec celui qui est rapporté par M. Bousquet, savoir que 20 ou 45 (chiffre contesté) individus atteints de varioloïde ont succombé dans l'épidémie de Marseille. Il est à remarquer que le nombre 20 a été indiqué d'après le recensement fait par la société médicale de Marseille, tandis que le rapport de M. Bousquet indique le chiffre 45. D'ailleurs, ce que l'on a craint de dire, l'entassement des malades variolés dans les hôpitaux était tel que la plupart étaient atteints de fièvre typhoïde à laquelle un grand nombre succombait, ce qui peut expliquer les décès des individus qui n'avaient que la variloïde.

Dans l'hôpital des variolés à Londres, Grégory a perdu cinq individus atteints de variole modifiée, comme on l'appelle; sur ces cinq individus dont il fait l'histoire, il en est un qui a été pris d'érysipèle et d'accidens cérébraux auxquels il aurait succombé; deux autres offraient des cicatrices vaccinales grandes et irrégulières qui indiquaient une fausse vaccine.

Il y a des doutes sur l'existence des varioles légitimes après la vaccine. Dans l'épidémie du Bas-Rhin en 1826, on a cité sur trois ou quatre mille individus atteints de variole trois exemples d'individus ayant eu une vaccine régulière. La varioloïde n'a eu, dans cette épidémie, aucun résultat funeste; et depuis nombre d'années, on n'a vu aucun cas de variole dans ce département.

On s'est appuyé sur les revaccinations faites en Allemagne; il aurait fallu d'abord vérifier ces faits et les discuter. Comment se sont faites les revaccinations en Allemagne? Le voici. M. Rust, médecin en chef de l'armée prussienne, investi d'une autorité absolue et sans contrôle, ordonne des revaccinations dans toute l'armée; celles-ci sont faites par des médecins subordonnés, jaloux de présenter à leur chef les résultats qu'il en attendait. Or quelle garantie offre l'autorité de M. Rust qui, quelques années auparavant, soutenait l'opinion de la contagion du choléra-morbus? Le chiffre des revaccinations en Prusse ne jouit d'aucune faveur parmi les médecins prussiens eux-mêmes.

J'ai fait aussi des revaccinations, continue M. Gérardin : deux cas de varioloïde s'étant déclarés chez des élèves de l'hospice de la Maternité, j'ai mis à profit cette circonstance. Sur 54 élèves que j'ai soumises à la revaccination, toutes vaccinées, âgées de 22 à 23 ans, et dans les conditions reconnues pour les plus favorables, j'ai obtenu des pustules vaccinales chez cinq d'entre elles seulement.

En résumé, la variole légitime s'observe à peine une fois sur 1,500 ou 2,000 individus environ. Quant à la variole mitigée, est-ce bien une modification de la variole? Thomson a distingué la varioloïde de la variole; et cette différence est telle qu'on peut rapprocher la varioloïde plus près de la miliaire que de la variole. Dans toutes les épidémies, la varioloïde a atteint des individus qui n'avaient eu ni la variole, ni la vaccine.

M. Gérardin insiste sur ce que les premières vaccinations doivent fixer l'attention plus que les revaccinations; celles-ci ne seraient peut-être pas agitées dans ce moment, dit-il, si les vaccinations avaient été partout bien faites. Il conclut à ce qu'on réponde qu'il n'y a point d'urgence ni de nécessité d'ordonner des revaccinations, et qu'il faut insister pour que la vaccine soit généralisée et encouragée.

M. Bousquet rectifie l'erreur relative au chiffre des décès dans les cas de varioloïde à Marseille; erreur qui reconnaît pour cause un double recensement, dont le premier aurait été fait pendant l'épidémie même, et l'autre après l'épidémie.

M. Schultz, ajoute-t-il, professeur à Berlin, affirme que les résultats énoncés des revaccinations de la Prusse sont exacts.

Quant à l'insuccès des revaccinations faites à la Maternité, il tiendrait à ce que M. Gérardin s'est servi du vaccin sec, conservé à l'Académie de médecine, au lieu de vacciner de bras à bras.

M. Chomel monte à la tribune et lit. La question, dit-il, offre un grand intérêt sous deux points de vue également importans, la santé publique et la science. Quelle que soit la défaveur que les revaccinations peuvent déjeter sur le vaccin, la vérité n'en doit pas moins être cherchée. La variole secondaire, comme celle qui survient après la vaccine, n'est jamais confluente. Il y a, à cet égard, parité entre la vaccine et la variole, par rapport à la reproduction de cette dernière. Cependant, quelle que soit la bénignité de la varioloïde, si elle est encore assez intense pour obliger les malades à s'aliter et à suspendre leurs affaires, il serait important de la prévenir. Les revaccinations offrent de nombreux avantages, sans aucun inconvénient réel; elles auraient surtout l'avantage de donner une garantie nouvelle contre la transmissibilité de la variole.

Quant au point de vue scientifique, les revaccinations auraient encore l'avantage de répandre du jour sur les questions de la variole et de la vaccine. On pourrait, par ce moyen, apprécier la puissance préservatrice de l'une et de l'autre, relativement au nombre des pustules et aux limites de leur propriété préservatrice.

En un mot, les revaccinations n'offrent aucun inconvénient sérieux, aucune apparence de mal; elles auraient, au contraire, de très grands avantages si elles pouvaient contribuer à éteindre la variole et à éclairer la science.

M. Cornac : Si l'on opte pour les revaccinations, on détruit toute confiance dans la vaccine. Les doutes soulevés aujourd'hui sur l'efficacité des premières vaccinations ressemblent en tous points aux doutes qu'exprimaient les adversaires de la vaccine, lors de son origine; les argumens qu'on oppose maintenant sont les mêmes qu'on oppsait alors, et qu'adviendrait-il si l'on ordonnait les revaccinations? Après avoir obtenu des résultats sur un petit nombre, on voudrait vacciner une troisième fois ceux qui auraient résisté à la seconde, puis une quatrième, et à l'infini; où s'arrêterait-on? Quel terme assignerait-on enfin à la vertu préservatrice du vaccin si, après avoir reconnu qu'il préservait pendant quatorze ans, on venait ensuite à en rapprocher les limites?

Il vote pour les conclusions du rapport.

M. Villeneuve accuse M. Baudelocque d'erreur, lorsqu'il avance que les individus vaccinés qui ont contracté la variole l'ont reçue par contagion. Il affirme avoir vu le contraire. Il relève également une assertion de M. Emery, dans la séance précédente, tendant à faire croire que la moitié des vaccinations ont été mal faites.

M. Guersant : M. Gérardin est dans l'erreur en attribuant à Thomson la distinction de la varioloïde d'avec la variole; Thomson place la variole et la varioloïde dans les affections pustuleuses, et la varicelle dans les vésiculeuses; ce serait cette dernière qui différerait essentiellement des deux autres, et que l'on pourrait rapprocher de la miliaire.

M. Guersant, établissant les caractères différentiels de ces trois affections, est interrompu par M. le président, comme étant en-dehors de la question.

Cette question secondaire, reprend M. Guersant, tend à faire reconnaître si la varioloïde est une maladie nouvelle et si la vaccine actuelle est la même que l'ancienne. L'aspect des cicatrices fait douter qu'il en soit ainsi : les cicatrices des vaccines anciennes diffèrent essentiellement de celles qu'on obtient aujourd'hui; les premières sont profondes et réticulées, tandis que les autres sont lisses et sans dépression. Sur neuf sujets récemment vaccinés à l'hôpital des enfans, huit ont présenté des cicatrices lisses et non réticulées, un seul a eu des cicatrices réticulées. Des vaccinations faites avec le cowpox (de Passy) ont reproduit les cicatrices réticulées telles qu'étaient celles des premières vaccines.

Les varioles modifiées sont beaucoup plus fréquentes qu'il y a dix ans; elles sont aussi graves aujourd'hui par leurs symptômes généraux que la variole elle-même; elles n'en diffèrent que par leur marche plus rapide et la dessication des pustules.

Conclusion. — Ne point repousser un moyen sans inconvénient; exprimer le doute en évitant de détruire la confiance dans la vaccine.

M. Emery demande la parole pour un fait personnel. Il se défend contre l'attaque de M. Villeneuve, en disant qu'il a pu avancer, en effet, qu'un grand nombre de vaccinations avaient été mal faites, et qu'il se fondait, à cet égard, sur les documens nombreux parvenus des départemens. Ces insuccès peuvent, d'ailleurs, être attribués aux résultats bien différens qu'offrent les vaccinations faites au moyen des plaques et celles qui sont faites de bras à bras.

Le même membre répond à M. Chomel que les revaccinations auraient un effet très fâcheux par rapport à la confiance en la vaccine. Il est constant, d'ailleurs, que les départemens dans lesquels les vaccinations ont été régulièrement faites n'offrent plus d'épidémies, lors même que celles-ci existent dans des départemens voisins.

Il résulte des quatre derniers rapports des revaccinations, pour les années 1832, 33, 34 et 35, que les épidémies de variole vont en décroissant.

Vacciner toutes les personnes qui ne l'ont pas encore été.

M. Cruveilhier : L'adoption des revaccinations comme mesure générale serait funeste. Les revaccinations peuvent cependant être utiles, mais il est difficile d'en déterminer les termes. Les revaccinations générales détruiraient la vaccine. Il ne faut point repousser ni trop encourager ce moyen.

La question de la vaccine est jugée; celle des revaccinations est une question subsidiaire, qui n'est point encore soluble.

M. Bouillaud : La vaccine s'affaiblit-elle? Dans l'affirmative, revacciner; loin que les revaccinations nuisent à la vaccine, elles la confirment. On a vu la varioloïde chez des variolés; la variole chez des vaccinés; tous ces faits doivent être examinés. Il faut également apprécier les faits observés en Prusse; enfin reconnaître que la question n'est pas suffisamment éclairée; qu'il n'y a point d'inconvénient à revacciner, et qu'il y aurait au contraire du danger à ne point le faire dans le doute.

M. Rochoux : Les vaccinés sont aussi heureux que les variolés. Si le vaccin était affaibli, la vaccine ne devrait plus préserver de la contagion varioleuse; au contraire, aujourd'hui comme il y a trente ans, la préservation est la même. Ce n'est point en revaccinant qu'on peut apprécier les faits, mais par l'expectation. Ne pas conseiller les revaccinations.

M. Gerdy : C'est aux non-compétens dans la question qu'il appartient de diviser les opinions. Le fait de la reproduction de la variole après la vaccine est constant. Quelles sont les limites de la préservation? On l'ignore. La vaccine et la variole paraissent jouir au même titre de la propriété préservative. L'argument que l'on déduit du succès des revaccinations n'est point rigoureux; les vaccinés inoculés de nouveau avec succès, dit-on, n'eussent point échappé à la variole. C'est une supposition sans preuves. Les succès des revaccinations ne sont point d'ailleurs suffisamment constatés; les faits de Berlin méritent peu de confiance.

Il résulte des débats que les médecins qui se sont le plus occupés de vaccine sont en désaccord; les uns sont pour, les autres contre les revaccinations, et ceux-ci paraissent les plus nombreux. De cette dissidence naissent le doute et la nécessité de s'abstenir. Il faut continuer les vaccinations avec plus de soin.

M. le président : La question est suffisamment éclairée, je vais la mettre aux voix. Deux opinions sont soutenues : ordonner les revaccinations; les lais-

sent facultatives sans les ordonner; si les revaccinations sont ordonnées, il faut qu'elles soient générales et étendues aux variolés et aux vaccinés.

M. Gerardin : Qu'on réalise le projet de lettre et qu'on y applique la discussion générale.

M. Double : Il y a impossibilité de s'entendre sur la question, et nécessité de rester dans le doute. Ce doute même nait de l'égale confiance qu'on doit avoir dans les partisans et les adversaires de la revaccination. Répondre que ce qui est certain, c'est l'efficacité de la vaccine et la moindre fréquence des varioles, efficacité d'autant plus grande que la vaccine est mieux surveillée. Attendre les résultats des travaux qui ont été proposés pour le prix de l'Institut sur la question en litige.

M. le président observe que la lettre est faite dans les mêmes termes.

On demande la lecture.

M. de Villiers lit les conclusions: Il n'est point utile que les élèves soient soumis au renouvellement de la vaccine dans le courant de l'année qui précède leur sortie du collége.

M. Double : Refaire une nouvelle lettre conformément à la discussion. Joindre cinq membres à la commission chargée de la rédaction.

La conclusion de M. Double est appuyée.

M. Renauldin demande que la discussion soit continuée et renvoyée à la séance prochaine.

Il y a trois propositions :

1° Renvoyer la discussion;

2° Refaire le projet de lettre conformément à la discussion;

3° Répondre affirmativement ou négativement.

La discussion est close. La proposition de M. Double, faire une nouvelle rédaction, est adoptée.

M. Lisfranc présente à l'Académie la malade sur laquelle il a enlevé la moitié de la mâchoire inférieure en désarticulant cet os du côté droit. L'opération n'a été suivie d'aucun accident. Quinze jours ont suffi pour obtenir une guérison complète. A l'aide du procédé de M. Lisfranc, la cicatrice est peu apparente; la dépression de la face est à peine marquée. Quand cette femme porte un bonnet et que les brides en sont fixées sous le menton, il serait impossible de croire que la face a été soumise à cette grande opération. Les artères carotides, que l'habile opérateur n'a pas liées préalablement, ont été évitées. La pièce d'anatomie pathologique a été déposée, il y a quelques semaines, sur le bureau de l'Académie.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité de diagnostic et de séméiologie; par M. le docteur Piorry, médecin de la Pitié. 3 vol. in-8. Chez Pourchet, libraire-éditeur, rue des Grés-Sorbonne, 8.

Il y a à peine quelques mois que nous rendions compte du premier volume de cet important ouvrage, et déjà il s'est écoulé assez de temps depuis l'apparition des deuxième et troisième volumes qui le complètent, pour que nous devions nous hâter d'en rendre compte également, si nous voulons ne point être en retard à l'égard de nos lecteurs et de l'auteur lui-même. Nous commencerons par l'analyse du second volume, après avoir rappelé que le premier a été consacré à l'étude des maladies des organes de la circulation, et des liquides qu'ils contiennent, et à celle des maladies des voies et des organes de la respiration. Dans le second, nous trouvons l'histoire des maladies des organes de la digestion, et des viscères que renferme l'abdomen : le foie, la rate, les reins et leurs annexes, et les organes génitaux chez l'homme et chez la femme.

M. Piorry suit, dans ce volume et le troisième, la marche qu'il avait adoptée dans le premier; c'est-à-dire qu'il réunit en un seul groupe toutes les maladies d'un même organe. Mais avant de donner leur diagnostic, il consacre constamment à l'*exploration* de cet organe un paragraphe dans lequel il le soumet à une inspection complète, à l'aide de tous les moyens d'investigation que la science met à la disposition du médecin. Ainsi, avant d'étudier les maladies de la bouche, par laquelle il commence le second volume, M. Piorry, dans un paragraphe spécial, examine tous les signes que peut fournir l'inspection des lèvres, des dents, des gencives, du palais et de la langue, traitant, à propos, de tout ce qui a rapport à la coloration de ce dernier organe, à sa sécheresse, aux enduits qui le couvrent, etc. Il nous fait faire la *palpation* de la bouche, et à l'aide du doigt ou d'un stylet, il nous fait constater les divers états morbides que peuvent offrir les nombreuses parties qui la composent; la percussion et l'auscultation trouvent même leur place dans ce paragraphe; puis il passe à l'examen des liquides qui se forment dans la bouche, des odeurs qu'elle dégage; il étudie les signes physiologiques fournis par l'altération du goût et de la sensibilité, et les modifications qu'éprouvent les fonctions de la bouche, la mastication, etc., et il n'arrive aux maladies de la bouche qu'après avoir consacré plus de quarante pages à cette étude du diagnostic considéré d'une manière générale. Il soulève à propos, dans cette partie de son travail, des questions de pathologie dont l'examen serait déplacé ailleurs, et ajoute ainsi un nouvel intérêt à son ouvrage, qui n'en reste pas moins un ouvrage élémentaire. Ainsi, à l'occasion de la salive et des enduits qui couvrent dans quelques états morbides la langue et les lèvres des malades, il établit, d'après de nombreuses expériences, et surtout d'après celles qui lui sont propres, que non-seulement ces divers états de la langue et des lèvres ne peuvent être considérés comme l'expression de l'état de l'estomac; mais qu'on se trompe généralement sur la cause anatomique de ce fait. « Encore une fois, dit M. Piorry, les enduits de la langue sont, pour la presque totalité des médecins, la source des indications les plus positives en thérapeutique. Lorsque ces enduits sont grisâtres, épais, d'une mauvaise odeur, on pense aux saburres gastriques on à l'embarras muqueux; lorsqu'ils offrent une teinte jaune, c'est l'état bilieux qu'on se représente; lorsqu'ils sont noirs, on songe à l'adynamie; s'il y a peu ou point d'enduit, et si des symptômes cérébraux accompagnés de fièvre co-existent, plus d'un praticien songe à l'ataxie. Or, dans le premier cas, on donne souvent l'ipécacuanha; dans le second, l'émétique; dans le troisième, le quinquina; tandis que dans le quatrième, la place du musc, du camphre et du castoréum se trouve indiquée. » Pour M. Piorry, « la source de ces enduits est la salive qui se sèche, et il suffit, pour que ces nuances différentes soient produites, d'un dessèchement plus lent ou plus prompt, on d'un séjour plus ou moins prolongé à l'air. » Cette citation suffit pour faire connaître avec quelle hardiesse l'auteur attaque toutes les croyances qui ne lui semblent pas fondées, surtout quand elles sont assez généralement admises. Mais quand il s'agit d'opinions personnelles, soutenues par un petit nombre d'hommes, alors il se contente de les exposer, et rapporte ensuite les faits qu'il a observés à l'appui, et ceux qui lui sont défavorables. C'est ainsi qu'il entre dans d'assez longs développemens sur les caractères d'acidité ou d'alkalinité qu'offre la salive dans l'état de santé et de maladie; résume les observations curieuses faites sur ce point par le docteur Donné; rapporte les expériences qu'il a faites lui-même avec le docteur Bélouino, et en conclut que ces différens caractères de la salive ne peuvent, dans l'état actuel de la science, fournir aucun signe positif d'une affection bien déterminée de l'estomac ou des autres organes, et qu'il faut faire, sur ce sujet, de nouvelles recherches, avant d'établir une opinion fixe.

Après avoir fait, avec une scrupuleuse exactitude, l'exploration des organes contenus dans la bouche, des fonctions que remplissent ces organes, et des liquides qu'ils fournissent, ou avec lesquels ils se trouvent en contact, l'auteur passe au diagnostic spécial et comparatif des états organo-pathologiques que la bouche peut offrir. Faisant ici l'application des études précédentes, il passe en revue successivement la *stomatite*, la *gingivite*, l'*odontite*, la *parotidite*, le *scorbut*, la *sialalorrhée* ou *salivation*, et l'*odontalgie*. Cette partie du travail de M. Piorry est réellement la plus importante, puisque c'est là que sont exposés, rapprochés et comparés, les caractères des maladies. Nous regrettons pour tant qu'elle ne soit pas toujours traitée avec tous les développemens que comporterait le sujet, et que l'auteur semble l'avoir négligée quelquefois au profit de la partie précédente. Ainsi, nous ne pensons pas que cinq lignes suffisent pour bien établir le diagnostic de la salivation; car ce n'est pas assez pour le praticien de distinguer la salivation des autres maladies; il est important pour lui de connaître quelle salivation il est appelé à combattre. Dépend-elle de l'inflammation de la muqueuse buccale, ou de quelqu'un des organes avec lesquels elle se trouve en contact? Est-elle le produit d'une cause spécifique, de l'action d'une substance minérale, du mercure, de l'iode, des sels d'or, d'antimoine, de cuivre, etc., ou de l'action d'une substance végétale, l'huile de croton, la digitale, etc.? Ces questions nous semblent certainement appartenir au diagnostic. Si l'on ne veut pas s'en tenir au diagnostic, que nous appellerons général, et qui offre peu d'applications immédiates, on doit pénétrer dans les détails et surtout s'appliquer à l'étude des spécificités, étude à laquelle nous voyons avec peine quelques esprits judicieux de notre époque refuser l'attention à laquelle elle a droit.

Dans tout le reste du second volume, M. Piorry suit la même marche pour les maladies de l'œsophage, de l'estomac, des intestins, du foie, de la rate, des reins et des urétères, et, enfin, des organes génitaux. Nous voudrions pouvoir le suivre dans ce long travail; nous trouverions partout la même exactitude minutieuse dans la description des symptômes fournis par les organes malades, et la même justesse dans l'appréciation des états pathologiques dont ils sont la manifestation; nous verrions en outre quelques nouvelles formes morbides que les progrès de la science avaient signalées depuis longtemps; ainsi, l'entérite pyohémique, ou l'entérite qui se lie à ce qu'on a appelé la résorption du pus. Nous trouverions également ici l'opinion déjà émise ailleurs par l'auteur sur la cause organique de la fièvre intermittente, qu'il trouve dans la lésion de la rate, opinion qui ne repose que sur la constance de l'altération de la rate dans la fièvre intermittente, et sur l'impossibilité de trouver un autre siége pour cette maladie. Si cette opinion sur le siége de la fièvre intermittente

est loin d'avoir pour nous toute la force d'une vérité démontrée, les recherches de M. Piorry sur ce sujet n'en ont pas moins une grande importance, puisqu'elles ont mis hors de doute la constance de l'hypertrophie de la rate dans les fièvres périodiques.

Le troisième volume contient les maladies de la peau, celles des organes des sens, du cerveau et de la moëlle épinière, des nerfs, des muscles, des os et de leurs articulations.

L'auteur a voulu que son ouvrage fût aussi complet que possible, et n'a négligé aucune des maladies qui sont considérées généralement comme demandant des études spéciales; ainsi, celles de l'œil et celles de l'oreille. C'était un complément indispensable à son travail.

Les affections du cerveau ont toujours offert tant d'obscurité, et ont été l'occasion de tant d'opinions qui se contredisent mutuellement, qu'elles sont pour nous une pierre de touche qui nous sert à distinguer les hommes à conviction facile de ceux qui n'admettent une opinion qu'après l'avoir examinée sous ses divers points de vue. La difficulté de distinguer les maladies des différentes parties du cerveau a été justement appréciée par M. Piorry; ainsi, il reconnaît qu'il est presque impossible d'isoler l'inflammation des membranes de l'encéphale de celle des portions superficielles du cerveau. « Au reste, ces distinctions, si belles en théories, n'ont, dit M. Piorry, qu'une médiocre importance; car, quelle que soit la portion des méninges qui soit enflammée, ce n'en sera pas moins à une curation du même genre qu'il faudra avoir recours. »

Nous avons parcouru avec beaucoup d'intérêt la comparaison de l'encéphalohémie (congestion cérébrale) avec l'anencéphalohémie (défaut d'abord du sang vers le cerveau); il est curieux de voir deux états morbides, diamétralement opposés, déterminer à peu près les mêmes symptômes, et être presque constamment confondus l'un pour l'autre par les personnes étrangères à l'art, trop souvent même par les médecins. Si une personne tombe en syncope subitement, on ne manque jamais d'attribuer cet accident à un coup de sang, et de réclamer une saignée immédiatement. Malheur à l'homme de l'art qui, au milieu d'une foule impatiente, ou d'ignorantes matrones, refuse, dans ce cas, de pratiquer l'opération dont on attend le salut de la personne en syncope; son savoir médical ou sa bonne volonté seront mis en doute, et il devra s'estimer très heureux s'il en est quitte à si bon marché. Cette comparaison est de la plus haute importance pratique, et nous aurions désiré qu'elle eût été faite d'une manière plus précise, en sorte que les différences, peu nombreuses, pussent être saisies avec facilité, ainsi que l'a fait l'auteur, pour le ramollissement inflammatoire et le ramollissement sénile. M. Piorry, d'après diverses circonstances, et surtout d'après les analogies qu'il a trouvées entre les accidens de certains ramollissemens cérébraux, et ceux de la gangrène, suite d'ossifications ou d'oblitérations artérielles, n'hésite pas à considérer un grand nombre de ramollissemens cérébraux comme de véritables mortifications du cerveau. Mais il admet aussi des ramollissemens qui tiennent en grande partie à un travail inflammatoire. Voici la marche qu'il suit pour arriver au diagnostic des premiers : « Lorsqu'un vieillard, ou un homme épuisé par une maladie de long cours ayant surtout attaqué les organes circulaire et respiratoire, présentera des ossifications dans les artères, le cœur, etc.; lorsqu'il se manifestera des varices aux extrémités, de l'affaiblissement dans les artères du bras et du cou; ou même lorsque ces vaisseaux cesseront de battre, etc.; lorsqu'à la suite d'une douleur de tête surviendra de la raideur dans les muscles, portée jusqu'à la contracture et à la rigidité; lorsque les secousses convulsives seront moins fortes, moins nettes, moins saccadées; lorsque la sensibilité sera exagérée dans le côté du corps opposé, et que l'intelligence sera encore assez bien conservée, regardez comme probable l'existence d'un encéphalomalaxie par oblitération artificielle, ou par ralentissement de circulation. Ceci deviendra plus certain, si l'on ne trouve aucune cause physique appréciable des accidens survenus, si l'état fébrile ne se manifeste pas. Cette certitude deviendra encore plus grande si le sujet qu'on examine éprouve quelque obstacle à la circulation veineuse dans le poumon, dans le cœur ou dans les grosses veines, etc. »

M. Piorry n'a pas fait preuve de moins de connaissances dans l'étude des maladies de la moëlle épinière. Il ne tient pas compte seulement, à l'exemple de la plupart des médecins français, des maladies organiques; il entre dans d'assez longs développemens sur les névroses de la moëlle, et spécialement sur cet état morbide, si commun et pourtant si négligé, que les médecins anglais et américains ont étudié sous le nom d'irritation spinale.

Les maladies des nerfs ont un chapitre particulier. Nous y avons vu avec étonnement la névralgie faciale, décrite sous le même titre, et confondue avec la paralysie faciale. Cependant, ces deux maladies sont entièrement distinctes, non-seulement par les symptômes, mais encore par le siége, puisque la névralgie occupe le plus souvent, peut-être même exclusivement, les branches de la cinquième paire, et que la paralysie de la face est due à une altération de la portion dure de la septième paire.

Les deux derniers chapitres, consacrés aux maladies des muscles, des os, des articulations et de leurs annexes, contiennent surtout les rhumatismes. Au milieu des beaux développemens dans lesquels M. Piorry est entré à ce sujet, nous avons regretté quelques omissions importantes. Le rhumatisme préabdominal, le rhumatisme fixe, l'arthrite proprement dite (différente des rhumatismes ou de l'arthrite rhumatismale, si on l'aime mieux), méritaient quelque attention, surtout sous le rapport du diagnostic. Nous avons remarqué, en général, à la lecture du *Traité du diagnostic*, que M. Piorry s'abstient trop souvent de citer les travaux de ses contemporains, et ne puise ses matériaux que dans ses propres études et dans celles d'un trop petit nombre d'hommes. Dans un ouvrage d'une aussi longue haleine, on doit non-seulement mettre de l'érudition, et, nous nous hâtons de le dire, il y en a beaucoup dans les trois volumes que nous avons en ce moment sous les yeux, mais il faut aussi rendre l'érudition facile aux autres, leur indiquer les sources, et, sous ce rapport, nous avons remarqué plus d'une lacune dans l'ouvrage de M. Piorry, qui n'est cependant point un simple manuel.

Nous devrons, pour être juste, dire que les légers défauts, les petites incorrections que nous avons signalés, disparaissent presque complètement au milieu de cet immense travail, si plein de savoir, où l'on trouve toute la partie positive de la science médicale dans son état actuel, et qui remplit heureusement une lacune véritable dans les ouvrages élémentaires.

VARIÉTÉS.

LETTRE SUR QUELQUES MOYENS DE REMÉDIER AUX ABUS DU CHARLATANISME (1).

Monsieur,

De tout temps on a vu le charlatanisme, affublé du manteau de la médecine, s'efforcer de réduire cette science si vaste, si compliquée, en une routine ignorante et aveugle, et de changer cet art si noble et si bienfaisant en un trafic honteux, basé sur la crédulité des malades et la niaiserie du public. Il n'est guère de philosophe, de poète ou de romancier qui ne fournisse là-dessus quelque trait piquant ou quelque page éloquente; mais entre tous les hommes empressés de dévoiler les ruses, tantôt grossières, tantôt subtiles des charlatans, les médecins tiennent sans contredit le premier rang. Mieux à même que personne de découvrir leurs artifices et d'apprécier l'étendue des ravages qu'ils causent, ils ne se sont pas contentés de signaler de tels abus à la réprobation publique, ils ont encore invoqué la puissance des lois pour y mettre un frein. Toutefois le charlatanisme, Protée audacieux autant qu'insaisissable, a éludé toutes les probibitions législatives anciennes et nouvelles, et chaque jour il étale impunément ses annonces immorales aux yeux des magistrats chargés de le poursuivre.

Je ne viens pas ajouter une déclaration stérile aux déclarations plus ou moins brillantes qui ont déjà flétri un pareil scandale, et dont vous avez été vous-même quelquefois l'interprète; je viens vous prier, Monsieur, de m'aider de la publicité de votre estimable journrl, afin de propager des idées qui peuvent contribuer, ce me semble, à l'extinction d'un abus dont nous gémissons tous. Mais avant d'exposer ces idées, il est une distinction importante que je dois faire : le charlatanisme, mot vague, s'applique de nos jours à une foule d'actes d'une culpabilité bien différente, depuis la simple vanterie qui ne nuit à personne, jusqu'au mensonge impudent et à l'escroquerie. Entre ces deux extrêmes, il existe, comme on le pense bien, une infinité de nuances difficiles à caractériser. Pour mon objet, il nous suffira de diviser le charlatanisme en deux grandes sections, savoir, celui que la morale seule réprouve et celui que la loi condamne.

Je ne m'occuperai dans cette lettre que du dernier, et je ferai observer à son sujet que la législation existante suffirait dans la plupart des cas pour en réprimer les abus les plus révoltans, si l'on mettait plus de zèle et de persévérance dans les poursuites qu'on dirige contre lui, plus de vigueur dans l'application des lois qui le proscrivent. Telle est l'opinion de juges très compétens en cette matière, Sabatier d'Orléans et M. Trébuchet; telle est aussi celle que la GAZETTE MÉDICALE a exprimée en maintes circonstances.

Le moyen que j'ai dessein de proposer, afin de remédier à ces deux inconvéniens, n'est point nouveau; il est venu à la pensée d'un grand nombre de nos confrères, et plusieurs même ont émis publiquement le vœu qu'on le mît à exécution. Il consiste à nommer une commission spéciale à laquelle on donnerait le nom soit de jury médical soit de conseil de famille, et qui serait chargée de surveiller l'exécution des lois et réglemens relatifs à l'exercice de la médecine. On dit que le gouvernement a introduit une semblable disposition dans le projet de loi qu'il prépare; mais, outre que l'époque de la présentation de ce projet aux chambres législatives est incertaine, que celle où il pourra être soumis à la sanction royale l'est encore davantage, ce n'est point à la loi que je voudrais

(1) Il y a quelques mois l'auteur de cette lettre a soumis à la commission générale de la société de prévoyance des médecins de Paris une proposition formelle, tendant à ce qu'elle voulût bien s'occuper des moyens de remédier à quelques abus qui se sont glissés dans l'exercice de la médecine. Cette proposition a été prise en considération et renvoyée à une commission spéciale, laquelle à son tour a admis unanimement en principe la nécessité de faire quelques changemens aux statuts de la société. Un rapport doit être présenté prochainement à la commission générale sur cette question. Nous avons cru être utile en publiant la lettre de M. Renouard, dont les vues serviront de base à la discussion.

demander une création pareille, c'est plutôt à l'intelligence et à la bonne volonté des médecins; car il est évident que la police médicale ne sera bien exercée que par un conseil composé de membres librement choisis par eux, disséminés dans toute l'étendue de leur ressort, et renouvelés de temps en temps. A ces conditions seules, vous obtiendrez une surveillance active de tous les instans et de tous les lieux, surveillance qui sera excitée par l'intérêt privé uni au désir de justifier le choix de ses confrères.

La difficulté principale consiste à obtenir que les médecins veuillent bien s'assembler et s'entendre pour désigner les membres du conseil auquel serait commis le soin de défendre les intérêts communs et la dignité de leur profession. Cette difficulté, toute grande qu'elle est, ne me paraît pas néanmoins insurmontable: en effet, si l'on démontre à ces messieurs qu'il leur importe à tous d'être unis; que chacun d'eux trouvera son avantage particulier dans le bien commun de leur profession, comme je m'adresse à des hommes éclairés et amis de l'ordre, nul doute qu'ils ne se rendent à mes raisons. D'ailleurs, je leur ferai observer que les rivalités individuelles, l'inimitié même, n'excluent pas une association pour la défense commune. Ainsi les négocians, les hommes qui professent une industrie quelconque, se font réciproquement une concurrence très active; cependant s'ils apprennent que le ministère projette de modifier un article du tarif des douanes, vous voyez tous ceux que cette modification intéresse se réunir, se concerter, dresser des mémoires, envoyer des délégués.

Dans les circonstances actuelles, au moment où le gouvernement prépare une loi sur l'exercice de la médecine, qui ne comprend combien il serait avantageux que les médecins eussent dans la capitale et dans chaque département un conseil de leur choix, chargé de veiller aux intérêts et à la dignité de leur profession? Qui serait mieux à même que ce conseil d'éclairer le pouvoir sur les vices de la loi existante et de lui indiquer les améliorations dont elle est susceptible? Je sais que le gouvernement a consulté l'Académie et les facultés de médecine; mais ces sociétés toutes respectables qu'elles sont ne représentent pas le corps médical. Elles peuvent représenter, l'une la science, les autres l'enseignement; mais les petits praticiens des villes et des campagnes, qui forment l'immense majorité des médecins, celle que j'appellerai volontiers la partie militante, qui les a consultés? Qui s'est enquis de leurs besoins? A qui ont-ils donné mission de les représenter? Se sont-ils assemblés pour délibérer sur ce qu'il y avait de mieux à faire dans une occasion si importante? Pas le moins du monde: ils attendent *benoîtement* que l'on se décide pour eux et sans eux de ce qui les intéresse le plus; que dis-je? ils ne s'informent pas même des dispositions du projet de loi! En vérité, mes chers confrères, Candide n'eût pas mieux fait.

Permettez-moi de vous citer encore l'opinion d'un jurisconsulte dont j'ai déjà invoqué l'autorité: « Si la profession de la médecine, dit-il, est celle qui demande les connaissances les plus étendues et les plus variées, plus que toute autre peut-être, elle veut une moralité et une délicatesse à toute épreuve. Encouragez les liens de confraternité que les médecins peuvent former entre eux; faites qu'ils ne restent pas isolés les uns des autres; qu'ils s'unissent par des rapports intimes. Sous ce point de vue, le projet d'association des médecins de Paris nous paraissait une bonne et excellente chose, et nous voyons avec peine qu'on y ait à peu près renoncé. »

Les craintes de ce fonctionnaire éclairé ne se sont pas entièrement vérifiées: une partie du projet auquel il fait allusion a survécu à la tempête des discussions et à l'indifférence de l'égoïsme. Depuis quatre ans, la société des médecins de Paris poursuit paisiblement son but philantropique, le soulagement de nos confrères malheureux. Mais là ne se bornent pas les services qu'elle est appelée à rendre, les devoirs qu'elle doit remplir: formant l'association la plus nombreuse de médecins qui existe dans le royaume, n'exigeant d'autre titre que celui de docteur en médecine, ou en chirurgie, légalement reçu dans une faculté de France, n'imposant aux membres que la seule obligation de ne se livrer à aucun acte qualifié de charlatanisme par ses statuts (1), elle renferme dans son sein des praticiens de tous les rangs, depuis celui qui est admis dans les palais des rois jusqu'à celui qui ne visite que le réduit du pauvre ou de l'artisan. A ces titres divers, elle représente mieux qu'aucune autre société le corps médical de la capitale. Ne devrait-elle donc pas convoquer extraordinairement ses membres, inviter même, à cette occasion, les médecins qui lui sont étrangers à se réunir avec eux, afin de se communiquer mutuellement leurs idées sur la législation de la médecine et sur les améliorations qu'il convient d'y apporter? Puis coordonnant les matériaux qu'elle aurait recueillis, elle les transmettrait au gouvernement, comme l'expression des vœux de la majorité des médecins de Paris?

Peut-être nos confrères de la province, stimulés par cet exemple, formeraient-ils des réunions sur le modèle de la nôtre, lesquelles transmettraient également à l'autorité l'exposé de leurs besoins.

La commission générale de la société des médecins de Paris, si l'on étendait ses attributions, me semble parfaitement organisée pour surveiller l'exécution des lois et réglemens relatifs à l'exercice de la médecine et remplacer provisoirement dans la capitale le conseil ou jury médical dont on projette l'institution. Composée de quarante-huit membres, tirés au sort, répartis en nombre égal dans chaque arrondissement, et renouvelés par tiers chaque année, elle peut exercer la surveillance la plus active, exciter le zèle des magistrats, le suppléer même, et au besoin se constituer partie civile. Elle imiterait en cela l'exemple des pharmaciens de Paris, qui s'en sont bien trouvés; car, au lieu d'une amende insignifiante de 50 fr.; ils ont obtenu une condamnation de 4,000 fr. de dommages-intérêts.

L'on objectera peut-être que l'opinion publique en France attache quelque chose d'odieux au rôle de dénonciateurs qu'on veut faire jouer aux membres de la commission, ou bien encore que ces messieurs, en apposant leurs signatures au bas d'une requête en dommages-intérêts, pourraient être soupçonnés d'agir en vue d'un avantage pécuniaire. Je répondrai à ces deux objections: premièrement, que, lorsqu'on est obligé, par sa position, de remplir un devoir public, il faut en avoir le courage et ne pas s'inquiéter des suppositions gratuites des méchans ou des sots; secondement, en quoi, leur demanderai-je, MM. les pharmaciens de Paris ont-ils assumé un rôle odieux, pour avoir fait condamner des hommes qui violaient les lois à leur préjudice et au préjudice de la santé publique? En quoi les actionnaires des mines de Saint-Berain ont-ils assumé un rôle odieux en dénonçant les manœuvres frauduleuses au moyen desquelles on avait surpris leur bonne foi et soutiré leurs capitaux? N'ont-ils pas, au contraire, rendu un service public en faisant punir de semblables manœuvres et prévenant ainsi leur retour? Le charlatan qui vide votre bourse et ruine votre santé vous cause-t-il un moindre dommage que l'escroc qui n'enlève que votre argent? Quant aux sommes que les tribunaux pourraient allouer à titre de dommages-intérêts, comme je désire qu'elles soient toujours employées à des œuvres publiques de charité, il est bien évident que les membres de la commission seront par là mis à l'abri de tout soupçon d'être mus par un motif personnel.

En définitif, je dirai à tous les médecins de la capitale et de la province; voulez-vous obtenir le redressement des abus qui ternissent l'éclat et compromettent les intérêts de votre honorable profession? Etes-vous honteux de votre nullité? Voulez-vous que le gouvernement ait égard à vos réclamations et y fasse droit quand elles sont fondées? Sortez de l'isolement dans lequel vous avez vécu jusqu'ici; formez des associations dans un but d'utilité commune.

Je dirai à la société des médecins de Paris: voulez-vous entrer complétement dans les vues de vos fondateurs et mériter la reconnaissance de tout le corps médical? Donnez à votre commission générale des pouvoirs plus étendus; imposez-lui des obligations nouvelles. Qu'elle ne se borne pas dorénavant à distribuer en secret quelques annonces; mais encore qu'elle veille à la répression des abus qui ont envahi l'exercice de la médecine. Elle en a le droit, comme il serait aisé de le démontrer, si cette lettre n'avait déjà dépassé les limites qui me sont imposées.

Une telle décision de votre part sera déjà un bienfait par elle-même, car elle inspirera une crainte salutaire aux charlatans, ces contrebandiers de la médecine, qui, avertis qu'il existe autour d'eux, dans tous les quartiers de la ville, des surveillans actifs, intéressés à les surprendre, deviendront nécessairement plus circonspects. Dès lors le scandale sera moins flagrant, il fera moins de victimes. Peut-être aussi aurez-vous la satisfaction d'arrêter dans son début plus d'un jeune praticien que le besoin ou la corruption de l'exemple entraîne dans la voie facile du charlatanisme. Pour ceux-là je réclame l'indulgence, les conseils affectueux, le secret, l'oubli du passé, et, si faire se peut, quelque chose de plus; mais pour ces hommes dont le nom est une injure, qui, foulant aux pieds l'estime de leurs semblables, ne sont émus qu'à la voix du juge qui condamne, hésiter de les déférer aux tribunaux, c'est, en quelque sorte, devenir leur complice.

Agréez, etc.

V. Renouard, D. M.

— M. le docteur Pétrequin nous adresse la lettre suivante:

Monsieur,

M. Aug. Mercier vient de publier dans la Gazette Médicale, du 15 septembre 1838, un mémoire plein d'intérêt sur *la péritonite considérée comme cause de stérilité chez les femmes*. Permettez-moi de rappeler que, en émettant quelques réflexions sur diverses causes de stérilité, j'ai, dans ce même journal, émis, il y a près d'une année, sur le même sujet, les considérations analogues qui suivent:

« Je ferai remarquer, en passant, pour la péritonite puerpérale, une particularité qui en aggrave les fâcheuses conséquences: l'orgasme et la turgescence des trompes fallopiennes après la parturition prédisposent au transport de la phlegmasie dans le péritoine par les orifices des pavillons, cette unique et singulière communication entre les muqueuses et les séreuses. Que de chances n'a-t-on pas alors de voir leur ouverture utérine se fermer par des adhérences phlogosiques, ou un point de leur cavité s'oblitérer, ou les franges des pavillons s'obstruer de pseudo-membranes! Ce sont autant de causes de stérilité qui expliquent cette inhabileté à la fécondation qui, parfois, suit brusquement la métro-péritonite puerpérale, et qui doivent porter à la prévenir ou à l'arrêter, plus encore que toute autre. » (Gaz. Méd., 18 nov. 1837, p. 727.)

Ces remarques sont basées sur nombre de faits que j'ai eu occasion d'observer à Lyon depuis plusieurs années.

Agréez, etc.

H. Pétrequin, D. M. P.

Hôtel-Dieu de Lyon, 17 septembre 1838.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

(1) L'art. 4 des statuts est ainsi conçu:
« Ne peuvent faire partie de la société les médecins qui affichent, font des annonces de remèdes dans les journaux, vendent des remèdes ou font distribuer des adresses sur la voie publique. »

IMPRIMERIE DE FELIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

Gazette Médicale

DE PARIS.

LA GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) parait tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°.—Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Poissonnière, n°* 5, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

A partir du 15 octobre prochain, le bureau de la GAZETTE MÉDICALE sera transféré rue Racine, n° 14.

SOMMAIRE.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

REMARQUES SUR UN CAS D'ANESTHÉSIE AYANT SA SOURCE DANS UNE AFFECTION DE LA CINQUIÈME PAIRE; communiquée par le docteurs ROMBERG, professeur de médecine à l'université de Berlin.

Des observations relatives aux affections des nerfs trijumeaux n'existent, malgré la fréquence de ces sortes d'affections, qu'en très petit nombre, tandis que, depuis la publication des ouvrages de Bell, rien n'a été plus souvent décrit que les maladies du nerf facial. Cette lacune dans nos connaissances sur les affections morbides de la cinquième paire pèse d'autant plus que celles-ci ne contribuent pas peu à résoudre des problèmes physiologiques, dont l'expérimentation sur les animaux ne vient pas toujours à bout. Sous ce rapport, comme sous celui du diagnostic, le cas suivant est digne de toute l'attention des médecins.

OBS. — Une veuve, âgée de 42 ans, avait fait il y a quatre ans, en portant un panier chargé, une chute grave de dessus un escalier par derrière sur l'occiput.

Un an après le flux menstruel s'arrêta. Depuis ce temps, elle a été sujette à des attaques convulsives d'éternuement, qui, augmentant depuis peu de fréquence et d'intensité, l'empêcherent de dormir et furent excitées par la moindre cause.

L'exploration des fosses nasales ne fit découvrir rien d'anormal; les antécédens me disposant d'ailleurs à chercher la source du mal à l'intérieur même du crâne, j'examinai de suite, relativement à leur sensibilité, les parties du domaine de la première et de la deuxième branche, sans cependant rien trouver d'insolite. Il n'en fut pas de même de la troisième, celle-ci offrant le phénomène de l'insensibilite sur tout son trajet.

Je vais résumer les expériences souvent répétées sur cette personne dans le courant des deux dernières années, tant devant les élèves qu'en présence de M. le professeur Muller et d'autres de mes confrères.

J'avais la précaution dans ces expériences de faire fermer les yeux à la malade pour être à l'abri d'une simulation de sa part, et pour éviter l'effet que produirait sur elle la vue d'un instrument pinçant, effet qui est souvent la cause d'erreurs.

La moitié gauche de la lèvre inférieure et le côté gauche du menton pincés avec une aiguille à vaccination se montraient complètement insensibles; de même la partie interne du pavillon de l'oreille gauche, qui était privée du sentiment à un si haut degré que l'introduction d'une bougie allumée restait tout à fait inaperçue.

La même insensibilité se remarquait à la peau de la tempe gauche, au voisinage des cheveux. La moitié gauche de la langue dont ni la pointe ni les bords ni le centre ne furent affectés par des pincemens y participait également; la chaleur ni le froid n'y produisirent une impression.

A droite toutes ces parties jouissaient de la plus parfaite intégrité, et même à gauche les parties ne recevant pas leurs nerfs de la troisième branche se trouvaient être parfaitement sensibles, de sorte que par ce moyen je réussis à marquer avec exactitude les limites de cette branche nerveuse.

Si l'on pinçait la peau de la région temporale un peu plus vers le front, la

Feuilleton.

RAPPORT A M. LE MINISTRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE SUR L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL EN FRANCE, PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1837-1838; PAR M. ORFILA.

Nous avons signalé l'année dernière les heureuses réformes introduites dans l'enseignement médical et l'organisation des facultés et écoles de médecine du royaume. Nous sommes heureux d'avoir à faire connaître aujourd'hui les premiers résultats de ces sages mesures. Le MONITEUR du 30 septembre contient un rapport qu'on va lire, dans lequel M. Orfila a présenté le mouvement comparatif des inscriptions, des réceptions et des refus aux examens. Il résulte de ce document important que déjà une diminution sensible s'est opérée dans le nombre des élèves qui se présentent pour l'étude de la médecine, et que le nombre des refus aux examens a augmenté dans la même proportion. Ces deux faits prouveraient seuls l'importance et la haute utilité des réformes commencées. Il serait à désirer que la publication de semblables documens fût généralisée, et que tous les doyens des facultés de médecine et de droit fussent invités à rendre compte tous les ans des travaux scolaires comme vient de le faire M. le doyen de la faculté de médecine de Paris. Il résulterait de cette publication une émulation très favorable; les écoles qui examinent et qui reçoivent légèrement seraient mises d'elles-mêmes comme à l'index, et avant peu de temps partout les examens seraient faits avec une salutaire sévérité. C'est là un des moyens d'arriver naturellement à la diminution du nombre des médecins et à leur délimitation aux plus capables et aux plus éclairés: résultat que nous avons plusieurs fois proposé d'introduire directement d'une manière systématique, parce que nous le regardons comme le seul remède propre à relever la valeur et la dignité de notre profession.

Nous faisons suivre le rapport de M. Orfila d'un questionnaire adressé aux dix-huit écoles secondaires de France. A la fin de chaque trimestre le ministre reçoit des réponses. Cette marche a été suivie depuis l'année dernière et parait avoir déjà fourni de bons résultats. En effet, elle offre à tous les directeurs des écoles secondaires un cadre méthodique et uniforme où ils déposent leurs observations et où ils ne déposent que des observations utiles. Indépendamment de ces rapports trimestriels, ils transmettent toutes les semaines un rapport extraordinaire dans lequel ils signalent les faits saillans. Toutes ces mesures attestent une grande vigilance et méritent l'approbation générale.

Monsieur le Ministre,

En 1830, le nombre des étudians en médecine inscrits dans les trois Facultés du royaume et dans les écoles secondaires était déjà assez considérable pour fournir annuellement à la France les praticiens dont elle a besoin. Depuis

malade tressaillit aussitôt parce qu'on avait atteint le domaine de la branche frontale. En pinçant la peau de la mâchoire inférieure près du menton, la malade se plaignait d'une vive douleur, car les cutanés superficiels du troisième nerf cervical étaient en pleine possession de leur sensibilité. Quant au goût, il manquait dans la moitié gauche de la langue. Les substances les plus hétérogènes, tant solides que liquides, appliquées sur cette partie de la langue ne déterminaient aucune impression, tandis qu'à droite le goût était intact. La malade ne bougeant pas lorsque je lui mis un peu de la poudre de coloquinte sur le côté gauche de la langue fit la grimace dès que la poudre fut appliquée sur le côté droit, en s'écriant : « Ah! que cela est amer, » et en tâchant de se débarrasser de l'impression à force de cracher. Il en fut de même des substances salées et acides.

La motilité du côté gauche de la face normale, les mouvemens respiratoires, mimiques et masticatoires se faisaient également bien à droite et à gauche. La même chose doit se dire des fonctions vocales et masticatoires de la langue. La nutrition du côté gauche n'avait subi aucune altération. Il y avait les mêmes dimensions, la même température et la même coloration des deux côtés. Le sang coulait des petites plaies aussi bien et aussi abondamment du côté gauche que de l'autre; des deux côtés, la langue était également chargée et humide.

De ces faits, les conclusions suivantes me semblent ressortir:

L'anesthésie bornée à la *portio major* du trijumeau démontre une altération isolée de cette branche. C'est une compression, puisque l'anesthésie n'a pas été accompagnée de sensations douloureuses dans les parties affectées. La compression frappe la totalité de la branche, l'ensemble de tous les filets primitifs, parce que l'abolition de la sensibilité a lieu partout dans son domaine, partout où elle est accessible aux expériences. Evidemment la compression ne compromet pas le renflement ganglionnaire de Gasser, où se trouvent réunis les élémens de la troisième, et ceux des deux autres branches sensitives de la cinquième paire; car tout ce qui est du ressort des deux premières branches jouit de la plus parfaite sensibilité, et d'ailleurs les autres symptômes caractéristiques d'une telle affection manquent. La compression ne peut non plus affecter le tronc nerveux après sa sortie du trou ovale du sphénoïde, parce qu'ici les filets moteurs de la *portio minor* sont agrégés aux filets sensitifs, de telle sorte que la compression les eût paralysés tous deux, ce que l'intégrité des mouvemens masticatoires du côté gauche prouvait ne pas avoir lieu.

Je fus donc conduit à diagnostiquer une compression de la troisième branche du nerf trijumeau, ayant son siége à l'intérieur du crâne, au-devant du trou ovale. Quant à la cause de cette compression, tout nous portait à croire que ce fût une intumescence de la dure-mère ou de l'os, de peu d'étendue, puisque la *portio minor*, quoique très voisine, ne fut pas affectée du tout.

La malade ayant succombé à l'hydropisie, le 19 mars de cette année, le cadavre fut transporté à l'amphithéâtre de la Faculté, où, en présence de MM. Muller, Henle, Schwann et Philipp, avant de procéder à l'autopsie, je motivai encore une fois le diagnostic que j'avais porté dans mes leçons. Puis la voûte du crâne ayant été enlevée, M. Henle, prosecteur de la Faculté, fit, avec son habileté ordinaire, l'examen de la cavité cranienne, dont voici le résultat :

A sa surface supérieure, le cerveau était couvert d'exsudations gélatineuses, çà et là blanches et opaques. A la surface inférieure du lobe postérieur de l'hémisphère gauche, correspondant à la base de la corne postérieure du ventricule latéral, la substance cérébrale offrait un ramollissement presque circulaire d'un pouce de diamètre, sans traces d'injection capillaire au voisinage. Au reste, état normal du cerveau et de la moëlle allongée.

La troisième branche du nerf trijumeau gauche, à l'endroit où elle entre dans le trou ovale, était entourée à sa surface externe d'un tissu rougeâtre et vasculeux, composé en partie de fibres, en partie de petites vésicules transparentes. Examiné plus scrupuleusement, ce tissu se montrait être une exsudation ou une excroissance du névrilemme se continuant du côté du cerveau avec la dure-mère, et de l'autre côté avec le névrilemme normal. Ce névrilemme était hypertrophié et rougi dans tout l'espace que parcourt le nerf dans le sphénoïde, et même un peu plus en bas jusqu'à l'endroit où se trouve le *ganglion oticum*.

Là où le névrilemme était altéré, le nerf parut tuméfié, d'une couleur jaunâtre, et peut-être un peu plus dur qu'ailleurs. Mais seulement la portion de la troisième branche, qui naît du renflement ganglionnaire, participait à l'altération; la portion qui préside au mouvement passait sur son côté inférieur, libre de toute altération, et ne se joignait à la *portio major* qu'au-dessous de la partie altérée.

Les rameaux qui se distribuent aux muscles ptérigoïdien, buccinateur, aux tempes, à la langue et à la mâchoire inférieure étaient tous à leur état normal, de même la troisième branche du nerf trijumeau de l'autre côté, et les deux nerfs glosso-pharyngiens.

En aucun temps, l'observation qu'on vient de lire ne pouvait venir plus à propos qu'aujourd'hui, où l'on se dispute si vivement sur le nerf du goût. On ne m'accusera pas d'exagération si je donne ce cas comme éminemment décisif, puisqu'il met hors de doute que des filets primitifs, partant du nerf lingual, sont les propagateurs des sensations gustatives; je dis des filets partant du nerf lingual, pour ne pas donner lieu à croire que ce nerf ne contienne que des élémens d'une même nature. Au contraire, à jamais il est prouvé, par cette observation, qu'il y entre des filets destinés au sentiment, d'autres pour le goût.

Indubitablement les faits pathologiques sont, relativement à cette question, comme pour tout ce qui a trait aux sensations spéciales, de plus de valeur que les expériences sur les animaux; celles-ci ont même été la cause d'erreurs dont on n'a pas tenu compte dans la question de savoir la part que prennent au goût le glosso-pharyngien et le nerf lingual. N'accordant à la langue que la sensibilité générale et le goût, on omit tout à fait une autre faculté sensitive, que l'expérience la plus simple met au jour. Qu'on passe le doigt sur la pointe, le centre et le bord de la langue, il n'en résultera que la sensation ordinaire; qu'on l'approche des papilles lenticulaires, aussitôt la sensation de la nausée et la vomiturition, effet constant de l'action par suite de la réflexion, se feront connaître. Ce sont ces papilles dans lesquelles se répandent des filets de la *via glosso-pharyngea*, qui, se rendant encore à d'autres parties, au voile du palais, par exemple, les font réagir de la même manière. Dans la plupart des expériences sur les animaux, le glosso-pharyngien ayant été ménagé, on a noté cette sensation de la nausée et la vomiturition, seulement on l'attribuait à tort au goût. Chez les animaux, la sensation de la nausée est l'instinct qui entre pour quelque chose dans le choix des alimens. Aussi, dans les différens genres et espèces de mammifères, les papilles lenticulaires varient-elles tellement en nombre, grandeur, forme et disposition qu'il est impossible de méconnaître un rapport entre l'alimentation de ces animaux et la forme des papilles.

Je n'hésite donc nullement à proclamer le glosso-pharyngien nerf de l'instinct alimentaire. Nous concevons alors pourquoi il se trouve si constamment sur les animaux, tandis que le nerf lingual sur les oiseaux, par exemple, n'a pu être découvert jusqu'ici.

Outre la sensation spécifique des filets sensitifs du glosso-pharyngien, notez surtout la réflexion spécifique de la vomiturition, effet de l'irritation de ces filets. C'est curieux à voir comment, en irritant des parties même contiguës, il en résulte, par la voie de la réflexion, des mouvemens tout à fait différens. L'irritation des filets sensitifs du pneumo-gastrique à la glotte provoque de la toux, celle des mêmes filets au gosier est suivie de mouvemens de déglutination, celle des filets sensitifs du glosso-pharyngien à la racine de la langue et au voile du palais aura pour effet de la vomiturition,

Une observation, rapportée par Marshal Hall, démontre à quel degré la

---

cette époque jusqu'en 1835, ce nombre s'accrut dans une proportion telle, qu'il était difficile de supposer, si les choses restaient dans le même état, que les docteurs ultérieurement reçus trouvassent des avantages réels à exercer la profession qu'ils avaient embrassée. Parmi les causes de l'augmentation que je signale, je citerai la suppression, en 1830, du titre de bachelier ès-sciences, que l'on avait exigé depuis 1825; mais surtout la facilité avec laquelle on était admis à prendre la première inscription dans les Facultés; en effet, les quatre cinquièmes des élèves s'inscrivaient, dès l'âge de 16 ou 17 ans, comme aspirans à la profession d'officier de santé, sans justifier du diplôme de bachelier ès-lettres; arrivés à la fin de la troisième année de leurs études, il leur suffisait de présenter ce diplôme pour échanger les douze inscriptions d'officier de santé qu'ils avaient acquises, contre des inscriptions de docteur; or, il est parfaitement avéré qu'un grand nombre de ces étudians, en s'inscrivant pour la première fois dans les Facultés, possédaient à peine les élémens de l'enseignement littéraire, et se voyaient dans l'obligation de faire marcher de front les études classiques et celles des sciences mathématiques, physiques et médicales. Les inconvéniens attachés à un pareil mode d'instruction parurent tellement graves au conseil royal, qu'il prit un arrêté à la suite duquel M. le ministre de l'instruction publique sollicita de S. M. une ordonnance dont je crois devoir rappeler les principaux articles :

1° « A partir du 1er novembre 1836, nul ne pourra être admis à prendre sa première inscription dans une faculté, à quelque titre que ce soit, s'il ne justifie du diplôme de bachelier ès-lettres: sont exceptées les inscriptions dites de *capacité*.

2° « A partir du 1er novembre 1837, nul ne pourra être admis à soutenir son premier examen dans une Faculté de médecine, s'il ne justifie du diplôme de bachelier ès-sciences, dont les frais seront réduits au profit de l'élève, sur le prix des inscriptions qui lui restent à prendre (9 août 1836). »

Plus tard, je reçus de vous, monsieur le ministre, la mission de visiter les Facultés et les écoles secondaires de médecine, que je n'avais pas pu comprendre dans une première inspection, et de vous proposer les mesures qui me paraitraient nécessaires pour améliorer l'enseignement médical en France. A la suite d'un rapport que j'eus l'honneur de vous adresser le 10 septembre dernier, le conseil royal prit à cet effet divers arrêtés dans ses séances du 26 septembre et du 3 octobre 1837. Deux circulaires émanées de vous, à la date du 6 octobre de la même année, complétèrent l'ensemble des dispositions que l'administration crut devoir adopter.

J'ai pensé, monsieur le ministre, qu'il serait utile de constater dès à présent quelle a pu être l'influence des modifications apportées dans le régime des Facultés et des écoles secondaires de médecine, depuis le 9 août 1836, et je m'empresse de vous faire connaître un certain nombre de résultats qui vous permettront de juger combien cette influence a été salutaire.

NOMBRE DES ÉTUDIANS EN MÉDECINE. — En novembre 1835, les trois Facultés du royaume ont inscrit 1,095 élèves *nouveaux*, et les dix-huit écoles secondaires, 427. Total, 1,522.

En novembre 1836, lorsque déjà le diplôme de bachelier ès-lettres était exigé de tous ceux qui voulaient étudier dans les Facultés, le nombre d'inscriptions prises par des élèves *nouveaux* dans ces établissemens ne fut que de 750; dans les dix écoles secondaires il ne s'éleva qu'à 340. Total, 1,090.

sensation spécifique et le reflet qui en est la suite sont exactement circonscrits. Chez des malades qui, pour provoquer le vomissement, avaient introduit dans l'arrière-bouche la barbe d'une plume, celle-ci, ayant touché le pharynx de trop près, donna lieu à des mouvemens de déglutition et fntavalée.

Les mouvemens par suite de la réflexion peuvent très bien servir de *Réagens* dans les recherches sur les facultés sensitives des nerfs, et de même que dernièrement je parvins, sur un cheval, à provoquer la toux en irritant les filets du pneumo-gastrique dans leur trajet au con, sans toucher le larynx, de même l'irritation du glosso-pharyngien, à quelque distance de la langue qu'on la pratique, produira, j'en suis sûr. des mouvemens de déglutition.

Abstraction faite des éclaircissemens sur les qualités du nerf lingual, notre observation sert encore à commenter les lois névrologiques de la propagation isolée et des associations dans les sensations (que nous appelons en allemand *Mitempfindung*). La première nous a mis à même de préciser le diagnostic quant au siége de la maladie; la seconde nous rend compte du phénomène de l'éternnement convulsif; car ce n'est que par l'irradiation des sensations, par la propagation de l'irritation des filets sensitifs de la troisième branche aux rameaux nasaux de la cinquième paire qu'on saurait s'expliquer, de la manière la plus simple, les attaques convulsives d'éternnement. Le *consensus* dans les terminaisons cérébrales des filets nasaux était tellement vif, la tension, pour ainsi dire, si considérable, qu'à la moindre cause des décharges d'éternuement avaient lieu.

L'observation qu'on vient de lire, si instructive sous le rapport physiologique, ne l'est pas moins à l'égard de la pathologie du nerf trijumeau. Les travaux sur le tic douloureux de *Fothergill* prouvent, à l'évidence, quelle confusion règne encore dans les idées sur les hyperesthésies de ce nerf, et, quant aux paralysies, elles étaient tout à fait ignorées avant la découverte de l'illustre Bell. Depuis, de temps à autre, on en a rapporté quelques cas remarquables qui jettent un jour plus clair sur cette affection.

La paralysie frappe on la *portio motoria*, on la *portio sensibilis*, ou toutes deux à la fois.

Une expérience clinique des plus simples suffit pour donner ces notions. L'aiguille à la main, on marque les limites de l'anesthésie, et une miette de pain qu'on fait mâcher met au jour l'inactivité des muscles masticatoires frappés. La paralysie peut être d'origine centrale ou périphérique. A l'égard de cette dernière, elle ne doit pas être prise dans ce sens restreint qu'on lui attribue ordinairement. Par la dénomination de *racine de nerf* on désigne généralement en pathologie les agrégations de filets nerveux, qui naissent de la substance cérébrale à des points fixes qu'on considère comme les origines, comme les centres de ces nerfs, et, par conséquent, on en a transporté les affections morbides sur le terrain des maladies de l'appareil central ou du cerveau. Mais on a eu tort. Depuis le point où le nerf part du cerveau, jusqu'au dernier bout de son trajet, il est nerf périphérique, et les lois de la propagation ont valeur pour lui comme pour chaque nerf périphérique. Donc la paralysie de la cinquième paire doit être périphérique, soit que la cause réside à la face, au sphénoïde, au renflement ganglionnaire de Gasser, ou au voisinage de la protubérance cérébrale. Cette diversité à l'égard du siége de la paralysie est appréciable pour le médecin. Plus l'anesthésie est bornée à des filets isolés, plus elle est d'origine périphérique, s'il est permis de s'exprimer de cette sorte. C'est ainsi qu'après l'arrachement d'une dent molaire l'anesthésie a frappé la moitié de la lèvre inférieure; dans d'autres cas, les ailes du nez, la superficie de l'œil, etc.

Quand la perte de la sensibilité s'étend à un grand espace; quand il y a affection, non seulement de la superficie, mais aussi des cavités de la face, il faut examiner anatomiquement: si un rameau se trouve insensible dans tout son trajet, comme cela était dans le cas cité, on conclura que les filets, avant de se séparer et de s'irradier on que l'ensemble de toute une branche, avant ou après sa sortie du cerveau, sont affectés.

Enfin, dans le cas où toute la sphère sensitive de la cinquième paire est frappée d'anesthésie, la cause en doit résider dans le renflement ganglionnaire de Gasser on dans le cerveau. A l'anesthésie se joint, dans la plupart des cas de ce genre, une paralysie masticatoire, par suite de l'atteinte portée à la *portio motoria* adjacente.

L'affection du renflement ganglionnaire de Gasser donne lieu encore à d'autres phénomènes intéressans, sous le rapport physiologique; ce sont des lésions de la vie nutritive dans les parties frappées d'anesthésie, et avant tout, aux yeux, où l'on remarque de l'inflammation, de la suppuration de l'ulcération; aux fosses nasales et à la bouche, de la rougeur, de l'écoulement de sang. Des cas de ce genre ont été rapportés par M. Serres, et depuis peu par Abercrombie, dans la dernière édition de son ouvrage sur les maladies du cerveau.

Ce n'est pas seulement le siége de la paralysie périphérique, mais aussi la nature de sa cause efficiente, dont il est souvent possible de juger. Dans le cas d'une altération organique avec irritation d'un travail inflammatoire ou d'un ramollissement, par exemple, la loi des *effets centrifuges* (loi des phénomènes excentriques) ne manque pas d'avoir son cours.

L'impression est rapportée par l'intelligence aux terminaisons périphériques des filets sensitifs, et le malade accuse des douleurs dans des parties privées de la faculté de propager les impressions du dehors.

Dans les cas d'une tumeur comprimant la cinquième paire, près de la protubérance cérébrale et augmentant de volume et d'étendue, un ou plusieurs des nerfs adjacens prennent part à l'affection; alors il importe avant tout de bien connaître la succession des phénomènes, car quant à leur intensité ils se ressemblent, qu'il y ait affection centrale des nerfs dans le cerveau ou affection périphérique.

D'après mes observations, la paralysie de la cinquième paire, dans le cas où elle dépend du cerveau, frappe à la fois la *portio minor* et la troisième branche sensitive. Il en résulte une anesthésie partielle et la suspension des fonctions masticatoires de la face bornée presque toujours à un seul côté comme dans les paralysies d'origine périphérique. C'est ainsi que je l'observais constamment dans les hémorragies récentes du cerveau.

Il en est de cette anesthésie absolument comme de celle du cas que nous avons rapporté. L'occasion de se convaincre des facultés gustatives et sensitives du nerf lingual n'est donc pas rare du tout; seulement l'anesthésie dans les cas où le malade survit à l'attaque ne persiste jamais aussi longtemps que la paralysie des muscles masticatoires, de même que dans les membres paralysés la sensibilité se rétablit plutôt que la motilité.

L'origine centrale d'une telle paralysie se fait reconnaître soit par la lésion simultanée d'autres nerfs, le plus communément du facial, de l'hypoglosse des nerfs du bras et de la jambe, soit par le fait de la propa-

---

En novembre 1837, les trois Facultés n'ont inscrit que 458 élèves *nouveaux*, et les écoles secondaires, 286. Total, 744.

D'où il résulte 1° qu'il y a eu en 1837 *sept cent soixante dix-huit* élèves *nouveaux* de moins qu'en 1833; 2° que cette diminution a plus particulièrement porté sur les élèves des Facultés, puisqu'elle a été des *deux* cinquièmes environ dans les écoles secondaires, et de *trois* cinquièmes dans les Facultés.

Dans mon rapport de l'année dernière, en exposant les avantages que les étudians en médecine trouveraient dans des écoles secondaires fortement organisées, j'exprimais le désir de voir les élèves commencer leurs études dans ces établissemens, où ils peuvent être si utilement préparés par des maîtres habiles; mon opinion à cet égard paraît avoir été partagée par les parens des élèves, et je crois que nous devons nous en féliciter.

1° INSCRIPTIONS.

Autrefois, bien des élèves négligeaient de prendre les inscriptions aux époques prescrites par les réglemens; plus tard, ils réclamaient ces inscriptions, qu'on leur allouait, sinon en totalité, du moins en grande partie ; or, si parmi les retardataires, quelques élèves omettaient de s'inscrire par négligence, bon nombre d'entre eux détournaient pour d'autres usages les fonds qui auraient dû être employés à acquitter les inscriptions. Depuis novembre 1837, les inscriptions omises ont été définitivement perdues; il n'en a été accordé rétro-activement que dix à des étudians dont les parens peu fortunés avaient écrit dans le courant du trimestre, et fait attester par le maire de la commune où ils résident, qu'ils étaient alors dans l'impossibilité d'envoyer à leur fils la somme exigée par la loi. A dater de la même époque, et à chaque trimestre, j'ai eu soin d'avertir les parens de tous les élèves qui ne s'étaient pas fait inscrire. Cette mesure ne pouvait pas manquer de fournir des résultats heureux.

2° EXAMENS.

Depuis le 1er novembre 1837, chaque élève a été interrogé pendant trois quarts d'heure, conformément à l'art. 3 de l'arrêté du conseil royal, en date du 26 septembre dernier. Sur 2,304 élèves examinés, 333 ont été refusés, comme vous pourrez le voir, monsieur le ministre, par le tableau ci-joint :

PREMIER EXAMEN.

Physique, chimie, histoire naturelle { Candidats examinés, tous reçus déjà bacheliers ès-sciences. . . . . 193, refusés 39

DEUXIÈME EXAMEN.

Anatomie et physiologie. — Candidats examinés. . . . . . . 647, refusés 104

gation entrecroisée de la paralysie en opposition avec la propagation sur le même côté, ainsi qu'elle a lieu dans les paralysies périphériques.

PHYSIOLOGIE CHIRURGICALE.

MÉMOIRE ET OBSERVATIONS SUR LES LUXATIONS DE LA HANCHE, ET EN PARTICULIER SUR UN CAS DE LUXATION INCOMPLÈTE DE CETTE ARTICULATION CONSTATÉE PAR L'AUTOPSIE; par M. AUG. BARON (d'Agen), interne à l'hôpital St-Louis, membre des sociétés anatomique et médicale d'observation de Paris.

Parmi les cinq espèces de luxations de la hanche admises par les auteurs, je ne traiterai ici que des luxations *sacro-sciatique* et *iliaque*, ne possédant pas d'observations des autres espèces. Je mentionnerai ensuite avec beaucoup de détails l'observation, unique dans la science, d'une luxation incomplète et récente de la hanche qu'il m'a été donné de constater par l'autopsie. Après avoir exposé avec détail les observations des quatre luxations qui font l'objet de ce mémoire, j'envisagerai le sujet sous le point de vue pratique, et je ferai part des réflexions que m'ont suggérées les faits observés.

LUXATION DE LA HANCHE DROITE PRIMITIVE EN ARRIÈRE (L. SACRO-SCIATIQUE); RÉDUCTION FACILE.

OBS. Jean Kuntz, allemand, carrier, âgé de 32 ans, formes vigoureuses, muscles fort développés, travaillait le 14 avril 1837, à trois heures de l'après-midi, dans le fond d'une carrière de la butte *Chaumont*. Un éboulement survient et on le retrouve enseveli à plusieurs pieds sous terre. Le malade ne peut nous raconter aucun détail de son accident, si ce n'est que pendant sa chute sa cuisse droite fut portée dans une violente adduction, et fortement fléchie sur le ventre. Porté à l'hôpital Saint-Louis à sept heures du soir, il offre les symptômes suivans :

Decubitus dorsal légèrement incliné sur le côté gauche. Le malade accuse dans la hanche droite une douleur vive qui l'empêche de marcher; la cuisse droite est légèrement fléchie et portée dans une forte rotation en dedans, en sorte que le bord interne de la rotule droite regarde la partie latérale interne et postérieure en même temps de l'articulation fémoro-tibiale opposée. La jambe et le pied droits, au contraire, s'écartent sensiblement des mêmes parties du côté opposé. La rotation en dehors est impossible et cause des souffrances horribles dans la hanche du malade; l'extension du membre est pratiquée, mais avec beaucoup de peine, et dans cette position le membre mesuré de l'épine iliaque antérieure et supérieure, à la malléole externe, ne présente que *quatre* lignes de raccourcissement comparé au membre gauche porté également dans l'extension. Mesuré dans sa nouvelle position (rotation en dedans et flexion légère), il offre un *pouce et demi* de raccourcissement. La fesse droite n'est pas sensiblement plus saillante que celle du côté opposé, son pli est remonté de quelques lignes. Le grand trochanter est plus élevé et porté plus en arrière que du côté opposé, et on peut circonscrire assez facilement au milieu de l'espace qui sépare l'épine iliaque postérieure et supérieure du cou, une tumeur globuleuse, lisse, dure, que l'on sent très bien mouvoir quand on imprime des mouvemens au fémur de ce côté. Le malade assure n'avoir jamais eu de claudication et n'avoir jamais fait de chute.

Dans tous les mouvemens imprimés au membre pour éclairer le diagnostic, on ne perçoit pas de crépitation et le membre reprend toujours et naturellement sa position première. M. Gerdy pense que la tête est placée sur la partie la plus élevée de l'échancrure sciatique.

On procède immédiatement à la réduction. Le malade est placé sur une table garnie de matelas, et couché sur le côté gauche; son corps est adossé contre une colonne à laquelle on le fixe à l'aide de draps pliés en cravate qui embrassent la partie inférieure du tronc, et la base de la cuisse malade. Le long de celle-ci sont placés en dehors et en dedans les deux chefs d'un drap qui laisse un étrier à son extrémité inférieure. On les fixe avec des circulaires de bande fortement serrés jusqu'à la partie supérieure de la cuisse; on les rabat ensuite le long du membre où ils sont maintenus par de nouveaux circulaires. Un autre drap est passé par sa partie moyenne dans l'étrier, et donné à trois aides pour pratiquer l'extension. Le membre luxé est fléchi à angle droit sur le ventre. L'extension est dirigée en avant et presque perpendiculairement à l'axe du corps, de manière à ce que la tête de l'os suive la direction d'une ligne passant par le centre de la cavité cotyloïde. Pendant l'extension, M. Gerdy presse fortement la tête d'arrière en avant, et la refoule avec sa main.

A peine quelques efforts sont-ils faits que l'on sent sa tête rentrer dans la cavité, en produisant un choc particulier; en examinant le membre avec attention, on voit qu'il a repris la rectitude naturelle, et qu'il exécute tous les mouvemens avec la plus grande facilité; tout raccourcissement a disparu.

Le malade est porté dans son lit. On s'assure de l'immobilité de la hanche par un bandage particulier, modification du spica de l'aine, qui l'embrasse, et la serre fortement pour paralyser l'action musculaire. Entre les deux genoux du malade, un coussin est fixé et maintenu par des circulaires de bandes qui, s'étendant du haut des cuisses aux pieds, s'opposent à tout mouvement de la part du membre luxé. Le malade a gardé le lit et son appareil contentif jusqu'au 4 mai (dix-septième jour de l'accident), et a quitté l'hôpital ce jour là, exécutant tous les mouvemens avec facilité, sans conserver de douleur dans la hanche luxée.

LUXATION DE LA HANCHE DROITE PRIMITIVE EN ARRIÈRE (L. SACRO-SCIATIQUE); RÉDUCTION FACILE.

OBS. II.—Commère (François), menuisier, âgé de 33 ans, stature médiocrement élevée, formes vigoureuses, sans être athlétiques, travaillait dans le cloître St-Lazare à construire le plancher d'un premier étage à 15 pieds au-dessus du sol. Plongé dans l'obscurité lorsqu'il quittait son ouvrage, Commère, pour descendre, appuie le pied sur une planche appuyée sur le plancher, et tombe sur le sol. Le malade ne peut nous donner aucune sorte de détails sur les particularités de sa chute.

Porté sur un brancard à l'hôpital St-Louis, deux heures après l'accident, nous faisons les remarques suivantes.

Le malade est couché sur le côté gauche, le membre inférieur droit étendu et appuyé presque dans toute sa longueur sur le membre sain : au premier abord, la fesse droite présente un aspect si différent de la gauche, que mon attention se fixe naturellement sur la hanche. La fesse, en effet, au lieu d'être arrondie dans sa partie postérieure, offre en ce point une dépression très sensible; en avant et en dehors de cette dépression, se trouve une saillie formée par une tumeure dure, globuleuse, sans aspérités, au niveau de laquelle le malade accuse des douleurs excessives, non-seulement à la pression, mais même au moindre toucher; en imprimant des mouvemens au membre, on les sent très bien se communiquer à cette tumeur qu'il est impossible de ne pas attribuer à la tête du fémur déplacée. Les plis des fesses, examinés des deux côtés, sont au même niveau.

Pour parvenir à bien déterminer la position de la tête fémorale, nous avons mesuré les distances qui les séparaient des éminences osseuses du bassin; et après avoir pris les mesures aussi exactement que possible, nous avons

---

TROISIÈME EXAMEN.

Pathologie interne et externe. — Candidats examinés...... 567, refusés 114

QUATRIÈME EXAMEN.

Hygiène, médecine légale, thérapeutique, matière médicale. } Candidats examinés. 474, refusés 67

CINQUIÈME EXAMEN.

Cliniques interne, externe et d'accouchement. } Candidats examinés. 423, refusés 29

2304	333

Le nombre des ajournemens pendant l'année qui vient de s'écouler dépasse notablement le plus fort de ceux que l'on avait atteints jusqu'alors, et pourtant l'instruction n'est ni moins générale, ni moins forte; jamais, au contraire, les cours n'ont été faits avec plus de talent et de zèle, et rien n'égale l'assiduité avec laquelle ils ont été suivis. L'amélioration obtenue cette année dans la partie du service dont je parle tient, d'une part, à ce que chaque élève, étant interrogé pendant trois quarts d'heure, est examiné sur toutes les branches qui composent les examens, ce qui permet aux juges de constater la faiblesse des candidats sur certains points et de s'assurer de leur capacité réelle, et, d'un autre côté, à ce que la sévérité des examinateurs augmente à mesure que les moyens d'instruction se multiplient.

Un fait important, que je ne saurais passer sous silence, c'est que, sur 612 élèves qui ont commencé leurs études à la Faculté de Paris, en novembre 1836 ou en janvier 1837, et qui devraient aujourd'hui avoir passé le premier examen, puisqu'ils ont plus de quatre inscriptions révolues, 193 seulement ont subi cette épreuve. Les 419 qui ne se sont pas présentés ne peuvent pas obtenir la cinquième inscription; la plupart d'entre eux sont ainsi arrêtés dans leur marche pour n'avoir pas encore pu se faire recevoir bacheliers ès-sciences. La mesure qui rend de nouveau ce titre obligatoire se trouve par là suffisamment justifiée. Il est à présumer que plusieurs de ces élèves retardataires finiront par acquérir le diplôme de bachelier ès-sciences; d'autres renonceront au doctorat pour devenir officiers de santé; il en est même qui abandonneront la carrière de la médecine, si déjà ils ne l'ont fait.

3° THÈSES.

Sur 349 candidats qui ont soutenu leurs thèses depuis le 2 janvier jusqu'au 31 août de cette année, 26 ont été ajournés à trois mois, à six mois, ou à un an; tandis que, sur 4071 thèses soutenues à la Faculté de Paris depuis l'an-

trouvé qu'elle était distante de 3 pouces et demi de l'épine iliaque antérieure et supérieure, et située à 2 pouces au-dessus et un peu en arrière de la tubérosité de l'ischion. Le grand trochanter, placé à trois pouces au-devant d'elle et à huit lignes au-dessous de son niveau, indique que le col du fémur se trouve dirigé d'avant en arrière, un peu en dehors, en dedans, et de bas en haut. (Les mesures ont été prises le mieux possible, mais le malade, exaspéré par la douleur, était livré à une grande agitation.)

La cuisse droite, fortement portée dans l'adduction, a subi une rotation sensible en dedans. Les muscles de la région antérieure sont contractés, et forment en dehors et en avant un relief considérable et très saillant, en dedans duquel se remarque une dépression très sensible à l'aine. La forme de la cuisse a complétement changé; on dirait que la violence, agissant de dehors en dedans pour porter le fémur dans une rotation forcée, a refoulé les muscles de la région antérieure en dedans, et ceux de la région postérieure en dehors et en avant; et, à l'inspection, on remarque que la région postérieure de la cuisse a subi un aplatissement considérable, qui contraste singulièrement avec la forme de la région postérieure de la cuisse opposée; elle est fléchie modérément sur le tronc.

Mesurée de l'épine iliaque antérieure et supérieure à la malléole externe, la cuisse droite, comparée à celle du côté opposé, offre un raccourcissement de 18 lignes; le moindre mouvement imprimé au membre arrache au malade des cris aigus qui empêchent un examen plus minutieux.

Le genou a subi la même direction que la cuisse; le creux poplité dirigé en avant et en dehors forme un plan oblique de haut en bas, d'avant en arrière, et de gauche à droite. Le bord externe du jarret et la face antérieure du genou sont appliqués contre le jarret du côté opposé, son bord interne appuie sur la couche. Le tendon du biceps forme une corde dure et tendue.

La jambe partage la même direction et présente les rapports du genou; elle est dans une flexion très légère sur la cuisse (10 à 15 degrés).

Le pied appuie sur la couche par les orteils, et le talon est dirigé en avant et en haut; mais tandis que la jambe se dirige légèrement en dehors, en s'écartant de celle du côté opposé, le pied suit une direction opposée en dedans, en sorte que les orteils sont plus rapprochés du pied gauche que le talon. Je diagnostique une luxation en haut et en arrière, comme dans le cas précédent, et mon diagnostic est confirmé par MM. les docteurs Gerdy jeune, Fau, Beaugrand, et plusieurs de mes collègues de l'hôpital, à huit heures et demie : efforts de réduction par le procédé précédemment décrit. Trois aides font l'extension. Les deux premières tentatives n'amènent d'autre résultat qu'un léger rapprochement des surfaces osseuses déplacées. Pour pratiquer la troisième, j'enlace une serviette autour de la base de la cuisse luxée, en la fixant autour de mon cou, et pendant l'extension, j'agis pour soulever la tête du fémur, à la manière d'un levier du premier genre, pendant qu'avec ma main je refoule fortement la tête d'arrière en avant, et un peu de haut et en bas. C'est pendant cette troisième tentative que la réduction a été obtenue et annoncée par un choc caractéristique. Le malade a été soumis au repos et aux moyens contentifs employés chez le premier, et douze jours après son entrée il a quitté l'hôpital, conservant les mouvemens du membre.

LUXATION EN DEHORS ET EN HAUT DE LA CUISSE (ILIAQUE); LUXATION EN ARRIÈRE (SACRO-SCIATIQUE) CONSÉCUTIVE AUX EFFORTS DE RÉDUCTION; RÉDUCTION; LUXATION EN DEHORS ET EN HAUT REPRODUITE SPONTANÉMENT.

OBS. III. — Etevé Grégoire, âgé de 43 ans, marchand parfumeur, homme assez fort et bien constitué, est porté à l'hôpital Saint Louis, le 19 mai 1837, à neuf heures du matin. Il se plaint d'une douleur vive dans la hanche gauche avec impossibilité de mouvoir le membre. Cet homme, occupé la veille à Neuilly à nouer des sacs de farine de deux cents livres à peu près pour les hisser vers un grenier, tenait la cuisse gauche dans une forte réduction avec légère flexion en avant; le tronc penché vers la terre; le sac précédent, mal noué sans doute, tombe de vingt-cinq pieds de haut, contourne la hanche et la cuisse gauche qu'il pousse brusquement et violemment de dehors en dedans vers la cuisse opposée. Il est renversé à l'instant et éprouve des douleurs horribles dans l'articulation coxo-fémorale.

Relevé sans connaissance et transporté dans sa maison, des médecins appelés exercent des tentatives de réduction à deux reprises pendant cinq heures. Les efforts d'extension sont faits, au dire d'Etevé, par douze hommes vigoureux et dirigés en bas. L'inutilité de ces tentatives l'a décidé à entrer à l'hôpital. Il se présente dans l'état suivant :

Inclinaison du tronc sur le côté droit; cuisse gauche fléchie légèrement sur le bassin. En mesurant comparativement les deux membres inférieurs, nous trouvons pour le gauche un raccourcissement de deux pouces; la fesse gauche est tendue, saillante; son pli est remonté à un pouce et demi environ au-dessus de celui de la fesse opposée. Le grand trochanter est plus élevé, porte plus en avant que celui du fémur droit et soulève les tégumens; on sent à la partie moyenne de la fesse, lorsqu'on la comprime fortement, une tumeur dure, globuleuse, que l'on rapporte à la tête du fémur déplacée; la cuisse est portée fortement dans l'adduction et la rotation en dedans. Toute tentative pour porter le membre en dehors est impossible, et s'accompagne de douleurs très vives; l'adduction augmente à peine celles qu'il éprouve. La flexion est très légère (10 à 12°); elle est très douloureuse quand on veut l'augmenter pendant tous ces mouvemens; on ne sent pas de crépitation, et le membre revient de lui-même à l'adduction. Les tégumens de l'aine sont moins tendus, mais on n'y découvre pas de dépression sensible. M. Jobert essaie deux fois la réduction par le procédé de la flexion et la rotation du membre en dehors (procédé de M. Desprez) et par le procédé ordinaire sans aucun succès.

Les 19 et 20 on fait deux autres tentatives sans plus de succès, après avoir eu la précaution de saigner le malade, de lui donner tous les jours un bain prolongé; une heure avant la réduction une potion émétisée.

Le 21, après avoir pris les mêmes précautions, on essaie le procédé ordinaire. L'extension est exercée comme chez les deux malades précédens, et pratiquée par six aides directement en bas, suivant l'axe du corps. La première tentative est sans résultat. La deuxième, entreprise dix minutes après la précédente, est suivie d'un craquement distinct, craquement qui fait croire à la réduction; mais en examinant le membre on voit que la luxation n'est pas réduite, que la tête de l'os a été seulement déplacée et ramenée plus bas vers l'échancrure sciatique. Le grand trochanter semble descendre, porté plus en arrière, moins saillant; la tête du fémur moins saillante paraît plus en arrière; et le pli de la fesse est à un pouce au-dessus de celui de la fesse opposée; la flexion de la cuisse n'est pas sensiblement augmentée. Le raccourcissement n'est que de onze lignes. Les mouvemens sont toujours très douloureux; pendant l'extension forcée du membre, le raccourcissement n'est que de quatre lignes. M. Gerdy, ayant égard à la direction des efforts d'extension et aux nouveaux symptômes, pense que la tête a été amenée dans l'échancrure sciatique.

Jusqu'au mois de juin, quatre nouvelles tentatives sont faites sans succès, malgré les bains, le tartre stibié, l'opium, que l'on emploie pour affaiblir le malade.

Le 4 juin au matin, deux jours après une tentative, le malade se plaint de dysurie avec envies fréquentes d'uriner.

Le 5 juin au matin, une nouvelle tentative est faite par MM. Sanson, Laugier, Blandin et Sédillot qui ont recours au moufle. Voici les dispositions générales des manœuvres prises pour la réduction, manœuvres importantes que je crois devoir détailler avec soin.

Le malade est couché sur une table placée perpendiculairement à une forte colonne qui porte un gros crochet de fer situé à dix pieds de hauteur environ. A ce crochet est attaché un moufle fixé par son autre extrémité à l'anse d'une serviette qui embrasse obliquement la cuisse malade vers son tiers supérieur. Ce moufle est destiné à soulever le fémur et à faire basculer son extrémité supérieure.

2° Le bassin est maintenu immobile au moyen d'une alèze qui l'enlace fortement et est confiée à des aides.

3° Pour éviter tout mouvement d'abaissement du tronc, on passe un drap plié en cravate à la base de la cuisse malade, et on le donne à tenir à des aides

---

née 1823 jusqu'à la fin de 1837, le nombre total des ajournemens n'avait été que de 34. Ce résultat est évidemment dû à l'arrêté du conseil royal, en date du 26 septembre dernier, par lequel les aspirans au doctorat sont tenus de traiter dans leurs thèses quatre questions tirées au sort et relatives aux diverses branches de l'art de guérir; en effet, la plupart des candidats ajournés cette année n'ont été refusés que parce qu'ils ont mal répondu sur des matières sur lesquelles ils avaient déjà été interrogés aux examens, mais qu'ils avaient oubliées. Au reste, 73 élèves ont profité de la disposition de l'art. 4 dudit arrêté, qui leur permet de traiter, en outre des questions qui leur sont dévolues, un sujet *ex professo* de leur choix.

4° ÉCOLES SECONDAIRES.

Je ne terminerai pas ce rapport, M. le ministre, sans vous dire que les mesures prescrites l'an dernier à l'égard des écoles secondaires ont déjà porté leurs fruits. J'ai appris par MM. les directeurs de ces écoles, et vous devez le savoir par les rapports officiels qui vous sont parvenus à la fin de chaque semaine et de chaque trimestre, que partout les cours ont été faits avec exactitude, que plusieurs étudians ont été interrogés à chaque séance, que des observations ont été recueillies par les élèves sous la direction des professeurs de clinique, que les cadavres ont été beaucoup plus abondans que par le passé (la Faculté de Montpellier a reçu au moins deux fois autant de sujets que les années précédentes); que les dissections, surveillées par des prosecteurs, ont été très suivies; que dans beaucoup de ces écoles les étudians ont manœuvré les opérations chirurgicales sur les cadavres; que partout, excepté dans un de ces établissemens, les salles de maternité leur ont été ouvertes et qu'ils ont pratiqué eux-mêmes des accouchemens.

Les examens de fin d'année prescrits par l'arrêté du conseil du 26 septembre dernier viennent d'avoir lieu dans le courant du mois dernier dans toutes ces écoles, et vous n'avez pas appris sans intérêt qu'ils ont été généralement satisfaisans. Quelques élèves, il est vrai, pour se soustraire à ces épreuves, ont quitté les écoles dès le commencement d'août; mais, au terme des réglemens, ils ne pourront faire compter leurs inscriptions devant les Facultés ni continuer leurs études dans ces écoles qu'autant qu'ils auront subi les examens qu'ils ont voulu éviter et qu'ils y auront satisfait. Parmi les étudians qui ont été examinés, il en est un certain nombre qui ont été ajournés à trois mois et qui devront soutenir de nouvelles épreuves à la rentrée s'ils persistent à étudier la médecine. MM. les professeurs des écoles secondaires ont rempli cette partie de leur mission avec conscience et désintéressement; le zèle qu'ils ont déployé dans cette circonstance est digne des plus grands éloges.

Les conseils généraux et municipaux, appréciant les avantages que doivent retirer les départemens et les villes des écoles de ce genre, se sont empressés, dans certaines localités, de répondre à l'appel que vous leur avez fait : Rouen, Nancy, Amiens, Dijon, Besançon, etc., ont voté des fonds pour subvenir aux frais de premier établissement des cours nouvellement créés, pour construire des salles de dissection convenables, ou pour rétribuer des chaires qui ne l'étaient pas. Et si, dans quelques départemens, les vœux de l'administration supérieure ne sont pas encore complètement réalisés sous ce rapport, tout porte

avec ordre de tirer légèrement en haut; d'autres aides sont chargés de fixer le tronc du malade, afin qu'il ne puisse s'élever.

4° On applique une forte lanière en cuir sur le genou du membre malade, garni préalablement de coton; on le tient fléchi à angle obtus. Sur les parties latérales de cette lanière sont deux crochets auxquels est fixé le deuxième moufle muni du dynamomètre, et fixé lui-même à une autre colonne. Ce moufle est d'abord confié à un seul aide pour opérer une traction modérée, lente et continue. Le membre a été préalablement garni de circulaires de bandes dans toute sa longueur.

5° Le malade est couché sur le côté droit, le membre luxé libre et pendant; la jambe est fléchie à angle très obtus sur la cuisse, portée dans la rotation en dehors et maintenue dans cette position par trois aides, pendant que M. Sanson embrasse de ses mains l'extrémité inférieure du fémur, et la porte dans la rotation en dehors. M. Gerdy dirige toutes les manœuvres et se charge de refouler la tête une fois soulevée d'arrière en avant.

M. Laugier auquel est confié le premier moufle que nous nommerons vertical, par opposition au second qui agit horizontalement, opère d'abord une légère traction dans le but de dégager la tête du fémur en faisant basculer son extrémité supérieure. A ce moment M. Sanson et ses aides appuient fortement sur le genou et l'extrémité inférieure du membre, pour empêcher la partie inférieure du fémur d'être soulevée avec la supérieure; de cette manière on a un levier du premier genre d'une force considérable. Après ce premier effort, ordre est donné de tirer légèrement sur le moufle horizontal qui agit sur la cuisse dirigée en bas, en dedans et en avant: on augmente graduellement les forces extensives que l'on porte jusqu'à 190 kilog., sans résultat autre que quelques frottemens dus, selon les uns, au choc des surfaces osseuses; selon d'autres, à des déchirures capsulaires.

Après cette première tentative, M. Sanson propose pour la deuxième d'abandonner l'usage du moufle horizontal et de confier à des aides l'extension qu'il veut rendre mobile; dans ce but, on fixe les deux chefs d'un drap plié en cravate dans les anneaux de la lanière de cuir, et on les confie à six aides qui opèrent l'extension de dehors en dedans, d'abord et ensuite dans un sens opposé, suivant l'ordre de M. Sanson, pendant que ce chirurgien porte la cuisse dans une forte rotation de dedans en dehors. C'est dans ce dernier temps que l'on a perçu un craquement particulier semblable à celui produit par le choc de deux surfaces osseuses; tous les assistans croient à la réduction, et voici le résultat d'un examen attentif.

Le membre est toujours raccourci de onze lignes; il a repris sa rectitude naturelle, n'est dévié dans aucun sens, nullement fléchi. La fesse est flasque, molle, moins saillante qu'auparavant, ne présente pas de tumeur appréciable au toucher. Le grand trochanter a repris sa position ordinaire; il est seulement plus élevé que l'autre de dix à onze lignes. Les mouvemens du membre paraissent s'exécuter aisément.

Le malade est remis dans son lit; on fixe les cuisses comme dans les autres cas. Un bain de deux heures est prescrit pour calmer les douleurs.

Le 6, le malade a peu souffert de la hanche; la dysurie a presque cessé. Mêmes symptômes du côté du membre jusqu'au 14 juin, époque à laquelle on remarque que la cuisse légèrement fléchie est portée dans la rotation en dedans, qu'elle offre un raccourcissement de près de deux pouces, que le grand trochanter est plus saillant et porté plus en avant; on sent dans la fosse iliaque la tête qui a repris la même position qu'elle avait à l'entrée. Le malade assure qu'il n'a pas fait de mouvement, mais on ne peut savoir comment il a été porté au bain. M. Gerdy pense toujours que la luxation était réduite et qu'elle se sera reproduite par les mouvemens du malade. Il explique la facilité de la tête à se déplacer par cette circonstance, qu'elle avait enfoncé la capsule dans la cavité cotyloïde où rien ne la maintenait.

Le malade s'oppose formellement à toute tentative nouvelle, et le 3 juillet il quitte l'hôpital dans l'état suivant:

Le raccourcissement est toujours de vingt lignes; la fesse est très aplatie postérieurement; le malade marche depuis quatre jours avec des béquilles. Pendant la marche, il n'appuie pas sur la cuisse luxée qu'il tient légèrement fléchie et qu'il ne peut étendre; dans la station elle se porte au-dessus et au-devant de l'autre. Dans l'attitude assise, le membre malade est toujours placé derrière le membre sain. Quand le malade monte un escalier, il s'enlève sur les béquilles, franchit les degrés avec le membre sain sans toucher le sol avec le membre malade qu'il tient toujours soulevé. Si pendant cet exercice qui le fatigue le plus, il lui arrive de frapper son pied contre terre, il souffre horriblement dans la hanche. Il ne peut accomplir la défécation que sur une chaise percée, et alors sa position est la même que dans l'attitude assise, excepté qu'il se tient légèrement soulevé sur les membres supérieurs.

Aujourd'hui 16 mai 1838, l'état d'Etevé n'a pas sensiblement changé: Etevé a abandonné depuis longtemps l'usage des béquilles. Il marche une très grande partie de la journée sans fatiguer beaucoup; sa marche est naturelle à part la claudication; le raccourcissement du membre n'a ni diminué ni augmenté. La cuisse et la fesse sont affectées d'un atrophie très sensible, qui est moins prononcée dans la jambe. Etevé monte avec facilité les degrés d'un escalier, mais en lançant toujours en avant le membre malade sur lequel il appuie cependant; ne souffre plus dans la hanche après avoir fait un faux pas; une heure après être couché, il éprouve des douleurs horribles dans la hanche, douleurs que cause l'insomnie et qu'il soulage en appuyant fortement la hanche contre un oreiller ou en la serrant de la main; les mouvemens de la cuisse se communiquent d'une manière obscure à la tête du fémur qui parait être solidement fixée sur l'os des iles. A part l'inconvénient que je signalais tout à l'heure, Etevé ne se plaint pas de son état, et ne se repent nullement de s'être opposé aux tentatives de réduction qu'on lui avait proposées.

FRACTURES COMPLIQUÉES DU BRAS ET DE PLUSIEURS COTES; LUXATION INCOMPLÈTE DU FÉMUR GAUCHE SUR LE BORD SUPÉRIEUR DU BORD COTYLOÏDIEN. MORT; AUTOPSIE.

Obs. IV. — Le 26 juin 1837, à deux heures de l'après-midi, on porta à l'hôpital Saint-Louis le nommé Verpillot, âgé de 52 ans, chauffeur de machines à vapeur. Cet homme, très vigoureux et de formes athlétiques, saisi, entraîné par une de ses machines dans son mouvement circulaire pendant qu'il en graissait les rouages, a tourné huit fois sur lui-même autour de l'arbre en mouvement, avant qu'on ait pu arrêter la vapeur. Dans cette position, son corps a passé quatre fois, nous dit-on, dans une ouverture de vingt pouces carrés; ses vêtemens ont été enlevés complètement à la première fois; les trois dernières, il l'a traversée entièrement nu.

A son entrée à l'hôpital, on constate une fracture de plusieurs côtes du côté droit, avec plaie et décollement du thorax, et un broiement complet du membre supérieur droit jusqu'à l'épaule, qui en nécessite la désarticulation immédiate. Après cette opération, on considère plus attentivement le membre inférieur gauche dont la rotation exagérée en dehors avait d'abord frappé; mais dont l'examen sérieux avait dû s'effacer devant les lésions graves du malade; et l'amputation subie, on fait les remarques suivantes:

Le malade est couché sur le dos; la cuisse gauche, très légèrement fléchie sur le bassin (5 à 8°), est fortement rejetée en dehors et écartée de celle du côté opposé. Sa face interne est devenue un peu antérieure; la rotule et le genou sont aussi portés en dehors, et la partie latérale interne de ce dernier correspond au bord interne de la rotule du genou opposé. Le pied est écarté de celui du côté opposé, son bord externe est fortement incliné en dehors. En mesurant alternativement les deux membres de l'épine iliaque antérieure et supérieure aux malléoles externe et interne et au bord supérieur des rotules, les deux épines étant de niveau, nous trouvons pour le gauche un raccourcissement qui varie de quatre à cinq lignes. Les mouvemens de rotation en dedans sont impossibles et très douloureux; ceux en dehors, quoique très bornés, causent beaucoup de douleur au malade. La flexion très légère du membre peut être augmentée, mais en causant de grandes souffrances. Après tous les mouvemens, le membre revient naturellement et comme de lui-même à sa position primitive, la rotation en dehors. Pendant toutes ces manœuvres dirigées en partie pour reconnaitre la crépitation (car on croyait avoir affaire à une fracture du col du fémur), on n'a pas entendu le moindre craquement. L'aine ne présente pas de tumeur, et offre seulement plus de tension que du côté opposé; les vaisseaux fémoraux ont conservé leurs rapports, et ne paraissent ni tendus ni soulevés.

à croire qu'ils ne tarderont pas à l'être, si, comme je n'en doute pas, vous persistez à réclamer les améliorations qui vous ont paru nécessaires.

Agréez, M. le ministre, l'assurance de mes sentimens respectueux,

Orfila.

FORMULES DES RAPPORTS TRIMESTRIELS SUR LES ÉCOLES SECONDAIRES.

1. Combien y a-t-il eu d'élèves inscrits pendant le trimestre de ?
2. Les professeurs ont-ils fait leurs cours avec assiduité ?
3. Combien de leçons chaque professeur a-t-il données par semaine ?
4. Chaque leçon a-t-elle été précédée d'un interrogatoire ?
5. Combien de temps a duré l'interrogatoire ?
6. Combien, dans chaque leçon, y a-t-il eu d'élèves interrogés ?
7. Les leçons cliniques ont-elles été faites dans l'amphithéâtre, après les visites ?
8. Les élèves ont-ils recueilli des observations aux lits des malades ?
9. A quelle époque les élèves ont-ils commencé à disséquer ?
10. A quelle époque les élèves ont-ils cessé de disséquer ?
11. Combien y a-t-il eu d'élèves disséquant à la fois ?
12. Combien l'école a-t-elle reçu de cadavres pendant le trimestre ?
13. Les travaux anatomiques ont-ils été surveillés par un interne ou par un aide ?
14. Les élèves ont-ils pratiqué des opérations chirurgicales sur le cadavre pendant les deux trimestres d'été ?
15. Les élèves ont-ils été admis à la salle de la maternité ?
16. Combien chaque élève a-t-il pratiqué ou vu pratiquer d'accouchemens ?
17. Les inscriptions ont-elles été délivrées à la fin des trimestres ?
18. A-t-on donné des inscriptions à des élèves qui s'étaient présentés pour signer le registre sept jours après le commencement du trimestre ?
19. Les examens ont-ils eu lieu à la fin d'août ?
20. Par qui ont été faits les examens de première année ?
21. Par qui ont été faits les examens de deuxième année ?
22. Par qui ont été faits les examens de troisième année ?
23. Par qui ont été faits les examens de quatrième année ?
24. Quelle a été la durée d'un examen pour un élève ?
25. Combien y a-t-il eu d'élèves examinés en première, en deuxième, en troisième et en quatrième années ?
26. Combien y a-t-il eu d'élèves ajournés ?

— Des pertes séminales involontaires; par M. Lallemand, professeur à la faculté de médecine de Montpellier.

Deuxième partie. Prix: 4 fr. 50 c.

A Paris, chez Béchet jeune, libraire de la faculté de médecine, place de l'Ecole-de-Médecine, 4.

Au-dessus de l'épine iliaque antérieure et supérieure, et en-dehors d'elle, on sent une tumeur dure, assez profonde, présentant des inégalités, attribuée, par les uns, à des stalactites développées sur le fémur, par d'autres à l'extrémité d'un fragment, et formée, comme l'autopsie nous l'a prouvée, par le grand trochanter, très développé. En dehors et un peu en avant de cette tumeur existe une corde dure, tendue, très résistante, formée par le tenseur du fascia et, en dedans et en avant, par le crural antérieur. Ne reconnaissant pas la maladie, on n'a pas recherché avec soin la position de la tête.

M. Gerdy, croyant avoir affaire à une fracture du col du fémur, fait pratiquer l'extension par deux aides sur le pied et le genou. L'un d'eux fléchit fortement le genou en le soulevant avec son bras, passé passé sous le jarret, et le porte, dans une légère rotation, en dehors, pendant que M. Gerdy presse la tumeur, qu'il prend pour l'extrémité du fémur fracturé d'avant en arrière. Un bruit particulier, un choc, se fait entendre, et M. Gerdy n'hésite pas à l'attribuer au choc de la tête de l'os rentrant dans la cavité cotyloïde. La difformité disparaît dans le membre, qui reprend sa rectitude et peut exécuter des mouvemens. M. Gerdy, ayant égard aux symptômes observés, pense que l'on avait affaire à une luxation incomplète et que la tête de l'os était placée sur le rebord supérieur de la cavité cotyloïde; il la nomme *luxation sus-cotyloïdienne antérieure*. Nous verrons qu'elle aurait été nommée, avec plus de raison, *luxation cotyloïdienne supérieure et externe*.

Le malade succomba le lendemain à six heures.

A l'autopsie du membre luxé, nous trouvons de fortes ecchymoses entre les deuxième et troisième adducteurs, au devant du pectiné, en dedans de la gaîne des vaisseaux cruraux, jusques sous le ligament de Gimbernat, dans la gaîne du psoas iliaque, sur le vaste externe à son tiers supérieur. A la partie inférieure du moyen fessier, entre ce dernier et le grand, existe un large épanchement sanguin, qui se prolonge jusqu'au tiers inférieur de la cuisse, sous le fascia lata.

La bourse muqueuse, située entre le psoas et l'os des iles est intacte; en renversant les muscles en bas, et après avoir ouvert cette bourse, on aperçoit dans son fond une ouverture transversale de six lignes de long, communiquant avec l'articulation, et laissant voir le cartilage qui recouvre la tête du fémur. Au-dessous de cette ouverture en existe une autre de deux lignes d'étendue, séparée de la première par une bride très étroite, formant une espèce de pont. Entre le périoste et la face profonde du muscle iliaque existe une ecchymose légère.

Après avoir déjeté en bas le psoas et renversé en dedans le couturier et le crural antérieur, on voit à nu, entre les deux muscles et les fessiers, la tête du fémur revêtue de son cartilage articulaire, à travers une ouverture large et irrégulière, pratiquée aux dépens de la partie supérieure antérieure et externe de la capsule, qui est très mince en ce point. Cette ouverture est dirigée obliquement de dehors en dedans et de haut en bas. Son bord *interne* est assez régulier, nettement tracé et formé par une portion capsulaire d'un pouce de longueur, sur la partie antérieure de laquelle viennent s'épanouir quelques fibres du psoas iliaque : en haut, sur le bord supérieur du sourcil cotyloïdien, il ne reste plus que deux lignes de la capsule articulaira, qui est très épaisse en ce point, lacérée et contuse, en sorte que la rupture en cet endroit a eu lieu presqu'au niveau de l'insertion cotyloïdienne de la capsule. Ce lambeau de capsule est aminci, d'une ténuité extrême, et déchiqueté à son bord libre, ce qui tient, sans doute, à la pression de la tête contre le rebord de la cavité cotyloïde. Du côté externe, au contraire, existe un lambeau capsulaire aminci de trois à quatre lignes de longueur, échancré à son milieu en arc de cercle, plus large à ses extrémités. Du reste, la division est assez nettement produite. La tête fémorale est cachée en bas par une portion de capsule large, de forme quadrilatère, de huit lignes de longueur, déchiquetée sur ses bords, et sur la face antérieure de laquelle existent quelques fibres du psoas-iliaque, épanouies et rompues. Du reste, les bords de l'ouverture flottent irrégulièrement sur la tête fémorale, sans la recouvrir entièrement.

Après avoir reproduit la luxation, en portant le membre dans la flexion et dans la rotation en dehors, nous remarquons que la tête du fémur se trouve entre le crural antérieur et le couturier en dedans; les fessiers et le tenseur du fascia en-dehors et en avant; qu'elle est située immédiatement au-dessous de l'épine iliaque antérieure et inférieure, à trois lignes en dehors et en arrière d'elle. Une ligne qui passerait par le milieu de cette épine formerait une tangente à la tête, en sorte qu'en supposant la violence plus forte et dirigée un peu plus en avant, la tête aurait inévitablement heurté contre cette épine iliaque. En haut, la tête du fémur affecte des rapports avec les fibres les plus antérieures et externes des moyens et petits fessiers qu'elle soulève; en arrière elle est appuyée contre le tiers externe du rebord supérieur de la cavité cotyloïde; en avant, elle est recouverte par le crural antérieur et par le bord externe du couturier, qui la recouvre en dedans avec le psoas iliaque : elle est maintenue dans cette position (sur le bord supérieur et externe du contour cotyloidien) par la portion inférieure de la capsule formant une sorte de corde ou d'anse qui l'embrasse et la soulève.

Vers la partie interne de la tête fémorale, on voit le ligament rond dans un état d'extension modéré. Ses fibres postérieures seules sont divisées dans la moitié de son épaisseur. Il peut encore supporter quelques tractions sans se rompre.

L'axe de la tête fémorale est à huit lignes au-dessus de celui de la cavité cotyloïdienne; la face antérieure du fémur est tournée légèrement en dehors; le petit trochanter est plus en dedans et en avant qu'à l'état normal, et le grand trochanter, porté plus en arrière et en haut, est situé à trois lignes au dessous du niveau de la tête; il est très volumineux, hérissé de bosselures et de dépressions irrégulières; son diamètre vertical a près de deux pouces, l'antéro-postérieur deux pouces quatre lignes. On conçoit dès-lors comment il a pu simuler l'extrémité d'un fragment du fémur et faire croire à la fracture du col de cet os.

A. La peau et le tissu cellulaire sont sains, excepté en arrière, où ce dernier est infiltré de sang.

B. Les muscles antérieurs de la cuisse sont relâchés, médiocrement tendus, et ne présentent rien de remarquable, si ce n'est les ecchymoses et les rapports signalés.

C. Ceux de la région interne sont sensiblement tiraillés et ne présentent que des ecchymoses légères.

D. Le tenseur du fascia et les muscles de la région postérieure ne présentent aucune altération.

E. Le psoas iliaque très développé, implanté en partie sur la capsule, présente une division des fibres qui s'y insèrent. Il est relâché par suite de la position plus antérieure du petit trochanter.

F. Le grand fessier est sans altération. Le moyen présente une déchirure irrégulière des fibres, qui constituent son bord antérieur dans l'étendue de huit lignes à peu près. Les plus antérieures sont détachées et libres par leur milieu, et adhèrent par leurs deux extrémités à la partie supérieure du muscle et à la portion de la capsule voisine du grand trochanter, en formant une sorte de pont. Le petit fessier présente une déchirure nette de ses fibres les plus inférieures et de l'aponévrose qui les recouvre.

G. Le pyramidal, les obturateurs et le jumeau supérieur sont sains; le carré crural offre une déchirure de la moitié supérieure de ses fibres fémorales. Le jumeau inférieur est complètement détaché de la cavité trochantérienne, et ses fibres sont divisées dans leur épaisseur.

H. Les nerfs, vaisseaux et leurs branches, suivis avec soin, ne présentent aucune altération.

J'omets à dessein de parler des lésions du bras, du thorax, etc., pour me renfermer dans mon sujet.

Après avoir disséqué l'articulation et enlevé tous les muscles, l'ouverture de la capsule a pu être examinée avec plus de soin; nous trouvons le bourrelet cotyloïdien déchiré et contus dans son tiers interne. En regardant la capsule comme un globe sphérique, la déchirure comprend l'hémisphère supérieur dans son entier. Après avoir reproduit la luxation, pour tâcher d'en pénétrer le mécanisme, et nous rendre compte de la position si singulière de la tête du fémur, il nous a été clairement démontré qu'après la luxation trois forces différentes agissaient sur elle et la maintenaient dans cette position : 1° les muscles fessiers, surtout le petit et le moyen, qui tendaient à la porter en haut et en dehors, en tirant sur le grand trochanter; 2° et 3° Les portions interne et externe de l'hémisphère inférieur de la capsule fémorale, qui forment deux cordes dures et résistantes. Ces dernières, en soutenant la tête en bas par une espèce d'anse, et les fibres des fessiers par leur contraction énergique, l'empêchaient de descendre. Par son insertion au entour de la cavité cotyloïde et du col du fémur, l'hémisphère inférieur de la capsule s'opposait aussi à ce que le mouvement ascensionnel de la tête de cet os s'étendît plus loin; aussi les fibres de cet hémisphère étaient-elles tendues et résistantes; quant au ligament rond, la division de ses fibres postérieures et son état de relâchement empêchent de penser qu'il ait pu s'opposer à un mouvement d'ascension plus forte de la tête. De cette manière, la tête fémorale, portée en avant et en haut par la violence extérieure, a pu se lever et être maintenue dans la position si singulière que nous avons remarquée.

REMARQUES.

On a admis généralement et on admet de nos jours cinq espèces de luxations de la cuisse :

1° Luxation en dehors et en haut (iliaque).
2° Luxation en avant et en haut (sus-pubienne).
3° Luxation en avant et en bas (sous-pubienne).
4° Luxation directement en arrière (sacro-sciatique).
5° Luxation directement en bas (iskiatique).

N'ayant pas été assez heureux pour observer des exemples de luxations *sus-pubienne*, *sous-pubienne* et *iskiatique*, je m'abstiens d'en parler pour arriver sur le champ à l'analyse des observations que j'ai présentées.

Les sujets de nos deux premières observations étaient porteurs d'une *luxation en arrière*, ou *sacro-sciatique* primitive. Cette variété de luxation, admise par Hippocrate, Celse et Galien, et rejetée par J.-L. Petit, Boyer, Delpech, et par M. le professeur Richerand (*Noso. chir.*), est aujourd'hui démontrée par un trop grand nombre d'exemples, pour pouvoir en nier l'existence : Astley Cooper en cite six exemples dans ses œuvres chirurgicales; Billard d'Angers décrit au long et avec beaucoup de soin l'observation irrécusable d'une luxation en arrière primitive constatée par l'autopsie. (Voy. *Archives*, t. III, p. 539). « Dans ce cas, la tête du fémur était située au-devant de l'échancrure sciatique, et appliquée au côté externe de l'épine sciatique, et par conséquent en arrière et en dehors de la cavité cotyloïde. » M. Ch. Tood a publié aussi une observation de luxation en arrière constatée par l'autopsie, dont voici les détails :

Obs. — « En soulevant le grand fessier, dit M. Tood (*Exposé d'une dissection de la hanche après une luxation récente, avec des observations sur les luxations du fémur en haut et en arrière*), on trouva une large cavité remplie de sang coagulé entre ce muscle et la partie postérieure du moyen fessier : c'était le lieu qu'avait occupé l'extrémité luxée du fémur. Le moyen et le petit fessier n'offraient aucune altération. Les muscles pyramidal, jumeaux, obturateur, carré étaient complètement déchirés transversalement. Quelques fibres du pectiné étaient aussi rompues. Les psoas iliaque et adducteurs étaient intacts. Le ligament orbiculaire n'était conservé qu'à la partie supérieure et antérieure. Il était irrégulièrement dilacéré dans tout le reste de son étendue. Le ligament rond était arraché de la dépression située sur la tête du fémur. Son attache cotyloïdienne était intacte : pas de lésion dans les os. »

Telle est l'observation remarquable de M. Tood, sur laquelle je reviendrai; elle offrirait mille fois plus d'intérêt, si les symptômes en ensent été exposés en détail. M. le professeur Gerdy en a publié une observation très détaillée dans le même journal (deuxième série, 1835). Il est vrai que, dans ce cas, quelques raisons portent à croire, comme l'auteur le remarque lui-même, que la luxation était consécutive à un déplacement en haut et en dehors, comme chez le malade qui fait le sujet de notre troisième observation. En 1837, on a observé un cas de luxation primitive en arrière à l'hôpital Beaujon. C'est du moins ce que m'a rapporté un de mes collègues, attaché alors au service de chirurgie de cet hôpital.

(Étiologie.) Cette luxation en arrière dont l'existence, comme *primitive*, est suffisamment démontrée, que presque tous les auteurs s'accordent à admettre de nos jours, et sur laquelle je pourrai, dans la suite, présenter des considérations de quelque intérêt; cette luxation, dis-je, peut être consécutive à une luxation *en haut* et *en dehors*, comme Boyer et M. Richerand l'ont pensé: Delpech (*Traité des maladies réputées chirurgicales*, 1816) nie formellement qu'il en puisse être ainsi. Billard pense que cette luxation n'aura jamais lieu comme Boyer le pense; c'est-à-dire consécutivement au déplacement en haut et en dehors.

L'observation de M. Gerdy, que j'ai citée plus haut, pourrait éclaircir ce point, en laissant toutefois encore quelques doutes; mais le sujet de notre troisième observation renverse pleinement les assertions de Delpech, et prouve la vérité de l'assertion émise théoriquement par Boyer.

Cette luxation peut, en outre, être consécutive à une luxation *ovalaire* ou *sous-pubienne*, ainsi que le prouve l'observation suivante, puisée dans les œuvres chirurgicales de sir Astley Cooper, et dont l'intérêt est trop grand pour ne pas la rapporter ici.

Obs.—Un jeune garçon de 16 ans avait une luxation de la cuisse sur le trou ovale: il fut couché sur le côté sain, et une traction fut exercée à la partie supérieure du membre dans un sens perpendiculaire à sa longueur; alors le chirurgien appuya sur le genou de haut en bas; mais dans le deuxième temps de la réduction, la cuisse ayant été en même temps portée trop en avant, la tête du fémur fut portée en arrière et passa dans l'échancrure sciatique. Tous les efforts furent infructueux pour la retirer de cette situation nouvelle.

Ast. Cooper cite ce fait pour prouver les accidens qui peuvent être causés par des efforts mal dirigés.

Après avoir éclairci ces points litigieux de l'histoire de cette luxation, examinons quelles sont les causes qui peuvent la produire.

Il faut, pour que cette luxation soit opérée, qu'une violence extérieure produise une forte et brusque flexion de la cuisse sur le bassin, en même temps que le membre est porté dans l'adduction et la rotation en dedans. Ainsi, dans l'observation de M. Chapmann; c'est un homme qui, portant un sac de sable, plaça tout à coup le pied gauche dans un trou. Le genou fut tourné en dedans, en même temps que le corps fut entraîné dans une chute rapide en avant. Dans celle de M. Wickmann, c'est un cavalier sur lequel un cheval s'abat, de telle sorte qu'une de ses jambes se trouve sous le cheval, tandis que son corps se trouve dans une position demi-fléchie, et appuyé contre un tertre. Chez notre premier malade, la luxation survint à la suite d'un éboulement dans lequel la cuisse fut brusquement fléchie sur le tronc, et portée dans la rotation en dedans. Chez le malade de notre deuxième observation, c'est probablement une cause pareille qui détermine le déplacement; car il nous a dit tenir de son maître qu'il avait été retrouvé la cuisse fortement fléchie sur le tronc, et la face appliquée contre terre; mais n'étant pas parfaitement sûr de ces détails, que je n'ai pu éclaircir, je n'en garantis pas la vérité.

Dans certains cas, au contraire, il n'est pas facile de saisir le mécanisme de cette luxation. Ainsi, dans l'observation de M. Wörtz, « le malade avait son pied élevé au-dessus du sol sur une caisse, lorsqu'une autre caisse tomba sur sa cuisse, frappant le genou en dedans. » Le fémur résistant au choc direct de la caisse fut-il porté directement en arrière par celle-ci? C'est ce que j'ignore, et ce que l'observateur aurait dû nous apprendre en détail. Quoi qu'il en soit, ici il n'y a eu d'opérée préalablement par la violence, ni flexion, ni adduction ou rotation en dedans; la contraction des muscles a-t-elle produit ces mouvemens de la cuisse consécutivement, ou bien la luxation s'est-elle effectuée d'une manière spéciale dans ce cas? c'est ce que je ne voudrais pas affirmer. Je ferai toutefois remarquer qu'il ne peut y avoir de doute dans ce cas sur l'existence d'une luxation en arrière; car le malade fut visité par MM. Cline, Chandler, et sir A. Cooper, qui portèrent le même diagnostic.

Symptomatologie. — 1° Le siége et la situation précise de la tête du fémur, et le raccourcissement qui est la suite de son déplacement dans la luxation sacro-sciatique, sont très importans à déterminer. Faut-il admettre, avec Boyer et avec M. le professeur Gerdy, qu'elle puisse se faire à la partie supérieure, moyenne et inférieure de l'échancrure sciatique, et que, suivant ces cas, on aura un allongement ou un raccourcissement du membre, ou l'on ne remarquera pas de différence dans sa longueur? Comme Ast. Cooper le fait judicieusement remarquer, dans la luxation sacro-sciatique, il ne peut y avoir allongement du membre, puisque cette échancrure, dans la position naturelle du bassin, est située au-dessus d'une ligne qui passerait par le milieu de la cavité cotyloïde. Cette disposition anatomique, si facile à vérifier sur le squelette, suffit pour réfuter les paroles suivantes de Boyer (*Dict. des sciences médicales*, t. xv, p. 31): « Les auteurs décrivent cette luxation primitive en arrière plutôt comme possible que comme ayant été observée; ses signes, si elle avait lieu, seraient la longueur du membre augmentée, sa rotation en dedans à un degré modéré, une dépression à la partie supérieure et interne de la cuisse. » Ce qui prouve la vérité de l'assertion émise par Cooper, c'est que dans tous les exemples de luxations sacro-sciatiques publiés, l'allongement n'a jamais eu lieu; cependant, il faut admettre que la tête fémorale peut se placer plus ou moins haut sur l'échancrure sciatique, puisque le raccourcissement noté dans les diverses observations que j'ai citées varie de 4 ou 6 lignes à 18, comme chez les malades qui sont le sujet de nos deux premières observations. Dans l'observation première, citée par Cooper, et recueillie par lui à l'hôpital de Guy, il n'y avait pas de différence sensible dans la longueur des deux membres: d'où vient donc cette différence dans le raccourcissement du membre observée par les auteurs; pourquoi, dans un cas, égalité parfaite dans la longueur des deux membres, comme dans l'observation de Cooper que je citais tout à l'heure, et dans celle de M. Wickam; pourquoi, dans les autres, remarque-t-on un raccourcissement variable? Cette différence tient uniquement à la position plus ou moins élevée de la tête fémorale dans l'échancrure: dans le cas cité par Billard, et décrit avec tant de soin, la tête du fémur était située au-devant de l'échancrure sciatique, et appliquée au côté externe de l'épine sciatique, et par conséquent en arrière et en dehors de la cavité cotyloïde. Aussi, dans ce cas, le raccourcissement ne fut-il que de 5 lignes; il fut très prononcé chez nos deux premiers malades (18 lignes), parce que la tête fémorale correspondait à la partie inférieure de l'échancrure. Il dût être aussi assez prononcé chez le malade dont M. Tood a fait connaître l'autopsie, puisque, dans ce cas, la tête occupait une large cavité remplie de sang, et située entre le grand fessier et la partie postérieure du moyen fessier. Il est malheureux que le raccourcissement n'ait pas été mentionné dans cette observation.

Maintenant que nous connaissons les différences de niveau de la tête fémorale dans cette luxation, nous devons tâcher de déterminer sa position exacte. Je crois qu'on aurait tort de penser, comme semble l'indiquer le mot de sacro-sciatique, donné à cette variété de luxation par M. Gerdy, que la tête de l'os occupe précisément l'échancrure sciatique, dans laquelle elle serait engagée: il n'en est pas ainsi dans la plupart des cas au moins, sinon dans tous, et si nous n'avions pour preuve matérielle de ce fait les dissections de MM. Billard et Tood, celles du premier, surtout, beaucoup plus détaillées et précises, nous pourrions citer à l'appui ces luxations dans lesquelles la réduction a été des plus faciles (nos deux premiers, par exemple). Pourra-t-on croire qu'une tête du fémur enchevêtrée, pour ainsi dire, dans l'échancrure sciatique, et fortement appliquée contre son bord saillant, ait cédé si aisément à des efforts modérés d'extension? Non, assurément, et l'on aurait tort de penser que les muscles qui passent dans cette échancrure peuvent empêcher la tête de s'engager bien avant; leur résistance ne saurait vaincre l'impulsion communiquée à la tête par la violence extérieure. Je trouve bien plus naturel d'admettre que, dans ce déplacement, la tête du fémur vient se placer sur la portion de l'os des îles, qui limite en avant et en haut cette échancrure, et que sa position, plus ou moins élevée, donne naissance à ces différences remarquées dans le raccourcissement. Mais, dira-t-on, cette luxation est-elle bien distincte de la luxation iliaque, et ne doit-elle pas être confondue avec cette dernière? En considérant l'identité assez grande des symptômes de ces deux luxations, les analogies qu'elles présentent entre elles, j'avais été porté d'abord à les confondre dans une même description, en me réservant seulement d'établir deux divisions principales: la première, comprenant les luxations iliaques admises par les auteurs; la deuxième, les luxations iliaques du pourtour de l'échancrure; mais s'il existe ici, comme dans toutes les autres maladies, de ces exemples intermédiaires, que l'on peut regarder avec tout autant de raison comme appartenant à l'une ou à l'autre de ces deux variétés de luxations, il en est aussi de bien tranchées, et qui suffisent pour justifier la distinction établie par les auteurs: qui voudrait, par exemple, réunir et comprendre sous une même dénomination l'observation de Billard, et les luxations iliaques, et placer la première à côté des secondes? Personne, assurément: la différence est trop grande pour la négliger. Sans m'astreindre à considérer isolément les symptômes de chacune de ces deux variétés, pour en discuter la valeur, je ferai connaître ici les différences principales qui existent entre elles.

Ainsi l'action de la cause est bien différente; en effet, tandis que pour opérer la luxation sacro-sciatique, il faut que la violence produise une grande et brusque flexion de la cuisse sur le tronc, jointe à une rotation très énergique en dedans, une brusque adduction est suffisante pour produire la luxation iliaque, qu'elle se combine ou non à la flexion, qui est toujours secondaire dans ce cas, et nécessaire dans le premier. Le siége de la tête fémorale, la direction du col, et la situation du grand trochanter, sont encore bien différens : dans la luxation iliaque, ces trois parties sont situées les unes au-dessus des autres, dans une direction, sinon verticale, au moins très peu oblique, tandis que dans le déplacement sacro-sciatique, elles affectent une direction presque antéro-postérieure, dans certains cas, et plus ou moins oblique dans d'autres, suivant le niveau de la tête, que l'on peut toujours trouver alors au pourtour de l'échancrure. Dans cette luxation, c'est toujours sur le trajet d'une ligne étendue de l'épine iliaque, postérieure et supérieure au coccyx, qu'il faut chercher la tête fémorale. On trouve ordinairement vers la partie moyenne de cette ligne un peu en dehors et en avant d'elle, une tumeur dure, globuleuse, due à la tête du fémur déplacée.

Le raccourcissement n'est pas, dans la plupart des cas, aussi prononcé dans les luxations sciatiques que dans les iliaques; pendant que dans les dernières, il n'existe le plus souvent qu'une adduction avec rotation légère ou sans rotation; dans les premières, au contraire, la rotation est excessive, et en voyant la direction du membre, la forme de la cuisse, la position du genou correspondant au jarret du membre opposé, on dirait que le fémur a été tourné violemment de dehors en dedans, de manière à changer les rapports de la cuisse, et, sans s'attacher aux autres différences importantes qui résultent de la description des cas particuliers, on pourrait diagnostiquer cette variété de déplacement. Cela est si vrai que, quoique jeune encore en chirurgie, et n'ayant pas vu beaucoup de luxations sacro-sciatiques, j'ai pu diagnostiquer très aisément cette variété chez le sujet de la deuxième observation, et que dernièrement encore, chez un jeune homme de 18 ans, affecté de luxation spontanée, et couché dans les salles de l'hôpital des Enfans, j'ai pu, en examinant le membre seulement, reconnaître l'existence de ce déplacement chez lui, et le constater d'une manière définitive, en explorant la tête du fémur, qui est située directement en arrière et un peu en haut du grand trochanter; on peut très bien en apprécier la position, chez ce sujet maigre et émacié par une longue maladie. Les symptômes offerts par le jeune homme ne sont, à très peu de différences près, que la répétition de ceux observés chez Commère, quoique moins prononcés que chez ce dernier. Le lecteur me pardonnera, je l'espère, cette courte digression, s'il a égard à l'importance du sujet; et si je n'ai pas réussi à le convaincre de la différence essentielle qui existe entre ces deux luxations, si, comme le pensent quelques chirurgiens modernes, on ne doit pas reconnaître dans la description générale des luxations de la hanche, des luxations sacro-sciatiques, j'aurai du moins appelé son attention sur une distinction très importante à établir dans l'histoire des luxations iliaques, suivant qu'elles siégent dans la fosse de ce nom, ou au pourtour de l'échancrure sciatique. Nous verrons plus tard que cette division nous servira pour leur thérapeutique. Passons au deuxième signe, à la rotation du membre en dedans, qui varie beaucoup, suivant les cas. Elle était très bien prononcée chez notre premier malade, chez William Dawson, dont l'observation a été communiquée par M. Rogers, elle était faible dans le cas signalé par M. Wickam. Cette rotation était des plus marquées chez Commère, sujet de notre deuxième observation. La cuisse, chez lui, était complètement déformée, sa face postérieure aplatie regardait en dehors, la face antérieure refoulée en dedans formait un relief très élevé, en dedans duquel se voyait une large dépression. Le genou correspondait au jarret du côté opposé; la jambe, écartée de celle du côté opposé, touchait la couche du malade par sa face antérieure, et sa face postérieure était devenue antérieure et externe. Le pied était complètement renversé, les orteils appuyaient contre sa couche, tandis que le talon, plus rapproché de l'autre pied que les orteils, était dirigé en dehors et en avant. L'énumération seule de ces symptômes fournis par la rotation du membre suffit pour distinguer cette dernière de l'adduction qui se manifeste dans les luxations iliaques, et des symptômes qu'elle amène à sa suite. On voit clairement que Boyer s'est trompé quand il dit que dans le cas où cette luxation arriverait, la rotation du fémur en dedans aurait lieu à un degré modéré. Nous avons vu que dans tous les cas cette luxation ne s'est opérée qu'autant que le fémur a éprouvé une rotation en dedans; sans cette rotation, la luxation ne pourrait se produire.

La flexion de la cuisse sur le tronc existe modérée dans tous les cas cités par les auteurs, mais elle n'est jamais très considérable comme l'indique Delpech. Cette flexion plus ou moins prononcée dans les cas est toujours en rapport avec le degré de raccourcissement dans les cas de Billard; elle était légère et le raccourcissement n'était que de cinq lignes, elle était plus prononcée dans nos cas; aussi le raccourcissement était-il de dix-huit lignes. On conçoit aussi par les mêmes motifs que le raccourcissement doit disparaître en partie par l'extension du membre, comme M. Gerdy nous le fit remarquer, en examinant Kuntz (obs. I), chez lequel le raccourcissement diminuait, par ce mouvement, de quatorze lignes. Tous les mouvemens communiqués au membre sont très douloureux, surtout ceux dirigés pour porter la cuisse en dehors.

La dépression de l'aine signalée par Boyer, manquant dans l'observation de Billard, omise dans la première de nos observations, signalée dans la seconde; la position du grand trochanter porté plus en arrière d'après Delpech, et chez le sujet de nos première et troisième observations, plus en avant au contraire chez le malade de Billard, et que je n'ai pu constater chez le sujet de ma deuxième observation, sont des signes très difficiles à être bien saisis, et dont la valeur ne pourra être définitivement établie que lorsque la science possédera un grand nombre de faits bien observés.

La rétention d'urine qu'Hippocrate dit se trouver plus souvent dans la luxation en haut et en dehors que dans les autres espèces, et que M. Gerdy a eu occasion d'observer chez un de ses malades affecté de luxation sacro-sciatique (voyez *Archives* 1835) s'est présentée, mais à l'état de dysurie simple, chez le troisième malade (Etevé), nous pas quand il avait la luxation en haut et en dehors, mais quand celle-ci eut été convertie en luxation sacro-sciatique. Ce symptôme rejeté par Boyer et la plupart des modernes qui n'en ont tenu aucun compte n'a été mentionné dans aucune des observations des auteurs anglais; seulement chez le malade de M. Nott, affecté de luxation iliaque, il y eut des douleurs dans le périnée. Chez Commère (deuxième observation) il n'y eut que quelques épreintes au fondement et à la verge, et émission de quantités considérables de gaz, ce qui tenait peut-être à l'anxiété générale qui dominait le sujet. Quoi qu'il en soit, ce signe mérite qu'on l'observe avec soin et qu'on en tienne compte, ne serait-ce que par curiosité.

Les signes énumérés et les détails dans lesquels je suis entré plus haut suffisent pour distinguer cette luxation de celle de la fosse iliaque. On ne pourrait la confondre avec l'ovalaire, la sus-pubienne, ni avec la luxation iskiatique, et par conséquent je m'abstiens d'en parler.

Le pronostic varie suivant la violence des causes qui ont produit la maladie. La mort est survenue promptement chez le malade de Billard, et cet auteur ne considérant que ce cas a eu tort d'exagérer le pronostic de cette luxation. La guérison a été prompte dans cinq des cas rapportés par Cooper. La mort est survenue dans le cas de M. Tood, mais elle fut due à un épanchement cérébral, car la luxation avait été très bien réduite; le pronostic est plus grave quand elle est consécutive aux autres luxations. C'est ainsi que chez le malade dont parle Cooper, chez lequel une luxation ovalaire avait été convertie en luxation sacro-sciatique, tous les efforts furent infructueux pour retirer la tête de cette position. Ce n'est qu'avec les efforts les plus énergiques et les mieux combinés que l'on a pu dégager la tête de l'échancrure sciatique chez Etevé, sujet de la troisième observation; cela tenait sans aucun doute à quelque disposition de la capsule qui formait chez lui obstacle à la réduction, et qui d'ailleurs ne se trouvait pas ouverte dans un point correspondant au nouveau déplacement. Faut-il croire que cette luxation dans tous les cas ne peut s'effectuer sans causer la rupture de plusieurs muscles, une extension brusque et très forcée des autres, ainsi que leur compression, et un épanchement considérable de sang, comme semble le croire Billard? Non, sans doute. Chez nos deux premiers malades, aucune ecchymose, aucune douleur, n'a suivi la réduction. Ces accidens ne peuvent arriver que dans les cas analogues à celui de Billard dans lesquels une violence excessive a tourmenté les parties. Un autre accident bien plus grave, c'est celui de l'ancienneté de la luxation. Il est assez facile en général de réduire une luxation qui vient de se produire à l'instant même; les difficultés augmentent du double quand elle date seulement de la veille, et à plus forte raison d'époques plus éloignées; alors la contraction des muscles du malade qui se rappelle les souffrances des premières tentatives, et son indocilité doublent les difficultés.

Les moyens et le procédé de réduction de cette luxation sont très importans à déterminer.

1° S'agit-il d'une luxation récente, on peut essayer la flexion de la cuisse sur le tronc et la rotation en dehors, manœuvres connues aujourd'hui sous le nom de procédé de M. Desprez (j'en parlerai au long plus loin). Quoique très convaincu de l'utilité de ce procédé, j'eus recours sans balancer chez mon deuxième malade au procédé ordinaire qui me réussit parfaitement bien, et pareil cas se présenterait de nouveau, j'y aurais recours encore si j'avais des aides intelligens.

2° Si l'on échoue par ce premier procédé, on aura recours au procédé ordinaire, tel que l'emploie M. Gerdy, qui a si bien réussi chez nos deux premiers malades, et chez Bernard (voyez *Archives* 1835); mais il faut

avoir soin de tirer sur le fémur qui doit être dirigé de manière à croiser la partie moyenne de la cuisse opposée, et situé à égale distance du pubis et du genou; une autre précaution qui se recommande beaucoup aussi, c'est de soulever l'extrémité supérieure du fémur avec une serviette enlacée autour du coude l'opérateur.

3° On pourrait enfin dans les cas difficiles employer le moufle et suivre alors le même procédé que pour la réduction de la luxation sacro-sciatique consécutive chez notre troisième malade, en déployant plus ou moins de force suivant les cas. C'est du reste le moyen qu'emploient Ast. Cooper et presque tous les chirurgiens anglais. Seulement ils remplacent le moufle vertical par une serviette qu'ils donnent à tenir à un aide, ce qui produit les mêmes résultats. Mais en employant ces forces mécaniques, il faut se garder de les pousser trop loin. Tout le monde connaît le cas malheureux de M. Malgaigne à la Charité. Chez ce malade, âgé de 17 ans, atteint d'une luxation iliaque datant de sept mois, le fémur fut fracturé vers son quart inférieur à l'endroit d'insertion du moufle.

Dans son observation 32° dans laquelle il s'agit d'un homme très bien musclé, A. Couper s'est vu obligé de modifier son procédé de la manière suivante :

« On plaça le malade étendu sur le côté droit sur une table entre deux anneaux; une ceinture fut placée entre le scrotum et la cuisse, portée par dessus le bassin, fixée à l'anneau situé derrière le malade; par ce moyen, le bassin fut fixé aussi bien que possible. Le bracelet étant appliqué sur la cuisse, le moufle fut fixé à cette dernière et à l'anneau situé au-devant du malade; le tronc fut fléchi à angle droit sur la cuisse luxée qui croisait la partie supérieure de celle du côté opposé; en ce moment l'extension fut graduellement portée aussi loin que possible. Alors un aide monta sur la table, et passant un lacs au-dessous de la partie supérieure de la cuisse, il la souleva de manière à rendre possible la rotation de la tête du fémur. M. South, qui tenait la jambe, fut chargé d'imprimer au membre un mouvement de rotation en dehors, et au bout de treize minutes, on entendit l'os entrer dans la cavité cotyloïde. »

Ast. Cooper pense que dans ce cas il n'aurait pu réduire, si voyant le bassin glisser dans la ceinture destinée à le maintenir immobile, de telle sorte que la cuisse ne restait pas fléchie à angle droit avec le tronc, il n'eût pas fait pencher le corps du malade en avant pendant l'extension, et si surtout il n'avait pas imprimé un mouvement de rotation à la tête du fémur vers la cavité cotyloïde.

On le voit, dans cette observation publiée en 1819, A. Cooper emploie et vante beaucoup la flexion du membre sur le bassin et la rotation en dehors, procédé remis en honneur de nos jours par M. Despretz. L'observation de M. Hey que l'on verra plus loin prouve aussi que ce chirurgien employa avec succès la flexion combinée avec la rotation en dehors dans un cas de luxation iliaque. On trouve dans les œuvres de Pouteau un passage dans lequel il dit, à propos des luxations de la cuisse, que M. Maisonneuve, chirurgien du régiment des lanciers de Maujuiron, lui a dit qu'il réduisait toutes ces luxations par un procédé tout à fait pareil. Billard d'Angers (*Archives*, 1re série, t. III, p. 544), après avoir indiqué la nécessité de la flexion de la cuisse sur le tronc et de la jambe sur la cuisse pour relâcher les muscles, ajoute : « Il faudra que l'aide chargé de fléchir la cuisse sur le bassin augmente encore, s'il est possible, la rotation en dedans pour aider le chirurgien, qui, placé au côté externe du membre luxé, poussera fortement en bas la tête du fémur. L'aide chargé de tenir la cuisse fléchie et tournée en dedans concourra à produire le mouvement en fléchissant graduellement la cuisse et en la ramenant ensuite insensiblement dans la rotation en dehors. De cette manière la tête du fémur se trouvera reportée directement en bas de la cavité cotyloïde; c'est alors qu'en abaissant la cuisse on parviendra à en réduire la luxation par une extension modérée. » On le voit, Billard conseille la flexion et la rotation de la cuisse, seulement il y a ajouté un troisième temps qui est presque toujours inutile ou imperceptible. Je n'ignore pas aussi que M. Pigné a montré à la société anatomique une planche publiée dans un journal américain, et représentant un sauvage réduisant une luxation de la cuisse par ce même procédé employé depuis très longtemps parmi eux.

Le procédé de M. Dupertuis communiqué à la société de médecine pratique en 1837 est fondé sur les mêmes principes que le précédent dont il ne diffère que par quelques légères modifications; dans deux cas de luxation en haut et en dehors, les tentatives de réduction par les moyens ordinaires ayant échoué, M. Dupertuis imagina de placer le malade sur le bord d'un lit, la cuisse fortement fléchie sur le bassin; il passa ensuite son épaule sous le jarret du membre luxé, porta la cuisse dans l'adduction, et plaçant en même temps ses deux mains sur la partie supérieure, et abaissant la tête du fémur, il la fit glisser dans sa cavité, en portant rapidement le genou en dehors. Ce procédé se réduit donc à la flexion de la cuisse combinée avec la rotation du membre en dehors; il n'est autre chose que le procédé mentionné tout à l'heure, mais exécuté différemment.

Comme on le voit, ce procédé de réduction des luxations de la cuisse est loin d'être nouveau; vanté tour à tour par plusieurs chirurgiens qui tous en ont retiré de grands avantages, employé à des époques déjà assez éloignées de nous, les chirurgiens de nos jours auraient tort de revendiquer la gloire de son invention. Toutefois, il faut le reconnaître, c'est à M. Desprets qu'appartient l'honneur d'avoir retiré ce procédé si simple et si brillant dans quelques cas de l'oubli dans lequel il était jeté; en lui assignant des règles plus fixes et mieux combinées, et surtout en voulant dans son enthousiasme le généraliser, il a attaché pour toujours son nom à ce procédé, et a pu à juste titre s'en déclarer l'auteur; toutefois il a eu grand tort de vouloir l'appliquer à toutes les luxations de la cuisse indistinctement. Convenable surtout dans les luxations iliaques, il peut être employé dans les luxations sacro-sciatiques, et doit être rejeté dans les autres variétés; les raisons de cette exclusion sont trop aisées à concevoir lorsqu'on connaît le mécanisme de l'articulation de la hanche et la position exacte de la tête fémorale dans ces divers déplacemens, pour que je m'arrête ici à les énumérer : quoi qu'il en soit, cette innovation est d'une utilité incontestable pour la science; elle a l'avantage d'appliquer au traitement du plus grand nombre des luxations de la hanche un mode de guérison très facile à employer, assez sûr dans ses résultats, et dans tous les cas nullement dangereux.

Enfin on a obtenu, dans quelques cas, la réduction par l'extension exercée directement en bas, comme le prouve l'observation 30 de Cooper, dans laquelle l'extension fut exercée suivant l'axe du corps, en même temps que l'on poussait en avant le grand trochanter. Il est très aisé de prévoir les difficultés qui résultent de cette direction vicieuse donnée aux efforts d'extension, et qui doivent la faire rejeter.

Passons maintenant à la troisième observation, à la luxation iliaque, suivie de luxation sacro-sciatique consécutive aux efforts de réduction; et d'abord je ne parlerai ici ni des symptômes, ni des causes de cette luxation iliaque; ils sont trop connus et décrits par les auteurs d'une manière trop exacte pour y revenir dans ce mémoire; seulement je ferai remarquer qu'après la dernière tentative faite pour réduire la luxation (alors convertie en luxation sacro-sciatique) par MM. Laugier, Sanson et Cerdy, plusieurs personnes pensèrent que la tête du fémur, après avoir été dégagée de l'échancrure sciatique dans cette manœuvre, avait été replacée sur la fosse iliaque, dans la position qu'elle affectait à l'entrée du malade, au lien d'être réduite, comme l'ont pensé les chirurgiens consultans. En adoptant la première opinion, comme la suite de l'observation du malade tendrait à y porter, n'est-il pas permis de penser que la luxation iliaque peut être consécutive aux manœuvres tentées pour réduire une luxation sacro-sciatique?

Je ferai remarquer à propos du pronostic que cette luxation iliaque est celle qui se complique le plus souvent de fracture du fémur; mais cette dernière lésion n'en contre-indique pas la réduction, comme on le voit par l'observation 25 de luxation iliaque contenue dans l'ouvrage de Cooper, par une observation semblable recueillie à l'hôpital Beaujon l'an passé, par l'observation de luxation sus-pubienne de M. Bloxham de Newport (*London medical gazette*, août 1833). L'ancienneté ne saurait contre-indiquer les tentatives, si l'on a égard aux cas de réduction obtenue sept semaines après par M. Mayo et M. Tripe de Plymouth, et à la réduction bien plus extraordinaire encore d'une luxation pareille, survenue au bout de cinq ans chez un matelot tombé dans la mer au moment d'un naufrage, et dont M. Cornish a publié l'histoire. Ce dernier cas prouve tout l'avantage que l'on aurait si l'on pouvait surprendre les muscles pour ainsi dire et les empêcher d'agir en usant de moyens aussi prompts qu'énergiques. Ces résultats brillans obtenus sur des luxations si anciennes ne doivent cependant pas encourager à faire des tentatives de réduction, lorsque six mois, un an, se sont écoulés depuis la production de la maladie; mieux vaut alors laisser le malade avec une infirmité que de l'exposer à des dangers d'autant plus inévitables que les forces à employer sont plus énergiques. Que l'on mette en regard les chances d'insuccès, les dangers de ces manœuvres, les souffrances qu'elles occasionnent, avec les inconvéniens légers que le malade de la troisième observation éprouve aujourd'hui de la luxation non réduite, et je ne doute pas que l'on n'adopte cette opinion : on pourra rapprocher de ce fait l'observation 9 de Cooper qui présente beaucoup d'analogie.

Ce qui est arrivé chez notre malade prouve tout le danger qu'il y a dans la luxation iliaque à exercer l'extension directement en bas et parallèlement à l'axe du corps. On peut très certainement réussir par cette manœuvre, comme je l'ai vu chez M. Roux à la Charité; mais il faut alors avoir grand soin pendant l'extension de refouler fortement en avant et un peu en dedans la tête luxée, afin de vaincre la résistance qu'elle éprouve à parcourir le plan oblique en arrière que lui offre la fosse iliaque; mieux

vant sans aucun doute porter le membre en avant et en dedans, afin que la tête du fémur suive une ligne qui passerait par le centre de la cavité cotyloïde. On conçoit que dans cette variété lorsqu'on emploiera le procédé décrit plus haut à propos de la luxation en arrière, la flexion de la cuisse devra être moindre; c'est dans cette luxation surtout que le procédé de M. Desprets, celui de M. Dupertuis sont applicables. Ils suffisent habituellement pour la réduire, lors même que le procédé ordinaire a échoué, comme on en a vu un exemple en 1836 à l'hôpital Saint-Louis; la réduction de plusieurs luxations a été très facilement obtenue dans ces deux dernières années par MM. Laugier, Dupertuis et Guersant fils; mais dans certains cas malheureux, il arrive ici ce qui arrive pour le procédé de réduction de Mothe pour les luxations scapulo-humérales, la réduction ne peut être obtenue, comme nous l'avons remarqué chez Etevé. Il faut alors avoir recours au procédé ordinaire ou au moufle qui peuvent réussir dans ces cas. On pourrait aussi avoir recours au procédé que M. Hey dit avoir employé avec succès (Voyez *Pratical observations*, p. 315), procédé que blâme Astley Cooper, et dont je crois devoir donner connaissance.

« Le malade étant couché sur le ventre et de manière à enfourcher une des colonnes du lit entre les deux cuisses, avait le membre luxé situé en dehors du lit; la jambe fut ployée à angle droit sur la cuisse et maintenue dans cette position par un aide. Deux serviettes longues furent placées immédiatement au-dessus des condyles, passant toutes les deux sur la face externe de la cuisse et agissant sur elle comme sur un levier dans lequel la résistance était placée à la tête du fémur, le point d'appui à la colonne du lit, et la puissance à l'extrémité des lacs. Trois personnes pratiquèrent l'extension au moyen de ces serviettes. Pendant ce temps, on produisait un mouvement de rotation de la cuisse en bas et en dehors. »

Tous les efforts concouraient à produire le mouvement de rotation de la cuisse en dehors, comme le font judicieusement remarquer les traducteurs de Cooper. 1° Les efforts d'un aide qui portait le pied en dedans, de manière à imprimer un mouvement de rotation en dehors au genou; 2° Les efforts d'un deuxième aide qui portait directement le genou dans la rotation en dehors; 3° La traction des lacs; 4° Enfin les efforts de M. Hey qui poussait la tête du fémur en bas et en dehors pendant qu'on pratiquait l'extension.

Cette luxation iliaque plus fréquente que les autres et aussi beaucoup mieux étudiée est loin d'être complètement connue. Pourquoi en effet dans certains cas ne peut-on pas parvenir à réduire, malgré les tentatives les mieux dirigées; quelles conditions anatomiques ou pathologiques invoquer pour l'explication de ces cas d'insuccès qui semblent se jouer de toutes les méthodes, comme nous en avons vu des exemples l'an passé à l'hôpital Saint-Louis et à la Charité? Pourquoi telle luxation, rebelle à tel procédé, cède-t-elle aisément à d'autres?

Comment expliquer d'une autre part les phénomènes si singuliers observés chez Etevé? Pourquoi cette résistance si opiniâtre à la réduction? Lors de la dernière tentative opérée par MM. Sanson, Laugier, Gerdy, Blandin, qu'est-il survenu? La luxation, de sacro-sciatique qu'elle était alors est-elle redevenue iliaque comme l'ont pensé plusieurs assistans; mais dans cette hypothèse comment se rendre compte de la diminution du raccourcissement, de la rectitude normale du membre, de la liberté parfaite des mouvemens, de l'absence de la tête fémorale à la fesse explorée avec soin? Et en supposant avec M. Gerdy qu'elle ait été réduite, comment expliquer le raccourcissement persistant de onze lignes et la reproduction survenue quelques jours après et sans cause connue du déplacement iliaque que portait le malade à son entrée? Admettrons-nous qu'un mouvement du membre, que le malade nous a caché, aura suffi pour sa reproduction? Penserons-nous avec M. Gerdy que l'ouverture de la capsule ne correspondant pas à la position nouvelle de la tête de l'os, celle-ci lors de sa réduction se sera coiffée pour ainsi dire du sac capsulaire, qui l'empêchant de recouvrer ses rapports normaux, aura facilité son expulsion consécutive? On bien, verrons-nous ici un fait analogue à ceux publiés par M. Robert, W. Smith (Voyez *Archives*, 3e série, janv. 1838) et par M. Scott (Dublin, journal, nov. 1837, p. 234), c'est-à-dire une fracture de la cavité cotyloïde ou de la partie supérieure de son rebord? Mais dans les tentatives si nombreuses de réduction que l'on a pratiquées jamais on n'a perçu de crépitation. Les mouvemens de rotation en dehors étaient très douloureux et très bornés chez notre malade, contrairement à ce qui s'observait chez ceux de MM. Smith et Scott; enfin s'il y eût eu fracture de la cavité cotyloïde du fémur, les signes de la luxation en haut et en dehors n'auraient pas été si nettement dessinés, et après la dernière tentative de réduction, le membre aurait repris presque immédiatement sa position première, tandis que ce n'est que douze jours plus tard que l'on a remarqué le retour du déplacement primitif. Mêmes considérations s'appliquent au fait relaté par M. Scott. Ces phénomènes si singuliers resteront encore longtemps sans explication, et ne pourront pas trouver de sitôt des raisons satisfaisantes.

Nous avons à nous occuper en dernier lieu de notre quatrième observation, qui nous offre, comme on a pu le voir, un exemple de luxation incomplète de la hanche. Ces luxations, dont aucun auteur, que je sache, n'a donné des exemples irrécusables, ont été mentionnées d'abord par M. Robert (Gaz. Méd., 25 mars 1835). Nous croyons convenable d'en présenter ici une courte analyse. Cette observation a été recueillie sur un ouvrier des carrières de Montrouge, dont le corps fut renversé en avant et sur la cuisse gauche par la chute d'un bloc de pierre du poids de 300 livres. La cuisse était placée dans la flexion, l'adduction et la rotation en dedans; il y avait allongement de sept à huit lignes; la fesse était arrondie et très saillante à sa partie inférieure; on sentait, en cet endroit, au-dessus et en arrière de la tubérosité de l'ischion, une tumeur arrondie et dure, formée par la tête du fémur.

La réduction fut facile; pour l'obtenir, l'extension fut pratiquée sur la partie inférieure de la cuisse, et ce membre fut porté fortement dans la flexion sur le bassin.

Le malade mourut le seizième jour d'une pneumonie, suite de fracture des côtes.

A l'autopsie, on trouve les muscles voisins de l'articulation sains, à l'exception du carré crural, déchiré en travers à sa moitié supérieure, la capsule orbiculaire largement ouverte à sa partie supérieure et postérieure, le ligament inter-articulaire rompu vers son milieu, le bourrelet cotyloïdien détaché de son insertion à l'os iliaque et déchiré sur sa longueur.

On pouvait facilement reproduire la luxation sur le cadavre, en portant la cuisse dans la flexion, l'adduction et la rotation en dedans. Dans cette nouvelle situation, la partie interne de la tête du fémur, devenue postérieure et externe, reposait sur le segment inférieur et postérieur du contour de la cavité cotyloïde et sur la partie voisine de la base de l'ischion.

M. Laugier, en parlant de cette observation, dit qu'il est facile de s'assurer, en plaçant la tête du fémur sur l'os iliaque, comme l'indique M. Robert, que cette luxation était complète. Cette manière de voir ne saurait être, à nous semble, complètement partagée.

M. Cruveilhier a fait voir, en 1837, à la société anatomique, l'articulation coxo-fémorale d'une vieille femme de la Salpétrière, chez laquelle tous les symptômes de la fracture du col du fémur s'étaient manifestés, et cependant à l'autopsie il existait, d'après M. Cruveilhier, une luxation directement en haut. La tête du fémur lui a paru placée dans une cavité de nouvelle formation, située au niveau de l'épine antérieure et inférieure de l'os des îles. Les surfaces osseuses en contact étaient réunies par des filamens celluleux et autour de l'articulation existait une capsule fibreuse très résistante. MM. Desprez et Denonvilliers, plusieurs membres de la société, pensèrent que l'on avait affaire à une forme de la luxation spontanée du fémur, dans laquelle la cavité cotyloïde, primitivement malade, s'était agrandie jusqu'à s'étendre au niveau de l'épine iliaque antérieure et inférieure. La question resta indécise, M. Cruveilhier persistant dans son premier avis.

M. Malgaigne est un des premiers qui ait appelé l'attention sur les luxations incomplètes du fémur dans une lettre adressée à l'Académie de médecine à ce sujet. Ce chirurgien, fondé sur des expériences faites en public sur le cadavre, nie positivement l'existence des luxations coxo-fémorales complètes, « parce que, dit-il, en produisant toutes les variétés de luxations coxo-fémorales sur le cadavre, l'articulation étant dans des conditions normales, on ne peut obtenir que des luxations incomplètes, même en déchirant les trois quarts de la capsule. » Mais cette assertion tombe évidemment devant le fait décrit par Billard avec tant d'exactitude, devant celui de M. Tood et devant les observations de Cooper, de M. Gerdy, et où l'on a signalé jusqu'à deux ou trois pouces de ramollissement. Certes, si la tête fémorale dans ces cas n'avait pas quitté le contour de la cavité cotyloïde, on n'aurait jamais pu avoir un ramollissement aussi considérable, comme on peut s'en assurer sur le cadavre, et comme le prouve notre quatrième observation, qui ne s'est accompagnée que de cinq lignes de ramollissement. Quant aux argumens tirés par M. Malgaigne de la différence de symptômes que produiraient, suivant lui, les luxations coxo-fémorales complètes, de l'impossibilité de la réduction obtenue par les procédés ordinaires, si les luxations étaient complètes, de l'impossibilité des réductions spontanées des luxations coxo-fémorales complètes, ils ne sauraient supporter un sérieux examen; car avoir prouvé l'existence de luxations complètes, c'est avoir justifié les symptômes observés par les auteurs. D'ailleurs, n'avons-nous pas ici l'histoire des luxations spontanées de cette articulation, qui nous prouve que la tête de l'os peut abandonner complètement la cavité cotyloïde? Je sais que ces dernières diffèrent essentiellement des pre-

mières; mais elles peuvent constamment être invoquées en aide de la proposition que j'avance. Pourquoi n'observerait-on pas des luxations spontanées, si ces luxations étaient complètes? Que deviendrait le cas si intéressant, observé par MM. Cooper et Cornish, d'une luxation iliaque, s'accompagnant de deux pouces et demi de ramollissement, qui s'est réduite spontanément pendant la chute du malade dans la mer? Assurément on ne pourra pas dire, dans ce cas, que la luxation était incomplète. Pourquoi les procédés de réduction employés de nos jours ne pourraient-ils pas réduire les luxations si elles étoient complètes? Dans la luxation sacro-sciatique, par exemple, quelle peine avons-nous à concevoir qu'une extension dirigée sur la cuisse, fléchie à angle obtus, jointe aux efforts directs du chirurgien, puisse parvenir à la réduire, puisque la tête, dans cette position du membre, doit passer nécessairement par le centre de la cavité cotyloïde, lorsqu'on vient à agir sur elle?

Toutefois, il faut bien l'admettre, et on pourra s'en convaincre par la suite, des luxations incomplètes ont pu souvent être prises pour des luxations complètes. Dans notre cas, par exemple, un chirurgien inexpérimenté aurait pu croire à une luxation iliaque ou sus-pubienne, si l'autopsie n'était venue éclairer son jugement. M. Desprez, qui s'est beaucoup occupé de luxations coxales, pense que généralement, dans ces luxations, on croit la tête beaucoup plus éloignée de la cavité cotyloïde qu'elle ne l'est réellement. Il soutient que la tête du fémur ne peut se déplacer que de quelques lignes au-delà du sourcil cotyloïdien, et nie positivement l'existence de la luxation sus-pubienne, qui n'est autre chose, d'après lui, qu'un déplacement de la tête fémorale, qui se fixe sur la partie interne du rebord supérieur de la cavité cotyloïde. Il est bien difficile d'admettre ces assertions, quand on se rappelle que des chirurgiens aussi éclairés que Cooper ont donné plusieurs observations de cette luxation coxale, et dit avoir senti la tête sur la branche horizontale du pubis. Je suis loin cependant de rejeter complètement l'opinion de M. Despretz, et j'admets avec lui que plusieurs cas de luxations sus-pubiennes, décrits par les auteurs, et accompagnés d'un raccourcissement de quelques lignes seulement, pouvaient très bien n'être que des luxations sus-cotyloïdiennes. L'observation de notre malade donne même un certain appui à cette opinion; mais il faudrait d'autres faits et en grand nombre pour renverser la théorie des luxations coxo-fémorales, telle qu'elle est admise aujourd'hui.

Pourquoi, d'ailleurs, ne pas admettre ici, comme pour les luxations de l'épaule, que les luxations peuvent être complètes ou incomplètes; que ces dernières peuvent se faire sur toute l'étendue du rebord de la cavité cotyloïde, puisque chez notre sujet nous avons trouvé la tête luxée sur la partie la plus saillante du rebord supérieur de cette cavité, à l'endroit certainement où, d'après la théorie, on aurait été le moins disposé à admettre l'existence des luxations.

Toutes les raisons, si judicieuses, du reste, que M. Laugier (V. Hanche, 15e vol. du *Dictionnaire de médecine*, p. 51) tire de l'examen de la cavité cotyloïde, comparé avec la cavité glénoïde pour rejeter l'existence de luxations incomplètes de la hanche, qu'il regarde comme tout à fait incompréhensibles, tomberont, je l'espère, devant l'observation publiée aujourd'hui. Comme nous l'avons vu, en effet, chez notre sujet, la tête du fémur était placée sur le rebord supérieur de la cavité cotyloïde, à trois lignes en dehors et en arrière de l'épine iliaque antérieure et inférieure. Une ligne, passant par le milieu de cette épine, aurait formé une tangente à la tête; toute la moitié inférieure de cette dernière correspondait encore à la cavité cotyloïde, au devant de laquelle elle était placée. L'axe de la tête de l'os était élevé de huit lignes au-dessus de celui de cette cavité.

Au milieu des violences nombreuses auxquelles le malade a été soumis, il ne nous a pas été possible de saisir la cause de la luxation. Le malade n'a pu nous fixer sur ce point. Cependant, si nous remarquons que les ecchymoses les plus fortes existaient à la partie postérieure de la fesse et de la cuisse, il deviendra probable que la cause a agi en ces points, et que pendant un choc direct imprimé à la cuisse par la violence, la tête aura peut-être passé au-devant de sa cavité.

Les symptômes consistaient en une abduction et rotation assez prononcées de la cuisse et du membre inférieur en dehors, accompagnées de flexion très légère de la jambe sur le genou, et de la cuisse sur le tronc, d'un raccourcissement de 4 à 5 lignes, suivant que le membre était plus ou moins étendu.

Nous ne pouvions attribuer ces symptômes à la luxation iliaque ou sacro-sciatique, puisque dans ces cas le membre, en même temps qu'il est raccourci, est porté en dedans: nous ne pouvions croire à une luxation sous-pubienne ou ovalaire qui s'accompagne d'un allongement du membre; on ne pouvait penser avoir affaire à une luxation ischiatique, ou directement en bas, comme B. Bell et M. Ollivier d'Angers (*Archives*, première série, t. III, p. 645) en ont publié des exemples, puisque, dans ces deux cas, qui se ressemblent d'une manière si frappante sous tous les rapports, qu'on les croirait calqués l'un sur l'autre, il y avait un allongement très peu sensible du membre qui était porté dans l'abduction, et avait subi une assez forte rotation en dedans: en procédant ainsi par voie d'exclusion, nous arrivions à la luxation sus-pubienne qui s'accompagne ordinairement d'un pouce de raccourcissement et d'une rotation du membre en dehors; mais nous éloignâmes toute idée de cette luxation, en ne sentant pas la tête du fémur sur le pubis, au-dessus du ligament de Poupart, en dehors de l'artère et de la veine crurales, qu'elle soulève dans cette luxation. Restait donc la fracture du col du fémur, et la saillie du grand trochanter, simulant l'extrémité inférieure du fragment supérieur, contribuait beaucoup à faire commettre cette erreur. Il est vrai que dans tous les mouvemens imprimés au membre, nous n'avions jamais perçu de crépitation; mais comme elle manque assez souvent dans cette fracture, nous restions encore dans le doute, et penchions pour la fracture, quand la réduction de la luxation, si facilement obtenue, vint nous convaincre de notre erreur; il eût sans doute été très facile d'éclaircir parfaitement la question, si on eût exploré avec soin la région externe et supérieure de la cuisse; on eût senti, comme nous l'avons fait sur le cadavre, mais assez profondément, il est vrai, une tumeur dure, globuleuse, que l'on n'aurait pu attribuer qu'à la tête du fémur déplacée; mais l'attention n'était pas éveillée sur l'existence de pareilles luxations; et, d'ailleurs, le malade venant de subir une amputation, et offrant d'autres lésions graves et nombreuses, on ne voulait pas le tourmenter par un examen longtemps continué.

Le pronostic a été grave chez notre malade, il est vrai; toutefois la mort n'est pas due à la luxation, mais aux lésions concomittantes. Nul doute que si elle eût existé seule, le malade n'eût eu quelques chances de guérison.

La réduction a été simple et facile. Les plus légers efforts d'extension suffisaient pour faire reprendre au fémur sa position normale: ici la réduction a été obtenue par une extension exercée directement en bas, pendant qu'on exerçait un léger mouvement de rotation en dehors, et que l'on refoulait la tête d'avant et en arrière et en bas: de l'exposé de ce fait, je crois pouvoir tirer les conclusions suivantes:

1° L'existence de luxations incomplètes de la hanche est démontrée aujourd'hui.

2° La tête du fémur peut se luxer incomplètement, sans coïncidence de fracture de la cavité cotyloïde, sur tous les points du contour de cette cavité, puisque nous avons trouvé dans ce cas la tête du fémur luxée sur la partie la plus saillante du rebord supérieur de cette cavité, à l'endroit où la théorie semblait indiquer le moins de possibilité pour l'accomplissement de cette luxation.

3° Il existe, démontrée par le fait, une luxation incomplète, que l'on peut nommer cotyloïdienne supérieure et externe, et dont les principaux symptômes sont une abduction, une rotation en dehors de la cuisse luxée, un raccourcissement de 4 à 5 lignes à peu près, et la présence d'une tête arrondie à la partie supérieure et externe de la cuisse.

4° Cette luxation se réduit aisément par l'extension directe en bas, combinée avec un léger mouvement de rotation en dehors.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 1 OCTOBRE.

SUR LES COURANS ÉLECTRIQUES SUPPOSÉS TRANSMIS DANS LE VIDE.

M. Masson adresse une note sur ce sujet.

On admet généralement que l'électricité statique est retenue par l'air à la surface des corps conducteurs isolés et qu'elle se répand instantanément dans le vide. Les effets obtenus par Davy confirment cette idée. J'espérais, dit M. Masson, obtenir une vive lumière en faisant arriver dans le vide barométrique des courans puissans obtenus avec un grand nombre d'élémens. Je construisis alors des baromètres à l'extrémité desquels je soudai des fils de platine dont les extrémités pouvaient facilement être approchées ou éloignées de la surface du mercure. En faisant alors communiquer le fil de platine et le mercure du baromètre aux pôles d'une pile, je n'ai jamais pu, en faisant varier progressivement le nombre des couples des piles et la distance du fil au mercure, obtenir la plus légère déviation au galvanomètre placé dans le circuit; quelques précautions que j'aie prises il m'a été jusqu'ici impossible d'apercevoir la moindre étincelle ou lueur phosphorescente, même quand le fil et le mercure n'étaient plus distans d'un demi-millimètre.

De ces faits, dit l'auteur, il semble résulter que:

1° Le vide ne conduit pas les courans;

2° L'électricité de tension qui se manifeste par l'attraction de corps légers aux pôles des piles qui ont un grand nombre d'élémens, est excessivement

faible et ne paraît pas due à la même cause qui produit l'effet dynamique;

3° Il est permis de douter que les courans obtenus par Davy se soient propagés dans le vide sans le secours d'un fil conducteur.

CHAUFFAGE AU MOYEN DE L'HYDROGÈNE.

A l'occasion d'une note adressée, il y a quelques séances, à l'Académie, sur un procédé de chauffage des appartemens au moyen du gaz hydrogène carboné, M. Johard (de Bruxelles) annonce que depuis 1832 il s'est occupé de procédés de chauffage au gaz hydrogène pur obtenu par la décomposition de l'eau, et qu'il a pris, en 1834, un brevet pour cette application, la seule, dit-il, qui puisse fournir du gaz à bon marché. Déjà, ajoute-t-il, on est parvenu en Belgique à obtenir les mille pieds cubes de gaz non carburé à 1 fr. 20 c.

Le chauffage au moyen du gaz de charbon brûlé en grand à l'air libre au milieu d'un appartement, outre qu'il coûterait plus cher, offrirait, dit M. Johard, les inconvéniens suivans:

1° Production de fuliginosités qui se déposent sur les meubles et tentures;

2° Production d'acide sulfureux nuisible à la poitrine et attaquant les dorures;

3° Odeur ammoniacale désagréable;

4° Production d'acide carbonique délétère, rendant bientôt l'air de l'appartement impropre à la respiration.

Tous ces défauts ont dû s'opposer à l'emploi du gaz éclairant pour le chauffage des appartemens de luxe, et son prix assez élevé ne permet même pas de l'appliquer à la cuisson des alimens. Sans doute, en versant au dehors les produits de la combustion, on remédierait à une partie de ses inconvéniens, mais ce serait en perdant les trois quarts du calorique développé et en établissant des courans d'air comme dans les poêles et les foyers ordinaires, ce que l'on cherche particulièrement à éviter.

Au contraire, la combustion du gaz hydrogène pur obtenu par la décomposition de l'eau ne produit ni fumée, ni odeur, ni acide sulfureux, ni acide carbonique, ni ammoniaque, et seulement une petite quantité de vapeur d'eau qui n'a rien d'incommode et qui est loin d'être insalubre. Cette combustion peut, par conséquent, s'opérer dans des appartemens bien clos, de manière à ce que l'on ne perde pas 92 p. 100 de la chaleur produite, comme cela a lieu avec nos cheminées actuelles, lesquelles ne sont en effet que des syphons admirablement disposés pour vider sans cesse l'air chaud de l'intérieur des maisons.

La flamme bleuâtre du gaz hydrogène pur ne donne, comme on le sait, presque pas de lumière; mais, dit M. Johard, pour ne pas éclairer, elle n'en chauffe que plus, ainsi qu'il résulte des expériences de M. van Mons.

RECHERCHES SUR LES CORPS GRAS.

M. Pelouze lit, en son nom et celui de M. Félix Boudet, un résumé des résultats auxquels les a conduits l'étude de cette cause de corps.

Il résultait des observations publiées en 1832 par l'un des deux auteurs que l'acide hyponitrique, aussi bien que le nitrate acide de mercure, préparé d'après la méthode de M. Poutet, transforme l'huile d'olive et plusieurs autres huiles non siccatives en une matière grasse particulière, qui a reçu le nom d'élaïdine, tandis que ces agens n'apportent aucune modification analogue dans la constitution des huiles siccatives.

Ce fait a été le point de départ du nouveau travail de MM. Pelouze et Boudet. Ils se sont proposé d'analyser l'action de l'acide hyponitrique sur les corps gras en général, et de se rendre exactement compte de tous les phénomènes auxquels cette action donne naissance.

On admet depuis longtemps dans les huiles deux principes immédiats distincts, l'oléine et la margarine. Il était nécessaire au début d'agir séparément avec l'acide hyponitrique sur chacune de ces substances, afin de simplifier l'étude de leur transformation en élaïdine. Ils ont été conduits aussi à rechercher dans les matières grasses l'oléine et la margarine pure; ce que les chimistes n'avaient pas encore obtenu. Ils n'ont pas réussi à isoler l'oléine des dernières traces de margarine. Mais ils ont constaté qu'il existe deux oléines distinctes, l'une que l'on rencontre dans les huiles non siccatives d'amandes douces, d'olives, de noisettes, dans la graisse humaine, dans celle de porc, etc.; l'autre, qui constitue la plus grande partie des huiles siccatives de lin, de noix, de pavots, de chènevis, l'huile liquide du beurre de cacao.

Dans les huiles, les deux oléines tiennent en dissolution une margarine, toujours identiquement la même; car MM. Pelouze et Boudet sont toujours parvenus à en extraire un acide margarique fusible à 60°.

Ces deux oléines se distinguent entre elles par leur solubilité, très différentes dans différens véhicules, parce que l'une est siccative, tandis que l'autre ne l'est pas, parce que l'une reste liquide, quelle que soit la proportion d'acide hyponitrique que l'on fasse agir sur elle, tandis que l'autre est transformée en élaïdine; enfin, parce que la première contient toujours une proportion d'hydrogène beaucoup moins considérable que la seconde.

D'ailleurs, les acides oléiques fournis par ces deux oléines ont aussi une composition différente, et l'acide hyponitrique transforme l'un en acide élaïdique, tandis qu'il est sans action analogue sur l'autre.

Si les efforts tentés par les deux auteurs pour obtenir l'oléine parfaitement pure n'ont pas été couronnés par le succès, relativement à la margarine ils ont été plus heureux; ils l'ont rencontrée pure dans l'huile de palme.

Cette huile, qui provient, suivant les uns, du *cocos butyracea*; suivant les autres, du brou de *lavoira elais*, a, quand elle est récente, une odeur aromatique, une consistance butyreuse, elle entre en fusion vers 27 degrés. On a commencé par la soumettre à l'action de la presse pour en séparer la partie liquide; la masse solide, recueillie et traitée par l'alcool bouillant, a cédé à ce liquide un tiers de son poids environ d'une substance acide, soluble dans l'eau de potasse faible, et formée d'acides margarique et oléique.

La partie insoluble de l'huile de palme, dépouillée de l'oléine qui l'accompagnait, au moyen de dissolutions successives dans l'éther et de la pression, a présenté les propriétés d'un principe immédiat parfaitement pur. Cette substance se dissout, en toute proportion, dans l'éther à chaud, et cristallise par le refroidissement de la dissolution. Elle est peu soluble dans l'oléine; elle se congèle à + 50, et les alcalis la transforment exclusivement en acide margarique fusible à 60 degrés et en glycérine. C'est la margarine qu'on avait jusqu'ici vainement tenté d'obtenir. L'existence des acides margarique et oléique à l'état de liberté dans l'huile de palme récente, et dans la proportion d'un tiers de son poids, était un fait digne d'attention; il devint surtout intéressant lorsque l'expérience eut montré que l'huile de palme, à mesure qu'elle devient plus ancienne, prend un point de fusion plus élevé, et contient une proportion d'acide gras plus considérable, à tel point que de deux échantillons essayés, l'un, fusible à 31 degrés, a fourni la moitié de son poids d'acide gras, tandis que l'autre, fusible à 36 degrés, en renfermait les 4/5es.

Il était évident, d'après ces observations, que l'huile de palme s'acidifie spontanément. Que devient la glycérine pendant que cette acidification s'opère? Est-elle détruite? Est-elle simplement éliminée comme les acides eux-mêmes?

En traitant l'huile de palme récente par l'eau, filtrant et évaporant, les auteurs ont reconnu que cette huile contient aussi de la glycérine libre. Cette glycérine existe en assez grande quantité dans l'huile nouvelle; mais au lieu de devenir plus abondante à mesure qu'on la recherche dans une huile plus ancienne, sa proportion diminue, et on la trouve associée à un acide gras qui semble se former aux dépens de ses élémens et qui présente les caractères de l'acide sébacique.

Cette saponification spontanée semblerait tenir à l'existence, dans l'huile de palme, d'une substance qui serait au corps gras ce qu'est la levure de bière au sucre, l'émulsive à l'amygdaline.

La découverte de la glycérine dans l'huile de palme peut donner lieu de penser qu'une matière sucrée, liquide, trouvée dans l'eau de lavage du beurre de galam par M. Guibourt, et considérée par ce chimiste comme étrangère à la matière grasse, n'était autre chose que de la glycérine résultant de son altération.

Après s'être occupés de l'huile de palme, les auteurs ont dirigé leurs recherches vers d'autres substances grasses. Dans la partie solide de la graisse humaine et du beurre de muscade, ils ont retrouvé la même margarine que dans l'huile de palme. L'huile d'illipé (produite par un arbre de la famille des Sapotées) est formée, au contraire, d'une certaine quantité d'oléine associée à de la stéarine qu'il est très facile d'en extraire par la pression et la dissolution.

L'huile de coco a fourni un résultat remarquable et inattendu. La graisse solide qu'il renferme et qui sert, dans quelques parties de l'Afrique, à fabriquer des bougies, n'est autre chose que de l'élaïdine, substance que l'art seul avait fait connaître jusqu'à ce jour.

Enfin ils ont trouvé, dans le beurre de cacao et dans la partie solide de l'huile d'olive, deux composés dont la découverte simplifie beaucoup l'idée qu'on avait pu se former jusqu'ici des parties solides de certains corps gras.

On sait depuis longtemps que les parties solides des diverses huiles fines, dégagées par la pression et les dissolvans des liquides qui les accompagnent, offrent des points de fusion très différens. Cette circonstance était d'autant plus difficile à expliquer que la saponification transforme toutes les substances grasses, quelle que soit leur origine, en glycérine et en acide stéarique ou en margarine. Quelques chimistes pensent que si les parties solides, telles qu'on les connaît, sont différemment fusibles, cela tient à l'insuffisance des méthodes employées pour les purifier, tandis que d'autres croient qu'il existe dans les huiles des variétés particulières de margarine et de stéarine. MM. Pelouze et Boudet se sont assurés que cette inégalité dans leur point de fusion dépend de ce que les parties solides constituent de véritables combinaisons en proportions définies entre la stéarine ou la margarine et l'oléine; combinaisons qui fondent à des températures toujours invariables pour chacune, mais nécessairement différentes de l'une à l'autre.

Une de ces combinaisons a été trouvée dans le beurre de cacao, qui est presque entièrement formé d'une substance cristallisable fusible à 29° dans laquelle la stéarine se trouve combinée avec l'oléine, et que la saponification convertit en acide oléique et stéarique. Une seconde combinaison a été trouvée par MM. Pelouze et Boudet dans l'huile d'olives, dont la partie solide est fusible à 20° et doit être regardée comme formée d'oléine et de margarine. L'existence de ces combinaisons se démontre: par l'invariabilité de leur point de fusion, par leur composition élémentaire, par cette circonstance importante que le produit acide de leur saponification présente exactement la même fusibilité qu'un mélange artificiel d'acide oléique et margarique ou stéarique unis dans les mêmes proportions, et enfin par l'impossibilité d'en séparer rien d'hétérogène à l'aide de dissolvans quelconques.

On conçoit que la connaissance de ces combinaisons fait disparaître les variétés de stéarine et de margarine que plusieurs chimistes avaient admises. On doit prévoir aussi que ces composés ne sont sans doute pas les seuls qui existent, et que l'oléine peut s'unir en plusieurs proportions à la stéarine, et peut-être aussi à l'élaïdine.

Nous avons vu précédemment que l'acide hyponitrique transforme simultanément en élaïdine, l'oléine et la margarine, telles qu'elles existent dans les huiles qu'il solidifie, et que, de plus, les acides oléique et margarique produits par la saponification de ces mêmes huiles, sont aussi transformés par le même agent en acide élaïdique. Maintenant, en soumettant séparément à l'action de l'acide hyponitrique chacun des principes immédiats ou des composés définis que nous avons précédemment signalés dans les corps gras, on obtient des résultats dont quelques-uns ne pouvaient être prévus.

La stéarine pure ou combinée à l'oléine, comme elle existe dans le beurre de cacao, se montre inaltérable dans l'acide hyponitrique: il en est de même de l'acide stéarique fondu ou dissous dans une huile siccative, quelle que soit la proportion d'acide hyponitrique qu'on emploie et la température à laquelle on opère. Mais tandis que la margarine combinée avec l'oléine est tenue en dissolution dans l'huile d'olives, et l'acide margarique dissous dans l'acide oléique, ces combinaisons, telles que les présentent le produit acide de la saponification de cette huile se sont transformées facilement en élaïdine et en acide élaïdique. Ce même acide margarique à l'état de pureté n'éprouve aucune altération de la part de l'acide hyponitrique, et se représente avec toutes ses propriétés,

après avoir été soumis longtemps à son action, même avec le secours de la chaleur.

La combinaison d'oléine et de margarine extraite de l'huile d'olives se comporte elle-même de telle manière en présence de cet agent, que l'oléine qu'elle renferme se change en élaïdine, tandis que la margarine reste intacte, en sorte que le produit obtenu prend un point de fusion intermédiaire entre celui de l'élaïdine et de la margarine; et que la graisse acide que l'on obtient en le saponifiant peut facilement être partagée, au moyen de l'alcool, en acide margarique, fusible à 60°, qui cristallise le premier, et en acide élaïdique, fusible à 45°, que l'on trouve dans les eaux mères.

Dans tous les cas, au contraire, l'oléine et l'acide oléique des huiles non siccatives de la graisse humaine et de celle de porc, se transforment en élaïdine et en acide élaïdique.

D'un autre côté, lorsqu'on traite par un grand excès d'acide hyponitrique de l'élaïdine pure, soit qu'elle provienne d'une huile solidifiée, soit qu'elle ait été fournie directement par l'huile de coco, elle se liquéfie rapidement, et éprouve une nouvelle modification qui altère tout à la fois la glycerine et l'acide élaïdique, dont on doit la supposer formée. Celui-ci est remplacé par un nouvel acide beaucoup plus oxigéné, et que l'on trouve combiné, non plus avec la glycerine, qui a été détruite, mais avec de l'ammoniaque ou avec ses élémens.

Cet ammoniaque n'existe pas, dans la nouvelle combinaison, sous la même forme que dans les sels ammoniacaux; elle n'en est pas éliminée par les acides; elle ne se dégage que lentement sous l'influence des alcalis; en un mot, c'est un nouveau corps gras neutre, dans lequel l'ammoniaque paraît jouer le même rôle que la glycerine dans la margarine ou la stéarine.

NOUVELLE COMBINAISON DE CYANOGÈNE ET DE FER.

M. Pelouze lit une note sur un composé qu'il obtient de la manière suivante:

Si l'on fait passer un excès de chlore dans une dissolution de cyanoferrure de potassium, puis si l'on abandonne à elle-même la liqueur ou mieux si on la porte à l'ébullition, elle laisse déposer une poudre verte légère, insipide, qui, exposée au contact de l'air, bleuit peu à peu et acquiert les propriétés du bleu de Prusse. A 180° cette poudre perd du cyanogène, de l'eau, et dans quelques instans elle devient d'un bleu pourpré très riche et très intense. On la mêle avec huit ou dix fois son poids d'acide hydro chlorique concentré et on fait bouillir; l'oxide de fer qui y restait uni se dissout, le bleu de Prusse se détruit, et lorsqu'après avoir filtré une petite portion de la liqueur, cette portion ne précipite pas et ne se colore pas en bleu par l'eau, l'opération est terminée.

Le résidu vert bien lavé est desséché dans le vide jusqu'à ce qu'il ne perde plus de son poids; c'est alors une combinaison parfaitement pure ayant pour formule:



$$Fe\,Cy^2 + Fe^2\,Cy^6 + 4\,H^2\,O.$$

Elle contient plus de cyanogène que le bleu de Prusse, et dès-lors sa transformation en cette dernière substance, opérée par la chaleur ou par le contact prolongé de l'atmosphère, s'explique aisément. Elle est aussi beaucoup plus stable; ce n'est que par une ébullition soutenue pendant des heures entières que l'acide hydrochlorique fumant le décompose. Le chlore le détruit plus difficilement encore. Une lessive de potasse caustique l'altère subitement et le convertit en péroxide de fer, qui se précipite et en un mélange de cyanoferrure et de cyanoferride de potassium qui se dissolvent.

L'ammoniaque le décompose de la même manière, mais il est nécessaire que son contact soit plus prolongé.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 2 OCTOBRE. — PRÉSIDENCE DE M. MOREAU.

La correspondance comprend:

1. Le tableau des vaccinations dans les départemens de Lot-et-Garonne, des Basses-Pyrénées, d'Indre et-Loire, etc.;
2. Trois lettres ministérielles relatives à des épidémies qui ont régné dans divers départemens;
3. Un compendium de matière médicale;
4. Un travail de M. Gautier de Claubry sur les revaccinations;
5. Un travail de M. Rognetta sur les propriétés thérapeutiques de la belladone.

M. Renoult lit, à l'occasion d'une lettre de M. le docteur Bullard sur la peste d'Orient, une note qui conclut à la non-contagion. (Cette lettre sera jointe aux pièces qui doivent faire l'objet d'un rapport sur ce sujet, par MM. Chervin et Renoult.)

L'ordre du jour appelle la lecture de la lettre en réponse au ministre sur les revaccinations.

La parole est à M. Bousquet dont la commission a adopté le projet de lettre.

Cette lettre, résumant les faits et les opinions énoncés dans les discussions de l'Académie et exprimant les doutes qui en résultent quant au point de vue scientifique de la question, conclut en ces termes:

1° Il n'est point nécessaire de soumettre les élèves sortant des colléges à une deuxième vaccination.

2° Il se pourrait que les revaccinations eussent de l'utilité dans des cas qu'il serait laissé aux médecins de déterminer.

Une nouvelle discussion s'engage.

M. Burdin demande à lire une note sur ce sujet: Depuis vingt ans, dit-il, les médecins se plaignent de la négligence que l'on apporte dans les vaccinations et de la fréquence des varioloïdes; cette négligence est la seule cause des varioloïdes observées. Les modifications que l'on prétend remarquer dans les pustules vaccinales n'ont rien de constant; la distinction de l'ancien et du nouveau vaccin est toute gratuite. Les descriptions qui en ont été données dans le temps par un grand nombre de médecins et notamment par MM. Husson, Guersant, Rayer, démontrent leur identité parfaite. Quant aux revaccinations, elles n'ont aucune valeur pour conclure; les revaccinations réussissent également sur les personnes récemment ou anciennement vaccinées et sur les personnes variolées comme sur celles qui ne l'ont pas été.

Entre autres exemples, M. Burdin cite celui de M. Gautier de Claubry qui, ayant subi autrefois l'inoculation, a été depuis vacciné deux fois avec succès. Les effets préservatifs de la vaccine sont les mêmes aujourd'hui que dans le principe; la vaccine, à quelques rares exceptions, a constamment le même succès. Les épidémies varioliques ont toujours été decroissant, et elles ne se montrent plus que dans les pays où la vaccine a été négligée. Enfin dans la dernière période de vingt années il y a une diminution notable dans les décès, malgré l'accroissement progressif de la population. Toutes ces données résultent des rapports et des tableaux officiels des décès que M. Burdin a consultés au sujet de cette question.

M. Burdin demande que la commission soit invitée à comparer les pustules vaccinales actuelles avec celles qui ont été dessinées en 1823 par M. Husson, pour en établir la conformité parfaite. Il désire qu'on réponde au ministre qu'il n'est point nécessaire de revacciner, qu'il n'y a aucun sujet de concevoir des inquiétudes sur la conservation du vaccin, et qu'il faut se borner à favoriser les vaccinations:

M. Dubois (d'Amiens) attaque le projet de lettre sur plusieurs points de sa rédaction; d'abord sur ce qu'il est inutile de faire part au ministre des dissidences qui règnent dans le sein de l'Académie; qu'il ne faudrait point, en parlant de la crainte d'alarmer les familles par l'adoption des revaccinations, laisser croire que l'Académie aurait été retenue par cette considération; sur ce que le projet enfin laisse trop apercevoir une opinion dans laquelle l'Académie ne doit pas s'engager. On doit se borner à répondre que les secondes vaccinations ne sont pas nécessaires, sans dire si elles sont bonnes ou si elles pourraient convenir dans certains cas.

M. Nacquart ne croit pas qu'il y ait des vaccines locales. Les secondes vaccinations seraient nulles, en ce qu'elles n'éteindraient pas l'aptitude à la variole, si les premières n'avaient pu le faire. M. Nacquart pense que le dernier paragraphe de la lettre a l'inconvénient d'atténuer les conclusions.

M. Bousquet répond qu'il y a beaucoup d'exemples de vaccines locales, c'est-à-dire sans fièvre secondaire; les faits en sont d'autant plus faciles à admettre, qu'ils présentent cette analogie de plus avec la petite vérole elle-même. C'est à cette circonstance qu'il faut attribuer l'insuccès des revaccinations, lorsqu'elles ne détruisent pas l'aptitude à contracter la variole. Quant à l'efficacité des secondes vaccinations en général, elle est démontrée par l'extinction des épidémies varioliques de l'Allemagne sous leur influence.

M. Kéraudren veut que la seconde conclusion de la lettre, qui semble dire que les deuxièmes vaccinations complètent l'effet des premières, soit annulée.

M. Emery dit, à l'appui de ce qu'a avancé M. Bousquet, qu'il y a des secondes vaccinations qui ne préservent de rien, et qui sont purement locales; il cite à ce sujet un médecin chez lequel la faculté de reproduire des pustules vaccinales était telle, qu'il s'inoculait la vaccine à plusieurs reprises, de manière à la perpétuer sur lui-même en quelque sorte, toutes les fois que le vaccin venant à lui manquer, il voulait en conserver pour ses premiers besoins.

M. Rochoux: Il faut s'en tenir aux remarques faites dans le sein de l'Académie. Le deuxième paragraphe doit être supprimé ou mis ailleurs. L'Académie ne peut ou ne doit se déterminer que sur des considérations scientifiques, et ne doit point tenir compte de motifs qui sortent de cet ordre.

M. Baudelocque demande qu'on rectifie la phrase de M. Bousquet, disant que l'Académie ne se croit pas assez éclairée sur la question.

M. le Président: Il ne reste plus qu'à discuter sur les retranchemens.

M. Dubois (d'Amiens): Prendre en considération ce qui vient d'être dit dans l'Académie et renvoyer à la commission ou au rapporteur lui-même pour rectifier le projet séance tenante.

M. le Président: Il y a deux propositions: 1° faire adopter la lettre phrase à phrase; 2° renvoyer immédiatement à la même commission, en y adjoignant les membres qui ont pris part à la discussion. Cette seconde proposition est adoptée, et les membres de la commission se retirent immédiatement dans une pièce voisine pour faire les changemens reclamés à la lettre de M. Bousquet.

La parole est à M. Deville pour la lecture d'une observation relative à un cas de morve transmise du cheval à l'homme. Cette observation, faite en commun avec MM. Breschet, donne lieu à la nomination d'une commission, composée de MM. Bouley, Royer et Cruveilhier.

M. Bousquet lit la nouvelle rédaction de la lettre dont la conclusion définitive est: « Il n'est pas nécessaire de soumettre à une seconde vaccine les élèves des colléges à la fin de leur cours d'études.

BIBLIOGRAPHIE.

CAMPAGNE DE CONSTANTINE EN 1837; par M. le docteur Ch. Sédillot, professeur au Val-de-Grâce.

Ce titre, par cela qu'il est un peu vague, convient à l'ouvrage dont nous avons été chargé de rendre compte aux lecteurs de la Gazette Médicale. En effet, il ne s'agit pas seulement, dans cette relation, de conceptions stratégiques, d'évolutions de troupes, ni de la terrible et glorieuse péripétie qui eut pour théâtre la brèche de Constantine; il ne s'agit pas exclusivement non plus, comme la qualité de l'auteur pourrait le faire croire, des mesures sanitaires qui ont protégé l'armée, des maladies qui l'ont assaillie, des blessures qui ont décoré nos soldats; en même temps que ces graves événemens sollicitaient l'attention du jeune chirurgien, ils ne l'empêchaient pas de jeter un coup d'œil sérieux et observateur sur un pays d'une physionomie si nouvelle et si impo-

sante, sur une population si fortement trempée, si étrange dans ses mœurs, si intéressante par ses qualités méconnues! ce champ est vaste: appartenait-il à un médecin d'en parcourir les différentes parties? M. Sédillot a, dans une courte introduction, judicieusement répondu à cette question; il y a répondu mieux encore par l'intérêt soutenu qui anime son récit.

Toutefois, on doit présumer que le cadre n'a pris de l'étendue en surface qu'aux dépens de la profondeur. L'écrivain, pour conserver l'harmonie de l'ensemble, a resserré les élémens de son sujet dans de justes limites, et il a dû se contraindre pour ne pas accorder aux questions purement médicales une extension disproportionnée. Mais il ne faut pas croire que les détails géographiques et ethnographiques qui occupent une large place dans son ouvrage ne puissent être d'aucune utilité pour les médecins militaires: il est désirable au contraire que ces études prennent à leurs yeux de l'importance, et M. Sédillot a donné un excellent exemple. En effet, les Arabes réclament souvent les secours des médecins français; ils ont en eux une confiance sans bornes; ils les reçoivent, ils les écoutent avec les démonstrations d'une vénération profonde et sincère. Il y a donc pour nous, dans l'intérêt de la colonie et de la civilisation, un rôle magnifique à remplir sous ces tentes où nous nous asseyons en bienfaiteurs, et où nous laissons après nous la reconnaissance. Or, il est indispensable au succès de cette généreuse mission de se rapprocher des indigènes par la connaissance de leur pays, de leur langue, de leurs mœurs et de leurs usages.

Quoi qu'il en soit, je restreindrai cette analyse aux considérations qui se rattachent particulièrement à la médecine, et certes il y a sur ce sujet aussi de bonnes choses à puiser dans la relation de la campagne de Constantine; car c'est le noble privilége de notre profession de consoler l'humanité des sacrifices sanglans qu'elle s'impose, en apprenant à lui rendre des services nouveaux dans les enseignemens fournis par les victimes elles-mêmes.

Les coutumes du pays sont d'antant plus remarquables qu'elles contrastent avec nos propres usages, qui exercent le droit de conquête en introduisant l'innovation dans un pays dont les habitudes étaient restées jusqu'alors immuables. Ainsi, au milieu de ce massif de maisons closes comme des sanctuaires, au milieu de ces rues étroites, tortueuses et voûtées, nous avons déblayé une vaste place, percé des rues larges, droites, découvertes, construit de hautes maisons à l'européenne: nous nous assimilons de plus en plus notre possession.

M. Sédillot blâme cette conduite; il serait plus sage, selon lui, de suivre une marche inverse et de commencer par nous soumettre en partie aux usages locaux, qui sont des révélations instinctives liées intimement à des influences de climat. Je ne puis, pour mon compte, adopter cette proposition, malgré l'admiration que je professe pour l'Afrique, et, si j'ose le dire, pour certaines qualités des Arabes. Je ne crois point, par exemple, qu'il serait très-prudent d'adopter leur mode de vêtement, c'est-à-dire leur quasi-nudité, ni de préférer leurs nattes et même leurs tapis étendus sur la terre à nos lits que nous éloignons du sol d'où sont exhalés des miasmes si funestes. M. Sédillot s'attaque à la répudiation de la couleur blanche pour les habitations et les vêtemens; il nous reproche d'avoir déjà peint l'extérieur de nos maisons en vert, en gris, en jaune, et de porter imperturbablement nos habits noirs, tandis que les Arabes sont restés fidèles, de temps immémorial, à la couleur blanche, qui est celle qui préserve le mieux de la chaleur, n'ayant point attendu la démonstration de ce fait par l'expérience pour en tirer parti.

D'abord, quant au badigeonnage des maisons, cette question rentre implicitement dans celle de l'élargissement des rues, qui n'a point été abordée par M. Sédillot. En effet, n'est-il pas évident que l'éclat des surfaces blanches, qui convenait autrefois dans des rues étroites et sombres, serait très-nuisible dans nos voies larges et découvertes qu'inondent des flots de lumière et de chaleur? A la vérité l'on s'en est pris à cette amélioration elle-même, et l'on a demandé s'il ne vaudrait pas mieux conserver les anciens couloirs dont l'étroitesse augmentait la vitesse, et par conséquent la fraîcheur de l'air. Mais M. Sédillot a condamné ce paradoxe en dénonçant l'odeur nauséabonde qui témoigne de l'impureté de l'air sous ces voûtes étroites et tortueuses. D'ailleurs, la force des choses en a fait justice, car comment concilier ce système de voirie avec nos habitudes excentriques et nos machines locomotives?

Appliqué aux vêtemens, le reproche est peut-être plus spécieux; toutefois la couleur a, selon moi, moins d'importance que l'ampleur, qui est la condition caractéristique de l'habillement des pays chauds: le rapport n'est pas aussi constant dans le choix de la couleur; en Espagne, les teintes sombres sont généralement recherchées; en Afrique même quelques tribus portent le burnous brun, et l'on remarque que cette diversité est moins liée à l'influence du climat que subordonnée à la nature des matières premières qui varient suivant les localités. Ainsi, là où on ne possède que des bêtes à laine, la toison sert exclusivement à la fabrication d'étoffes blanches et moelleuses; autre part, ce sont des poils de chameaux qui composent la trame des tissus, et ceux-ci sont bruns, serrés, imperméables; enfin, les Kabiles, qui tous les matins descendent de leurs montagnes dans les rues de Bône, en criant: Carbône! n'ont pour unique vêtement qu'un court tablier de cuir. Or, ce sont ceux-ci qu'on regarde comme les autochtones, ou du moins comme les plus anciens habitans, les indigènes proprement dits? Est-ce donc, pour être conséquent, leur mode qu'il serait sage de préférer? ou faudra-t-il conclure de ces variations que l'instinct hygiénique conseille à Tlemcen les vêtemens bruns; à Alger, les étoffes blanches; à Bône, enfin, la nudité complète? Sachons donc respecter en nous-mêmes l'incontestable supériorité dont la science et la civilisation nous ont dotés, et aspirons, non pas à descendre, mais à élever jusqu'à ce qu'il y a de bon en nous, une race si digne de nos efforts! rompons, par notre exemple, son immobilité! entraînons-la sur nos pas dans le grand mouvement de l'humanité, où ses qualités l'appellent à un noble rôle.

Du reste, M. Sédillot s'était, à quelques pages plus haut, contredit par anticipation, en conseillant aux arrivans l'usage du vin, tandis que le législateur-prophète, dans ses vues hygiéniques, s'est armé du nom de la religion pour interdire cette boisson aux indigènes. Et, ici encore, nous croyons pouvoir, sinon contredire positivement, du moins mettre en doute l'explication suivante; car nous croyons qu'elle recèle quelque importance: «L'air d'Afrique, dit notre honorable confrère, énerve, d'une manière extraordinaire, les organisations, même les plus irritables, et l'on doit probablement en rapporter la cause aux influences miasmatiques dont on ne peut complètement se préserver; tous les hommes qui arrivent d'Europe, buvant de l'eau par régime et évitant tous les alimens échauffans, pour ne pas augmenter des palpitations, des douleurs anciennes, des inflammations pulmonaires chroniques, l'insomnie, etc., sont fort étonnés de supporter parfaitement un genre de vie, qui, en France, leur avait paru incontestablement nuisible, et peu à peu on les voit reprendre l'usage du vin, du café, des liqueurs et celui des mets épicés, sans en être aucunement incommodés. On ne peut guère supposer que la chaleur seule produise ce résultat, tandis qu'il s'explique facilement par l'affaissement et l'atonie, déterminés par une cause miasmatique, qu'il est convenable de combattre par une alimentation légèrement tonique et excitante.»

Il y a ici trois distinctions à faire; il faut considérer: 1° l'influence absolue du climat; 2° l'expérience commune aux arrivans, et consistant en un abattement plus ou moins prononcé; 3° le cas particulier de certains valétudinaires, qui supportent un régime plus excitant que celui qu'ils suivaient en Europe.

En thèse générale, il serait contraire à l'observation d'avancer que le climat exerce une action dépressive sur les êtres organisés; la vie, au contraire, se manifeste avec une intensité remarquable; et le règne botanique et la série animale déposent de ce fait; un double mouvement anime chaque année la végétation; en automne, comme au printemps, la pâquerette étale dans les champs un disque aussi large que celui de nos chrysanthèmes; les oliviers sont plus beaux que ceux de la Provence; les ruisseaux sont ombragés par des oléandres, dont le développement rivalise avec celui de nos lilas. L'Afrique est le domaine du lion, qui règne par le droit du plus fort, c'est la patrie de l'infatigable chameau; toute la nature vivante, enfin, porte sur ses traits l'empreinte de la vigueur. L'homme seul y serait-il disgracié? N'a-t-on pas, au contraire, signalé de tout temps la force et l'énergie des Arabes? On ne peut donc point accuser sommairement l'air d'Afrique de débiliter les organisations. Mais est-il étonnant que nous éprouvions d'abord de l'affaiblissement en passant subitement, pour ainsi dire, d'un pays froid ou tempéré sous ce ciel embrasé, puisqu'il suffit, dans nos contrées, d'une brusque élévation de température pour produire le même résultat? Et l'on sait que ce sont aussi, dans cette dernière circonstance, les constitutions les plus irritables qui sont le plus impressionnées. Ce qui prouve que l'abattement doit être rapporté, non pas à une cause miasmatique, mais bien à la chaleur, c'est qu'il cesse le soir, lorsque l'atmosphère s'est rafraîchie, quoique ce soit le moment de la journée où les miasmes développent particulièrement leur activité. Enfin, quant à l'heureux changement de régime des personnes atteintes de palpitations, de douleurs, d'insomnie, etc., il s'expliquera facilement si l'on pense que ces affections sont souvent les suites de notre vie sédentaire ou de l'irritabilité nerveuse excitée, entretenue par nos rapports sociaux, et quelquefois aussi les rêves d'une imagination hypochondriaque. Toutes ces funestes conditions sont brisées en Afrique et remplacées par des conditions opposées, telles que la vie au grand air, d'abondantes transpirations, une activité soutenue et surtout une puissante préoccupation d'esprit, opérée par les grands événemens auxquels on se

trouve associé et par le spectacle imprévu et majestueux qui frappe partout les regards. Voilà les véritables causes de l'amélioration qu'éprouvent dans leur état les personnes dont nous parlons et la subite innocuité du vin et des alimens excitans ou toniques ; M. Sédillot parle même du café et des liqueurs. En admettant, ce que, du reste, je ne repousse pas, qu'une tonification modérée soit utile, le but serait ici évidemment dépassé, et l'on avouera que des organes véritablement enflammés composeraient difficilement avec un pareil régime.

Du reste, on se rend facilement compte de cet anathème lancé contre l'atmosphère algérienne, en remarquant que M. Sédillot s'est trouvé en Afrique à l'époque où chaque année les fièvres intermittentes exercent sur tout le littoral leur déplorable intensité. Depuis Alger, qu'il quitta bientôt, jusqu'à M'jez-Ammar, où il alla prendre la direction du service chirurgical, toutes les troupes courbaient la tête sous les sévices de l'endémie. Ses corps furent surtout funestes dans la province de Bône. Cette ville était devenue le centre d'action où se préparaient les élémens d'une nouvelle expédition; les autorités supérieures y avaient transporté leur résidence; partout les ressources ne manquaient pas, mais l'encombrement était au comble; d'incessantes préoccupations détournaient l'attention des mesures hygiéniques qui avaient été jusqu'alors fatalement négligées; d'ailleurs, les bras et les matériaux étaient employés à d'autres usages; aussi des régimens presque entiers ont été détruits sans gloire et sans consolation. Les camps échelonnés, à l'instar de ceux des Romains, sur la route de Constantine, n'étaient pas plus favorisés; l'encombrement y était moindre, sans doute, mais le dénuement était plus grand; l'isolement engendrait un ennui profond, et la mortalité, qui ne pouvait pas être dissimulée, frappait les survivans de consternation. Aussi, tous ceux qui n'étaient point couchés sur le lit de douleur, traînaient, appuyés sur des roseaux, leurs corps chancelans, jaunes, amaigris et bouffis. Arrivé à M'jez-Ammar, M. Sédillot, jusque là simple observateur, eut lui-même à traiter les malades du camp, et il reconnut bientôt, à l'influence endémique, une telle prédominance, que là même où la périodicité n'apparaît point franche et légitime, elle se trahit encore sous un voile plus ou moins épais; elle imprime, avec plus ou moins de force, son cachet sur la symptomatologie des maladies intermittentes. Aussi le sulfate de quinine a-t-il une vogue justifiée par des succès inespérés. Comment donc résister à l'impression de ce spectacle? Comment ne pas accuser le ciel de recéler, de cacher sous une voûte, en apparence si pure, un poison subtil auquel personne ne peut échapper?

Je ne me pose point en adversaire absolu de cette opinion; mais je me réserve de la reprendre et de la discuter plus à propos dans un autre article, en analysant un ouvrage spécial sur les fièvres intermittentes d'Afrique, publié par M. Worms, médecin ordinaire à Bone, quelques semaines avant l'édition de celui de M. Sédillot. Il entrait dans le plan de ce dernier écrivain de ne pas donner à ce sujet des développemens qui eussent dépassé les limites qu'il s'était posées d'avance; et, d'ailleurs, il n'avait pu, pendant un court séjour en Afrique, recueillir des documens comparables à ceux amassés par son collègue, qui a été, pendant cinq ans, et sans interruption, attaché à l'hôpital le plus important de la province.

M. Sédillot s'est particulièrement placé au point de vue de la chirurgie. Attaché à l'ambulance d'avant-garde, il accompagna la colonne à la tête de laquelle le gouverneur-général se mit en marche, le 12 septembre, pour reconnaître la route que l'armée devait suivre un mois plus tard. Cette colonne fut attaquée par des tirailleurs arabes, et quelques blessés furent transportés à l'ambulance. Mais aucune blessure ne donna lieu à des remarques importantes. On sait combien les coups de feu sont variables dans leurs effets, et combien, par conséquent, il est difficile d'appliquer rigoureusement à leur individualité des considérations générales. Cependant, après avoir décrit l'attaque héroïque que les Arabes tentèrent, une semaine plus tard, contre le camp de M'jez-Ammar, M. Sédillot, à l'occasion d'une plaie de tête, se livre à une discussion intéressante sur l'indication du trépan et des tentatives d'extraction de la balle quand il y a fracture du crâne et pénétration du projectile dans la masse encéphalique : il pose l'affirmative, et il appuie sa thèse sur des faits et sur des arguments qui nous ont paru péremptoires. La même justesse de raisonnement se fait, plus loin, remarquer dans l'exposition des règles du débridement et de la recherche des corps étrangers. Mais il nous a paru que cette rédaction n'apporte rien de nouveau dans le domaine de la science, qu'elle n'ajoute rien aux leçons des grands maîtres. Nous avons dès-lors regretté que M. Sédillot n'ait point préféré donner cette place à l'histoire des faits les plus intéressans qui ont dû se présenter pendant le siége à son observation et à sa pratique. Il y a là, pour nous, un vide que ne peuvent cacher de belles et pathétiques descriptions, et l'on dirait, à ce contraste, que la chirurgie militaire est restée spectatrice oisive d'un drame sublime.

Nous pouvons heureusement proclamer le contraire. Non-seulement elle s'est montrée digne de sa mission dans les camps et sous les murs de Constantine, malgré les entraves imposées à son zèle par une organisation vicieuse, et malgré les misères qu'elle a supportées, misères telles qu'aucun autre corps de l'armée n'en subit de pareilles; mais la prise même de la ville ne devait pas mettre un terme à ses fatigues ni à son dévouement; des devoirs peut-être plus pénibles l'attendaient au contraire dans l'intérieur. En effet, pendant le siége, il n'y avait presque pas en de malades; cette armée de valétudinaires et de convalescens s'était soutenue par le courage, malgré la faim, le froid et la pluie; mais, après le succès, la tension morale étant tombée, l'épuisement l'emporta, et le nombre des malades devint tout à coup effrayant. Les fièvres intermittentes, la diarrhée colliquative et le choléra se disputèrent les victimes. Le choléra avait été incontestablement importé par le 12ᵉ de ligne, qu'on avait imprudemment appelé de Marseille, et qui avait semé cette calamité partout sur son passage. La ville conquise n'était, pour ainsi dire, qu'un réceptacle de malades, et quel réceptacle! Point d'abris, point de fournitures, de couchage, ni d'habillement; point de linge à pansement; point de vivres; un seul pharmacien, et, chose inouie, pas un médecin! La logique de l'armée demandait compte de ce désordre, de cette pénurie, aux officiers de santé. Sans doute, là où il y a des soldats blessés ou malades, ce sont les officiers de santé qu'appelle le cri de l'armée: ce sont eux, elle le sait bien, qui ont l'intelligence de ses besoins, et le désir désintéressé de les satisfaire; ce sont eux qui ont des paroles de consolation et des moyens de soulagement. Mais les officiers de santé, enchaînés par un réglement funeste, n'ont aucun moyen direct d'action, aucune puissance, aucune autorité efficace! Ils ne peuvent pas même disposer de leur dévouement ni de leur abnégation. Les chefs d'armée ne devraient pas ignorer cet état de choses; assez souvent nous avons prédit ces funestes résultats; assez souvent pour les prévenir, notre parole s'est fait entendre; mais elle n'a pas été écoutée. Je ne sais quel amour-propre administratif a prévalu contre de si grands intérêts, et prévaut encore aujourd'hui contre une expérience si récente et si décisive!

Toutefois, la force suprême des circonstances poussa quelques-uns de nos confrères à dépasser pieusement le cercle étroit de leurs attributions, et, grâce à leur coopération, les malades purent enfin être recueillis dans les locaux les moins défavorables qu'on pût trouver dans une ville qui avait été si vigoureusement battue par l'artillerie. Alors, on n'envia plus leurs fonctions lorsqu'il fallut passer des journées entières, et quelquefois sans prendre aucun aliment, dans ces salles immondes où toutes les misères pathologiques étaient entassées! les blessés au milieu des fiévreux; des individus dont les extrémités étaient gelées, à côté de malheureux dont toute la surface du corps n'était qu'une horrible brûlure! On sait quelle odeur nauséabonde exhale le pus des brûlures; qu'on y ajoute la puanteur répandue par les déjections des cholériques et des diarrhéiques qui étaient privés de vases et qui n'avaient pas la force de se traîner au dehors, et l'on concevra que personne alors ne disputait plus aux officiers de santé le droit de prodiguer des secours au milieu de cet air impur! Presque tous y contractèrent des maladies graves; plusieurs y puisèrent le germe d'une mort qui n'a point été célébrée par les ordres du jour, qui n'a point été adoucie par les prestiges de la gloire! M. Sédillot ne pouvait pas échapper à l'infection; car il n'avait point failli à son devoir : il fut atteint d'une fièvre grave, qui prit bientôt à Bone un caractère pernicieux; mais qui céda enfin à un traitement énergique. Il s'embarqua alors pour Alger, où il retrouva le choléra; et bientôt après pour Toulon, où il n'aborda qu'après une traversée de neuf jours, que le mauvais temps avait rendue très pénible. « Nous retrouvions, dit-il, la France; nous respirions un air salubre, qui ne nous menaçait ni du choléra, ni des fièvres; nous possédions toutes les ressources matérielles de la vie, des eaux pures et limpides, des boissons variées, une nourriture saine et abondante; nous pouvions parcourir avec sécurité les plus longs espaces; partout les merveilles de l'industrie, des arts et de la science, et les émotions du spectacle d'une haute et puissante civilisation qui nous paraissait presque nouvelle; que de causes pour se trouver heureux de rentrer dans sa patrie, et d'y rapporter le souvenir d'une expédition lointaine, que tant de braves avaient rendue glorieuse, en faisant l'honneur de nos armes, le noble sacrifice de leur vie! »

A. J.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE DE FELIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 41. (TOME VI. — 1838.) SAMEDI 13 OCTOBRE 1838.

Gazette Médicale

DE PARIS.

LA GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°.—Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre.— On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Poissonnière*, n° 5, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

REVUE GÉNÉRALE.

FIN DE LA DISCUSSION DE L'ACADÉMIE SUR LES REVACCINATIONS.

L'Académie de médecine s'est prononcée, dans une de ses dernières séances, sur la question des revaccinations. Sa réponse, ainsi qu'il avait été aisé de le prévoir, a été négative; l'Académie n'a point reconnu qu'il y eût nécessité d'adopter la mesure demandée. Cette réponse, dictée à la fois par la sécurité qu'inspire l'état sanitaire en France, et par les prudentes réserves du doute, quant au fond de la question, a le tort peut-être d'être trop explicite et de ne point assez exprimer ces réserves. Elle reproduit à peu de choses près les termes du premier projet à l'occasion duquel on avait fait la même observation. Il semble que les discussions auxquelles l'Académie s'est livrée pendant trois séances n'aient eu d'autre effet que de lui faire parcourir un cercle de questions subsidiaires, de soulever les doutes et faire naître l'incertitude dans tous les esprits, pour la ramener ensuite à son point de départ. Il est arrivé, du reste, pour la question des revaccinations, ce qui arrive dans toute question qui n'est pas suffisamment élaborée et qui laisse le champ libre aux hypothèses: ici il y avait des faits pour tout le monde; les opinions contraires pouvaient être également soutenues. Mais à mesure que les faits se sont produits en plus grand nombre et qu'ils ont été plus approfondis et mieux appréciés, les opinions se sont elles-même modifiées: d'abord absolues et exclusives de part et d'autre, pour ou contre la dégénérescence du virus-vaccin, elles semblaient ne devoir laisser de solution possible que dans l'un ou l'autre de ces termes *à priori*; puis, éclairées par la discussion, elles ont réciproquement cédé de leurs exigences, et se sont rapprochées dans un doute commun. La question s'est trouvée ainsi en quelque sorte déplacée. Il ne s'est plus agi de se prononcer entre les opinions de la dégénérescence, de la préservation temporaire ou absolue du virus-vaccin; l'Académie s'est reconnue non suffisamment éclairée sur cette question et manquant des élémens nécessaires pour sa solution; mais elle a vu en même temps que la réponse à faire au ministre ne se renfermait pas rigoureusement dans les termes de l'une ou de l'autre de ces hypothèses; et qu'on pouvait même jusqu'à un certain point la considérer comme indépendante de leur solution, en la renfermant dans la question d'opportunité. La réponse ainsi formulée ne restait plus douteuse pour personne. Mais une autre question se trouvait naturellement soulevée à côté de la première. Il est ressorti en effet de la discussion un fait qui a paru assez important à la commission pour le consigner dans le rapport; et ce fait est même allégué par les

---

Feuilleton.

LE MAGNÉTISME ANIMAL EN ANGLETERRE.

Mon cher confrère,

Je vous ai, dans une lettre précédente, entretenu de la réapparition en Angleterre du magnétisme animal, des recherches scientifiques dont il y était l'objet, sous la direction de l'un des plus habiles praticiens de Londres, et de l'espoir que l'on avait conçu d'arriver enfin à la solution de cette question, tant de fois et si longtemps discutée. Depuis cette époque, la question a fait des progrès rapides; de nombreuses séances ont eu lieu; des expériences plus nombreuses encore ont été faites; la presse périodique a pris part à la discussion; plusieurs journaux littéraires ont embrassé avec enthousiasme le parti du magnétisme animal; deux journaux de médecine seulement s'en sont occupés: l'un rejetait comme absurdes ou frauduleux tous les faits qui paraissaient à l'appui du magnétisme; l'autre (LA LANCETTE) les recueillait tous, et restait dans le doute philosophique jusqu'au moment où il lui a été facile de porter un jugement motivé, et qu'on pourrait dire sans appel. Les premiers succès obtenus par le docteur Elliotson dans les premières séances avaient éveillé de nombreuses antipathies. Les gouverneurs de l'hôpital de l'Université lui refusèrent non-seulement la permission qu'il avait demandée de faire ses expériences cliniques dans le grand amphithéâtre du collége, qui aurait permis à un plus grand nombre d'auditeurs d'y assister; mais encore l'obligèrent à les faire auprès du lit des malades. Nous allons jeter un coup-d'œil sur quelques-unes de ces expériences, après avoir pourtant rapporté un fait qui aurait dû déjà faire prévoir le dernier résultat.

Toutes les jeunes filles de l'hôpital, voyant les attentions extraordinaires dont les sœurs O'Key étaient l'objet continuel, voulurent participer à cette faveur, et aussitôt l'hôpital fut plein de somnambules; mais, soit que ces dernières eussent moins d'habileté, soit pour toute autre cause, on finit par découvrir toutefois leur imposture; ce ne fut qu'après que le docteur Elliotson et la plupart des assistans eurent été pendant quelque temps dupes de leurs grimaces et de leurs contorsions; et, pour quelques-unes, après de nombreuses et même de douloureuses épreuves. C'est ce qui est arrivé surtout pour une malade dont il a déjà été question (Voyez feuilleton de la GAZETTE MÉDICALE, n. 26), Anne Ross, épileptique, sur laquelle M. Elliotson croyait avoir constaté la loi de l'accroissement de l'intensité magnétique, en raison du nombre des magnétiseurs formant la chaîne. Comme elle avait dit pendant le sommeil qu'elle avait deux dents gâtées, elle souffrit qu'on les lui arrachât toutes les deux pendant un somnambulisme simulé, sans donner le moindre signe de douleur. Aussi longtemps qu'Anne Ross s'en tint à ce premier degré de l'influence magnétique, on la crut réellement somnambule; mais quand elle voulut feindre le

adversaires des revaccinations, en faveur de l'efficacité de la vaccine; c'est que un grand nombre de vaccinations ont été mal faites et que plusieurs départemens de la France se trouvent mal ou incomplètement vaccinés. Si les revaccinations n'étaient point jugées nécessaires comme mesure préventive contre l'inefficacité de la première vaccination, ce qui n'a pu être démontré; si les circonstances ne présentaient aucune urgence qui pût motiver l'adoption de cette mesure, ce qui a paru évident pour tous, il restait encore à se demander si le cas d'épidémie varioleuse survenant, les revaccinations devraient être mises en usage, et si elles ne pourraient pas être appliquées aux pays où l'effet des premières vaccinations reste douteux ou nul, ainsi qu'il résulte des rapports annuels. C'est ce que l'Académie n'a point cherché à mettre en question. D'une autre part, pour obéir aux scrupules de quelques membres, on a cru devoir supprimer dans le rapport tout ce qui paraissait faire connaître les doutes et les dissidences qui règnent dans l'Académie sur cette question, ainsi que le paragraphe des conclusions qui tendait à ne présenter la solution que comme provisoire. Qu'en est-il résulté? C'est que la rédaction du rapport, comme toute rédaction improvisée et débattue phrase par phrase en séance orale, manque d'unité et d'ensemble dans les idées; elle énonce une réponse formelle d'après des faits douteux, et semble ainsi présenter une contradiction entre les considérans et la conclusion. La conclusion semble avoir été inspirée beaucoup plus par des motifs de convenance que d'après des considérations scientifiques, et c'était ce que l'on ne devait pas craindre d'exprimer au ministre.

Toutefois cette réponse, en réalité provisoire, n'engage en rien l'Académie pour l'avenir. Elle a cru pouvoir se prononcer sur une question d'intérêt sanitaire; et elle l'a fait avec des motifs suffisans. Mais quant à la question scientifique, elle est sortie de la discussion toute neuve encore, et grâce à la proposition de M. Dubois (d'Amiens), que l'on a paru adopter d'une manière unanime, l'Académie est appelée à lui donner par la suite une solution plus complète. Gardons-nous cependant de considérer comme infructueuse et inutile la discussion qui a eu lieu: elle a eu pour premier effet de faire naître le doute et de provoquer l'esprit d'examen en réduisant à leur juste valeur les opinions trop absolues qui se sont produites; et en second lieu, d'éclaircir quelques points isolés de la question, de produire des faits peu connus, et de mettre en présence les opinions opposées. La discussion a ainsi préparé les élémens qui devront concourir à la prochaine solution. Le premier fait rassurant qui est ressorti de ces débats, c'est l'état sanitaire satisfaisant de la France, la diminution progressive et la cessation presque complète des épidémies de petite vérole. Les succès si surprenans au premier abord des revaccinations faites dans la Prusse et autres Etats du Nord, soupçonnés d'exagération ou même d'erreur, ont appris à se tenir en garde contre les apparences d'expériences incomplètes et contre les préventions qu'elles pouvaient faire naître. On a à peu près mis hors de doute le fait des vaccines locales dont la distinction était d'autant plus importante, que ce pouvait être une source d'erreur qu'il eût été difficile d'éviter. La manière imparfaite et souvent infidèle dont se sont faites les vaccinations dans un certain nombre de départemens, a paru une raison satisfaisante pour expliquer l'apparition plus fréquente dans ces contrées, de la variole et de la varioloïde. Quelques opinions nouvelles ont été énoncées, mais sans démonstration évidente, tels que la nécessité de la contagion directe pour le développement de la variole chez les vaccinés. On a également donné de nouveaux caractères distinctifs des cicatrices de l'ancien virus d'avec celles qui sont produites par le cowpox. Les revaccinations, a-t-on dit encore, ont paru réussir de préférence dans des époques et dans des localités où règnent des épidémies varioliques. Tous ces faits, s'ils ne sont pas suffisamment établis, ont néanmoins une valeur dont il faut tenir compte; et ils doivent être enregistrés comme documens utiles que les discussions ultérieures mettront à profit. Mais il s'en faut que la question ait été examinée sous toutes ses faces, qu'on en ait posé tous les termes. La question de la vaccine est sans contredit un des problêmes les plus complexes de la pathologie; à sa solution se rattachent les plus hautes considérations pathogéniques et l'histoire de presque toutes les maladies épidémiques et contagieuses. On ne peut faire un pas dans l'étude de cet important sujet, qu'on ne soit arrêté par des questions du plus haut intérêt: quels sont les rapports d'identité ou d'analogies, les ressemblances ou les dissemblances qui existent entre la vaccine et la variole, la variole et la varioloïde? quels rapports lient l'existence ou la fréquence de la varioloïde avec les progrès de la vaccine? Ces questions restent encore indéterminées. Y a-t-il un rapport égal entre l'aptitude de chaque individu à contracter la variole et la vaccine? L'aptitude à contracter une seconde ou plusieurs fois la vaccine implique-t-elle l'aptitude à la récidive de la variole? Quelles sont les circonstances, les conditions idiosyncrasiques propres à favoriser le développement de l'une ou de l'autre? Quel rapport existe entre ces idiosyncrasies? Le germe variolique que chacun de nous semble porter en naissant et qui doit avoir la même intensité chez tous les individus provoque-t-il chez tous les phénomènes morbides avec la mêmes intensité? ou, en un mot, la réaction est-elle égale chez tous? Non certes, puisque la variole offre des degrés d'intensité très-différens, selon la réaction que lui oppose chaque organisme; puisque chez les uns, une varioloïde, une varicelle quelquefois suffit pour épuiser le germe variolique, tandis que la variole la plus confluente ne suffit point chez d'autres; qu'elle est suivie d'une seconde, d'une troisième, à des distances très-différentes, quelquefois très-rapprochées, et qu'il est des personnes enfin chez lesquelles ce germe parait si profondément enraciné, qu'elles sont aptes à contracter des pustules varioliques, autant de fois qu'elles sont exposées à la contagion. En est-il ainsi de la vaccine? Faut-il que son action soit proportionnelle à l'intensité du germe variolique pour le détruire? etc. Quant à la vaccine considérée en elle-même, quels rapports existe-t-il entre le nombre, le volume, la marche des pustules et leur effet préservatif? A quel degré du développement des boutons la vaccine est-elle préservatrice? Quels sont les termes que l'on peut assigner à l'action préservatrice du vaccin, par rapport au nombre des pustules; en d'autres termes quelles sont les limites de saturation vaccinale, au-delà desquelles une plus grande quantité de virus n'est plus absorbée, ou reste inactive? etc.

Telles sont quelques-unes seulement des questions subsidiaires dont la solution devra précéder celle de la préservation absolue ou temporaire de la vaccine. Si toutes ne sont pas absolulement indispensables, elles paraîtront du moins du plus haut intérêt pour la science et mériteront, à ce titre, d'être examinées avec soin.

La solution de cette question et de celle dont l'Académie de Médecine vient d'être plus récemment emparée, nous voulons parler de la transmission de la morve à l'homme, sont de nature à jeter les plus grandes

---

délire, elle ne put le faire avec assez d'adresse; on soupçonna la fraude, et depuis elle a avoué au docteur Elliotson qu'elle avait voulu imiter Elisabeth O'Key.

Une autre malade avait voulu imiter aussi le sommeil subit d'O'Key; mais quand on lui faisait une passe, elle s'arrangeait toujours de manière à ne pas se faire de mal en tombant, bien qu'une fois tombée elle parût entièrement insensible à toutes les épreuves qu'on pouvait lui faire subir. Aussi chercha-t-on vainement et de mille manières à lui faire avouer sa fraude; elle finit cependant par en faire l'aveu, mais d'une manière indirecte. Le moyen qu'on employa pour cela est assez curieux pour que nous le fassions connaître, et fournit l'une des scènes les plus curieuses auxquelles le magnétisme ait donné lieu à l'hôpital de l'Université. Comme elle avait résisté à toutes les épreuves et que les expérimentateurs allaient se trouver en défaut, par l'impossibilité où ils étaient de lui faire avouer sa fourberie, ils crurent ne pouvoir mieux faire que de s'adresser à Elisabeth O'Key, pour qu'elle mît en évidence (étant en état de somnambulisme), la fourberie de sa concurrente. Elle promit de le faire, et se mit à la tâche; rien ne fut plus curieux que de voir cette fille, avec la hardiesse, l'activité, et nous dirions l'impunité dont elle jouit pendant le délire, torturer du geste, de la voix, et quelquefois même de la main la victime qu'on lui avait abandonnée, et sa rivale à la fois. Cette malheureuse ne voulut pas néanmoins faire l'aveu de sa faute; mais dans un moment où elle feignait d'être revenue à l'état naturel, et oubliant la loi imposée à tous les somnambules de ne se jamais rappeler ce qui est arrivé pendant leur état magnétique, elle supplia O'Key de cesser ce traitement, et demanda au docteur Elliotson de la réveiller, disant qu'elle ne pouvait supporter plus longtemps les épreuves, aimant mieux quitter l'hôpital que d'être mise à la discrétion d'une somnambule en délire.

Les expériences du docteur Elliotson devaient, si elles avaient été constamment suivies d'heureux résultats, donner à tous les phénomènes qu'on lui a attribués un enchaînement scientifique qu'ils n'avaient point encore offert. Quelques faits empruntés au récit de ses dernières expériences le prouveront.

Tous les corps, d'après le docteur Elliotson, peuvent servir de conducteurs au magnétisme animal; mais à des degrés différens et qui varient suivant les personnes, et une foule d'autres circonstances. Les glaces étamées réfléchissent le fluide magnétique en même temps que l'image de la personne magnétisée. M. Wood ayant dit à Jeanne O'Key de se regarder dans une glace, se mit à faire les passes à l'image, et Jeanne se trouva endormie, comme si elle eût été magnétisée en personne. La même opération répétée de différentes autres manières, et à distance, produisit le même effet. Le miroir lui ayant été présenté, on lui dit de passer la main devant, ce qu'elle avait à peine fait trois ou quatre fois, qu'elle se trouva en état de catalepsie, et on dit que l'impossibilité où elle était de continuer les passes l'empêchait seule d'arriver jusqu'au sommeil magnétique. Elle sortit de cet état spontanément, en disant, suivant son habitude: « Dieu me bénisse. » On lui dit de s'approcher de la croisée, et de magnétiser un des carreaux de verre; ce qu'elle fit, mais sans résultat; il en fut de même des passes qu'elle fit devant une boîte de bois; une théière et divers autres objets.

L'eau a été de tout temps, depuis qu'on fait du magnétisme animal, l'un des conducteurs les plus faciles, et qui a fourni les résultats les plus extraordinaires; elle n'a donc pas dû être oubliée dans les expériences faites à l'hôpital de l'Université; mais les résultats n'ont pas été constamment favorables aux partisans du magnétisme, et ont donné lieu à une très vive controverse; disons d'a-

lumières sur la pathologie des maladies contagieuses en général et à faire rejaillir le plus grand lustre sur les travaux de l'Académie.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

MÉMOIRE SUR LE TRAITEMENT DES FRACTURES PAR L'APPAREIL INAMOVIBLE EN PAPIER AMIDONNÉ DE M. LAUGIER; par M. HIPPOLYTE AGUILHON, ex-élève des hôpitaux de Paris (1).

L'idée de l'appareil inamovible remonte aux temps les plus reculés. Employé autrefois par les Maures, les Arabes, il l'est encore aujourd'hui en Espagne, en Afrique, au Brésil, en Corse, etc. Mais, en France, aucun chirurgien ne l'a appliqué avant Belloste, qui, dans un cas de fracture de jambe, *se servit d'attelles de carton et de linges trempés dans de l'œuf battu avec un peu d'huile rosat et une petite quantité de bon vinaigre* (2); à ce dernier, par conséquent, revient l'honneur d'avoir cherché à solidifier les pièces d'appareils à fractures.

Plus tard, en 1734, Moscati (3) et, à son exemple, Ledrau (4), traitèrent par une méthode analogue les fractures du col de l'humérus. L'un trempait les linges de l'appareil dans du blanc d'œuf battu, l'autre *faisait usage d'un défensif en forme de bouillie épaisse faite avec le bol d'Arménie, le blanc d'œuf et le vinaigre.*

Mais ni l'un ni l'autre de ces chirurgiens ne chercha à généraliser leur méthode, qui tomba presque entièrement dans l'oubli, jusqu'à l'époque où M. Larrey non seulement la fit revivre, mais encore la généralisa et la mit en usage dans les camps, les hôpitaux et la pratique civile. Il employa également du blanc d'œuf pour imbiber les bandelettes de son appareil, dont il augmentait la solidité au moyen de fanons, et, par cette méthode, il obtint des succès remarquables, qu'ont publiés, dans leurs thèses inaugurales, MM. Robert de Crévecœur (5) et Larrey fils (6).

Les nombreuses guérisons obtenues par le célèbre chirurgien militaire durent engager beaucoup de praticiens à expérimenter sa méthode, et M. Bérard jeune, entre autres, en fit, à l'hôpital Saint Antoine, de nombreuses applications, dont il consigna, en 1832, les heureux résultats dans un mémoire que l'on trouve inséré dans les archives générales de médecine (1). Mais à mesure que l'usage de l'appareil de M. Larrey se répandit, chacun lui fit subir quelque modification nouvelle. La plus heureuse qu'on lui ait apportée appartient à M. Seutin, chirurgien de l'hôpital Saint-Pierre à Bruxelles; elle consiste à rejeter les fanons et à remplacer le blanc d'œuf par de la colle d'amidon. Ce praticien distingué a fait usage de son appareil dans un grand nombre de cas; les chirurgiens belges l'ont imité, et c'est avec le même empressement qu'en France on l'a expérimenté, dès que l'on a eu connaissance du mémoire (2), où il en a décrit la composition et consigné les résultats avantageux. M. Velpeau s'en est occupé d'une manière toute spéciale; il l'a modifié et même a substitué *la solution de dextrine* à celle d'amidon.

Mais, dans les derniers temps, M. LAUGIER, chirurgien à l'hôpital Beaujon, a fait subir à l'appareil inamovible des modifications qui lui donnent quelques avantages sur les précédens. En effet, un bon appareil inamovible doit être composé de substances assez résistantes pour s'opposer au déplacement des fragmens, et assez légères pour permettre facilement aux malades la marche et les divers mouvemens du corps. Or, l'appareil de M. Larrey non seulement est trop pesant, trop volumineux, mais encore n'est pas assez économique, car il exige beaucoup de linge dont on est obligé de faire le sacrifice, à cause de l'insolubilité de l'albumine, qui les tient unis. Les appareils de MM. Seutin et Velpeau offrent moins d'inconvéniens, ils sont aussi solides, plus légers et plus faciles à appliquer; ils maintiennent bien les fragmens et permettent la marche; mais l'un et l'autre nécessitent le concours de substances qu'il est souvent difficile de se procurer dans la classe indigente, et que l'on peut remplacer par d'autres d'un prix moins élevé, et pouvant rendre l'appareil à la fois solide, plus léger, et moins volumineux. Par conséquent, un bandage composé d'une matière qui serait aussi résistante que celle dont sont formés ceux de MM. Larrey, Seutin et Velpeau, qui joindrait à cette solidité une légèreté plus grande, un volume moindre, et dont le bas prix la mettrait à la portée de toutes les classes de la société et de toutes les localités; un semblable bandage, dis-je, satisferait à toutes les conditions que l'on peut en exiger, et devrait être préféré par tous les praticiens. Eh bien! toutes ces conditions se retrouvent dans celui qu'emploie, depuis plusieurs mois, M. Laugier. C'est sa méthode aussi simple qu'ingénieuse dont je vais donner la description et faire connaître les heureux résultats.

§ I. — DESCRIPTION ET APPLICATION DE L'APPAREIL.

Personne ne peut contester à M. Laugier le mérite d'avoir imaginé et appliqué le premier l'appareil de papier amidonné. Voici comment l'idée lui en est venue: l'hiver dernier, il avait appliqué, avec M. Heurteloup, l'appareil ordinaire sur un membre fracturé, chez un enfant; au vingt-cinquième jour de l'accident, ces praticiens s'aperçurent qu'il existait encore beaucoup de mobilité, et pensant qu'au moyen de l'appareil Seutin, ils se rendraient plus maîtres des mouvemens du malade, ils appliquèrent un appareil de scultet amidonné et des attelles de carton amidonnées également. La présence de ces attelles fit naître en M. Laugier l'idée que, si l'on pouvait fabriquer sur les membres fracturés des boîtes de carton

(1) Quoique nous n'attachions peut-être pas autant d'importance que l'auteur de ce mémoire au nouvel appareil qu'il préconise, nous avons cru néanmoins faire une chose utile en accueillant son travail. S'il ne reste pas démontré pour tous que l'appareil en papier mérite la préférence sur les appareils de MM. Seutin et Velpeau, il en résultera au moins la connaissance d'un utile procédé pour des cas où les précédens ne pourraient pas être employés, et une preuve nouvelle de l'excellence de la méthode du traitement des fractures par les appareils inamovibles, quels que soient les procédés et les modifications présidant à leur application.

(NOTE DU RÉDACTEUR.)

(2) *Le chirurgien d'hôpital*, par Belloste. Paris, 1696, p. 330.
(3) *Mémoires de l'Académie*, t. IV, p. 614.
(4) *Prix de l'Académie*, t. IV., p. 623.
(5) N° 1. Paris, 1830.
(6) N° 173. Paris, 1832.

(1) 1832, t. I, p. 218, et t. II, p. 373.
(2) Voyez la GAZ. MÉD. DE PARIS. 1837, p. 733.

bord comment, dans ces expériences, l'influence magnétique était communiquée à l'eau. Ce n'était point par le souffle, ni par l'effet seul de la volonté ou de quelques paroles magiques, que le docteur Elliotson communiquait à l'eau le pouvoir magnétique, comme plusieurs de ceux qui l'ont précédé dans la carrière des prodiges magnétiques, mais en y plongeant le doigt pendant quelques instans. Le pouvoir magnétique de l'eau serait plus fort, si nous en croyons notre docteur, quand deux personnes y plongent le doigt à la fois. Nous ne savons si on a étudié avec attention la progression croissante de cette influence par l'action d'un plus grand nombre de personnes à la fois, et si l'eau ainsi surchargée de magnétisme ne serait pas transformée en un véritable poison.

Dans les premières expériences que l'on fit avec l'eau magnétisée, six verres furent remplis d'eau simple, et placés à côté les uns des autres; puis le docteur Elliotson, à l'insu d'Elisabeth O'Key, plongea le doigt dans trois d'entre eux, qui furent distingués; lui-même présenta à la fille O'Key le premier de ces verres, lui disant d'en boire un peu, ce qu'elle fit sans hésiter, et sans rien éprouver d'extraordinaire. L'eau contenue dans ce verre n'était pas en effet magnétisée; mais à peine eut-elle bu quelques gouttes de celle contenue dans le second qu'elle se trouva immédiatement comme en catalepsie. Le vase resta attaché à ses lèvres comme si elle eût été changée en pierre, et quand on le lui eut retiré des mains, ces dernières n'en restèrent pas moins à la hauteur de la bouche. La même expérience fut répétée plusieurs fois avec le même résultat. Cependant, ces faits s'étaient passés en petit comité et devant trois ou quatre témoins seulement. On voulut les répéter à la séance suivante, et devant un plus grand nombre de spectateurs; mais le résultat ne fut plus aussi constamment d'accord avec les vœux des partisans du magnétisme. Plusieurs fois Elisabeth O'Key éprouva l'influence magnétique, lorsqu'on lui donnait à boire de l'eau simple, et restait au contraire insensible lorsqu'on lui présentait de l'eau magnétisée. Mais si la somnambule ne montra pas dans cette occasion toute la lucidité dont elle avait fait preuve ailleurs, elle prouva au moins qu'elle ne manquait pas d'habileté pour expliquer ses méprises. Les expérimentateurs, ne pouvant trouver la cause des erreurs dont nous venons de parler, s'adressèrent à elle-même pour la connaître, et l'ayant endormie, lui demandèrent pourquoi elle avait éprouvé l'influence magnétique en buvant de l'eau non magnétisée; c'est, leur répondit-elle, parce qu'elle avait encore dans la bouche de l'eau du verre précédent, qui était magnétisée, quand elle avait pris celle qui avait été cause de l'erreur. Cette explication parut toute naturelle aux expérimentateurs, qui se promirent bien de moins se hâter à l'avenir.

Cependant on avait observé que quand les expériences étaient faites par quelqu'un des partisans du magnétisme, et surtout par le docteur Elliotson lui-même, elles réussissaient beaucoup plus fréquemment que quand elles l'étaient par d'autres; mais aussi on avait cru remarquer que l'expérimentateur ne dissimulait pas assez le désir qu'il éprouvait d'obtenir des résultats quand il employait l'eau magnétisée: l'empressement, l'attention, ou la solennité avec laquelle l'expérience était faite, devaient suffire à un observateur habile pour lui faire connaître qu'on en attendait des résultats importans. Quand, au contraire, c'était le tour de l'eau non magnétisée, il lui était facile de comprendre, au peu de soin avec lequel on la lui présentait, que l'on n'en attendait aucun effet merveilleux. Un élève du collège de l'Université, qui assistait le docteur Elliotson dans ses expériences, et auquel ces remarques n'avaient point échappé, s'assura de leur exactitude en répétant lui-même les expériences, de manière à induire

d'une seule pièce parfaitement moulées sur eux, on aurait à sa disposition un moyen très capable de maintenir efficacement les fragmens et d'assurer une immobilité parfaite. Il réfléchit sur ce sujet et conçut la possibilité d'arriver à ce but au moyen de plusieurs couches de bandelettes de papier que l'on collerait les unes sur les autres et dont l'ensemble formerait après la dessiccation une enveloppe solide. Cette idée fut communiquée à ses élèves, accueillie par eux et mise aussitôt en pratique.

Deux substances entrent dans la composition de l'appareil de M. Laugier : du papier et de la colle.

1° La colle dont on s'est servi à l'hôpital Beaujon est la même que celle dont fait usage M. Seutin, et se prépare avec de l'amidon; elle doit être assez épaisse, car trop liquide elle colle moins bien, imbibe trop le papier d'humidité et retarde la dessiccation. Je crois qu'on doit lui donner la préférence sur les autres espèces : sa solubilité dans l'eau chaude permet facilement le ramollissement et la levée du bandage, tandis qu'un appareil imbibé de blanc d'œuf ne se laisse pas pénétrer par l'eau. La dextrine pourrait la remplacer et même avec quelque avantage, puisqu'elle est soluble dans l'eau froide; mais non seulement elle est plus chère que l'amidon, mais encore elle est plus rare que lui; j'en dirai autant des solutions gommeuses et gélatineuses. Quant au mélange de parties égales d'empois et de plâtre pulvérisé proposé à l'Académie par M. Lafargue (1), je ne lui reconnais aucun avantage.

2° M. Laugier n'a pas toujours employé le même papier : dans les premières épreuves, il s'est servi d'un papier gris assez fort, collé, connu dans le commerce sous le nom de *grand-raisin bulle de Morel*, et qui remplissait très bien le but que l'on voulait atteindre; celui-ci a manqué pendant un certain temps, et on l'a remplacé par un papier moins collé, qui avait l'inconvénient de trop prendre d'humidité, et par conséquent de se déchirer pendant la confection du bandage et d'apporter du retard à la dessiccation; aussi ne tarda-t-on pas à en substituer un autre. Ce dernier, auquel on donne le nom de *papier goudronné*, est sous forme de feuilles minces et solides, de 33 pouces de largeur sur 24 de hauteur; c'est celui dont on fait usage encore aujourd'hui sans le moindre inconvénient.

Pour construire l'appareil, on coupe le papier en bandelettes dont la longueur et la largeur varient suivant le volume du membre et suivant qu'elles doivent être appliquées parallèlement ou perpendiculairement à sa direction. Leur largeur est d'un pouce et demi à deux pouces; les moins larges sont employées à recouvrir les membres d'un petit volume et les parties voisines des articulations. Leur longueur, qui doit être suffisante pour entourer une fois et demi la partie sur laquelle on les applique, est de 16 à 22 pouces. On fait servir les plus longues à envelopper les extrémités des membres et à augmenter la résistance de l'appareil en en collant un certain nombre dans le sens longitudinal.

La colle et les bandelettes étant préparées, on dispose l'appareil : pour cela, on prend un nombre de bandelettes suffisant pour que, se recouvrant successivement des trois quarts de leur largeur, il y en ait assez pour envelopper le membre dans toute sa longueur. A mesure qu'on les place ainsi sur un oreiller recouvert d'une alaise, on les enduit de colle sur leurs deux faces. La première placée est celle qui doit correspondre à la partie supérieure du membre; elle est recouverte aux trois quarts par la seconde; celle-ci par la troisième, et ainsi de suite jusqu'à la dernière. Cet ensemble de bandelettes forme une première couche ou premier plan que l'on recouvre d'un même nombre de bandelettes et que l'on dispose exactement de la même manière. Il en résulte un second plan sur lequel on en place un troisième, et enfin un quatrième auxquels on donne la même composition, la même forme et la même étendue. Ces quatre couches de bandelettes suffisent pour donner à l'appareil la consistance nécessaire; mais pour en augmenter la solidité, on place entre chaque plan des bandelettes longitudinales. Celles-ci doivent être enduites de colle à l'avance ainsi que celles qui doivent envelopper les extrémités des membres, lorsque les cas l'exigent. C'est ainsi que dans une fracture de jambe, par exemple, le bandage devant s'étendre jusqu'à la racine des orteils, on enduira de colle les bandelettes qui sont destinées à entourer le pied, sans les disposer comme on le fait de celles qui doivent envelopper la jambe.

Aucun autre préparatif n'est utile, pas même la précaution de raser les poils; mais il est important de ne pas trop retarder l'application du bandage dès qu'il est préparé, de crainte que le papier, s'imbibant trop d'humidité, ne se déchire entre les mains de l'opérateur. On y procède de la manière suivante :

Deux aides, dont l'un fait l'extension et l'autre la contre-extension, soulèvent le membre fracturé, sous lequel on glisse l'appareil composé de l'oreiller, de l'alèze et des bandelettes surperposées comme je l'ai dit précédemment. Le membre est placé sur toute la longueur de la partie moyenne de l'appareil, et le chirurgien placé au côté externe du membre applique les bandelettes avec un autre aide de même qu'on le fait dans le bandage de scultet, commençant par les plus inférieures et prenant le soin de ne pas former de godets et de ne pas les déchirer par des tractions immodérées. Lorsque l'application de la couche la plus centrale est terminée, on procède successivement à celle de chacune des autres d'après les mêmes règles, et l'on a soin de coller entre ces diverses couches les bandelettes longitudinales. Lorsque la fracture nécessite de prolonger l'appareil jusqu'aux extrémités des membres, on doit le faire avec les bandelettes enduites de colle à l'avance. Ainsi, après l'application de chaque couche, on entoure l'extrémité du membre d'un nombre de bandelettes suffisant pour que, s'imbriquant les unes sur les autres, elles couvrent bien toute la partie, forment une couche de l'épaisseur de celle dont elle est destinée à faire la continuation, et que, se réunissant à celle-ci, elles ne constituent avec elle qu'une seule et même enveloppe.

Comme on le voit, l'application du bandage en papier amidonné se fait exactement comme celle des bandelettes de l'appareil de scultet; elle a l'avantage de ne communiquer aucune secousse au membre cassé, et conséquemment de ne point détruire les rapports des parties réduites et de n'y réveiller aucune douleur. L'appareil amidonné de M. Velpeau, qui consiste en un bandage roulé, se trouve sous ce rapport inférieur à celui de M. Laugier.

Dès que le membre est entouré de l'appareil, on cherche à en opérer la dessiccation le plus tôt possible. Dans les saisons chaudes, on peut se contenter de laisser le membre exposé à l'air atmosphérique. Dans les saisons froides, on pourrait recourir à un caléfacteur quelconque (linges chauds, sachets remplis de sable chaud, etc.) pour hâter la solidification. Cet expédient trouverait surtout son application chez les individus doués de peu d'énergie et qui fournissent peu à la calorification. Pendant toute la période de la dessiccation, le membre est tenu dans une position

(1) Séance de l'Académie de médecine du 15 janvier 1838.

en erreur la somnambule par l'importance et la gravité avec lesquelles il lui présentait l'eau non magnétisée, et la négligence qu'il affectait en lui donnant celle qui avait été magnétisée. La pauvre somnambule tomba dans le piége, et les résultats de cette expérience furent constamment opposés à ceux qu'en auraient attendus les partisans du magnétisme.

Le docteur Elliotson, qui n'avait pas mis un instant en doute la véracité de la fille O'Key, et qui ne permettait même pas qu'on le fît devant lui, ni qu'on prît aucune précaution pour s'en assurer, prétendit expliquer les nombreuses erreurs qu'elle commettait dans cette série d'expériences en supposant que la tige de verre, que les verres avaient fini, à force de servir, par devenir eux-même magnétisés par la main qui les présentait; il assurait encore, pour expliquer ces insuccès, que si on tenait la main de la jeune fille quelques secondes, avant qu'elle prît un verre plein d'eau non magnétisée, ou tout autre objet magnétisé ou non, elle tombait en stupeur au moment où elle le prenait.

Quelques détails sur ces expériences vous feront connaître toute la ruse et toute la fraude de ces deux jeunes filles, et pourront expliquer, jusqu'à un certain point, la confiance qu'elles avaient su inspirer au docteur Elliotson, par l'impossibilité de les supposer capables de fourberies aussi fines et nous dirons aussi savantes. A la suite d'une expérience où deux magnétiseurs avaient à la fois magnétisé l'eau qu'on venait de présenter à Elisabeth O'Key, on ne put, par les passes ordinaires, la tirer de son état de stupeur. Les magnétiseurs se trouvaient dans un grand embarras, voyant leurs efforts sans résultat, quand l'un d'eux se rappela que l'eau avait reçu une double influence magnétique. Les passes furent donc faites par les deux magnétiseurs à la fois, et aussitôt Elisabeth recouvra connaissance. Quelques gouttes d'eau magnétisées lancées sur le nez, les lèvres, la face ou les mains semblaient agir avec une promptitude et une énergie remarquables; la face présentait aussitôt des convulsions horribles à voir, et à la suite desquelles il restait quelque trouble notable de la vision; ainsi l'impossibilité de lever les yeux pendant quelque temps, ou la singulière propriété de voir les mêmes objets répétés quatre fois; on remarquait aussi que pendant cette expérience, qui fatiguait beaucoup la somnambule, la température de la peau était plus élevée que dans l'état normal. Quand la somnambule avait pris une certaine quantité d'eau magnétisée, elle se plaignait quelquefois d'une certaine douleur au creux de l'estomac, et il suffisait de quelques passes dirigées vers cet organe pour la faire disparaître; c'est ce que le docteur Elliotson désignait sous le nom d'*empoisonnement magnétique*. Toutes ces expériences ne supposent-elles pas de la part de celles sur lesquelles elles ont été faites, une grande finesse d'observation, une effronterie à toute épreuve, et même plus de connaissance qu'on ne doit en supposer chez ces deux jeunes filles? Mais c'est là le propre de toutes les résurrections du magnétisme d'offrir le spectacle d'hommes graves, scientifiques et remarquables par de brillantes qualités, trompés par de jeunes filles, le plus souvent ignorantes et sans éducation; mais ne nous arrêtons pas encore, et poursuivons l'historique des expériences.

On a fait avec des monnaies d'or magnétisées une longue série d'expériences, mais sans valeur, la plupart au moins, pour le magnétisme. Que peut-on conclure, par exemple, de celles où une pile de souverains magnétisés endormait la somnambule immédiatement, quand on sait qu'elle s'endormait et feignait le sommeil à volonté, et indépendamment de toute influence magnétique? Qu'importe ensuite que la durée du sommeil fût en rapport avec le nombre des

telle que sa direction ne puisse varier, et le malade doit éviter, autant que possible, les plus légers mouvemens. De son côté, le chirurgien ne doit pas négliger de chercher à prévenir par la position ou par d'autres moyens les inconvéniens qui pourraient résulter d'un déplacement. C'est ainsi que dans les fractures de jambe on s'oppose à la tendance qu'a le pied à se porter en dehors en jetant en écharpe autour de lui une petite bande dont on fixe les deux chefs au cerceau. J'ai vu dans quelques cas M. Laugier appliquer des attelles provisoires, c'est-à-dire jusqu'à parfaite dessiccation : ce moyen dont on peut user facilement serait surtout utile dans la pratique civile, où l'absence de personnes assez habituées à soigner les malades exige les plus grandes précautions. On pourrait encore, à l'exemple de M. Blandin, chirurgien à l'Hôtel-Dieu, employer avec avantage pendant la dessiccation une gouttière en bois ou en métal, offrant la forme du membre. La durée de la dessiccation doit nécessairement varier suivant le degré de température; le plus ordinairement vingt-quatre heures suffisent.

Il est une modification qu'il me paraît important de faire subir à l'appareil de M. Laugier : elle consiste à former la couche la plus centrale de son appareil avec des bandelettes de linge imbibées d'eau, non enduites de colle, et de coller par dessus les autres couches de papier amidonnées. Ces bandelettes offriraient le double avantage 1° de maintenir pendant la dessiccation le membre réduit mieux que ne peuvent le faire les bandelettes de papier; car ce n'est que pendant qu'elle s'opère qu'on doit redouter quelque déplacement; 2° de préserver la peau du contact d'un corps dur et qui peut devenir irritant; en effet, quelques cas nous ont montré que l'application prolongée de l'appareil a irrité la peau; à sa levée, on remarquait une rougeur assez vive et les malades éprouvaient beaucoup de démangeaison; dans un cas même des excoriations existaient au mollet. Peut-être prévieudrait-on ces légers accidens en employant le moyen que je propose.

L'appareil dont je viens de donner la description est tel que M. Laugier l'applique dans les fractures simples; mais dans les fractures compliquées, il était important que le pus ne ramollisse pas le bandage. Ce chirurgien a prévu cet inconvénient en appliquant son appareil sur le membre préalablement entouré d'une ou plusieurs couches de taffetas gommé. Ce procédé a toujours réussi : et, en effet, le pus se concrétant en partie sur les parois du taffetas gommé empêche celui-ci d'être imbibé; en sorte que le nouveau pus qui se forme, ne pouvant le traverser, vient sortir par l'extrémité la plus déclive de l'appareil, qui, n'étant pas imbibé, conserve sa forme et sa solidité. Il n'en serait pas de même si l'on voulait faire des irrigations d'eau froide entre le membre et le bandage. Dans un cas où l'on a tenté ce moyen, en plaçant entre le membre et la couche de taffetas gommé, une sonde qui communiquait avec un vase plein d'eau au moyen d'un ajutage, l'eau a filtré à travers le taffetas et le papier de l'appareil a été ramolli. Pour obtenir quelque efficacité d'un semblable procédé, il faudrait que l'on pût substituer à l'enveloppe gommée un tissu imperméable.

Les dimensions et le mode d'application de l'appareil en papier varient suivant que la fracture occupe tel ou tel membre.

1° Dans les fractures du corps du fémur, l'on dispose les divers plans de bandelettes de manière qu'ils couvrent tout le membre, depuis l'articulation tibio-tarsienne jusqu'à la partie supérieure de la cuisse. Mais avec les bandelettes de papier il est impossible de fixer le bassin à la cuisse : une seule fois, M. Laugier l'a tenté sans succès. Je pense que l'on arriverait à ce but en roulant une longue bande de linge imbibée de colle d'amidon, d'abord autour de la cuisse, par-dessus l'appareil de papier, puis autour du bassin, en lui faisant décrire une espèce de spica; une semblable bande est employée, à l'hôpital de la Charité, par M. Velpeau. Cette addition donnerait au bandage de papier le triple avantage de fixer le bassin à la cuisse, de maintenir la réduction pendant la dessiccation, surtout dans un membre où l'action des muscles a la plus grande tendance à la détruire et d'empêcher l'appareil de se déchirer vers le bord supérieur, comme je l'ai vu chez un malade indocile (1).

M. Laugier n'a fait usage de son appareil dans aucun cas de fractures du col du fémur ; mais il me semble qu'elles réclament la même conduite que celles du corps de cet os.

2° Le bandage de papier se dispose pour les fractures de la rotule, soit verticales, soit transversales, de même que pour celles des autres os. On lui donne assez de longueur pour qu'il puisse recouvrir la portion d'extrémité inférieure qui se trouve entre la réunion du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs de la cuisse et celle des deux tiers supérieurs avec le tiers inférieur de la jambe. Son application n'est pas différente; seulement on colle en premier lieu sur la peau, en second lieu, entre chaque plan, au dessus et au-dessous des fragmens pour les fractures transversales, ou en-dehors de ceux-ci pour les fractures verticales, on colle, dis-je, des morceaux de bandelettes de papier, que l'on superpose en nombre assez considérable pour que leur ensemble remplisse le rôle de compresses graduées. On peut les remplacer par des compresses graduées en linge.

C'est dans ce genre de fracture qu'une première couche, formée par des bandelettes de linge, serait nécessaire pour vaincre l'action des muscles. pendant la dessiccation surtout, seul temps pendant lequel on doit compter sur celle du bandage. Il n'est pas de solution de continuité, en effet, où l'écartement des fragmens tende plus à se produire.

3° L'appareil des fractures de jambe se compose et s'applique tel que je l'ai décrit, soit que les deux os se trouvent fracturés, soit qu'il n'y en ait qu'un seul. En général, il doit s'étendre de la racine des orteils au genou et recouvrir exactement toutes les parties (le talon surtout) comprises entre ces deux points. Cependant, lorsque la fracture siége près de l'articulation du genou, il pourrait être insuffisant, comme l'a fait justement observer M. Seutin en parlant de son bandage : « Il faut toujours, dit-il, pour que l'inamovibilité et tous les bandages contentifs, en général, puissent être utiles, qu'ils soient appliqués sur une étendue de fragmens suffisans pour que ceux-ci ne puissent pas basculer (2). » C'est pourquoi il serait important, dans ces cas, d'envelopper non seulement la jambe et le pied, mais encore le tiers inférieur de la cuisse.

Il me semble que, lorsque le péroné est fracturé dans sa portion inférieure, quelques additions devraient être faites à l'appareil en papier. Quoique, sans elles, le chirurgien de l'hôpital Beaujon, ait obtenu d'heureux résultats, ne pourrait-il pas se présenter des cas où il n'en serait plus ainsi; où, pendant que l'appareil est encore humide, il ne pourrait plus offrir une résistance assez forte pour s'opposer à l'action des muscles péroniers latéraux qui portent la plante du pied en dehors,

(1) Voir obs. 2.
(2) GAZ. MÉD. DE PARIS, 1837, p. 756.

---

pièces qu'on lui mettait dans la main, que les effets magnétiques fussent d'autant moins prononcés qu'il y avait plus de temps, au moment du contact que la pièce d'or avait été magnétisée, puisqu'elle avait connaissance de toutes ces différentes circonstances et qu'elle a pu simuler les résultats de ces expériences comme nous venons de voir qu'elle a simulé ceux des expériences faites avec l'eau magnétisée ?

Quelle confiance peuvent inspirer, d'après les faits que nous venons de rapporter, les expériences suivantes qui, au lieu de l'intérêt qu'elles auraient excité et de la curiosité qu'elles auraient éveillée ne surprennent que par la hardiesse et l'effronterie de la jeune fille qui, une fois engagée dans les voies de déception, n'a reculé devant aucune difficulté et par la crédulité de quelques hommes faibles qui ont consenti à devenir ses dupes?

Le docteur Elliotson, persuadé que les phénomènes magnétiques dépendaient d'un fluide dont la quantité variait avec les forces et la santé, conduisit Jeanne O'Key auprès du lit de plusieurs malades atteintes d'affections différentes, et dans la main de chacune desquelles il avait mis une pièce d'or (*un souverain*), qu'il lui fit prendre. Chez toutes celles qui étaient considérablement débilitées, soit par la maladie, soit par les évacuations sanguines, soit par la diète, Jeanne retira la pièce de monnaie sans rien éprouver; chez celles au contraire qui avaient une maladie locale, mais qui avaient conservé toutes leurs forces, elle était immédiatement frappée de stupeur; ainsi dans des cas de paralysie, de phthisie, de maladie du cœur, de fièvre, de ménorrhagie, de longue abstinence, Jeanne O'Key n'éprouva rien en prenant la pièce d'or de la main des malades; tandis que dans des cas de syphilis, d'affection cutanée légère, de rhumatisme aigu sans traitement, de maladies simulées, de chorée, à peine eut-elle touché le souverain qu'elle fut frappée immédiatement de stupeur.

Cette expérience n'avait certainement pas plus de valeur que les précédentes; cependant c'est une de celles qui nous semblent les plus propres à produire la conviction en faveur de la réalité des phénomènes magnétiques. Comment en effet supposer à une jeune fille légère et ignorante des connaissances assez étendues pour qu'elle ait conçu une théorie de l'existence du fluide magnétique comme celle que supposent les expériences précédentes? Ne serait-on pas porté à admettre qu'elle recevait des conseils de quelqu'un des partisans du magnétisme, et qu'elle avait un complice de sa fraude, à moins qu'elle n'eût compris ce qu'attendait de ces expériences le docteur Elliotson qui parlait toujours devant elle, expliquant d'avance quels devaient être les résultats des expériences qu'il allait faire, et qu'elle n'eût saisi cette occasion de flatter l'amour-propre de son protecteur.

Le docteur Elliotson, poursuivant la théorie qu'il semble s'être faite sur l'influence magnétique qu'il attribue à l'action d'un fluide, a pensé que ce fluide ne pouvait pas être transmis avec une égale facilité par toutes les surfaces du corps; de là pour lui l'occasion de faire de nombreuses expériences sur la rapidité comparative avec laquelle cette influence se transmet à travers la muqueuse. Il résulterait de ces expériences que les passes faites à peu de distance de la muqueuse des yeux, des lèvres, de la bouche, et dirigées spécialement vers elle, agiraient avec bien plus d'énergie que lorsqu'elles sont uniquement dirigées vers la surface cutanée. Le docteur Elliotson trouvait dans cette rapidité le moyen d'expliquer d'une manière toute rationnelle pourquoi les expériences faites à la portée de la conjonctive de la somnambule ont plus de succès que celles

en relevant son bord externe, où par conséquent l'appareil se moulerait en se desséchant sur le membre ainsi dévié, et celui-ci se consoliderait avec une déformation? Or, pour prévenir une semblable terminaison, l'on pourrait se servir provisoirement d'une attelle que l'on fixerait à la partie interne du membre par dessus l'appareil, d'après le procédé de Dupuytren, attelle qui contrebalancerait l'action des muscles pendant la dessiccation, en attendant que celle-ci fût complète et que la solidité de l'appareil pût en tenir lieu.

4° Une seule fois, on a tenté l'application de cet appareil sur une clavicule fracturée; ce premier essai, comme on s'y attendait, n'a pas réussi. La surface considérable que les bandelettes avaient à recouvrir, la mobilité continuelle des parois thoraciques, le poids du bras à soutenir devaient bien faire prévoir l'insuccès de ce moyen.

5° Ce que j'ai dit de l'appareil des fractures des extrémités inférieures s'applique également à celui des supérieures.

A. Dans les solutions de continuité du corps de l'humérus, le bandage doit emboiter le moignon de l'épaule le bras et l'avant-bras, et laisser la main libre. Quant aux fractures du col de cet os, il me paraîtrait rationnel d'agir envers elles, comme je l'ai proposé pour celles du col du fémur, c'est-à-dire de faire usage d'une bande de linge amidonnée destinée à fixer le bras au thorax.

B. Quelques modifications sont apportées au bandage dans les fractures de l'avant-bras suivant que les deux os sont fracturés ou qu'il n'y en a qu'un seul. Dans le premier cas, on ajoute sur les faces dorsale et palmaire, et l'on interpose aussi entre chaque plan des bandelettes assez nombreuses appelées à faire l'office de compresses graduées; c'est pour ajouter à leur action que M. Laugier fait appliquer, par dessus, deux attelles qu'il fixe avec une petite bande et que l'on enlève aussitôt que l'appareil est bien sec. — Dans le second cas, c'est-à-dire lorsqu'un seul os est fracturé, l'on a soin d'appliquer le bandage sur le membre et sur la main, celle-ci étant tenue par un aide dirigée du côté opposé à celui de l'os fracturé. Dans le cas où l'on soupçonnerait que la résistance du bandage ne serait pas suffisante pour la maintenir dans cette direction, l'on se servirait avec avantage d'une attelle courbe provisoire.

Dans ces diverses fractures de l'avant bras, l'appareil s'étend de l'articulation huméro-cubitale aux articulations métacarpo-phalangiennes.

Telle est la description de l'appareil que M. Laugier emploie depuis plusieurs mois: je vais faire connaître les effets qui en ont résultés, en rapportant, le plus brièvement possible, les observations auxquelles il a donné lieu. Je les ai toutes recueillies moi-même à l'exception de la sixième, et de la neuvième, que je dois à l'obligeance de M. Laugier. Encore ai-je vu les sujets de ces deux observations et ai-je pu constater sur eux les effets heureux de l'appareil de papier.

(La suite au prochain numéro.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS.

I. ZEITSCHRIFT FUR DIE GESAMMTE MEDICIN; par FRICKE et OPPENHEIM.

Les cahiers d'août et de septembre contiennent les notices et articles originaux suivans: 1° *Traitement de l'hydrocèle par injection de teinture d'iode dans la tunique vaginale*; par Oppenheim; 2° *Traitement de l'hydrocèle par la ponction et l'injection de teinture d'iode et d'eau froide*; par Fricke; 3° *Observation d'érysipèle chez un enfant de dix-sept mois*; par le docteur Martini de Lübeck; 4° *Sur la constitution médicale de Hambourg pendant* 1837; par le docteur Warbury (la mortalité a excédé celle de l'année dernière de 1,200, ce qu'il faut surtout attribuer aux épidémies de grippe et de choléra); 5° *Sur la ligature des membres dans les fièvres intermittentes*; par le docteur Isenbeck; 6° Même sujet; par le docteur Goëdechen.

TRAITEMENT DE L'HYDROCÈLE PAR INJECTION DE TEINTURE D'IODE DANS LA TUNIQUE VAGINALE; par le docteur OPPENHEIM.

Les injections iodées recommandées d'abord par Martin (*Transactions of the medical and physical society of Calcutta*: (GAZETTE MÉDICALE, n. 36; 1838), puis par M. Velpeau (GAZETTE MÉDICALE, p. 201, 1837), etc., ont été mises en pratique par M. Oppenheim dans quinze cas, dont nous rapportons ci-joint en abrégé neuf observations, qui sont restées pendant un temps assez long sous les yeux de l'opérateur pour pouvoir s'assurer d'une guérison radicale. Le succès qu'a obtenu le chirurgien de Hambourg par ces injections confirme complètement les résultats obtenus par d'autres.

OBS. I. — Wüppe, paysan d'un tempérament flegmatique, âgé de 60 et quelques années, affecté sans cause connue depuis longues années d'une hydrocèle de la tunique vaginale gauche, avait subi à plusieurs reprises l'opération de la ponction, mais déjà au bout de huit jours l'épanchement s'était renouvelé. Au mois de septembre 1836, on retira par une nouvelle ponction six onces de liquide de couleur de citron, puis on injecta une solution de teinture d'iode (un gros sur trois gros d'eau) qui fut retenue dans la tunique vaginale. Comme la douleur n'était pas très forte, on fit des frictions sur le scrotum pour mettre en contact le liquide avec toute la poche de la tunique vaginale. Le testicule était un peu plus gros qu'à l'ordinaire; l'épididyme tuméfié, et déjà le 10 octobre tout épanchement avait complètement disparu. Le malade qui a été vu plus tard à plusieurs reprises par M. Oppenheim est resté guéri.

OBS. II. — M. Sch., marchand, âgé de 40 et quelques années, eut, sans cause connue, au commencement de 1833, une hydrocèle de la grandeur d'un œuf au côté gauche. Une ponction fut pratiquée en décembre, une autre en octobre 1836; après cette dernière, on entoura le scrotum pendant quatorze jours de bandelettes agglutinatives. Le 29 avril 1837, on fit une troisième ponction, et on injecta deux gros de teinture d'iode délayés dans six gros d'eau distillée. Ce liquide tiède fut laissé dans la tunique vaginale jusqu'au moment

---

où les yeux sont couverts d'un bandage; ce que nous expliquerions beaucoup plus naturellement par l'inaction obligée du nerf optique dans le second cas.

Tous les faits dont nous avons été témoins jusqu'ici s'éloignent si peu de ce qu'on observe dans les conditions normales que, fussent-ils même vrais, il n'en résulterait point que le magnétisme ait bouleversé toutes les lois de la physiologie; nous n'aurions qu'un fluide de plus à ajouter à ceux qui sont regardés déjà comme nécessaires pour l'explication des phénomènes de l'économie; les expériences qu'il nous reste à rapporter vont plus loin et nous prouvent que les magnétiseurs anglais ont eu, comme ceux des autres pays, la prétention de tout bouleverser, bien que, peut-être, ils aient donné à leurs efforts une direction en apparence plus scientifique et plus simple. Ils ont rêvé aussi, eux, la connaissance de l'avenir et le déplacement des sens.

L'expérience relative à la connaissance de l'avenir paraît avoir été entièrement de l'invention d'Elisabeth O'Key, dont le démon familier pourrait bien être quelque initié à l'histoire et aux mystères du magnétisme. Cette somnambule avait fait, pendant son sommeil magnétique, à M. Wood une confidence que celui-ci avait immédiatement rédigée, cachetée et remise à la directrice de l'hôpital. Cette confidence avait pour objet, disait-on, la prédiction de certains faits qui devaient arriver le dimanche entre cinq et six heures. A l'heure dite, de nombreux curieux étaient réunis à l'hôpital, désireux d'assister à cette épreuve d'un nouveau genre. Ce fut avec beaucoup de peine que M. Wood parvint à réveiller Elisabeth O'Key, qui s'était endormie subitement. Mais aussitôt qu'elle fut éveillée, elle se leva sur son lit, sa physionomie présentant une expression insolite de fierté et de résolution. Aux questions qui lui étaient adressées comme d'habitude, elle ne répondait que par les injures les plus grossières, auxquelles elle mêlait les mots: *enfer, diable*, et les menaces de mordre et de tout déchirer: on eût dit un tigre prêt à s'élancer à chaque instant sur sa proie.

Le docteur Elliotson lui-même, pour lequel elle avait habituellement une si grande vénération, ne fut pas épargné; elle mettait en pièces ce qu'il lui présentait et le menaçait de lui arracher les yeux. Dans ce moment, le magnétisme était sans effet sur elle; les passes les plus énergiques restaient sans influence et semblaient ne servir qu'à exciter sa fureur. Son pouls battait 140 à 160 par minute. Cette scène dura une demi-heure, après quoi elle se calma graduellement et recouvra sa voix caressante et s'endormit. La séance fut renvoyée au lendemain à la même heure, et on la trouva dormant encore depuis la veille. On la réveilla d'abord, puis on l'endormit ensuite du sommeil magnétique et on lui demanda si elle avait faim. Je n'en sais rien... Demandez-le à votre nègre. On la vit alors remuer les lèvres comme si elle avait parlé à quelqu'un. Il dit que j'ai faim; mais je n'en sais rien. On décachète alors la lettre et on reconnait que la jeune fille avait prédit exactement tout ce qui lui était arrivé depuis quarante-huit heures. Nous ne nous arrêterons pas ici longtemps pour faire ressortir le peu de valeur de cette expérience, rapportée comme exemple de connaissance de l'avenir. Il nous suffira de faire remarquer que le même personnage était à la fois et le devin et l'acteur, et qu'il n'y avait rien qui ne put être prévu d'avance dans le rôle qu'Elisabeth O'Key s'était créé. Qui ne sait, d'ailleurs, tout ce que peut produire l'imagination ou une ferme volonté chez les femmes hystériques ou nerveuses et quelquefois même presque à leur insu? Quant à la fréquence du pouls, qu'il est difficile de simuler, on n'ignore pas ce que peut produire, sous ce rapport, une agitation, même factice, et on

où de violentes douleurs se déclarèrent le long du cordon spermatique; celles-ci cessèrent vers le soir.

Le 30 avril, tuméfaction et douleur du scrotum qui diminuèrent au bout de deux jours.

Le 5 mai, il ne resta plus qu'un peu de tuméfaction et une légère douleur au toucher.

Au bout de trois semaines, le malade était complétement guéri, et l'est encore aujourd'hui (le 26 juin), quatorze semaines après l'opération.

Obs. III. — M. W., marchand, âgé de 42 ans, d'un tempérament mélancolique, était affecté depuis neuf ans d'une hydrocèle double. Il s'est soumis sans résultat douze fois à l'opération de la ponction qui une fois fut exécutée par le professeur Delpech, de Montpellier, qui la fit suivre d'une injection de vin.

Le 24 mai 1837, on répéta la ponction; celle à droite donna issue à deux; celle à gauche à quatre onces de liquide; immédiatement on fit à gauche une injection iodée (deux gros de teinture sur six gros d'eau) qui a eu pour résultat une guérison complète de ce côté; par contre l'hydrocèle à droite ayant pris un nouveau développement, la même opération répétée de ce côté dix semaines plus tard a eu le même résultat heureux qui s'est maintenu jusqu'aujourd'hui (26 juin 1838).

Obs. IV. — Ch. Winter, chapelier, âgé de 33 ans, est affecté, sans cause connue, d'une hydrocèle au côté gauche. Une ponction faite le 20 juin donna issue à peu près à six onces de sérosité de couleur de paille, puis on injecta deux gros de teinture d'iode avec six gros d'eau tiède. Le liquide fut retiré lorsque le malade commença à se plaindre de douleurs; celles-ci devinrent très fortes au bout de deux à trois heures et s'étendaient jusqu'à la région des reins. Pas de fièvre vers le soir; sommeil bon.

Le lendemain matin, plus de douleurs si ce n'est en touchant le scrotum qui avait le double de son volume.

Le 10 juillet, il ne resta qu'une légère tuméfaction.

Obs. V. — Gl., âgé de 71 ans, est porteur d'une énorme hydrocèle au côté droit depuis dix-neuf ans. A plusieurs reprises, il a subi des opérations; même une fois on a passé par la tunique vaginale gauche un séton qui l'a fait beaucoup souffrir. L'hydrocèle de ce côté a disparu. Vu l'épaisseur de la tunique vaginale et la longueur de la maladie, M. Oppenheim se décida à contre-cœur à l'opération. La ponction fut faite le 4 août; on trouva la tunique vaginale extrêmement épaissie, le testicule petit et atrophié; on fit une injection iodée (trois gros dans une once et demie d'eau). Comme le malade au bout de dix minutes ne se plaignait pas de douleur le long du cordon spermatique, on retira la canule et on laissa la plus grande partie du liquide dans les parties. Le malade retourna à pied dans sa demeure; il ne survint aucune réaction; l'ancien mal reparut.

Obs. VI. — M. M., sculpteur, âgé de 33 ans, a subi dans l'espace de quatre ans à trois reprises la ponction pour une petite hydrocèle au côté gauche, survenue probablement à la suite d'une pression. Une nouvelle ponction faite le 7 octobre donna issue à une once de liquide. Le testicule paraissait être sain.

Le 12, après un violent coup sur les parties génitales, le scrotum se tuméfia considérablement, devint bleu, rougeâtre, très chaud, douloureux au toucher, non fluctuant, dur et pesant (douze sangsues).

Le lendemain, douleur moindre, tuméfaction moins dure et tendue (émétique et fomentations sèches).

Le 14, plus de douleurs; on entoura le scrotum de bandelettes agglutinatives.

Le 20, fluctuation évidente; une ponction donna issue à peu près à deux onces et demie de liquide rouge brunâtre avec quelques flocons et de sang coagulé. Injection de deux gros de teinture d'iode sur six gros d'eau. Violentes douleurs pendant quatre heures.

Le 22, le malade put reprendre ses occupations. Au bout de trois semaines guérison complète jusqu'aujourd'hui (fin juin 1838).

Obs. VII. — M. C., de l'île de Cuba, âgé de 50 et quelques années, extrêmement irritable, et sur lequel on avait essayé sans succès pendant trois semaines la teinture d'iode à l'extérieur, fut opéré le 1 novembre. La ponction ne donna issue qu'à deux cuillerées de liquide clair; à peine l'injection (teinture d'iode, un gros; eau, trois gros) faite, les douleurs devinrent si vives qu'on laissa écouler aussitôt le liquide, mais on en laissa à dessein une partie dans la tunique vaginale; les douleurs augmentèrent au bout de deux heures, au point que le malade perdit connaissance; au soir, pas de fièvre; le scrotum très tuméfié; au toucher on éprouva une crépitation comme dans le cas d'emphysème.

Le 7, le malade se trouvant très affecté de la pesanteur, de la tuméfaction, et craignant de sentir une nouvelle fluctuation, sur ses instances on fit une nouvelle ponction qui donna issue à une forte cuillerée de liquide de couleur de la première injection. La tuméfaction diminua promptement.

Le 21, le malade était complétement guéri.

Obs. VIII. — J. Wacbler, garçon menuisier, âgé de 28 ans, affecté depuis huit mois d'hydrocèle et de varicocèle au côté droit, fut opéré le 18 janvier. L'injection (teinture d'iode, deux gros; eau, six onces) qui fut laissée pendant cinq minutes dans la tunique vaginale n'occasiona de vives douleurs que lorsqu'on souleva le scrotum pour que le liquide pût toucher toutes les parties de la tunique vaginale. Le testicule paraissait à l'état normal.

Le 19, vive inflammation du scrotum.

Le 24, plus de douleurs ni de sensibilité; scrotum plus pesant.

Le 4 février, comme la tuméfaction était encore prononcée, on fit des frictions sur le scrotum avec la teinture d'iode.

Le 24, scrotum de grandeur normale. Guérison complète jusqu'aujourd'hui (juin). Testicule un peu plus dur au toucher que celui du côté gauche.

Obs. IX. — Olwig, âgé de 7 ans, scrofuleux, affecté depuis sa naissance d'une hydrocèle simple d'abord et qui est devenue double. Au commencement de 1837, on fit une ponction qui donna issue à une grande quantité de liquide clair; celle-ci fut répétée plus tard dix à douze fois; en outre, on fit des fomentations de teinture d'iode, d'esprit de vin camphré, etc.; des frictions d'onguent mercuriel, d'iode et de digitale, etc. Le tout sans succès constant.

Le 4 avril 1838, ponction et injection iodée au côté droit. Le liquide fut immédiatement évacué à cause de fortes douleurs dont le petit malade se plaignit; réaction peu intense. L'hydrocèle s'étant de nouveau manifestée, on répéta le 11 mai l'injection iodée; mais cette fois elle fut laissée assez longtemps dans la tunique vaginale; intumescence assez forte sans beaucoup de douleurs. Guérison complète au bout de quinze jours; l'accumulation du liquide au côté opposé a même aussi disparu.

Des autres six cas observés par M. Oppenheim, quatre étaient récens (de quatre à huit mois). Leur grandeur était celle d'un œuf de poule jusqu'à celle de deux poings; la guérison a eu lieu au bout de deux à cinq jours; le scrotum et le testicule étaient à l'état normal au bout de deux à quatre semaines.

Il résulte de ces observations que l'injection de la teinture d'iode a été très efficace chez des enfans comme chez des adultes, dans des cas d'hydrocèles volumineuses ou petites, de courte ou de longue durée; elle a encore réussi là où plusieurs autres ponctions ont été faites précédemment et même dans un cas où un chirurgien très habile avait déjà employé sans succès l'injection du vin rouge.

La réaction n'était pas trop forte pour réclamer des moyens internes ou externes.

Tous les malades pouvaient reprendre leurs occupations sans éprouver d'accidens fâcheux, au bout de trois à quatre jours, quelques-uns plus tôt, le lendemain et même le jour de l'opération. Trois à quatre semaines, au plus six semaines, dans quelques cas deux semaines, ont suffi pour la guérison complète. M. Oppenheim dit avoir choisi autant que possible

---

sait que quelques personnes jouissent du rare privilége d'exercer un contrôle puissant sur cette fonction. Nous arrivons maintenant aux faits où l'on croit avoir trouvé des exemples de déplacement des sens; ils sont en plus grand nombre et ont, pendant plusieurs séances, occupé l'attention des expérimentateurs.

Nous commencerons d'abord par laisser de côté toutes les prétendues expériences où Elisabeth O'Key, ayant, pendant le somnambulisme, les yeux à demi ouverts, et disant ne pas voir des yeux, distinguait cependant les objets qui lui étaient présentés à peu de distance. Il y aurait par trop de crédulité de s'en rapporter uniquement au dire d'une jeune fille, surtout lorsqu'elle a les yeux ouverts, pour savoir si c'est par les yeux qu'elle voit ou par toute autre partie du corps. Les expérimentateurs de l'hôpital de l'université, après avoir passé plusieurs séances à présenter à Elisabeth O'Key des tartines de pain et de beurre, qu'elle disait ne pas voir des yeux, mais qu'elle trouvait bien avec la main, pensèrent cependant qu'il serait peut-être plus régulier, non pour leur propre conviction, mais pour enlever tout motif d'objection aux incrédules, de couvrir les yeux de la somnambule; on lui appliqua donc un mouchoir de poche plié en double, mais disposé de manière à ce qu'il lui couvrît à la fois toute la tête, la figure et même le col, et, pour complément de sûreté, deux personnes tenaient au-dessous de son menton un morceau de carton, afin de lui cacher ce qui était devant elle. On recommença alors les expériences avec les tartines de pain qu'on lui offrait et divers autres objets; mais elle resta insensible à tout ce qu'on lui offrit, hormis aux tartines de pain et de beurre, que sa main allait chercher aussitôt qu'ils étaient approchés d'elle. Quand on éloignait beaucoup la tartine, aussitôt elle fronçait le sourcil, faisait la mine, et rapprochait la main de son corps. Si alors on lui présentait le pain de nouveau, elle semblait le voir et le saisissait; mais il fallait qu'il ne fût pas à plus de deux pouces de la main; plus éloigné, elle ne pouvait pas le voir. Dans les différens mouvemens qu'elle fit au milieu de ces expériences, on remarqua qu'elle n'en avait pas fait un seul mal à propos: par exemple, qu'elle n'avait pas cherché à saisir le pain quand il n'était pas à sa portée.

Pendant qu'elle mangeait, on la fit tomber en stupeur, et on éloigna son pain. Ne le trouvant plus, elle examina la main droite avec la gauche, ouvrit la bouche et y porta la main, comme pour y chercher son pain. A la fin, elle le trouva, comme elle l'avait déjà fait. Comme le carton était tenu au-dessous de son menton, elle voulut porter son pain à la bouche et se frappa la main contre le carton; alors elle porta la main auprès du carton comme pour l'examiner et chercha ensuite à l'écarter. Dans une expérience où on avait couvert sa main gauche d'un mouchoir de poche, après avoir cherché plusieurs fois, mais en vain, à s'en servir, elle reporta ses mains sur les genoux et comme désespérée; le mouchoir de poche ayant ensuite été enlevé, elle reconnut le pain et s'en saisit. Si on laissait la main longtemps couverte, elle se servait de la paume de la main droite pour aller à la recherche de son pain ou pour « regarder, » ce qui ôtait la vue à la main gauche, et, quand elle en avait découvert la cause, elle enlevait le mouchoir avec l'autre main. Pendant ces expériences, les bras et les mains de la somnambule semblaient entièrement étrangers à toute autre sensation. Dans quelques-unes, au lieu de couvrir la tête de la somnambule avec un mouchoir, une personne placée derrière elle lui maintenait les paupières baissées avec les doigts; les résultats furent toujours les mêmes.

pour ses essais des cas exempts de toute complication appréciable, avec un pronostic toujours favorable, excepté chez le sujet de la cinquième observation où il a entrepris à contre-cœur l'opération qui aussi n'a été suivie d'aucun succès.

Le résultat si divers qu'ont obtenu d'autres chirurgiens où tantôt la réaction n'était pas assez forte, tantôt trop forte pour produire une suppuration ou la gangrène du scrotum, est attribué par l'auteur à la préparation de la teinture d'iode d'après les différentes pharmacopées; celle dont M. Oppenheim s'est servi a été préparée d'après la pharmacopée de Prusse, contenant quarante-huit gros d'iode sur une once d'esprit de vin rectifié. Il faut en outre avoir soin de ne faire le mélange de la teinture de l'iode avec l'eau qu'au moment même de l'injection pour empêcher que l'iode qui est peu soluble ne vienne à se précipiter; il est aussi nécessaire que ce mélange soit chaud, parce que l'alcool dissont plus facilement l'iode à chaud qu'à froid. En se servant de bouteille de gomme élastique au lieu de seringues, on a l'avantage de repousser le liquide injecté et de le faire repasser par la tunique vaginale sans s'exposer à des extravasations dans le tissu cellulaire, et enfin de garantir le mélange d'iode du contact de la lumière.

TRAITEMENT DE L'HYDROCÈLE PAR LA PONCTION ET L'INJECTION DE TEINTURE D'IODE ET D'EAU FROIDE; par le docteur FRICKE.

M. Fricke, le savant et célèbre collaborateur de M. Oppenheim, n'a pas été aussi heureux que ce dernier dans l'emploi des injections iodées dans les cas d'hydrocèle, L'auteur, quoique, en général, il préfère l'incision, méthode communément adoptée en Allemagne, a essayé avec un succès presque contraire le premier moyen dans six cas qui ne nous paraissent pas moins intéressans pour la science.

Ces deux mémoires, d'un résultat opposé, émanant des deux rédacteurs en chef, nous donnent une nouvelle preuve de la bonne foi qui préside à la direction de ce journal, déjà si digne d'intérêt.

Obs. I. — Un garçon cocher, âgé de 25 ans, de constitution très robuste, souffrait depuis onze ans d'une hydrocèle double; elle était très forte à droite; mais à gauche, sauf un épaississement un peu plus fort de la tunique vaginale, on ne soupçonna pas d'autre complication.

Le 26 décembre 1837, après avoir évacué par une ponction une grande quantité de liquide clair au côté droit, on fit une injection de teinture d'iode (deux gros sur six onces d'eau, distillée à la température de 30° R. La proportion employée par Martin est de 1 à 5). La canule du trocar retiré, on laissa séjourner le liquide; un sentiment de brûlure très peu intense que le malade ressentit disparut au bout d'une demi-heure.

Le 28, tuméfaction du testicule plus forte qu'avant l'opération; fluctuation peu sensible, douloureuse au toucher.

Le 2 janvier 1838, la tumeur avait sa grosseur antérieure; elle paraissait fluctuante; enfin, le tout présentait le même état qu'avant l'opération.

L'injection fut répétée le 6. Cette fois, le liquide, quoique très clair et ténu, ne sortit pas complètement, et avec beaucoup de difficulté, ce qui fit supposer des adhérences partielles entre les parois, formant des cavités où le liquide était enfermé. La réaction, accompagnée de fièvre, fut si forte, que le cinquième jour elle réclama une saignée générale. Les sangsues furent appliquées à plusieurs reprises sur le bas-ventre, qui était très douloureux, et le calomel fut donné à l'intérieur.

Le septième jour, les traces d'un commencement de gangrène se développèrent sur le scrotum, très tuméfié et d'un rouge vif; le dixième jour, on remarqua la tunique vaginale partiellement sphacélée, une fluctuation d'un liquide mêlé à de l'air. La veille, le malade avait des frissons; la fièvre paraissait prendre le caractère typhoïde avec délire. Ces symptômes fâcheux diminuèrent après une incision faite dans les endroits fluctuans, qui donna issue à une grande quantité de pus décomposé. La fièvre disparut complètement. Pendant les jours subséquens, on vit sortir des grands morceaux de tissu cellulaire, du dartos et de la tunique vaginale gangréneuse.

La tumeur au côté droit disparut, et l'hydrocèle à gauche diminua de jour en jour. La suppuration cessa, et le 20 février le malade sortit de l'hôpital, guéri des deux hydrocèles. Il est assez probable que la guérison de l'hydrocèle à gauche a eu lieu par l'irritation consécutive du côté droit; car on n'a pas observé une rupture de la cloison médiane par où la sérosité ait pu s'échapper.

Obs. II. — Un vitrier, âgé de 27 ans, fut opéré le 25 janvier pour une hydrocèle au côté droit; pendant une demi-heure après l'injection indiquée ci-dessus, le malade ressentit une violente chaleur, mais qui ne s'étendait guère au-delà du scrotum.

Le lendemain, on aperçut une légère tuméfaction dure à la moitié droite du scrotum; celle-ci augmenta le troisième jour et s'étendit le long du cordon spermatique, accompagnée de rougeur, de chaleur, et d'une forte sensibilité. Ces symptômes, qui augmentèrent encore pendant trois jours, disparurent peu à peu, excepté le gonflement qui devint de nouveau fluctuant, et quatorze jours après l'opération l'hydrocèle était dans le même état qu'auparavant. L'incision fut immédiatement pratiquée, et le malade sortit guéri de l'hôpital au bout de six semaines.

Obs. III. — Un garçon tourneur, affecté d'une hydrocèle assez forte au côté gauche sans autre complication.

Le 9 janvier, ponction et injection iodée. Bientôt après, douleur dans le bas-ventre, s'étendant jusqu'à la région épigastrique, et accompagnée de nausées. Pas de douleur au scrotum ni au testicule.

Le 10 au soir, légère tuméfaction de la moitié gauche du scrotum, qui prit bientôt sa dimension antérieure; il était dur, rouge, chaud, mais non douloureux.

Le 14, la tumeur diminua de nouveau.

Le 19, guérison.

Obs. IV. — Un garçon ferblantier était porteur d'une hydrocèle au côté gauche, de la grandeur d'un œuf de poule. Les membranes paraissaient saines.

Le 24 janvier, ponction et injection (une partie d'iode sur trois parties d'eau non chauffée). Au bout de quatre jours, toute douleur avait disparu et la tumeur avait diminué.

Le huitième jour, le pourtour de l'endroit ponctionné s'enflamma, passa en suppuration, et le cordon spermatique gauche se tuméfia.

Le quinzième jour, même tuméfaction du cordon spermatique très sensible à la pression, glandes inguinales enflammées.

Le vingt-deuxième jour, on remarqua de la fluctuation dans la profondeur; on donna issue au pus, et on y appliqua une compression.

Le 27, le malade sortit guéri de l'hôpital.

Obs. IV. — Un ouvrier, âgé de 42 ans, avait, sans cause connue, depuis trois semaines, une hydrocèle au côté gauche, de la grosseur d'un œuf de poule; rien d'anormal ne put être reconnu aux tuniques.

Le 5 mars, ponction et injection (teinture d'iode, une partie; eau non chauffée, trois parties).

Deux jours après, pas de réaction; le malade quitta le lit. L'hydrocèle revenant de nouveau, le malade sortit non guéri de l'hôpital le 27.

Obs. VI. — Un garçon forgeron, âgé de 22 ans, était affecté depuis quatre ans, à la suite d'une chute, d'une double hydrocèle, de la grandeur d'une tête d'enfant.

Le 1er février, ponction de l'hydrocèle gauche, injection. (Teinture d'iode, 1 partie; eau, 3 parties.)

Le lendemain, douleur, tuméfaction et chaleur au scrotum gauche. La réac-

---

Ces dernières expériences ont si peu de valeur par elles-mêmes; elles sont si loin d'indiquer même le moindre déplacement de l'organe de la vision, que nous croyons peu utile d'en faire la critique; car nous ne pensons pas qu'elles paraissent convaincantes à personne. D'ailleurs, s'il restait quelques doutes sur leur peu de valeur et sur la fourberie des deux filles O'Key, les expériences faites en présence de M. Wakley et sur sa demande suffiraient pour les faire disparaître entièrement. M. Wakley, rédacteur en chef du journal médical anglais THE LANCET, membre du parlement, et l'un des partisans les plus ardens des réformes de tout genre, avait permis qu'on publiât dans son journal un compte-rendu des expériences faites à l'hôpital de l'Université par le docteur Elliotson, compte-rendu qui semblait plutôt favorable que contraire à ces expériences; mais les nombreuses réclamations qui s'élevèrent de toutes parts, et l'insuccès complet de quelques expériences lorsqu'elles n'étaient pas dirigées par les adeptes, le déterminèrent à demander que les expériences fussent répétées en sa présence. Il eut bientôt reconnu que lorsque le docteur Elliotson les conduisait lui-même, le son de voix avec lequel il interrogeait la somnambule, la manière dont il posait ses questions, pouvaient suffire pour indiquer à la jeune fille comment elle devait répondre. Ses paroles prononcées à voix basse; mais encore trop élevées pour qu'Elisabeth O'Key n'en saisît pas le sens; le bruit de sa respiration; le craquement de ses bottes lorsqu'il était supposé absent, suffisaient pour éclairer une fille habile à saisir les moindres indications. Il demanda à diriger lui-même les expériences, en présence du docteur Elliotson, qui y accéda de bonne grâce, et de plusieurs autres témoins, médecins honorables. Dès-lors, tout fut changé. Aucune des expériences dans lesquelles la somnambule devait faire preuve de connaissance qu'elle ne pouvait avoir ne réussit. D'abord, le docteur Elliotson demanda du temps pour s'expliquer un insuccès aussi complet, lorsque, de son côté, il avait presque toujours réussi; puis il cessa de venir aux séances. Ces faits, qui ont été publiés et n'ont pas été contredits depuis, démontrent que les tentatives faites pour donner une existence momentanée au magnétisme animal en Angleterre sont restées sans effet, malgré toute l'adresse et l'habileté d'une jeune fille douée du talent mimique le plus prononcé, et de l'art de deviner par les plus faibles indices, l'intention des hommes. Nous devons dire que si ces tentatives ont rencontré quelques échos en dehors du monde médical, le docteur Elliotson n'a rencontré parmi ses confrères qu'un nombre insignifiant de partisans du magnétisme, et qui encore l'ont abandonné aussitôt que la presse a révélé les insuccès des expériences faites par d'autres que le médecin de l'hôpital de l'Université. Cette tentative sera-t-elle la dernière? Cela n'est pas probable. La science du magnétisme, comme l'art de prédire l'avenir, trouvera toujours crédit dans le monde, tant qu'il y aura des filles spirituelles et malicieuses, des femmes faibles et des savans plus crédules encore; mais elle ne peut, après ce dernier échec, en appeler de nouveau, en Angleterre, au jugement des hommes de l'art, ou réclamer la protection des sociétés savantes (1).

(1) NOTE DU RÉDACTEUR. Nous n'avons pas besoin de faire remarquer que les opinions de l'auteur de cette lettre sont des opinions toutes personnelles. Quant à nous, qui aurions autant que notre confrère anglais de valables motifs pour croire la cause scientifique du magnétisme à jamais perdue, nous persistons à espérer que l'avenir donnera à cette question une solution autre que celle que lui ont donnée à l'envi toutes les dupes et faiseurs de dupes de l'époque.

tion cessa au bout de cinq jours, et la tumeur, réduite à sa moitié, resta dans cet état.

Le 15, l'opération fut faite au côté droit; cette fois la réaction fut convenable, et la tumeur avait disparu complètement au bout de quatorze jours.

Sans vouloir tirer des conclusions générales de ces six observations, nous voyons que les injections iodées ne méritent guère une préférence absolue; en effet, dans le premier cas, nous avons vu, après l'opération, des phénomènes qui ont menacé la vie; dans le second, la réaction, quoique vive et assez prolongée, ne fut pas suivie de guérison; dans le troisième, la guérison eut lieu, quoique la réaction n'eût guère été forte; dans le quatrième, nous avons vu de la suppuration, des abcès profonds, une tuméfaction du cordon spermatique, etc.; dans le cinquième, la réaction a été complètement nulle; et, enfin, dans le sixième, où l'hydrocèle était double, on n'a obtenu de résultat favorable que d'un côté. M. Fricke fait suivre les six observations de trois autres où il n'a injecté que de l'eau froide, et où le résultat a été plus avantageux.

Obs. I.—Un garçon boulanger, âgé de 26 ans, entra à l'hôpital le 9 janvier, pour une hydrocèle accompagnée d'un engorgement du testicule, et d'une tuméfaction du cordon spermatique, suite d'une chute que le malade avait faite quatre semaines auparavant. Des sangsues, des cataplasmes, etc., firent disparaître le gonflement du testicule.

Le 8 mars, ponction et quatre injections d'eau très froide avec une seringue contenant à peu près six gros.

Le lendemain, légère tuméfaction du scrotum.

Le troisième jour, les douleurs furent assez vives; l'inflammation, qui ne fit qu'augmenter jusqu'au sixième jour, diminua peu à peu pour disparaître complètement au bout de sept jours.

Le 23 mars, quinze jours après la ponction, le malade sortit guéri de l'hôpital.

Obs. II.—Le sujet de cette observation est le même dont il a été question ci-dessus (Obs. VI), où l'injection d'iode a été faite sans succès au côté gauche.

Le 4 mars, on fit une nouvelle ponction, et on injecta de l'eau froide. La réaction fut très forte le lendemain; le scrotum se tuméfia; la rougeur et la chaleur furent intenses. Les symptômes diminuèrent au bout de sept jours.

Le 22, dix-huit jours après la ponction, l'hydrocèle avait complètement disparu.

Obs. III.—Un garçon cordonnier, âgé de 22 ans, affecté de condylômes, d'excoriations, de varicocèle et d'hydrocèle au côté gauche, entra à l'hôpital le 26 janvier 1838. Après l'avoir débarrassé de sa maladie vénérienne, et en partie du varicocèle, on vida, le 22 mars, l'hydrocèle, et on injecta de l'eau froide.

Le lendemain, douleur très vive, qui s'étendait jusqu'au bas-ventre; le scrotum était tuméfié et dur (16 sangsues, fomentations de brome, un scrupule sur 8 onces d'eau).

Guérison le 2 avril. Le varicocèle avait complètement disparu.

SUR LA LIGATURE DES MEMBRES DANS LES FIÈVRES INTERMITTENTES; par le docteur ISENBECK.

L'application d'une ligature circulaire autour des membres, employée par M. Isenbeck dans plusieurs cas de fièvres intermittentes, a facilité et abrégé les accès, et les a même enrayés lorsque la compression a été faite avant qu'ils fussent établis complètement.

Nous croyons que ce moyen, qui n'est pas nouveau, ne doit pas être négligé, surtout dans les cas où les fièvres intermittentes, exemptes de toute complication inflammatoire, résistent à tout traitement interne, et là où on n'ose pas, pour une cause quelconque, faire usage des préparations de quinine.

II. HUFELAND'S JOURNAL DER PRACTISHEN HEILKUNDE, continué par OSANN.

Les cahiers de mai et de juin contiennent les articles originaux suivans: 1° *Sur la formation du mucus et du pus dans ses rapports avec le tissu épidermoïde*, par le docteur Henle; 2° *Notes et extraits relatifs à l'histoire naturelle et à la médecine*, par le docteur Pitschaft; 3° *Remarques sur les goîtres*, par le docteur Hancke. Dans ce travail, l'auteur cite un nouvel exemple, observé dans la forteresse de Silberberg (Silésie), de l'influence prompte et fâcheuse d'un climat humide, froid et orageux, et de l'eau chargée de matière calcaire, sur le développement des goîtres; 4° *Extrait du journal intitulé* LA PESTE, et publié par le docteur Bulard; 5° *L'huile de foie de morue contre la phthisie*, par le docteur Alexandre. L'emploi de ce médicament a été suivi, dans un cas de phthisie, d'une amélioration notable; 6° *Sur les influences nuisibles des houillères*, par le docteur Loewe; 7° *Biographie et maladie du docteur Krimer, mort à la suite d'une perforation carcinomateuse de l'œsophage et de la trachée artère, suivies d'une savante dissertation sur cette maladie*, par le docteur Hartung; 8° *Observations tirées de mon expérience*, par le docteur Tott (suite).

SUR LA FORMATION DU MUCUS ET DU PUS DANS SES RAPPORTS AVEC LE TISSU ÉPIDERMOÏDE, par le docteur HENLE. (Avec gravures.)

Nous donnons ce mémoire, qui a été lu à la société médico-chirurgicale de Berlin avec autant de détails qu'il le demande pour être bien compris; il nous serait impossible de porter un jugement quelconque sur ce travail, car, avant tout, il faudrait commencer par répéter les expériences de l'auteur. Nous espérons que d'autres expérimentateurs, plus familiarisés que nous avec le microscope, vérifieront bientôt les assertions si extraordinaires de M. le docteur Henle.

Le tissu épidermoïde qui recouvre toutes les surfaces extérieures et revêt intérieurement, sous le nom d'épithélium, les parois de toutes les cavités et de tous les canaux du corps, se compose de cellules nombreuses plus ou moins superposées, renfermant chacune dans son intérieur un noyau orbiculaire, ovoïde ou aplati, et remarquable, en outre, par un ou deux points qu'on y distingue. Ces cellules diffèrent les unes des autres par leur forme, leur densité et le lieu qu'elles occupent. M. Henle en a reconnu de trois sortes, et, de là, trois espèces d'épithélium, que l'auteur nomme épithélium en pavé, épithélium en cylindre et épithélium en paillettes.

1° Dans l'épithélium en pavé, la cellule est, en général, moulée sur le noyau central, autour duquel elle forme une vésicule, dont les parois sont plus ou moins distendues, éloignées du noyau ou appliquées contre lui. Cette première espèce du tissu épidermoïde se trouve à la surface de toute l'habitude extérieure du corps, sur presque toutes les membranes séreuses, dans l'intérieur des vaisseaux et dans les petits canaux des glandes, le testicule excepté. On trouve encore le même tissu sur les membranes moyennes, près de leurs orifices, dans le canal digestif; par exemple, depuis la bouche jusqu'au pylore, dans le vagin et dans la moitié inférieure du col de l'utérus, dans le canal de l'urètre chez la femme, sur le globe de l'œil, sans en excepter la cornée.

2° Les cellules de l'épithélium en cylindre ont une forme allongée ou conique, ayant le sommet tourné contre la moyenne sous-jacente et la base dirigée vers la surface libre; elles sont placées les unes à côté des autres, comme des fibres dressées, et leur noyau se remarque par une saillie qu'il forme à peu près vers le milieu de leur longueur. On trouve cette seconde espèce d'épithélium dans les intestins, à commencer depuis l'estomac; dans tous les canaux excréteurs de la plupart des glandes, dans la vésicule biliaire, dans tout l'appareil génital de l'homme, à l'exception des vésicules spermatiques et des cellules de la prostate.

3° L'épithélium en paillettes est formé par une réunion de corpuscules cylindriques ou coniques, qui ne diffèrent des vésicules de l'espèce précédente que par la présence de petites lames de cils ou de paillettes qui saillent à leur base superficielle et libre. On trouve ces sortes de corps dans l'organe respiratoire, dans les parties génitales profondes de la femme. L'auteur les a aussi trouvées dans les ventricules du cerveau et, tout récemment à la face interne des paupières, dans le sac lacrymal et le canal nasal.

L'épithélium qui tapisse la face interne de la vessie présente une disposition intermédiaire entre les cellules en pavé et celles qui sont en cylindre; car, d'un côté, elles sont allongées et dressées verticalement les unes à côté des autres, sur la membrane muqueuse; mais, de l'autre, elles n'ont pas une forme régulière. Les cellules épidermoïdes sont plus ou moins superposées et forment des couches d'épaisseur variable. L'épithélium en paillettes et celui en cylindre ne forment jamais que des couches simples. L'épithélium en pavé se présente aussi en couche simple sur les membranes séreuses, sur la face interne des vaisseaux, dans les petits canaux des glandes et sur la membrane muqueuse fixe qui tapisse l'oreille moyenne; mais, partout ailleurs, sur les membranes muqueuses et sur la peau extérieure les couches de cellules épidermoïdes en pavé sont multiples et stratifiées; elles se développent dans la profondeur et se serrent les unes à côté des autres à mesure qu'elles approchent de la superficie. Dans la couche la plus interne, le noyau des cellules est d'un rouge jaunâtre et ressemble en partie aux globules du sang, et la membrane des cellules est si fortement appliquée contre le noyau qu'elle est presque imperceptible; peut-être y manque-t-elle complètement. Un peu plus vers la superficie, le noyau devient plus granuleux, plus pâle et plus grand, et surtout la cellule prend plus d'ampleur; plus en-dehors encore, le noyau et la cellule s'aplatissent et finissent par devenir tellement comprimés qu'ils ne ressemblent qu'à de petites écailles. Les cellules arrondies dans le principe deviennent polygonales par la pression qu'elles exercent les unes contre les autres, et finalement tout à fait irrégulières. Dans les couches les plus superficielles de l'épiderme, le noyau des cellules ne peut plus être distingué et les écailles sont tellement serrées qu'on ne devinerait jamais comment elles ont été formées, si on n'avait suivi leur

transformation successive et si on ne les avait soumises à quelques préparations artificielles. Les lames se dessèchent comme une sorte d'écorce, de même que le tissu cortical s'écaille dans les plantes.

Il résulte évidemment de cette description, que l'épiderme ne doit plus être considéré comme un produit inorganique sécrété par le tissu réticulé de la peau, dont, à la vérité, il tire sa nourriture ; son organisation est rendue apparente par son accroissement successif, surtout par celui du noyau des cellules, qui, arrivé à un certain degré d'accroissement, change de couleur, s'aplatit et finit par disparaître dans les cellules superficielles ; aussi, sous le rapport chimique, la composition des cellules change, celles des couches profondes se dissolvent dans l'acide acétique, tandis que les superficielles ne sont pas attaquées par cet acide. La vitalité propre des cellules est encore démontrée en ce qu'elles se chargent de pigment dans le réseau de Malpighi du nègre, et de graisse dans quelques parties de la pie-mère et de la peau extérieure dans la maladie connue sous le nom de *acne punctata*. Enfin, une dernière preuve de la vitalité des cellules épidermoïdes se tire du mouvement qu'on voit faire aux cils de l'épithélium en paillettes, lorsque quelques cellules isolées nouent dans un liquide.

Après ces considérations, l'auteur passe à l'examen des différentes qualités de mucus. C'est un fait avéré, dit-il, que l'épiderme, en se renouvelant, se dépouille constamment de petites lamelles semblables à du son; ces lamelles ne sont autre chose que des vésicules épidermoïdes desséchées ; dans l'intérieur des cavités muqueuses, l'épiderme se dépouille de même de ces vésicules usées, qui ne diffèrent de celles de l'épiderme que par le plus d'humidité dont elles sont imprégnées, comme, par exemple, dans le canal digestif, dans les fosses nasales, dans les parties génitales, etc. Les débris de cellules, mêlés aux humeurs sécrétées dans l'intérieur de ces cavités, forment ce que l'auteur appelle la première espèce de mucus, mucus normal ou physiologique. Pour en connaître la nature, il suffit de râcler doucement avec l'ongle la langue ou la face interne des joues et de porter le produit étendu d'eau sous le microscope. Toutes les parties recouvertes par l'épithélium ne forment pas de ces produits ; ou ne le rencontre là où l'épithélium est en couches multiples ; dans les organes, où il n'y a que des couches simples, telles que les cavités séreuses, l'exfoliation ne se fait pas d'une manière physiologique ; cependant, à certaines époques de la vie, il y a des épithélium à couches simples qui se renouvellent, telles que le canal intestinal des nouveaux-nés, les organes génitaux de la femme pendant l'écoulement des lochies et même pendant la menstruation. Telle est la nature du mucus normal ou physiologique, et pour ne pas le confondre avec les produits muqueux pathologiques, nous ne l'appellerons plus à l'avenir mucus, mais débris d'épithélium.

Passons maintenant aux produits épidermoïdes anormaux ou morbides.

1° Le tissu épidermoïde, sans être altéré dans sa structure et sans avoir éprouvé de désorganisation notable, peut être détaché par l'influence de quelques lésions du derme, telles que les brûlures, les exanthèmes, les éruptions vésiculaires; c'est ainsi qu'on observe des lames d'épithélium détachées : 1° par des agens mécaniques ; 2° par des épanchemens séreux, qui s'accumulent sous l'épithélium, à la suite de quelque irritation du tissu muqueux ou dermoïde; on a assez souvent l'occasion d'observer ces sortes de bulles à la suite de brûlures sur la langue et le globe de l'œil; 3° enfin, après beaucoup de maladies de membranes muqueuses, on voit celles-ci se dépouiller de leur épithélium, comme l'épiderme extérieur se renouvelle après les maladies éruptives. Les lèvres, la langue, toute la cavité buccale, et peut être même tout le canal digestif, se pèlent après chaque affection gastrique. Bien plus, les maladies de l'appareil muqueux ne sont souvent annoncées que par la desquammation interne, de même que les éruptions cutanées, telles que la scarlatine, par exemple, ne sont reconnues que parceque la peau se pèle sans qu'on ait observé l'exanthème qui a précédé cette desquammation.

On comprend donc facilement que, dans ces cas de maladie, le mucus peut renfermer, outre les élémens des couches les plus extérieures de l'épithélium, encore de ces cellules à noyaux rouges, propres aux couches les plus profondes, et aussi des cellules cylindriques et même des cellules à paillettes. Les lames qui se détachent dans ces cas ne sont pas isolées comme dans l'état de santé; mais on les voit agglomérées en lambeaux assez étendus.

2° La formation de l'épiderme peut être augmentée pathologiquement sans altération de ses élémens. On pourrait appeler cette maladie hypertrophie de l'épiderme ; il se forme alors des élevures, soit à la peau, soit aux muqueuses, recouvertes par un fort épithélium en pavé (*Archives de Müller*, 1838, p. 126), ou bien la peau se dépouille de plaques nombreuses, comme dans la pityriasis et d'autres maladies squammeuses, qui ne sont accompagnées ni d'inflammation ni de fièvre. On observe aussi des desquammations semblables, circonscrites et purement locales, sur la muqueuse du palais et du gosier. Il y a des personnes bien portantes, qui expulsent fréquemment, principalement le matin, des crachats épais, blanc-jaunâtres, qui ne sont uniquement composés que de lames épidermoïdes, provenant de la couche la plus superficielle de l'épithélium, et qu'on ne doit pas confondre avec le mucus des amygdales. De même qu'on voit de grandes lames d'épiderme dans le voisinage d'ulcères atoniques et de dartres humides, de même on observe aussi dans les crachats et dans le mucus du vagin des lames d'épithélium plus grandes que de coutume.

3° Enfin, le tissu épidermoïde peut être altéré dans sa structure, et cette altération peut être observée aussi bien à l'épiderme que sur le prolongement de cet organe dans les cavités intérieures. Les élémens altérés de l'épithélium sont ce qu'on nomme ordinairement des corpuscules muqueux ou globules muqueux, et ce sont eux que les observateurs s'efforcent de pouvoir distinguer d'avec les globules du pus.

Dans le mucus fluide de la cavité buccale, dans la salive et dans le mucus nasal, on observe parfois, chez des personnes bien portantes, des petits corps arrondis et légèrement granulés à l'état frais; on peut les recueillir mêlés avec des lamelles d'épithélium, en râclant la face interne des joues et plus facilement encore entre les gencives, où ils s'accumulent contre la base des dents. Lorsqu'on place quelques-uns de ces globules sur le porte-objet du microscope, et qu'on le délaie dans un liquide, on aperçoit un petit corps arrondi, semi-diaphane, et muni d'un noyau central opaque. Mis en contact avec l'acide acétique, ces globules deviennent complètement transparens dans leur partie extérieure, comme l'a très bien observé Güterbock; mais leur noyau subit des changemens variables, suivant la concentration de l'acide employé. Si on se sert d'acide faible, le globule muqueux ne fait que pâlir ; un peu plus concentré, l'acide attaque le noyau central; celui-ci se fend par ses bords, s'étrangle en deux lobes, comme un huit de chiffre, ou en trois, comme une feuille de trèfle, en quatre et même en plusieurs lobes.

Pour suivre la marche de l'action de l'acide acétique sur ces globules, il faut éviter leur contact trop brusque. Pour cet effet, on se sert avec avantage d'un petit fil dont on plonge l'un des bouts dans le liquide qu'on regarde attentivement sur le porte-objet, tandis qu'on met l'autre bout dans l'acide à employer ; la capillarité du fil finit par amener l'acide jusqu'aux globules sans les déranger. Si l'on se sert d'acide acétique tout à fait concentré, son action est tellement brusque qu'on ne peut plus être témoin des changemens qu'il fait éprouver aux globules muqueux, et c'est pour cette raison qu'ils n'ont pas été observés par Güterbock et Vogel. Ensuite il est aisé de comprendre que des changemens analogues doivent s'opérer sur le globule muqueux dans l'intérieur du corps si la salive ou le suc gastrique ou quelque autre fluide acide viennent à agir sur lui.

Outre les globules de mucus et les débris de l'épithélium, on trouve encore dans les mucosités une humeur ténue qu'on ne peut mieux comparer qu'à la sueur. La sécrétion de cette humeur ténue est aux membranes muqueuses ce que la transpiration est à la peau; elle est sécrétée par des follicules ou de petites glandes destinées à la produire. Et les maladies muqueuses peuvent être tout aussi bien une desquammation excessive d'épithélium avec sécrétion diminuée du suc muqueux, qu'augmentation de sécrétion avec diminution de desquammation; ou bien encore excès des deux fonctions. M. Henle a observé des maladies muqueuses ou catarrhales sous plusieurs formes; quelquefois il lui est arrivé de découvrir des lambeaux d'épithélium assez étendus dans les mucosités rejetées, et même il a été dans le cas d'observer, lors de l'autopsie, des membranes muqueuses privées d'épithélium dans des endroits qui correspondaient probablement à ceux dont les lames expulsées avaient été détachées.

Quant aux mucosités rendues au dehors rien n'est plus naturel que de les regarder comme pouvant être formées de débris d'épithélium, de globules muqueux propres, et de fluide sécrété par les follicules. Ces trois substances peuvent se trouver à la fois en équilibre, ou avec prédominance de l'une ou de l'autre, ou bien encore l'une d'elles peut manquer. Peut-être peut-on poser en principe, et M. Henle semble incliner vers cette opinion, qu'autant de fois qu'on rencontre des globules muqueux propres, très abondans avec diminution de débris d'épithélium il y a état catarrhal morbide, c'est ce qui lui semble prouvé par des observations faites sur la blennorrhagie.

Après ces considérations sur les élémens et les changemens de forme du mucus, M. Henle établit une comparaison entre les affections muqueuses et les maladies cutanées; il traite de l'étiologie, du siége et de la nature de ces dernières; il rapporte surtout très au long l'opinion des auteurs dont les uns regardent les éruptions cutanées comme des inflammations, les autres comme des perversions de sécrétion, les autres comme des altérations de structure du tissu cutané; il cite des cas où tantôt l'une, tantôt l'autre de ces manières de voir doit être adoptée; puis il revient à l'examen des maladies muqueuses en détail, et insiste sur la difficulté qu'il y a de distinguer les écailles d'épithélium d'avec les corpuscules mu-

queux et surtout l'une et l'autre de ces substances d'avec le pus. Les noyaux de cellules épidermoïdes, les globules muqueux et les globules du pus se comportent les uns et les autres d'une manière tout à fait analogue avec l'acide acétique. Cet acide les fait fendre par leurs bords, les classe, en plusieurs lobes et finit par les séparer en pièces, s'il est concentré. Les globules pris dans la salive, dans le mucus des hanches, dans la sérosité des vésicatoires récens, dans le pus des ulcères, se comportent tous de même.

Les produits formés sur les membranes muqueuses et séreuses ne diffèrent de ceux formés à la peau extérieure que par leur plus ou moins de consistance et le siége qu'ils occupent. C'est ainsi que le contenu des cavités muqueuses, comparé à ce qui se rencontre à l'habitude extérieure du corps, produit les trois analogies suivantes : 1° à l'épiderme correspond l'épithélium (ce dernier mot est synonyme de mucus, selon Henle); 2° à la sueur et à l'enduit sébacé correspond l'humeur sécrétée par les follicules muqueuses; au pus peut être rapporté le mucus puriforme du coryza et des autres affections catarrhales. Lorsqu'après avoir acquis la connaissance de ce qui précède on voit se former, sur des portions de peau dénudée d'épiderme, de nouvelles cellules épidermoïdes, qui, plus tard, remplaceront l'ancien épiderme perdu, et, si on se rappelle la grande analogie qu'il y a entre les cellules épidermoïdes et les globules du pus, qui pourrait se refuser de regarder les globules de pus comme des cellules épidermoïdes malades, et la suppuration comme une formation morbide de substance épidermoïde, et enfin la production de mucosités ou de globules muqueux comme une véritable suppuration ?

Comme la suppuration, le renouvellement de l'épithélium et la formation du mucus présentent de si grandes analogies, il est aisé de donner de nouvelles explications sur la formation des cicatrices. Les réunions par première intention, la production des bourgeons charnus, la guérison des plaies par suppuration, le développement de fausses membranes, de callosités, etc., sont des modifications d'un même travail, dont la science saisira un jour les nuances, lorsqu'on connaîtra mieux ses divers élémens. M. Henle ayant étudié les changemens que subissent les cellules épidermoïdes élémentaires dans la cicatrisation par première et seconde intention, dit que, dans les premiers cas, les cellules qui surgissent sur l'une des lèvres d'une petite plaie (celles d'une saignée, par exemple) s'allongent en un ou deux sens et finissent par être comprimées en fils et s'engrènent dans des filamens semblables, qui s'élèvent de la même manière de l'autre lèvre. Les premières cellules allongées sont bientôt remplacées par d'autres, qui conservent plus longtemps leur forme normale, et c'est ainsi que le tissu divisé se trouve régénéré. Les belles observations de Miescher prouvent que la réunion des os fracturés se fait absolument de même que celle des parties molles. Quant au second cas, c'est à dire celui où les plaies guérissent par suppuration, une partie des cellules épidermoïdes qui s'élèvent sur la plaie tend à s'agréger et à se transformer en tissus, tandis qu'une autre partie est expulsée et recouvre encore des tissus nouvellement formés, en présentant le caractère de globules de pus, c'est-à-dire celui d'être divisible par l'acide acétique. Ces globules forment le véritable pus, s'ils sont nombreux et imprégnés de beaucoup de liquide; ils donnent lieu, au contraire, aux croûtes qui recouvrent les cicatrices s'ils se trouvent à sec.

Nous arrêtons ici l'analyse de ce long mémoire; nous avons surtout porté notre attention sur la première partie, base de tout le travail; quant à l'application, elle nous paraît encore aujourd'hui trop hypothétique pour que nous ayons cru devoir nous y arrêter plus longtemps.

Sur les influences nuisibles des houillères; par le docteur Loewe. (Mémoire lu à la société medico-chirurgicale de Hufeland.)

Avant de passer aux influences pathologiques qui agissent sur les mineurs, M. Loewe trace le triste tableau de la situation de ces ouvriers; puis il décrit en peu de mots les altérations organiques qu'on trouve après la mort chez le plus grand nombre d'entre eux : poitrine aplatie, étroite et enfoncée; colonne vertébrale fléchie; membrane muqueuse de la trachée boursouflée, épaissie à quelques endroits, couverte de petites mucosités et de poussière de charbon fine jusque dans les ramifications bronchiques; plèvres costales adhérentes à plusieurs endroits aux poumons; ceux-ci petits, ratatinés, durs comme du cuir, de couleur bleu-verdâtre, et comme imprégnés de petites parcelles de charbon et de concrétions calcaires de grandeur variable; estomac et intestins grêles, blancs, exsangues, boursouflés, et leur calibre rétréci; rate et foie boursouflés, durs et doublés de volume.

L'auteur divise les causes en cinq espèces principales : 1° positions vicieuses du corps; 2° humidité et transition brusque de l'air atmosphérique; 3° privation de la lumière solaire; 4° altération vicieuse de l'air; 5° agens mécaniques.

De ces cinq causes, nous ne trouvons que la troisième et la quatrième qui soient réellement spéciales à la profession des mineurs, l'autre ne nous apprend rien de nouveau sur cette matière.

M. Loewe remarque que, dans l'espace de treize ans, il a vu que toutes les maladies épidémiques qui sévissaient sur la contrée où étaient situées les houillères atteignaient aussi bien les ouvriers mineurs que les autres habitans du pays. Le choléra seul a fait une exception en 1832; ce que l'auteur est plutôt porté à attribuer à la marche capricieuse de cette maladie qu'à toute autre cause.

L'opinion d'Alibert que les éruptions prurigineuses se rencontrent souvent chez les mineurs ne s'est pas trouvée confirmée dans les observations de M. Loewe, qui n'a jamais rencontré la gale et n'est pas même parvenu à la faire communiquer, ce qu'il attribue à l'enduit huileux qui couvre toute la surface du corps; il n'a non plus rencontré la lèpre ni l'éléphantiasis dont parle Lentin.

Nous n'insisterons pas sur le traitement que l'auteur a employé; il est celui dont on fait usage dans toutes les circonstances analogues; c'est ainsi qu'il faut s'abstenir de saignées trop abondantes chez des hommes très disposés à l'anémie; les purgatifs, les vomitifs sont très souvent utiles, ainsi que les frictions pour nettoyer et activer la peau.

Angine membraneuse sans fièvre et avec respiration pas trop gênée; par le docteur Steinthal, de Berlin.

Obs. — Le propre enfant de l'auteur, âgé de 3 ans un quart, bien nourri, fait le sujet de cette observation. Pendant l'hiver dernier, il souffrait de temps en temps de toux et de coryza; dans la seconde semaine de mai, il fut pris d'un catarrhe sans fièvre; la toux avait un son croupal; la respiration était un peu plus courte qu'à l'état normal, et fit entendre un bruit de scie.

Le 15 au matin, on donna un vomitif : le son de la toux et la respiration s'améliorent; déjà, à midi, l'enfant mangea avec son appétit ordinaire, et sauta très gaiment pendant l'après-dîner.

Dans la nuit et le jour suivant, le son croupal revenait de temps en temps; quoique l'enfant fût, au reste, bien portant, on donna un second vomitif le 15 au matin. L'enfant dormit paisiblement pendant plusieurs heures, et se réveilla très gai. Malgré la persistance du son croupal pendant la toux qui était très rare, et malgré le bruit anormal de la respiration, l'enfant ne paraissait nullement affecté.

Le 16 au soir, après avoir mangé de bon appétit son lait et son pain, il s'endormit avec calme; mais après dix heures, il s'agita dans son lit; la toux avec un son croupal devint plus fréquente, et la respiration sifflante; sauf les mouvemens des narines, la figure n'était pas changée; l'enfant n'avait *pas de fièvre;* la respiration, quant à la fréquence, était normale (24-26). On appliqua au côté du larynx trois sangsues qui tirèrent fortement, et on donna un troisième vomitif qui agit à plusieurs reprises.

Le lendemain, l'enfant était plus pâle qu'à l'ordinaire; le pouls un peu plus fréquent; la respiration (26 à 28); la peau chaude. On avait beaucoup de peine à le retenir au lit; il demanda son déjeûner, qu'il prit avec autant de plaisir qu'à l'ordinaire; le son croupal persistant toujours était plus mince, plus sifflant. Un quatrième vomitif, le calomel, des frictions d'onguent mercuriel et des fomentations chaudes d'une infusion de moutarde restèrent sans effet. La forme extérieure était à peu près dans le même état; la respiration, quoique non améliorée, n'avait pas non plus empiré. Des difficultés de respiration proprement dites, des accès de suffocation, des mouvemens convulsifs, etc., manquèrent complètement. L'enfant, très agité jusqu'à une heure, devint plus tranquille; les personnes qui l'entouraient le croyaient endormi. Au matin, le malheureux père le trouva mort; les traits de la figure étaient doux et calmes comme s'il eût dormi.

Autopsie faite le lendemain matin. Une pseudomembrane assez lâche, de deux pouces de longueur sur un demi-pouce de largeur, tout-à-fait blanche, nulle part adhérente; mais ayant probablement fermé hermétiquement la glotte se trouvait dans le larynx; celui-ci n'était pas enflammé à cet endroit. La trachée aux deux tiers inférieurs jusque vers les rameaux bronchiques était très rouge. Poumons tout à-fait sains; ventricule droit du cœur renfermant un peu de sang coagulé. Vaisseaux du cou très riches en sang.

Nous avons déjà rapporté des observations très curieuses d'angine membraneuse (Gaz. Méd., p. 619, 1835; et p. 600, 1836), où cette affection existait évidemment sans qu'on ait observé les symptômes qui l'accompagnent ordinairement; mais nous croyons, avec M. Loewe, que ce cas, où il n'y avait pour ainsi dire pas de fièvre, et pas la moindre menace de suffocation, et où la mort est survenue de la manière la plus douce est peut-être unique dans la science. Cette membrane lâche qui se trouvait dans le larynx en fermant hermétiquement la glotte est la cause probable de cette mort rapide.

IV. MEDICINISCHE ANNALEN; publié par PUCHELT, CHELIUS et NAEGELE.

Le deuxième cahier du quatrième volume contient : 1° *Recherches sur l'étiologie et le traitement du choléra;* par le docteur Vogel; 2° *Sur les eaux de Kreuznach;* par le docteur Engelmann (articles non achevés); 3° *Rapport sanitaire de la principauté de Sigmaringen pendant l'an-*

née 1837; par le docteur Heyfelder; 4° *Observations et remarques médico-chirurgicales;* par le docteur F. Pauli (rien de saillant); 5° *Sur la contusion en général, et sur celle du cerveau en particulier;* par le docteur Hecker (rien d'inconnu); 6° *Sur les fistules vesico-vaginales;* par le même (rien de nouveau).

RAPPORT SANITAIRE DE LA PRINCIPAUTÉ DE SIGMARINGEN pendant l'année 1837; par le docteur HEYFELDER.

Après quelques détails sur l'état atmosphérique, le caractère général des maladies et les épidémies de l'année, M. Heyfelder nous donne le mouvement de la population. Sur 1,683 naissances, il y avait 277 enfans naturels et 14 jumeaux. 3 présentations de face, 11 de coccyx, 11 de talon, 10 positions transversales; tous les autres cas étaient des présentations de l'occiput. Deux fois le cordon était trop court. Le forceps fut appliqué 45 fois; 13 fois on fit la version; 42 fois on a opéré la délivrance. 1593 individus sont morts, dont 734 mâles et 759 femelles.

Parmi les observations que l'auteur rapporte, nous choisissons les suivantes :

SQUIRRHE DE L'ESTOMAC AVEC POLYPHAGIE.

OBS.—Une femme, âgée de 40 ans, de parens sains, et mère de plusieurs enfans, tomba, après une fièvre nerveuse, dans un état de démence et de monostasie. Elle devint extrêmement maigre, souffrit d'agrypine, de boulimie, et d'une soif ardente, détruisait tout ce qui lui tombait sous les mains; de temps en temps elle avait des accès nymphomaniaques avec une grande propension pour le tabac et les douceurs. La digestion paraissait facile et les selles régulières; jamais elle ne vomissait les alimens. La faim était vorace, au point qu'un jour, après avoir bien diné, elle prit un jeune chat, lui arracha la peau, et le mangea avec les intestins; depuis ce moment, elle boit même sa propre urine. Un jour, après avoir été plus tumultueuse qu'à l'ordinaire, et avoir avalé avec voracité son souper, elle fut trouvée morte une demi-heure après.

AUTOPSIE FAITE 20 HEURES APRÈS LA MORT. Vaisseaux des membranes du cerveau remplis de sang, quantité notable de sérosité entre l'arachnoïde et la dure-mère; substance cérébrale partout molle, riche en sang; fort épanchement dans les ventricules; plusieurs hydatides au plexus choroïde; poumons riches en sang; au reste, à l'état normal, ainsi que le cœur. Cavité abdominale contenant plusieurs onces de sérosité aqueuse; péritoine ratatiné; tissus de l'estomac épaissis; muqueuse fortement injectée, ramollie, boursoufflée et facile à détacher; à la grande courbure de l'estomac, il se trouva un trou de la grandeur d'une pièce de vingt sous, avec bords lisses. A cet endroit, l'estomac était adhérent au pancréas à l'état squirrheux, ce qui a empêché les matières de s'épancher dans le bas-ventre. Plusieurs glandes du mésentère étaient squirrheuses. Foie très volumineux, au reste normal. Rate très dure. Tous les autres organes à l'état normal.

Cette observation se joint à celles rapportées entre autres par M. Forget (GAZ. MÉD., p. 226, 1837), qui prouvent que les perforations de l'estomac, et surtout de son grand cul-de-sac, sont bien moins funestes que celles du reste du canal digestif, par la raison toute simple que les premières sont souvent oblitérées par des organes voisins, comme par exemple par le pancréas, ainsi que nous le voyons dans notre observation. Ce sont aussi ces cas qui ne se révèlent ordinairement par aucun symptôme pendant la vie; car, encore, dans notre observation, nous ne croyons pas devoir attribuer cette voracité si extraordinaire, observée pendant la vie, à un squirrhe de l'estomac. Cette dernière maladie n'était pas récente, et les symptômes de polyphagie n'ont paru qu'après une fièvre nerveuse, qui a eu pour suite la démence.

JAUNISSE SUIVIE DE MORT RAPIDE.

OBS. — Un paysan fort, âgé de 45 ans, prédisposé à des constipations, eut sans cause connue, une jaunisse très prononcée et accompagnée de vomissemens des alimens; bas-ventre, non tendu, ni sensible, si ce n'est à l'épigastre; peu d'appétit; soif modérée; pouls lent; selles paresseuses; urine très trouble; Le troisième jour de l'ictère, le malade commença tout à tout-à-coup à délirer, et mourut au bout de peu d'heures.

AUTOPSIE. Peau, dure-mère, os de la tête, cerveau de couleur de paille; beaucoup de sang épais dans les sinus de la dure-mère. Poumons sains; cœur jaunâtre, exsangue; foie petit, peu riche en sang; conduits hépatiques sains; vésicule contenant quelques gouttes de fiel ténu de couleur jaune-grisâtre; à peu près quatre onces de liquide brun se trouvaient dans l'estomac dont la muqueuse de couleur naturelle était boursoufflée et facile à détacher; même état des intestins grêles qui renfermaient quelques lombrics. Beaucoup de matières fécales se trouvaient dans les gros intestins; le colon dans la courbure de la forme de l'S romaine si rétréci, qu'on ne pouvait y faire passer un tuyau de plume. Reins et vessie à l'état normal. Au lobe postérieur de l'hémisphère gauche, il s'est trouvé un appendice de substance cérébrale d'un pouce de long et autant de large.

Des exemples d'ictère, suivi d'une mort subite, ont été déjà observés par d'autres auteurs; mais comment nous en rendre compte? Ce serait difficile dans l'état actuel de la science. Il est évident que le rétrécissement si fort du colon ne peut être regardé ici comme la cause de la mort; il n'a donné lieu qu'à des constipations observées longtemps avant l'ictère,

CÉPHALÆMATOMES.

Elles furent observées chez quatre enfans qui sont venus au monde à la suite d'accouchemens très faciles, et sans le secours de l'art. L'un de ces enfans avait deux tumeurs sanguines, dont l'une, de la grandeur d'un petit œuf de poule, était sur le pariétal droit; et l'autre, de la dimension d'une très grosse noix, sur le gauche. La première s'est formée vingt-quatre heures après la naissance; la seconde, le troisième jour. Dans tous les deux, on remarquait de la fluctuation et des bords osseux évidens; il n'y avait pas de sensibilité augmentée, ni de pulsations; la couleur de la peau n'était pas changée. Des fomentations aromatiques employées pendant douze jours ne parvinrent pas à les résoudre; on fit donc, à deux jours de distance, une ponction dans chaque tumeur; on vida le sang noir qui s'y trouvait, et on reprit de nouveau les fomentations aromatiques. La guérison eut lieu au bout de huit jours.

IV. MEDICINISCHES CORRESPONDENZ-BLATT.

OBSERVATION D'UNE RUPTURE DE LA MATRICE, AMENÉE PAR LE SPHACÈLE DU SEGMENT INFÉRIEUR DE CET ORGANE; par le docteur Weiss.

OBS. — Heller d'Oppenweiler, âgée de 32 ans, ayant souffert beaucoup de privations, avait mis au monde trois enfans dans l'espace de cinq ans de mariage; le premier mourut au bout de trois mois; le second avait le cordon entortillé autour du cou, et le troisième était venu facilement au monde ainsi que le premier. Ce n'est que dans la dernière semaine que la quatrième grossesse est devenue pénible. Le 29 juin, on a appelé la sage-femme; le travail de l'accouchement avait commencé avec contraction et rupture de la poche des eaux suivies d'écoulement de sang; ce dernier accident avait engagé la sage-femme à faire appeler M. Molt demeurant à un quart de lieue de l'endroit; celui-ci arrivé à neuf heures du soir trouva les parties génitales extrêmement gonflées et l'anus très béant; cette circonstance jointe à la grande faiblesse, à une position inclinée de l'utérus l'engage à hâter l'accouchement. D'après le dire de M. Molt il aurait senti sa main pénétrer dans une déchirure du segment inférieur de l'utérus, et aurait été dans l'impossibilité de trouver quelques parties du fœtus, ce qui lui avait fait présumer que l'enfant était passé dans l'abdomen. (Notons encore que pendant la gestation il était survenu un écoulement de matière fétide.) C'est dans cette circonstance qu'on a cherché M. Weiss qui arriva le 30 juin à deux heures du matin, et trouva la malade dans l'état suivant :

Pouls faible et petit, aspect souffrant, décubitus sur le côté gauche, parties génitales gonflées, anus livide non douloureux et si distendu qu'on y aurait cru voir une tête au couronnement; toutes circonstances qui nécessitèrent une prompte délivrance d'autant plus qu'il importait de sauver peut-être la vie de l'enfant, ne pouvant plus compter sur le salut de la mère. Après avoir placé la femme en position, M. Weiss s'efforça d'introduire la main droite à travers l'orifice de la vulve extrêmement étroit; il trouva la cavité vaginale brûlante et sensible.

Le détroit inférieur était très étroit, aussi l'opérateur ne pouvait pas distinguer la déchirure dont M. Molt lui avait parlé et qui devait se trouver à gauche. Il reconnut au contraire un tissu cloisonné qu'il prit avec d'autant plus de raison pour les membranes et le placenta qu'il put y reconnaître les parties de l'enfant; la tête était placée dans la fosse iliaque droite; il parvint enfin à saisir le pied droit situé dans le fond de l'utérus, puis le gauche, attira tous les deux et réussit enfin à descendre le corps d'un enfant très volumineux et dont le cordon ne battait plus. Arrivant à la tête, il fut obligé d'appliquer le forceps dont l'usage devint extrêmement difficile à cause du rétrécissement du bassin et bien plus encore à cause d'une hernie d'intestin qui se fit à travers la déchirure que M. Molt avait déjà annoncée. Les intestins déjà prêts à passer en gangrène risquaient d'être pincés par la jonction de l'instrument. Ce n'est donc qu'avec des peines inouïes et après un travail de trois heures qu'on parvint à terminer l'accouchement.

Le délivre suivit avec facilité. L'anus reprit bientôt sa forme normale; la femme n'avait perdu que peu de sang après l'opération. En introduisant la main après l'accouchement on put parvenir dans la cavité abdominale par la déchirure et circonscrire tout l'utérus dont la partie supérieure était contractée, ce qui eut lieu sans douleur pour la femme. L'intestin hernié fut rentré. Quatre heures après, l'accouchée s'éteignit doucement sans avoir perdu un moment ses facultés intellectuelles. L'enfant à terme pesait sept livres et demie; la tête qui était très longue avait cinq pouces neuf lignes dans son diamètre longitudinal et trois pouces trois lignes dans son diamètre transversal. Les os avaient été brisés par la pression du forceps, même la symphyse de la mâchoire inférieure était rompue. L'épiderme s'était détaché.

AUTOPSIE faite le 1 juillet à trois heures de l'après-diner. Putréfaction très avancée; le gonflement des parties génitales et de l'anus avait disparu. Périnée intact, écoulement purulent par le vagin. Intestins grêles, surtout l'iléum, distendus par des gaz et rouges; il était impossible de reconnaître quelle anse d'intestins était herniée pendant le suivant. La matrice était convenablement contractée, située en partie dans le petit bassin et en partie au-dessus de celui-ci; il n'y avait point d'extravasation dans la cavité pelvienne. L'utérus était gangreneux dans tout son segment inférieur et décollé à gauche avec le vagin; c'est aussi dans ce point que le péritoine était détruit par la gangrène, et c'est par là que M. Molt avait engagé sa main dans la cavité abdominale, et plus tard les intestins se sont herniés par cette ouverture. En avant et à droite, le péritoine était encore ferme et adhérent; mais la portion de l'utérus qu'il recouvrait était gangreneuse; les deux tiers supérieurs de la matrice étaient sains dans tous les tissus; par contre le tiers inférieur était tellement désorganisé qu'il était impossible de reconnaître l'orifice utérin.

Le sacrum médiocrement voûté. Le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur n'avait que deux pouces dix lignes à cause de la trop forte saillie

de l'angle sacro-vertébral; le diamètre transverse avait cinq pouces trois lignes. Au reste tout le bassin était symétrique.

Devons-nous attribner avec l'anteur la gangrène de l'utérus à la compression trop longtemps prolongée exercée par la tête sur le segment inférieur contre l'entrée dn bassin; c'est assez probable, parce que les faits de cette nature ne sont pas rares, et il y a d'autant plus lieu de le penser dans le cas présent qu'il ne s'est éconlé que peu de sang avant et pendant le travail et que celui-ci a été précédé par des symptômes de paralysie du rectum.

RÉTROVERSION DE L'UTÉRUS EN ÉTAT DE GROSSESSE; par le docteur SCHONINGEN.

OBS. — J. H. de L., âgée de 30 ans, maigre, mère de trois enfans, dont le dernier est venu au monde en novembre 1835, était atteinte depuis ce temps d'une dépression de la paroi postérieure du vagin: pendant ses deux dernières grossesses, elle se plaignait beaucoup d'affections urinaires. Enceinte pour la quatrième fois depuis quatorze à quinze semaines, elle eut, sans cause connue, le 23 août 1837, des douleurs continuelles dans le bas-ventre et dans les lombes, des envies d'uriner et d'aller à la garde robe. Les urines brûlantes et les selles dures furent suivies de quelque soulagement. Les douleurs, augmentant dans la nuit du 26 au 27, s'étendaient jusqu'au dos et aux fesses.

A l'arrivée du médecin, le 27, celui-ci trouva la malade dans l'état suivant: bas-ventre depuis l'os du pubis jusqu'à l'ombilic très tendu et douloureux au moindre toucher; parties génitales externes tuméfiées, chaudes et douloureuses; paroi antérieure du vagin tendue, la postérieure molle et prolapsée. Vers le sacrum, on sentait dans la cavité du petit bassin une tumeur immobile, de forme arrondie, douloureuse au toucher: le doigt introduit dans le vagin s'engageait à peine dans le cul-de-sac antérieur, et ne pouvait qu'effleurer la lèvre postérieure de l'orifice utérin; fièvre pas très forte, gémissemens, nausées et mouvemens inquiets. En prenant la tumeur située dans la cavité du bassin pour le fond de l'utérus et la partie douloureuse du bas-ventre pour la vessie distendue, on porta le diagnostic suivant: rétroversion de la matrice en gestation avec imminence d'inflammation et de gangrène, ou d'une rupture de la vessie, ou au moins d'un avortement, dans le cas où on ne parviendrait pas à redresser l'utérus. On commença à vider la vessie; à cet effet, on fut obligé d'introduire les doigts indicateur et médian dans le vagin pour éloigner l'utérus de l'os du pubis; puis en pressant à l'extérieur sur la vessie, on vida trois à quatre livres d'urine brune foncée, et d'une odeur très forte et mauvaise; immédiatement après avoir vidé la vessie, et après avoir recommandé à la femme de s'incliner en avant et de s'appuyer sur ses coudes et ses genoux, on tenta en vain de replacer l'utérus, à l'aide de deux doigts huileux.

On n'osa pas entrer avec toute la main dans le vagin; car déjà l'introduction de deux doigts produisit de fortes douleurs; avant de faire d'autres tentatives, on vida le rectum au moyen de lavemens, et on fit des fomentations narcotico-émollientes sur les parties irritées, et on fit boire à la malade une émulsion de chenevis.

Du 27 au soir jusqu'au 28, mieux-être; plusieurs selles par les lavemens; dysurie moindre; bas-ventre encore un peu distendu, mais moins douloureux; position latérale avec fesses soulevées. Le décubitus sur le bas-ventre, recommandé par presque tous les auteurs, n'était pas applicable dans ce cas, à cause d'une congestion cérébrale imminente.

Nuit du 28 au 29: très agitée, violentes douleurs du bas-ventre, tenesme, dysurie, bas-ventre de nouveau très distendu et très douloureux au toucher. Après avoir vidé la vessie et le rectum, on fit de nouveau placer la malade sur les genoux et les coudes, et on introduisit la main tout entière dans le vagin; les doigts groupés en cône tronqué sur le fond de l'utérus, on pressa celui-ci en avant dans la direction de l'axe supérieur du bassin, et bientôt on réussit à faire remonter l'organe déplacé par dessus l'angle sacro-vertébral, dont on franchit la saillie par un mouvement brusque. La main se trouva alors libre dans la cavité pelvienne, et le col de l'utérus avait repris sa position normale; en même temps on put s'assurer du peu d'inclinaison et de la grande ampleur du bassin, et de la grande courbure du sacrum; circonstances généralement reconnues comme cause occasionelle du renversement de l'utérus. Le traitement consécutif consistait dans une position latérale avec fesses soulevées, dans un repos absolu pendant six à huit jours, durant lesquels la malade rendit ses urines dans une position inclinée en avant; les selles, qui devinrent plus tard normales, furent évacuées au moyen de lavemens; des fomentations émollientes firent disparaître le gonflement inflammatoire des parties génitales. Le prolapsus incomplet du vagin disparut, et la femme est depuis complètement guérie.

Cet exemple de rétroversion confirme en tout point ce que des observateurs ont déjà consigné, tant sous le rapport de l'étiologie de la maladie, que sous celui des symptômes qui l'annoncent; notons seulement que l'auteur, en parlant de la rétention d'urine comme symptôme de la rétroversion, dit que l'habitude de retenir l'urine trop longtemps en maintenant l'utérus déprimé, doit être regardée comme une cause de sa rétroversion; et cela avec d'autant plus de raison, qu'il suffit quelquefois de faire uriner les malades pour voir la matrice se redresser spontanément; il importe au praticien de ne jamais négliger le toucher, et de ne pas confondre la maladie qui nous occupe, avec une exostose, ou avec la saillie que formerait la tête du fœtus déjà engagée dans le bassin.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 9 OCTOBRE. — PRÉSIDENCE DE M. MOREAU.

REVACCINATIONS.

M. DUBOIS (d'Amiens) a la parole à l'occasion du procès-verbal: Je ne reviendrai pas sur le fond de la question des revaccinations; cependant je ne puis m'empêcher de regretter qu'un sujet aussi important n'ait été discuté que d'une manière fort incomplète devant l'Académie; il est vrai qu'attendu la réponse pressée demandée par le ministre, la compagnie n'a pas eu le temps d'approfondir la matière; mais il est fâcheux qu'on ait si légèrement traité ce qui a été fait à l'étranger sur les revaccinations. Cela tient sans doute à l'inexactitude des détails des faits dont on a eu connaissance. Voici cependant de nouveaux documens recueillis par M. Dezeimeris dans les ouvrages récens publiés à l'étranger et dont l'authenticité ne peut être contestée: ces documens sont d'une telle importance qu'aussitôt connus ils ébranleront, je ne doute point, la conviction de plusieurs de nos collègues. Je demande en conséquence que l'Académie charge la commission de vaccine de traiter tous les ans dans son rapport général la question des revaccinations d'une manière aussi étendue que possible. (Appuyé par plusieurs voix.)

Cette proposition est mise aux voix et adoptée.

ÉLECTION D'UN NOUVEAU MEMBRE.

M. OLLIVIER d'Angers fait un rapport au nom d'une commission composée de onze membres sur la question de savoir s'il y a lieu à remplacer les trois derniers académiciens décédés (Deyeux, Murat, Alibert) par la nomination d'un nouveau membre. La conclusion du rapport est affirmative et propose le remplacement dans la section de thérapeutique générale et histoire naturelle médicale. (Adopté.)

MORVE CHEZ L'HOMME.

M. HUSSON lit une note sur un cas de morve observé chez un malade qui se trouve en ce moment à l'Hôtel-Dieu.

Un palefrenier, attaché au service des voitures Dames-blanches, était chargé de soigner onze chevaux atteints de morve; les uns étaient atteints de morve aiguë, les autres de morve chronique. Plusieurs de ces chevaux ont été abattus par ordre de l'autorité. Le palefrenier couchait dans l'écurie même des chevaux malades. Son mal s'est déclaré par un écoulement abondant de mucus par le nez et de la céphalalgie. Cet écoulement est devenu sanguinolent, puis séro-purulent. Une fièvre intense et une douleur d'apparence rhumatismale à l'épaule droite se sont jointes aux phénomènes précédens; cette région s'est gonflée et la douleur augmentait sous la pression. On pratique une saignée du bras, et l'on applique des sangsues: le sang offre une forte couenne; cette condition a existé aussi dans les saignées subséquentes.

Consécutivement, le gonflement de l'épaule s'est étendu sur tout le bras; une tache gangreneuse s'est manifestée sur ce membre, puis une petite tumeur dure sur le thorax, et des pustules non ombiliquées à la figure, au cou, sur le tronc et sur les bras. Ces pustules se sont couvertes d'escarrhes; le délire et le coma sont enfin survenus, le pouls est filiforme, et le malade ne tardera probablement pas à succomber: sa maladie date de huit jours. On reviendra sur ce fait à l'occasion de l'autopsie.

M. HONORÉ: Le malade dont on vient de rapporter l'histoire a été déjà vu par plusieurs de nos confrères. Une circonstance importante, et qui a été aussi rencontrée chez le malade de M. Breschet, a été oubliée par M. Husson, c'est la nature sanguinolente des crachats. Les crachats de ce malade effectivement sont analogues à ceux des sujets atteints de pneumonie lobulaire. Ce caractère m'a paru digne d'attention.

M. BRESCHET fait lire par un élève l'observation suivante:

Le nommé Limousin, âgé de 34 ans, fortement constitué, habituellement bien portant, charretier, était employé au pansement de plusieurs chevaux morveux, et couchait depuis plusieurs mois dans l'écurie même de ces animaux. Dernièrement il est saisi subitement d'une douleur intense au genou gauche, avec gonflement et rougeur, ayant les apparences d'un érysipèle phlegmoneux. Il a été transporté à l'Hôtel-Dieu, face pâle, langue rouge, ventre indolent, gémissemens, genou gonflé et couvert de phlyctènes. D'autres symptômes ont suivi ces phénomènes: phlogose nasale, rougeur évidente de la muqueuse nasale; écoulement abondant par le nez, d'abord de matière sanguinolente, puis séreuse et puriforme, comme chez les chevaux atteints de morve aiguë: éruption de phlyctènes et de pustules à la figure, dans le nez, dans l'arrière bouche, au cou, sur le tronc et aux bras. Cette éruption est plus abondante au côté droit du corps. Les pustules rappellent celles du *frambesia*, leur base est dure, entourée d'une auréole violacée, leur sommet couvert d'escarrhe; du pus s'échappe de leur intérieur. Les phlyctènes sont remplies d'un liquide trouble et sanieux. En dilatant la narine on voit que l'intérieur est couvert de matière jaunâtre; la compression fait facilement couler cette matière sur la lèvre. Quelques-unes des pustules ressemblent à des tumeurs charbonneuses. Fusées purulentes dans le tissu cellulaire sous-cutané des environs de ces tumeurs.

En résumé, les caractères physiques et externes de l'éruption peuvent être réduits à quatre: 1° pustules analogues à la varicelle, au *frambesia* et phlyctènes; 2° gonflement érysipélateux; 3° taches gangreneuses ou charbonneuses; 4° suppurations dermiques plus ou moins profondes.

A la suite de cette éruption, le malade a été saisi de somnolence et de stupeur; abattement général; langue sèche; écoulement involontaire des urines; reniflement bruyant occasionné par la difficulté du passage de l'air à travers

les cavités nasales remplies de matière morveuse; crachats jaunâtres; délire; dyspnée; mort.

Nécropsie. L'aspect extérieur du corps est celui d'un homme fort dont l'embonpoint est bien conservé. Lésions cutanées *ut suprà*. L'auréole des pustules a disparu; les pustules sont affaissées; elles contiennent un liquide jaune; le derme sous-jacent est excorié. Les phlyctènes sont remplies d'un liquide sanieux. Le tissu cellulaire sous-dermique est infiltré de pus sur plusieurs points, principalement au-dessous des escarrhes. Du pus existait également dans la substance et entre les tendons de plusieurs muscles.

Les veines ne sont point enflammées, mais le sang qu'elles contiennent est coagulé et mêlé à du pus dans plusieurs régions. Infiltration sanguine dans le tissu cellulaire du bras droit, sans aucune altération appréciable des vaisseaux.

Vaisseaux lymphatiques injectés, gonflés, enflammés. Ganglions développés dans plusieurs régions, aux environs des pustules.

Articulations saines, à l'exception de celle du coude, qui contient beaucoup de synovie sanguinolente.

Cerveau plutôt ferme, mais sain d'ailleurs.

Les cavités nasales sont examinées avec le plus grand soin; muqueuse gonflée et couverte d'une couche épaisse de matière morveuse. Nettoyée par le lavage, cette membrane paraît évidemment injectée, vascularisée; elle offre, ici, des petites élevures jaunâtres formées par du pus concrété; là des cryptes hypertrophiées et disposées par plaques, comme celles de Peyer dans la fièvre typhoïde : à côté, des petites pustules pareilles à celles de la surface du derme; plus loin, des érosions ulcératives. La muqueuse se détache facilement; sa substance et son tissu sous-jacent sont infiltrés de matière purulente. En la suivant dans les cavités voisines, la muqueuse nasale offre aussi des altérations analogues; dans les sinus maxillaires, elle est hypertrophiée, rouge, et couverte de petites pustules; dans les sinus frontaux, elle présente des espèces de petits fongus; dans l'arrière-bouche, dans le larynx, sur les amygdales, au voile du palais, à la voûte palatine, mêmes altérations. Un abcès existe dans le tissu du pharynx. La muqueuse des bronches est également injectée, et ses follicules hypertrophiés. Les poumons sont adhérens, et présentent les restes d'une phlogose parcellaire (pneumonie lobulaire).

Cœur volumineux, épaissi. Caillots dans les oreillettes.

Intestins injectés; muqueuse ramollie. Foie hypertrophié, présentant des vésicules à sa surface.

Les détails précédens sont suivis de la lecture d'un certificat de M. Leblanc, vétérinaire, constatant l'état des chevaux malades qui avaient été confiés aux soins de Limousin, et de l'endroit où ce dernier couchait habituellement.

Un dessin représentant la figure du malade atteint de morve a été en même temps mis sous les yeux de l'Académie, conjointement à une planche qui offre l'image de la même affection chez le cheval.

La conclusion que l'auteur a cru pouvoir tirer des détails précédens, c'est que la morve est transmissible des solipèdes à l'homme, et qu'il serait convenable d'en avertir le public et l'autorité, afin de prendre des mesures sanitaires en conséquence.

M. Dupuy. Il serait curieux de rapprocher l'éruption varioleuse des vaches de l'éruption farcinique des chevaux. Bourgelat avait déjà dit que ces deux éruptions n'étaient que la même maladie, et que le farcin ne pouvait être contracté qu'une seule fois comme la petite vérole; il s'est même assuré que l'inoculation artificielle du farcin préservait aussi bien que celle de la vaccine, et j'ai pu constater moi même ce fait important sur un grand nombre de bestiaux que j'ai préservés d'épizooties meurtrières, à l'aide de l'inoculation.

M. Barthélemy (attention marquée) : Les débats qui ont eu lieu dans cette enceinte, à l'occasion du fait de morve communiqué par M. Rayer sont trop présens à notre esprit et touchent à une question trop importante pour ne pas y revenir aujourd'hui, puisque d'autres faits non moins imposans viennent de vous être présentés. Notre devoir est d'accepter avec empressement tout ce qui se rattache au progrès de la science et à la conservation de la santé de nos semblables; mais nous devons laisser aux faits le temps de se produire et de mûrir avant de nous permettre de tirer des conclusions. Jusque-là nous ne devons qu'étudier attentivement les nouveaux faits, les peser, les comparer, en apprécier la valeur et la portée. On est peut-être étonné de mon opposition à la conclusion qu'on veut établir d'après les faits qu'on vient de présenter; mais je dois déclarer que mon opposition est consciencieuse, de bonne foi. Je ne cherche que la vérité, et si je n'adopte pas encore la conclusion que mes adversaires veulent établir, c'est que les faits sur lesquels on la base ne me paraissent pas tout à faits convaincans. Je vais les examiner consciencieusement et je ferai même la cause de mes adversaires beaucoup plus belle encore qu'ils ne l'ont faite eux-mêmes. C'est sur le fait de M. Breschet que je dois m'arrêter pour le moment, celui de M. Husson n'étant pas encore complété par l'autopsie.

Je conviens d'abord que les altérations pathologiques rencontrées dans les cavités nasales du malade de l'Hôtel-Dieu offrent de l'analogie, de la ressemblance avec les lésions que présentent les naseaux des chevaux atteints de morve aiguë; mais il y a loin de cette analogie, de cette ressemblance à l'identité absolue des deux maladies. Si des ressemblances existent, il existe aussi, d'un autre côté, des différences importantes.

Pour m'enquérir des véritables détails du fait, je ne me suis pas contenté des renseignemens vagues qu'on a transmis à l'Hôtel-Dieu; je suis allé à l'endroit même où le malade couchait habituellement; j'ai non-seulement visité cet endroit, mais encore examiné les chevaux qu'il avait soignés, parlé avec son maître, avec ses parens, avec ses camarades, avec le vétérinaire qui voyait les animaux morveux, et j'ai obtenu des détails différens de ceux que vous a transmis M. Breschet. Voici ce que j'ai appris.

Les chevaux soignés par Limousin étaient atteints de morve chronique et non de morve aiguë; ces chevaux, je les ai vus, plusieurs vivent encore et continuent à faire le service. Un seul parmi ces chevaux avait été affecté de morve aiguë; mais il avait été abattu quinze jours avant que Limousin n'entrât au service du propriétaire, de sorte qu'il n'est pas exact de dire que cet homme avait contracté la maladie en soignant des chevaux atteints de morve aiguë. Cette circonstance est très essentielle, comme on le voit; car il resterait maintenant à savoir si la morve chronique des chevaux qu'il a pansés a pu donner à Limousin la maladie dont il est mort. Or, tout le monde s'accorde aujourd'hui à regarder la morve chronique comme une maladie tout à fait différente de l'aiguë et nullement contagieuse.

Mais ce n'est pas tout : les renseignemens pris sur les lieux m'ont appris que Limousin couchait, il est vrai, à côté de l'écurie mal aérée, habitée par les chevaux malades; mais il ne couchait pas seul, il couchait au milieu de deux autres palefreniers qui continuèrent à se bien porter. Ces deux palefreniers, pourtant, pansaient les mêmes chevaux comme lui, et l'un d'eux couchait plus près des chevaux malades que Limousin. Comment se fait-il donc que ce dernier seulement ait contracté la prétendue affection morveuse? On n'a pas eu connaissance d'une autre circonstance essentielle; c'est que Limousin avait habituellement une éruption croûteuse sur la peau, éruption qu'on croyait syphilitique, et qu'il avait fait disparaître à l'aide d'une pommade quelques jours avant de tomber malade. Ses camarades s'en étaient plaints et craignaient d'en être affectés par la co-habitation dans le même lit.

Examinez à présent comment le mal a débuté et marché chez Limousin. Il a eu d'abord la fièvre, puis une douleur intense dans le genou. Cette douleur est devenue si atroce qu'il a été obligé de quitter la maison de son maître et de se faire transporter chez ses parens. Là, on l'a soigné pour une affection rhumatismale, et rien n'annonçait effectivement que le mal fût de tout autre nature; mais les moyens employés ont été inutiles, et au bout de quinze jours de souffrance, il s'est fait transporter à l'Hôtel-Dieu, où une éruption dermique s'est déclarée ayant les caractères que vous venez de voir.

Où sont-ils les symptômes de la morve jusqu'à l'époque où le malade est entré à l'hôpital? Ni le début ni la marche de la maladie ne ressemblent le moins du monde à l'affection qu'on appelle morve aiguë chez les solipèdes.

Il résulte des considérations précédentes : 1° que les lésions cadavériques rencontrées chez Limousin offrent de l'analogie avec celles des chevaux atteints de morve aiguë; mais qu'il y a loin de cette analogie à l'identité parfaite des deux maladies; 2° qu'à côté de cette analogie on trouve des différences immenses sous le rapport de l'étiologie, du début, des symptômes et de la marche des deux affections; 3° qu'attendu ces circonstances le fait dont il s'agit n'a pas la valeur qu'on veut lui accorder et qu'il laisse dans l'esprit des doutes essentiels à éclaircir.

Il y a trente ans, on croyait que la morve soit aiguë soit chronique était contagieuse parmi les solipèdes seulement. Dans ces dernières années, on a changé d'opinion; la contagion n'a été admise que pour la morve aiguë seulement. Depuis quelque temps on est allé plus loin; on a prétendu que le mal pouvait se transmettre à l'homme. Aujourd'hui c'est autre chose encore; il ne s'agit plus de la morve aiguë seulement, car il résulterait du fait de M. Breschet que la morve chronique, qui n'est pas contagieuse pour les animaux, le serait pour l'homme. Voilà donc cinq opinions différentes sur la question. Or, je vous le demande, où se trouve-t-elle la vérité parmi ces cinq opinions dont quatre au moins doivent être erronées? (Hilarité.) La vérité est une; pour la retrouver, il faut la chercher de bonne foi et sans idées préconçues; je ne me rangerai pas au nombre des hommes stationnaires qui s'opposent aux nouveaux progrès de la science, ni parmi les enthousiastes qui galopent trop vite et proclament des vérités nouvelles avant de les avoir découvertes!... (Applaudissemens.)

L'orateur termine en combattant la proposition qui avait été faite concernant les mesures sanitaires à prendre pour préserver les palefreniers de la morve. Cette mesure pourrait être non seulement inutile mais encore préjudiciable aux intérêts des personnes qui emploient beaucoup de chevaux. Comme la question est encore loin d'être jugée, M. Barthélemy est de l'avis qu'une commission permanente soit nommée, afin d'apprécier la valeur des nouveaux faits.

M. Rochoux ne croit pas à la contagion de la morve. Les recherches de Parent Duchâtelet et quelques expériences de M. Magendie l'ont convaincu que la morve est une maladie d'infection dépendant du défaut d'aération de certaines écuries où l'on entasse un très grand nombre de chevaux.

L'Académie nomme une commission permanente sur la question de la morve.

M. Barthélemy offre de faire voir deux chevaux atteints de morve aiguë à ceux des membres de l'Académie qui s'intéressent à la question.

Séance levée à cinq heures.

NOTE SUR LA VACCINE RELATIVE À LA DISCUSSION QUI A EU LIEU DANS LE SEIN DE L'ACADÉMIE DE MEDECINE.

La note suivante est celle que M. le professeur Breschet devait lire le 2 octobre devant l'Académie de médecine, pour répondre à quelques attaques faites contre son rapport, prononcé dans le sein d'une autre compagnie savante. La discussion étant close et la lettre au comité de vaccine ayant été adoptée sans d'autre discussion que sur la rédaction, M. Breschet s'est abstenu de parler; mais il a cru devoir faire connaître, par la voie de l'impression, son opinion sur le parti pris par la majorité de l'Académie de médecine.

Messieurs,

Il est en médecine, et particulièrement en hygiène publique, un certain nombre de cas où le médecin peut guider le législateur ou bien aider l'autorité supérieure dans les grandes mesures sanitaires qu'il convient de prendre touchant l'intérêt général. Dans ces circonstances, le médecin doit procéder avec beaucoup de circonspection, s'entourer de lumières, surtout de lumières fournies par des faits nombreux et bien observés; mais aussi il ne faut pas repousser comme insuffisantes les simples observations et les données qui seraient contraires à ce qu'on aurait déjà enregistré dans son esprit. Le médecin

doit être l'homme de la vérité, et, pour arriver à cette vérité, il faut se dépouiller de toutes petites passions, de tous les intérêts de l'amour-propre, enfin de toutes les idées préconçues.

Les praticiens se trouvent aujourd'hui appelés, soit qu'ils appartiennent à cette académie, aux hôpitaux, aux autres établissemens publics, soit qu'ils exercent sans avoir de places du gouvernement, à résoudre un grand problème sur la vaccine.

Tous les médecins doivent apporter leur tribut de lumières, dont le faisceau jettera un grand jour sur une question en ce moment agitée parmi nous, mais sur laquelle on craint de se prononcer d'une manière positive et définitive, parce que les faits ne paraissent pas encore assez nombreux; mais, dans le doute, il faut pourtant se prémunir contre ce danger et ne pas attendre que le danger soit réel ou qu'il se présente à notre porte pour fondre sur nos familles.

Depuis longtemps on parle en France de l'altération du virus-vaccin, de l'affaiblissement de sa vertu préservatrice, suivant les uns, ou de la durée temporaire de cette vertu, suivant les autres. Des mémoires ont été envoyés aux diverses académies, aux diverses sociétés de médecine; de nombreux ouvrages ont été imprimés en France et à l'étranger sur l'altération du virus-vaccin et sur la réapparition de la variole ou sur l'apparition de la varioloïde, qui n'est que la variole mitigée ou adoucie. Non seulement vous avez reçu quelques-uns de ces mémoires parlant de l'affaiblissement ou de l'altération du virus-vaccin, mais encore vous en avez parlé dans des rapports annuels de votre comité de vaccine; vous en avez fait mention également dans vos bulletins et dans le recueil de nos actes. Enfin, vous avez fait faire des expériences avec du virus pris sur une femme de Passy, qui avait contracté la maladie en trayant une vache affectée de cowpox. Un médecin, plein de zèle et de lumières, appartenant à cette académie, a fait ces expériences en votre nom. Après avoir soutenu dans cette enceinte l'inaltérabilité du virus-vaccin, il est venu avec candeur rendre hommage à la vérité en avouant qu'il s'était trompé en soutenant l'inaltérabilité du virus-vaccin. Les produits du nouveau virus ressemblent, d'après votre expérimentateur, aux premières éruptions, à celles dont ont parlé Jenner et les premiers historiens de la vaccine. Non seulement vous avez accueilli les faits énoncés par le vaccinateur de votre choix, mais vous vous êtes rendus sa caution en insérant les résultats de ses expériences au nom de l'Académie, dans un des volumes du recueil de vos mémoires. Vous l'avez autorisé tacitement à ne plus vacciner avec l'ancien vaccin, mais encore à employer exclusivement le nouveau vaccin provenant de la vache, et qui avait été transmis à la femme de Passy.

Tout homme qui voudra examiner cette série de circonstances ne devra-t-il pas naturellment en conclure qu'il est patent et incontestable que vous avez non-seulement accueilli les idées déjà émises sur l'altération du virus vaccin, que vous leur avez donné une grande publicité en parlant des mémoires de MM. Tueffert, Fiard, Brisset, etc., mais encore en insérant dans vos volumes le mémoire contenant les résultats des expériences de M. Bousquet? Enfin, vous paraissez reconnaître la *réalité de l'altération* du virus-vaccin, puisque dans cette académie, sous vos yeux et d'après votre autorisation, on rejette l'ancien virus pour n'employer que celui qui provient de la femme de Passy, vaccin dont les produits sont tout différens de celui que l'on employait auparavant dans cet établissement.

Si vous reconnaissez, comme je viens de le démontrer, cette altération, jusqu'où ferez-vous remonter l'affaiblissement ou la dégénérescence du vaccin que vous avez répudié? Et comment, si le vaccin dont vous vous serviez naguères ne vaut plus rien, comment pourrez-vous soutenir qu'il ne faut pas revacciner les enfans dans l'organisme desquels vous reconnaissez, par votre conduite de tous les jours, qu'on a introduit un virus impuissant, et qui ne peut donner aucune sécurité aux familles et au gouvernement?

Si vous déclarez que les revaccinations ne sont pas nécessaires, n'allez-vous pas vous trouver dans une contradiction flagrante avec vous-mêmes, c'est-à-dire avec ce que fait votre comité de vaccine?

Accuserez-vous le confrère honorable qui, agissant en conscience, a, comme doit le faire tout homme d'honneur et de conviction, abandonné ses premières opinions pour se rendre à l'évidence? L'expérience lui a dit que la vaccine, résultant de l'insertion du *virus nouveau*, diffère de celle qu'on observait peu auparavant, et que cette dernière éruption ressemble à celle que Jenner a décrite. Concluons naturellement que vous pensez, ou que vous devez penser, que le virus-vaccin ancien a subi des altérations et qu'il fallait revenir au cowpox.

Si vous déclarez n'être pas solidaires de la personne qui a expérimenté, comment se fait-il que vous laissiez publier les résultats de ses expériences sous votre nom? Comment se fait-il que vous souffriez que l'on vaccine avec un nouveau virus, puisque l'ancien a conservé, suivant vous, toutes ses vertus primitives?

Choisissez, vous dira-t-on, ou la contradiction entre vos actions et vos paroles, ou le blâme que vous aurez encouru par votre indifférence et votre incurie, en laissant employer un nouveau virus, puisque l'ancien n'avait pas démérité.

Je pourrais dire, sans récrimination, à certain membre du comité de vaccine dont j'honore le caractère et le talent, et qui prétend que j'ai écrit parce que j'ai *lu* un livre, qu'il parle comme s'il n'en n'avait jamais lu aucun et que ce livre que j'ai lu est celui de la nature, et que je l'ai lu par mes propres yeux et par ceux d'une multitude d'observateurs dignes de foi. Ces observateurs sont les membres du comité de vaccine, qui ont parlé par l'organe de M. Bousquet. Je m'étonne que ce savant confrère, que ce membre de votre comité n'ait tenu aucun compte des faits publiés de tous côtés!

C'est parce que j'ai *lu* un livre que, suivant M. Gérardin, je suis venu, dans un rapport, jeter l'alarme dans la société. J'ignore si M. Gérardin connaît ce qu'on a publié depuis quelques années sur la vaccine; mais d'après ce qu'il dit de moi, il prouve qu'il n'a pas lu mon rapport.

Permettez-moi, Messieurs, de dire quelques mots sur ce rapport, qui a été, je ne sais pourquoi, mis en cause.

Je crois vous avoir déjà dit qu'en France comme à l'étranger beaucoup d'ouvrages avaient été publiés *sur la vertu temporaire de la vaccine*, ou *sur l'altération du virus-vaccin*. Les mémoires de MM. Tueffert et Fiard discutés dans cette enceinte, mémoires dont les journaux ont rendu compte, celui de M. Brisset, depuis longtemps imprimé, et surtout le mémoire de M. Bousquet, *inséré dans votre recueil*, avaient depuis longtemps mis le public dans la confidence, relativement aux doutes élevés sur les vertus de la vaccine. Ce n'est donc pas mon rapport qui est venu porter l'effroi; car les résultats des expériences de votre comité et leur publication ont précédé le rapport.

Une société savante avait reçu depuis plusieurs années des mémoires sur la vaccine pour concourir au prix Montyon. Elle n'avait pas cru devoir s'occuper de cette grande question, et avait ajourné l'examen de tous ces documens. Mais voici qu'il lui arrive un mémoire fait par une personne investie de toute votre confiance pour tout ce qui regarde la vaccine. Les résultats des expériences faites au nom de l'Académie de médecine, sous les yeux du comité de vaccine, essentiellement compétent, font une grande sensation sur cette commission pour les prix Montyon; le respect que tous les membres de cette commission professent pour l'Académie de médecine et pour la sagesse de ses opinions, comme juge compétent dans les matières de médecine pratique, lui fait regarder avec un grand intérêt et une confiance entière un travail qui paraît sous les auspices du comité de vaccine, et avec l'approbation de l'Académie de médecine. Cette commission pour les prix Montyon, possédant déjà beaucoup d'autres matériaux, se fit dès-lors un cas de conscience d'ajourner plus longtemps l'examen de tous les mémoires qu'elle possédait. Avant de rédiger son rapport, elle prend une connaissance rigoureuse de l'état de la science chez les nations les plus éclairées, et cherche à savoir quels sont les opinions régnantes et les mesures prises par les gouvernemens sages et paternels. De tous ces documens, il en résulte pour elle que les faits sont encore insuffisans pour se prononcer sur une des principales questions qui sont en présence : l'une, *la vertu temporaire du virus vaccin*; l'autre, *l'altération ou dégénérescence de ce même virus.*

Quelles sont les conclusions de cette commission? Lisez, messieurs; j'ai mis le rapport sous vos yeux. (Voir le rapport textuel de la commission dans la Gaz. Méd. du 18 août dernier.)

Vous voyez que les expériences faites par M. Bousquet sous la direction du comité de vaccine, expériences qui font abandonner l'ancien vaccin et recourir au cowpox, la commission des prix Montyon ne se prononce pas : elle reste dans une sage réserve, encourage les travaux commencés et fonde un prix de 10,000 fr. pour des travaux nouveaux plus complets. Non seulement elle fait un appel au zèle des médecins; mais pour que leurs efforts aient de féconds résultats; elle exprime le désir que le gouvernement intervienne et procure aux médecins toutes les facilités désirables. Cette commission loin de jeter l'alarme rassure tous les esprits par ces mots (p. 30).

Si vous voulez tenir pour valables les renseignemen qui nous viennent de tous les côtés, des étrangers comme de vos compatriotes, si vous pensez comme nous, c'est-à-dire comme la commission pour les prix Montyon, que les expériences de votre comité sont d'un grand poids dans la balance; enfin si vous avez gardé le souvenir, comme j'aime à le penser, des paroles pleines de prudence et d'expérience de notre honorable confrère M. Chomel, et des résultats des observations faites par notre respectable confrère M. Guersant (1); vous reconnaîtrez que le doute doit au moins entrer dans votre esprit, et que dans le doute il vaut mieux recourir à une mesure qui n'expose à aucun danger, que d'avoir plus tard des regrets.

Je n'avais pas mission de venir défendre la commission pour les prix Montyon, et vous pensez avec moi qu'elle n'avait, sous aucun rapport, besoin d'être défendue; car mue par de généreux et honorables sentimens, ayant procédé avec lenteur et maturité, elle a tenu compte de tous les faits et surtout de ceux qu'elle devait à votre sollicitude. Eloignons donc de nous, messieurs, tout esprit personnel et de personnalités, rapprochons-nous dans l'intérêt du bien général, et que par notre zèle et l'unanimité de nos efforts les médecins soient toujours par leurs lumières et leur désintéressement les hommes appelés à occuper le premier rang dans une société bien organisée, où le talent et un dévouement incessant à la chose publique sont les premiers droits à une haute estime.

Paris, le 2 octobre 1838. C. Breschet,

Membre de l'Académie des sciences de l'Institut, de l'Académie de médecine, etc.

BIBLIOGRAPHIE.

PRIMÆ LINEÆ PATHOLOGIÆ HUMORUM QUI IN CORPORE HUMANO CIRCULANTUR, AD PRESENTEM PHYSIOLOGIÆ AC PATHOLOGIÆ STATUM CONSTRUCTÆ; par Ch. Roesch, docteur en médecine, etc. — 119 pages in-8. Stuttgardt, 1837.

L'humorisme, qui maintes fois faillit succomber sous les doctrines des réformateurs, tels que Stahl, F. Hoffmann, Baglivi, Brown, Pinel, Broussais, etc.; l'humorisme se relève aujourd'hui plus vigoureux que jamais;

---

(1) M. Guersant a reconnu que les cicatrices que laissent les nouveaux boutons provenant du vaccin de la femme de Passy ressemblent à celles des pustules du temps de Jenner; caractères que la vaccine avait perdus.

car il cherche ses appuis, non plus dans de vagues théories, mais bien dans l'observation pure, profonde, moléculaire en quelque sorte, invoquant le microscope et les réactifs comme *criterium* des inductions, trop souvent trompeuses, du raisonnement physiologique. C'est dans cette voie de recherches positives qu'il faut désormais poursuivre des argumens en faveur de l'humorisme régénéré; car à l'époque de scepticisme où nous vivons, il ne suffit pas de dire qu'une chose doit être, il faut démontrer qu'elle existe ainsi; de même qu'en médecine légale, il ne suffit pas de présumer l'existence d'un poison, il faut l'isoler, l'extraire, et le produire aux yeux.

C'est surtout en France que la réaction contre le solidisme exclusif s'est montrée vive, mais sage et convaincante, parce qu'elle a procédé par voie de démonstration. L'élan s'est montré moins vif chez nos voisins, peut-être parce que là l'humorisme n'a jamais complètement perdu ses droits; néanmoins de bons esprits en Allemagne, en Angleterre, en Italie, ont cru devoir lutter contre la réaction solidiste; de nombreux écrits sont éclos en faveur du moderne humorisme.

M. Roesch entre dans la lice, muni de connaissances nombreuses et variées, et armé, pour ainsi dire, de tous les argumens qu'on peut produire en faveur de la pathologie humorale. Son esquisse est une riche énumération des phénomènes morbides qui, primitivement ou secondairement, peuvent être expliqués par le jeu des humeurs; mais, nous devons le dire, la quantité nuit peut-être ici à la qualité, et trop souvent les assertions de l'auteur sont, ou trop absolues, ou dénuées de preuves suffisantes. Cela provient peut-être de ce que le temps et le terrain lui ont manqué; les mêmes raisons nous mettent dans l'impossibilité de l'analyser en détail. Exposons du moins son plan général, en y mêlant quelques réflexions.

Après un coup-d'œil historique sur l'humorisme progressif, M. Roesch esquisse rapidement les caractères des humeurs du corps, partant de cet axiôme trop contesté que les *mêmes lois président à la santé et à la maladie*. Il insiste beaucoup sur la vie propre du sang. Il se montre partisan des générations spontanées dans cette proposition un peu hardie: « Un rayon de soleil agissant sur une goutte d'eau, telle est l'origine première des corps organisés, végétaux et animaux (p. 4). » Et c'est le même auteur qui proclame l'axiôme suivant, que nous recommandons aux esprits hasardeux: « Ce qui ne peut être vu et démontré par l'anatomie ne peut être accepté pour vrai (p. 7). » Il suppose néanmoins que les globules du sang ont la propriété de se contracter et de se gonfler sous l'influence vitale. Les fluides sécrétés, étant dépourvus de globules, sont aussi dépourvus de vie propre. Il doute que le fer donne la couleur au sang; il préfère, avec Stevens, attribuer celle-ci aux sels qui s'y trouvent dissous.

Dans le chapitre III, l'auteur examine quelles sont les maladies primitives et les maladies secondaires des humeurs. Il ne doute pas que le sang ne contienne tous les élémens des sécrétions, donc les altérations de celles-ci peuvent dériver du sang. L'auteur pose ici en fait ce qui précisément est aujourd'hui en litige: dans l'inflammation, le sang est altéré, coënneux; donc l'inflammation part du sang; mais la couenne ne pourrait-elle pas être sécrétée par les solides, les parois vasculaires, par exemple, et versée dans le sang? Ceci n'est pas une négation, mais une simple question. N'est-ce pas retomber dans l'humorisme purement hypothétique des anciens, que de formuler une proposition comme celle-ci? Les maladies des nerfs ont souvent leur source dans le sang: exemple, les affections des femmes en couches, surtout la manie « résultant de la disparition du lait, des lochies, de la miliaire qui passent dans le sang (*lacte, lochis, miliaria evanescentibus et in sanguinem receptis*, p. 25). M. Roesch nous rendrait grand service en nous prouvant ce qui lui paraît démontré, par exemple, le passage de la miliaire dans le sang. Il ne doute pas de l'altération primitive du sang dans les fièvres typhoïdes; nous nous contentons, nous, de ne pas le nier.

Dans les chapitres suivans, l'auteur examine les causes des affections primitives du sang, telles que l'âge, le sexe, et, à ce propos, nous ne pouvons accepter la proposition suivante: « On sait que les femmes phthisiques se portent mieux pendant la grossesse, parce que le sang trop artériel devient plus veineux par la gestation (22). » Nous ne pouvons l'accepter, d'abord parce que cette sérosité du sang n'est pas démontrée, puis par la raison toute simple que certaines phthisies sont exaspérées par la grossesse. Puis viennent l'hérédité, les affections de l'âme, l'influence de la lumière, du calorique; à ce sujet, l'auteur explique les obstructions et autres maladies abdominales par le surcroît de la bile dans le sang, *quod est demonstrandum*.

Nous passons à l'électricité, au sol, aux saisons, avec altération de l'air, et c'est là surtout que l'humorisme puise de beaux argumens. En parlant des influences de l'eau, l'auteur prétend que la rate a pour fonction de rougir le sang et qu'elle est ainsi une succursale du poumon (p. 39). Puisse-t-il avoir découvert l'usage véritable de cet organe mystérieux.

Passons aux causes externes non-hygiéniques, telles que la cause épidémique, les miasmes, la contagion, les poisons et autres substances absorbées. Cette partie est traitée avec sagacité et une grande abondance de détails.

Vient ensuite une esquisse des maladies produites par les altérations primitives du sang. Ainsi la fièvre essentielle, dans ce sens qu'elle résulte d'une altération primitive du sang. A ce sujet, l'auteur admet une fièvre hectique, sans lésion d'organe, (p. 64) la pléthore, l'inflammation; ici se trouve étudié le sang couënneux (p. 68), la congestion, l'hypertrophie, l'anémie.

Puis arrivent les altérations de composition du sang; nous retrouvons ici la fièvre puerpérale et la fièvre de lait, attribuées à l'abondance de la lymphe et du serum, mais avec le mot dubitatif *videntur*. Quelques digressions intéressantes sur les altérations de la lymphe, mêlées pourtant de propositions assez contestables, comme celles-ci: « Le favus des enfans *n'est autre chose* qu'une sécrétion d'humeurs luxuriantes (*natura nimis vegetabili*) dont le but est de conserver et de rendre la santé. » Le sang est trop artériel, *comme dans les phthisiques*, (nous soulignons ceci qui nous paraît confirmé par les récentes recherches de M. Guillot, qui prétend avoir vu des artérioles anormales développés dans les poumons tuberculeux) ou trop veineux, comme dans la maladie bleue (cyanopathie). Il est altéré par des gaz (acide carbonique), des poisons septiques (fièvre jaune, typhus, etc.), de la bile; et l'auteur incline ici légèrement vers les exagérations de Stall; des miasmes (fièvres intermittentes). Ce qu'il y a de remarquable, c'est que l'auteur paraît comprendre toutes ces affections si variées dans les altérations *veineuses* du sang, altérations dont il fait aussi dépendre les obstructions de l'abdomen, certains asthmes, et nous craignons qu'il ne prenne ici l'effet pour la cause, etc. Le sang est lymphatique dans les scrofules, le rachitisme, la chlorose; digression intéressante sur cette dernière maladie (p. 92). L'auteur parle ensuite du sang laiteux, du sang chez les individus affectés d'obésité, vice qu'il attribue à l'oxigénation insuffisante du sang dans les poumons, comme si une poitrine robuste n'était pas au contraire une condition d'obésité. Il ne doute pas des maladies *laiteuses*, il ne doute pas que le diabètes ne soit l'effet d'une maladie du sang, il penche pour la même opinion à l'égard de la maladie de Bright. Il parle avec une extrême assurance de l'*acide rhumatismal*, devant être expulsé par les crises des maladies *urineuses* sans rétentions d'urines, telles qu'une hydrocéphale ou asthme, des exanthèmes *urineux*, etc. Arrive l'histoire de la gravelle.

De même qu'on admet une fièvre urineuse, il faut admettre une *fièvre fécale* par rétention des matières; mais, ajoute-t-il, il *est certain* que les matières fécales peuvent être *retenues* (sans obstacle mécanique) par une affection primitive du sang. L'auteur est profondément imbu de la doctrine des crises: les abcès, les furoncles des convalescens *servent à expulser le reste du venin* morbide. Il est à la hauteur des connaissances de la résorption purulente. Il s'étend sur les causes humorales des hémorragies, et il termine par quelques altérations assez rares.

Nous aurions bien envie de reprocher à M. Rœsch de n'avoir pas assez emprunté aux écrivains français sur la matière: il pourrait nous renvoyer le reproche et même avec avantage, la littérature allemande étant trop négligée en France; il en résulte que les uns et les autres ont tort.

Si nous avons relevé avec quelque sévérité certaines opinions de M. Rœsch, c'est pour faire ressortir les inconvéniens d'une imagination active s'exerçant sur un riche fonds de science; c'est que nous croyons qu'il occupe une place distinguée dans les rangs des humoristes modernes; c'est qu'enfin nous voudrions que les fauteurs d'une opinion quelconque se pénétrassent bien de cette idée, qu'on de nos jours il n'y a de stabilité et d'avenir que pour les travaux basés sur l'observation rigoureuse, sur les faits et sur la logique en même temps. *Ratio et observatio sunt duo præcipui medicinæ cardines.*

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE DE FÉLIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 42. (TOME VI. — 1838.) SAMEDI 20 OCTOBRE 1838.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°.—Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Poissonnière*, n° 5, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

MÉMOIRE SUR LE TRAITEMENT DES FRACTURES PAR L'APPAREIL INAMOVIBLE EN PAPIER AMIDONNÉ DE M. LAUGIER; par M. Hippolyte Aguilhon, ex-élève des hôpitaux de Paris.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

§ II. OBSERVATIONS.

FRACTURE DU FÉMUR; ON APPLIQUE D'ABORD L'APPAREIL A EXTENSION CONTINUE, PUIS CELUI EN PAPIER; GUÉRISON AVEC TROIS LIGNES DE RACCOURCISSEMENT AU BOUT DE SOIXANTE JOURS.

Obs. I. — Honoré (Auguste), âgé de 19 ans, fit, le 20 mars 1838, une chute de 45 pieds de haut, sur un terrain mouvant, et ne put se relever. Transporté le même jour à l'hôpital Beaujon, et couché au n° 19 de la salle St-Philippe, on le trouva affecté d'une fracture oblique du fémur, du côté gauche, siégeant à la réunion de ses deux tiers supérieurs avec son tiers inférieur. Le gonflement était peu considérable. On plaça le membre dans l'appareil de cuisse à extension continue de M. Laugier, et on l'y laissa jusqu'au 12 avril; à cette époque, il y avait beaucoup de mobilité; l'on y substitua l'appareil en papier amidonné. Deux jours après son application, la dessiccation était complète, le malade remuait sa cuisse, en changeant facilement la position. Cet appareil, qui se moulait exactement sur tout le membre, et dont l'application n'a fait éprouver aucune douleur au malade, fut levé le 23 mai; le fémur fut trouvé consolidé, le membre dans une bonne direction et le cal bien régulier. On compta cependant trois lignes de raccourcissement. Le 26, le malade commença à marcher à l'aide de béquilles, et, lorsqu'il quitta l'hôpital, le 23 juin, il marchait très bien et ne se servait de celles-ci que par prudence; la claudication était peu sensible.

Feuilleton.

DES ENFANS TROUVÉS CHEZ LES ANCIENS ET CHEZ LES MODERNES.

(Suite.)

L'augmentation continuelle du nombre des enfans trouvés dépend, ainsi que nous l'avons déjà donné à entendre, de deux causes différentes; de l'augmentation des admissions chaque année, et de l'accroissement du nombre de ces enfans qui restent à la charge des hôpitaux; ce sont deux faits très distincts sous le rapport de leurs causes, et qui n'ont pas entre eux de corrélation obligée. Le chiffre total des enfans trouvés vivans se compose sans doute des expositions des nouveaux-nés qui ont lieu sans cesse; toutefois, il peut arriver qu'avec un grand nombre d'expositions il n'y ait cependant qu'un petit nombre d'enfans à la charge de la bienfaisance publique. C'est ce qui a lieu quand la plupart de ces infortunés périssent pendant les premières semaines de leur existence. Si, au contraire, les soins qu'ils reçoivent sont bien entendus, et s'ils échappent aux premiers accidens qui détruisent si facilement la vie de l'enfant, leur nombre pourra devenir considérable, bien que le chiffre des admissions soit stationnaire ou même décroissant.

Nous avons vu que sous l'influence de ces deux causes différentes, le nombre des enfans trouvés avait triplé dans l'espace de cinquante années, qu'il avait presque doublé en moins de vingt-cinq ans, en prenant l'année 1809 pour point de comparaison. Si ce qui s'est passé depuis un siècle est l'expression de ce qui doit nécessairement arriver aux âges futurs, dans des conditions analogues et sous l'action des mêmes causes, on pourrait donc avoir en France, dans 25 années, 240,000 enfans trouvés. Quel que soit l'excès du mal, il est encore moins grand par ce qu'il est que par ce qu'il peut devenir. Depuis l'institution des hospices, il y a eu une tendance réelle chez les classes inférieures, dans les pays catholiques, à se décharger sur l'état des soins et des frais de l'éducation d'un certain nombre de leurs enfans. Les sommes énormes que coûtent ces enfans, et dont un si petit nombre encore arrivent à l'âge adulte, qui les a payées? Le commerce, l'agriculture, l'industrie, les travailleurs de tous les ordres. N'est il pas odieux de surcharger d'impôts des hommes honnêtes et actifs, des ouvriers économes et laborieux, pour nourrir les enfans nés d'un commerce illégitime, ou abandonnés par d'indignes parens?

Il est rare, en effet, que l'exposition soit le résultat d'une absolue nécessité; le plus souvent elle est l'effet, ou des vices de la législation, ou de la licence publique. L'extrême pauvreté peut, sans doute, contraindre à l'abandon de son enfant une femme, bonne mère d'ailleurs; les exemples n'en sont pas rares; aussi la misère des ouvriers a-t-elle été placée au premier rang parmi les causes qui provoquent l'exposition des nouveaux-nés; mais on ne s'est point occupé de l'examen de cette cause en elle-même, et on n'a pas cherché à dis-

Il est difficile de tirer de cette observation des conclusions en faveur de l'appareil en papier, puisque celui-ci n'a été appliqué qu'au vingt-deuxième jour après l'accident. Cependant il existait alors une très grande mobilité, et, depuis cette époque jusqu'à sa levée, il ne s'est écoulé que quarante-trois jours.

FRACTURE DU FÉMUR; APPLICATION DE PLUSIEURS APPAREILS EN PAPIER; GUÉRISON EN CINQUANTE-TROIS JOURS AVEC LÉGER RACCOURCISSEMENT.

Obs. II. — Un garçon brasseur de Paris, Paté (Philippe), âgé de 22 ans, s'est laissé tomber en montant un escalier, le 25 mai 1838. On l'a transporté immédiatement à l'hôpital Beaujon, où il a occupé le lit n° 16 de la salle St-Philippe. On a constaté une fracture oblique du fémur du côté droit, un peu au-dessus des condyles de cet os; le membre a été mis aussitôt dans un appareil ordinaire, que l'on a remplacé, le 25, par celui de papier amidonné. Le malade ressentit vers le siége de la fracture une douleur vive, qui le priva de sommeil pendant quelques jours, et qui disparut sous l'influence de quelques potions calmantes. Le gonflement très considérable ne tarda pas à se résoudre, et soit pour cette cause, soit pour l'indocilité du malade, duquel on n'a jamais pu obtenir l'immobilité pendant la dessiccation, il a fallu changer l'appareil trois fois (le 30 mai, le 6 et le 11 juin); le dernier appliqué a été conservé jusqu'au 16 juillet. Ce jour-là on en a débarrassé le membre, dont on a trouvé la solidité complète et la direction normale; mais le cal était très volumineux et l'on a observé trois à quatre lignes de raccourcissement. Le malade marchait déjà depuis dix jours environ, à l'aide de béquilles, sans la moindre douleur. Après la levée de l'appareil, il n'a cessé de se promener, même sans béquilles, et lorsqu'il sortit (4 août), le cal semblait moins volumineux et le raccourcissement inappréciable.

L'indocilité du sujet de cette observation a nécessité l'application successive de plusieurs appareils de papier, dont la forme a toujours été altérée, pendant la dessiccation, par ses mouvemens intempestifs. Malgré cette circonstance, les résultats que l'on a obtenus sont pour le moins aussi bons que ceux que fournissent les moyens ordinaires; il n'a pas fallu un temps plus long pour obtenir la consolidation et le peu de raccourcissement observé, que, du reste, préviennent rarement les autres méthodes, ne peut être attribué à l'emploi de l'appareil en papier.

FRACTURE DE ROTULE; GUÉRISON EN QUARANTE-SIX JOURS PAR L'EMPLOI DE L'APPAREIL EN PAPIER.

Obs. III. — Le 27 juin 1838 est entré à l'hôpital Beaujon, où il a occupé le lit n° 1 de la salle Saint-Louis, le nommé Coqueret (Jacques), terrassier. Cet homme, d'une constitution médiocre, travaillait ce jour-là à enlever le sable qui remplit les intervalles placés entre les traverses de bois destinées à supporter les rails du chemin de fer; son pied gauche, portant sur du sable mouvant, s'est enfoncé tout-à-coup, et son genou, du même côté, est tombé sur l'angle d'une de ces rails. Il est résulté de cette chute une fracture transversale de la partie moyenne de la rotule, fracture bien constatée, et non accompagnée, à l'entrée du malade, d'ecchymose ni de gonflement. Toute l'extrémité du côté malade a été placée dans l'extension, le pied relevé et le genou couvert de compresses imbibées d'eau blanche. Le lendemain, le gonflement était prononcé et permettait cependant de reconnaître l'écartement des fragmens, qui était d'un pouce et demi environ. Un premier appareil de papier fut appliqué le 4 juillet et renouvelé le 19; à cette époque, l'état de la fracture était satisfaisant. On changea l'appareil, parce que le premier était fait avec un mauvais papier, qui, pendant la dessiccation, s'était plissé en travers et avait rendu le bandage un peu mobile.

Le 30, le malade commença à marcher à l'aide de béquilles, et ce fut sur ses instances réitérées que, le 11 août, on leva son appareil; il ne ressentait, en effet, aucune douleur, aucune gêne. La consolidation fut trouvée assez forte pour que l'on n'appliquât plus d'appareil. On sentait entre les deux fragmens une dépression de quatre à cinq lignes environ, remplie probablement par de la substance fibro-celluleuse très solide, à laquelle ils adhéraient parfaitement. La flexion du genou se faisait bien. Le membre fut entouré d'une simple bande roulée et le malade n'a cessé d'en exercer les mouvemens. Lorsque je l'ai vu pour la dernière fois (20 août), il se promenait sans boiter et sans éprouver de douleurs. Il ne s'est servi de béquilles que les premiers jours.

Voilà une observation de fracture de la rotule, la seule observée à l'hôpital Beaujon depuis que l'on fait usage de l'appareil en papier, bien digne d'intérêt sous plusieurs rapports. Deux appareils seulement ont été appliqués; le membre n'y a été laissé que 46 jours; la consolidation a été aussi forte et régulière que possible au bout de ce temps-là; de plus, le malade a commencé à marcher au trente-quatrième jour de l'accident. Si l'on eût fait usage d'un appareil ordinaire, non seulement la consolidation n'eût pas été aussi prompte, car il exige deux mois et demi à trois mois d'application, et cela parce que chaque jour, en resserrant les pièces qui le constituent, on provoque la contraction des muscles, et, par conséquent, l'écartemant des fragmens; mais encore le malade n'eût pu prendre de l'exercice avant la levée de l'appareil.

FRACTURE DU TIBIA; APPLICATION DE L'APPAREIL ORDINAIRE PENDANT TRENTE-SIX JOURS SANS CONSOLIDATION; APPLICATION DE L'APPAREIL DE PAPIER; GUÉRISON CINQUANTE JOURS APRÈS.

Obs. IV. — Vallier (Jean), âgé de 19 ans, garçon marchand de vin, d'une forte constitution, est tombé de sa hauteur, de manière que le genou de la jambe droite est venu frapper contre la jambe gauche et que le tibia de celle-ci en a été fracturé un peu obliquement, à trois pouces au-dessus de la malléole interne. On a couché le malade au n° 16 de la salle St-Philippe, le 4 février 1838, jour de l'accident et de son entrée à l'hôpital Beaujon, et l'on a placé le membre dans l'appareil ordinaire des fractures de jambe. Au bout de trente-six jours (six mars) la fracture n'était pas consolidée; l'appareil de papier fut appliqué en remplacement du premier, et ce ne fut que le 27 avril, cinquante jours environ après son application, qu'on l'enleva et qu'on le remplaça par une simple bande. Cette fois, la consolidation était parfaite, la jambe bien droite; il existait seulement de la gêne dans les mouvemens de l'articulation tibio-tarsienne. Mais, pendant qu'il est resté à la salle des convalescens (du 1er au 24 mai), ce malade a pris de l'exercice et les mouvemens se sont rétablis.

Le 24 mai, jour de sa sortie, il marchait très bien.

Ce fait démontre assez l'efficacité de l'appareil de papier, même lorsque les moyens ordinaires ont échoué. Très probablement, la consolidation était opérée depuis un certain temps lorsqu'on en a fait la levée; mais la prudence réclamait une application aussi prolongée. Il ne faut pas conclure de ce cas que les appareils inamovibles doivent être réservés pour tous ceux où les moyens ordinaires n'ont pas eu de succès. Cette proposition, qu'a avancée M. Alex. Thierry dans un article sur l'appareil inamovible, publié dans le journal l'Expérience (1), est tout-à-fait dénuée de fondement.

(1) 1838, numéro du 25 juillet, p. 170.

tinguer l'indigence factice de la pauvreté véritable ou absolue. MM. Terme et Monfalcon démontrent par des faits l'erreur où sont ceux qui regardent comme possible d'établir un rapport logique entre l'accroissement du nombre des enfans trouvés et la cherté des subsistances. Comment expliquer par la disette ou la cessation des travaux, qui sont des circonstances purement accidentelles et essentiellement transitoires, l'augmentation régulière, constante et géométriquement progressive du nombre des enfans trouvés? Les auteurs citent surtout l'exemple de Lyon, ville de premier ordre, qui compte deux cent mille habitans, en grande partie ouvriers et pauvres, et où ils étaient bien placés pour étudier la question des enfans trouvés. Suivons-les quelques instans.

« L'an 1836 en entier, et particulièrement l'hiver de 1836 à 1837, ont vu les désastres de cet immense atelier; toute l'Europe a connu la misère profonde et longue des ouvriers lyonnais pendant cette déplorable époque. Jamais il n'y a eu suspension d'un aussi grand nombre de métiers et un dénûment plus absolu de ressources de tout genre chez les tisseurs lyonnais. Le prix des subsistances est fort élevé à Lyon; le combustible est fort cher; l'hiver froid et long; c'est très certainement sous l'empire d'une misère aussi prolongée et aussi générale que l'hôpital de la Charité devait voir augmenter sa population d'enfans. Nous avons fait relever dans ses archives le nombre des enfans reçus du mois d'octobre au mois de juillet, pendant les années 1834, 1835, 1836 et 1837; le voici:

	Nombre des admissions.
D'octobre 1834 à juillet 1835	1,544
D'octobre 1835 à juillet 1836	1,519
D'octobre 1836 à juillet 1837	1,605

» La très minime différence est expliquée par l'accroissement de la population; ainsi donc, pendant cette année de misère si générale, le nombre des expositions des nouveaux-nés n'a pas augmenté. Nos recherches dans les mêmes archives nous ont démontré que jamais il n'y a eu de coïncidence entre le chômage plus ou moins long des métiers et l'accroissement, régulier d'ailleurs, et jamais interrompu du nombre des enfans exposés. »

Ce n'est pas la pauvreté, comme on le croit généralement, c'est bien plutôt l'aisance qu'il faut accuser du fait des expositions de nouveaux-nés. L'aisance chez un grand nombre d'ouvriers imprévoyans amène la débauche, et de la débauche résultent en grande partie les enfans trouvés. Le peuple des villes et des campagnes sait qu'il existe des hospices pour recevoir les nouveaux-nés; de là l'oubli prémédité et nullement obligé du premier des devoirs; car ces établissemens sont un encouragement direct et positif à l'abandon et à l'exposition, et si leur existence était moins connue, il y aurait moins d'enfans trouvés; il n'y a pas d'exposition dans les pays où les filles savent qu'elles n'ont rien à espérer de la bienfaisance publique, et qu'elles seules sont responsables des conséquences de leurs fautes.

Les expositions d'enfans dont la crainte du déshonneur a été la cause sont réelles sans doute; mais elles ne sont pas à beaucoup près aussi communes qu'on le dit, et elles figurent pour un chiffre très minime dans le chiffre total des abandons: « Nous, disent MM. Terme et Monfalcon, que notre position appelle à voir un si grand nombre de filles-mères, nous pouvons dire combien peu, parmi elles sont tourmentées par la honte et le remords. Le motif qui les porte à faire exposer leurs nouveaux-nés, c'est l'intérêt personnel; c'est la crainte,

FRACTURE DU TIBIA; APPLICATION DE DEUX APPAREILS EN PAPIER; GUÉRISON PROMPTE.

Obs. V. — Un marchand de légumes, Reboursières (Pierre), âgé de 47 ans, d'une forte constitution, d'un tempérament sanguin, menait, le 21 juin 1838, une voiture à bras. Accroché par un omnibus, il est tombé, et la roue de celui-ci a passé sur sa jambe droite. Le lendemain, on l'a transporté à l'hôpital Beaujon, et placé au n. 18 de la salle St-Philippe; on a reconnu une fracture du tibia, située à la réunion de ses deux tiers supérieurs avec son tiers inférieur, et l'on a placé le membre dans un appareil ordinaire. Ce n'est que le 28 qu'on a substitué à celui-ci l'appareil en papier. Son application fut faite avec le plus grand soin, et l'on put observer, après la dessiccation, comment il contenait bien le membre. Cependant le malade pusillanime ne cessa de se plaindre de douleurs au niveau des malléoles et de la tubérosité du tibia; c'est pourquoi, le 5 juillet, M. Laugier se décida à lever le bandage et ne reconnut aucune cause de ces prétendues douleurs. M. Marjolin père, qui assistait à la visite, fut tellement irrité qu'il punit le malade par quelques jours de diète. Un second appareil fut appliqué et laissé jusqu'au 5 août; à cette époque le malade marchait déjà depuis 10 jours à l'aide de béquilles, sans éprouver la moindre gêne; la fracture fut trouvée bien consolidée et son siége difficilement reconnaissable. Il a quitté l'hôpital le 13 août, parfaitement guéri.

Le premier appareil appliqué chez ce malade eût pu être conservé jusqu'à l'époque présumée de la formation du col; chacun admirait l'exactitude avec laquelle il maintenait le membre. Les douleurs accusées par le malade n'étaient que simulées; mais la possibilité de l'existence d'une cause de ces douleurs était une indication qui devait porter le chirurgien à chercher à la reconnaître. Du reste, ce malade a toujours bien exécuté les mouvemens dans son lit; dès le premier jour, il a soulevé le membre fracturé sans difficulté, et la guérison s'est opérée assez rapidement.

FRACTURE DU PÉRONÉ; ARRACHEMENT DE LA MALLÉOLE INTERNE; APPLICATION DE L'APPAREIL DE PAPIER; GUÉRISON COMPLÈTE EN TRENTE-HUIT JOURS.

Obs. VI. — Avril (Henri), blanchisseur à Boulogne, d'une constitution robuste; reçut, en se battant avec un de ses créanciers, un coup de sabot à la partie inférieure et interne de la jambe droite, qui le renversa à terre. Ayant voulu se relever seul, il fut obligé, pour prévenir une nouvelle chute, de s'appuyer sur une borne. Le 4 mars 1838, jour de l'accident, il fut transporté à l'hôpital Beaujon, où l'on reconnut une fracture du péroné, siégeant à un pouce et demi au-dessus de la malléole externe, et une solution de continuité à la base de la malléole interne, qui séparait cette saillie osseuse du reste du tibia. Cette fracture était accompagnée d'un gonflement assez considérable de la partie inférieure de la jambe droite. Le membre fut aussitôt placé sur un coussin de balle d'avoine et pansé avec des compresses imbibées d'un liquide résolutif.

Le lendemain, 5, le diagnostic de la veille fut confirmé et le bandage de papier appliqué.

La dessiccation était complète le 8; depuis l'application de l'appareil, le malade n'a éprouvé aucune douleur; aucun symptôme fébrile ne s'est manifesté; il pouvait changer avec facilité la position de son membre et se tourner dans son lit à volonté sur l'un et sur l'autre côté.

Le 20, l'appareil fut enlevé. Le gonflement qui existait autour de l'articulation tibio-tarsienne avait disparu complétement; l'on n'observait ni déviation du pied, ni déplacement des fragmens du péroné. Un nouvel appareil, semblable au premier, fut appliqué et laissé jusqu'au 2 avril. Lorsqu'on leva ce dernier, la consolidation fut trouvée parfaite; à peine si l'on pouvait reconnaître le point où siégeait la fracture; il existait un peu de raideur dans l'articulation tibio-tarsienne; mais le malade sortit, le 10 avril, parfaitement guéri.

Il est impossible d'obtenir un résultat meilleur et plus rapide que celui-là; il n'arrive pas fréquemment d'obtenir, en trente-huit jours, la consolidation d'une fracture du péroné, accompagnée d'arrachement de l'une des malléoles. D'un autre côté, la guérison a été obtenue sans difformité, sans déviation du pied, et cependant on n'a point eu recours à l'appareil de Dupuytren. Des résultats analogues sont fournis par les deux observations suivantes, que je ne ferai qu'analyser.

FRACTURE DU PÉRONÉ, ENTORSE; APPLICATION DE L'APPAREIL; GUÉRISON EN TRENTE-DEUX JOURS.

Obs VII. — Au nº 1 de la salle St-Louis de l'hôpital Beaujon fut couché, le 25 mai 1838, le nommé Buffin (Pierre), peintre en bâtimens, qui avait fait, quatre jours auparavant, une chute du haut d'une échelle assez élevée. A son entrée, on reconnut une fracture du péroné, du côté droit, à 2 pouces environ au dessus des malléoles; l'articulation tibio-tarsienne était gonflée, douloureuse, et le siége d'une infiltration sanguine. Le lendemain, application de l'appareil, que l'on a renouvelé deux fois, les 12 et 22 juin, parce que la diminution progressive du gonflement avait rendu le membre trop libre dans l'appareil. Il fut levé définitivement le 27; la consolidation était parfaite, le pied dans une bonne direction, le cal d'un volume médiocre. Le malade est sorti le 1er juillet, conservant une légère gêne dans l'articulation tibio-tarsienne, mais n'éprouvant aucune douleur.

FRACTURE DU PÉRONÉ, ARRACHEMENT DE LA MALLÉOLE INTERNE; GUÉRISON EN VINGT-HUIT JOURS PAR L'APPAREIL EN PAPIER.

En travaillant au chemin de fer, le nommé Saby (François), terrassier, âgé de 27 ans, eut, le 18 juin 1838, le péroné fracturé par un éboulement de terre. La fracture, siégeant immédiatement au-dessus de la malléole, était accompagnée d'arrachement de la malléole interne, d'un gonflement considérable et de douleurs très vives. Pendant deux jours, on tint le membre dans l'appareil ordinaire.

Le 20, gonflement encore très considérable, douleurs modérées, infiltration considérable de sang, formation de phlyctères autour des malléoles, complications malgré lesquelles on appliqua l'appareil de papier, qui, les deux jours après, rendit les douleurs du malade nulles et lui permit de changer de position dans son lit à volonté.

Le 16 juillet, levée de l'appareil, consolidation régulière et parfaite, sans déviation du pied; point de douleur; on ne sent pas le cal et l'on ne se douterait même pas qu'il y ait eu fracture. La malléole interne est cependant encore un peu gonflée, les mouvemens un peu gênés; mais l'exercice qu'a pris le malade les a rétablis et lui a permis de sortir le 21.

Les deux observations précédentes, en effet, viennent à l'appui du résultat offert par la sixième; la guérison a été prompte, exempte de déviation. Elles tendent, par conséquent, à démontrer que l'appareil de papier remplit toutes les conditions nécessaires pour mener à une bonne terminaison les fractures du péroné. Peut-il en être autrement de la contention rigoureuse que produit cette boîte solide, si sa forme, après la dessiccation, est conservée telle qu'après son application? Une autre circonstance remarquable, c'est que, malgré les complications d'entorse ou d'arrachement d'une des malléoles, les malades n'ont éprouvé aucune

---

non du déshonneur, mais de l'embarras et de la dépense que l'éducation d'un enfant comporte. »

La présence d'une nombreuse garnison dans une ville paraît n'avoir aucune influence sur l'accroissement du nombre des enfans trouvés.

Mais ce ne sont pas seulement des filles qui exposent leurs enfans, beaucoup de femmes mariées commettent le même délit sciemment et sans nécessité. Le nombre des enfans légitimes qui sont portés aux hospices et y perdent leur état civil est très considérable, surtout dans les grandes villes manufacturières : Rouen, Lyon et Paris. Voici le résultat des recherches faites sur ce point par M. l'abbé Gaillard :

De 1804 à 1809 sur 100 enfans trouvés	10 étaient légitimes,
1809 à 1813	8
en 1814	7
1818 à 1827	5
1828 à 1830	7
1831 à 1834	10
en 1835	9

C'est, en moyenne, 7 enfans trouvés sur 100, pour une période de dix-huit années antérieures à 1834. Dans les grandes villes industrielles, les pères et les mères se détachent de leurs nouveaux-nés avec une déplorable facilité, et trouvent infiniment plus commode et plus profitable de porter ces enfans à un hospice, et de les oublier, que d'en prendre soin. Dans certaines localités, assure M. Lelong, membre du conseil-général de la Seine-Inférieure, le nombre des expositions d'enfans légitimes a égalé et quelquefois dépassé celui des enfans nés hors de l'état de mariage. « Nous l'affirmons, rarement la misère est la cause réelle de l'exposition des nouveaux-nés, surtout chez les femmes mariées. A quoi faut-il donc attribuer cette action condamnable? Nous l'avons dit, au relâchement des liens de famille, à l'oubli, au dédain des sentimens moraux. Des femmes mariées ont trompé notre surveillance, et employé les ruses les mieux concertées, pour envoyer exposer, dans le tour d'un hospice, des nouveaux-nés dont elles nous avaient annoncé le départ pour la maison de leur nourrice. La fraude était découverte, on rapportait leurs enfans à ces mères dénaturées qui pleuraient devant nous, non du remords de leur action, mais du regret de n'avoir pas réussi. »

La loi générale du nombre des expositions d'enfans, c'est l'augmentation de la population. Quand la population devient plus considérable, les hôpitaux reçoivent un plus grand nombre d'enfans abandonnés; lorsqu'elle diminue le chiffre des expositions éprouve aussi une réduction notable. Cette observation est confirmée par une expérience de 135 ans. Au commencement du dix-huitième siècle, le nombre des enfans abandonnés est à Lyon de cinq à six cents; la population de la ville est alors de 65 à 70 mille âmes; cette population s'éleva, à la fin du même siècle, à environ 140 mille âmes, et le nombre des enfans abandonnés arriva au-delà de 18,000.

Plus tard, cette population décline rapidement pendant les orages de notre révolution : elle n'est plus que de 70 à 80 mille âmes, et le nombre des enfans est réduit à 900; mais, à partir de 1801, la population se releva; en 1802, elle est de 89 mille âmes, et les expositions sont alors de mille à douze cents. Cette

douleur, dès que leurs membres ont été entourés du bandage; sans doute, c'est là un effet de l'immobilité à laquelle il les condamne, car il est reconnu que non seulement les mouvemens sont les causes de ces douleurs, mais encore ce sont eux qui finissent par déterminer dans les maladies articulaires l'irritation à la suite de laquelle peuvent naître les plus graves désordres. L'appareil de papier peut donc être employé avec avantage dans cette espèce de fracture, même dans les cas compliqués de lésion de l'articulation.

FRACTURE DES DEUX OS DE LA JAMBE DROITE; APPAREIL EN PAPIER; GUÉRISON EN QUARANTE-CINQ JOURS.

OBS. IX.—Quitot (Sylvestre), âgé de 36 ans, charretier, eut la jambe droite prise sous son cheval, qui s'était abattu sous lui rue du Mont Blanc. Au moment de l'accident, il éprouva une violente douleur à la partie inférieure de la jambe; il chercha à se relever seul, et ayant voulu s'appuyer sur elle, il la sentit fléchir et retomba. Il se fit transporter à l'hôpital Beaujon, où l'on reconnut une fracture des deux os de la jambe à la réunion de son cinquième inférieur avec ses quatre cinquièmes supérieurs. Cette fracture était accompagnée d'un gonflement peu considérable, mais d'une douleur vive; le membre fut placé dans un appareil ordinaire. (Potion calmante.)

Le 14 mars, c'est-à-dire trois jours après l'accident, la douleur et le gonflement étaient encore assez considérables, malgré l'usage de boissons émollientes, de la diète, et malgré une saignée. Néanmoins, on appliqua l'appareil en papier.

La douleur avait presque complètement cessé le 16; les symptômes fébriles qui s'étaient manifestés avaient disparu. La dessiccation de l'appareil était complète, et déjà le malade pouvait, sans éprouver la moindre douleur, se coucher alternativement sur les deux côtés.

Un vide assez considérable résultant de la diminution du gonflement existait entre l'appareil et la peau, et fit renouveler celui-ci le 19.

A sa levée, le 20 avril, la conformation du membre fut trouvée parfaite; les fragmens du tibia s'étaient soudés dans leur position normale; cependant, la consolidation ne paraissant pas assez complète, on jugea à propos d'appliquer un troisième appareil, qui, devenu solide, permit deux jours après au malade de marcher à l'aide de béquilles.

Le 26, ce malade quitta l'hôpital et revint le 5 mai pour se faire enlever l'appareil qu'il avait conservé; depuis sa sortie, il s'était livré à ses affaires, avait fait plusieurs courses en voiture, et cependant la consolidation et la rectitude du membre n'en furent pas trouvées moins parfaites. C'est à peine si, en promenant le doigt sur la face interne du tibia, l'on pouvait distinguer le lieu où existait la fracture.

Ce n'est que par prudence que le troisième appareil fut appliqué sur le sujet de cette observation: en lui faisant garder le lit quelque temps, on aurait pu se dispenser de cette application. Mais on a préféré lui procurer la jouissance d'un exercice salutaire, et, pour le faire sans inconvéniens, on a choisi un moyen qui, pendant qu'il s'y livrerait, maintiendrait exactement le membre, le préserverait contre les chocs extérieurs, et ne le surchargerait pas par son poids. Or, le moyen dont on s'est servi est l'appareil de M. Laugier, qui réunit toutes ces conditions, et avec lequel le malade a pu impunément vaquer à ses travaux, faire des courses en voiture, etc.

FRACTURE DE LA JAMBE GAUCHE, GUÉRIE APRÈS 51 JOURS D'APPLICATION DE L'APPAREIL.

OBS. X. — Le 19 mars 1838, pendant que le nommé Gorjon (Georges), âgé de 38 ans, charretier à Courbevoie, poussait, les genoux en terre, une pierre sur un binard, une autre pierre, située derrière lui, est tombée sur la face postérieure de la jambe gauche, dont elle a fracturé les deux os, à la réunion du tiers moyen avec le tiers inférieur. Transporté à l'hôpital Beaujon, on l'a couché au n. 14 de la salle St-Philippe, où l'on a mis de suite la jambe dans un appareil de linge.

Un appareil de papier a été substitué à celui-ci, le 25 mars, renouvelé le 19 avril, et levé définitivement le 10 mai, époque à laquelle on a pu constater la solidité et la bonne direction de la jambe.

Le malade, qui avait commencé à prendre de l'exercice le 2 mai, a quitté l'hôpital le 31 du même mois, parfaitement guéri.

Ce cas n'offre aucune particularité; la fracture était assez simple, et l'on a obtenu une guérison régulière autant que possible.

FRACTURE DE JAMBE CONSOLIDÉE AU MOYEN DE L'APPAREIL DE PAPIER, EN 54 JOURS.

OBS. XI.—Au n. 24 de la salle St-Philippe, fut couché, le 2 avril 1838, le nommé Favay (Jean), âgé de 26 ans, cocher, bien constitué. Le matin, il était monté sur son cheval; rencontré par un cabriolet qui allait en sens inverse, il a perdu l'équilibre, est tombé et s'est fracturé la jambe à quatre pouces environ au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne; une ecchymose et un gonflement considérable accompagnaient cette fracture. Le malade se refusa d'abord à l'application de l'appareil en papier, qui fut appliqué au bout de douze jours seulement. On le renouvela le 19 mai et le 3 juin, et ce n'est que le 12 juin qu'on l'en débarrassa. Le membre se trouva alors si bien consolidé que M. Laugier, ne se souvenant plus où était le siége de la fracture, ne pouvait le trouver; ce n'est qu'en cherchant beaucoup qu'il est parvenu à sentir une légère saillie sur le tibia. Ce même jour, on accorda la sortie de ce malade, que réclamait la police.

Ce malade n'a jamais éprouvé la moindre gêne dans son appareil; le résultat qu'on a obtenu ne peut être plus satisfaisant. Il est vrai qu'on a renouvelé le bandage deux fois, et que le membre en a été entouré pendant soixante-six jours, comptant les douze premiers jours, pendant lesquels on a usé de l'appareil ordinaire. Je suis persuadé que lorsqu'on a levé l'appareil, au cinquante-quatrième jour, la consolidation était suffisante; mais le malade, qui était réclamé par la police, accusait sans doute à dessein des douleurs vers le siége de la fracture, pendant que M. Laugier faisait l'examen de son membre; et le chirurgien, ne tenant pas compte de cette circonstance, fit une nouvelle application de son bandage.

FRACTURE DE JAMBE; GUÉRISON EN 45 JOURS, AU MOYEN DE L'APPAREIL EN PAPIER.

OBS. XII.—Le 30 juin 1838, le nommé Mulot (Alfred), âgé de 24 ans, commis-marchand, fait une chute de cheval. Il en résulte une fracture oblique de la jambe droite, siégeant à la réunion de ses deux tiers supérieurs avec son tiers inférieur, accompagnée de beaucoup de gonflement et d'un épanchement de sang considérable. Le membre est mis dans un appareil ordinaire.

Le 6 juillet, le gonflement a beaucoup diminué; on applique un appareil de papier que l'on renouvelle le 16, à cause de la disparition du gonflement, et que l'on n'a pu changer plus tôt faute de papier convenable, quoique ce fût utile. Néanmoins, le membre est trouvé en bon état; des phlyctènes nombreuses se sont formées tout autour de l'articulation tibio-tarsienne; le malade n'éprouve

---

double progression, tantôt croissante et tantôt décroissante, marche constamment avec la plus étonnante simultanéité. Les années prospères de 1825 à 1830 sont aussi celles où le nombre des expositions est le plus considérable: la population de Lyon était alors d'environ 180 mille habitans.

Aujourd'hui, cette population a presque triplé, si on la compare à ce qu'elle fut au commencement du 17e siècle; elle a presque doublé si on se reporte aux premières années du dix-huitième; enfin, son chiffre est maintenant d'un cinquième plus élevé qu'il ne le fut pendant les plus belles années de la fin du siècle dernier; cependant, le nombre des enfans trouvés n'a pas grandi dans une proportion parfaitement régulière; au contraire, il a éprouvé une notable réduction. Si on songe maintenant à la facilité des communications, à la multiplicité des moyens de transport, à l'étendue des rapports de la ville de Lyon avec les départemens voisins, et avec la Suisse et la Savoie, on reconnaîtra que si ces causes, qui ont dû augmenter les charges des hôpitaux, et qui n'existaient pas il y a cinquante ans, n'ont pas produit tous les effets qu'on devait en attendre, c'est bien évidemment parce qu'il n'y a pas eu progrès dans l'immoralité des classes laborieuses.

Ce n'est point par l'accroissement de la population, c'est par une autre loi générale que s'explique l'augmentation du nombre des enfans trouvés à la charge des établissemens publics. Ici toutes les proportions sont changées; s'il a fallu un siècle pour tripler le nombre des enfans exposés, vingt-cinq années ont suffi pour tripler celui des enfans qui sont entretenus aux frais des hospices. Il faut donc assigner à cette augmentation si rapide une tout autre cause, et cette cause est, nous pouvons le dire avec orgueil, toute glorieuse pour le temps présent.

La mortalité parmi les enfans était effrayante avant la révolution; pendant les années désastreuses de 1793 à 1800, elle le fut plus encore, et la population de l'hôpital de la Charité de Lyon descendit rapidement de près de 7,000 à environ 3,000. C'est à partir de 1810 que des améliorations furent apportées au régime sanitaire des enfans trouvés; dès lors leur mortalité diminua sensiblement: elle était, dans les premières années du 19e siècle, d'un sur quatre; elle se réduisit bientôt à un sur six ou sept. Aussi l'hospice de la Charité vit augmenter de nouveau sa population, et, bien qu'à partir du 1er janvier 1813 on l'eût déchargé des enfans de douze à seize ans, cette mesure n'eut aucun résultat sensible, car la population de l'hospice, qui était en 1812 de 4,829, s'éleva néanmoins, en 1814, à 5,024. Les changemens hygiéniques les plus importans introduits dans le régime des enfans datent de 1820; aussi, dès cette époque, la mortalité se trouve réduite à un décès sur 10, 11, 12, 13 et 14, et la charge des hospices s'accroît de près de 400 enfans année commune, ce qui élève leur nombre, dans le cours de dix années, de 5,772 à 10,123.

Le tableau tracé par les auteurs des brillans succès obtenus à l'hospice des enfans trouvés de Lyon sur la mortalité, et que nous savons n'être point exagéré, ne pourrait être appliqué avec vérité à tous les établissemens de ce genre qui existent en France. Il en est peu, comme on le sait, qui puissent rivaliser avec l'hospice de Lyon, sous le rapport des soins intelligens qui y sont prodigués à ces malheureux enfans; et il y a encore en France quelques hospices d'enfans trouvés où la mortalité s'éloigne peu de celle qui faisait, il y a un demi siècle, tant de ravages sur cette classe infortunée.

Mais si la philantropie s'applaudit de ces succès, l'économie publique s'épouvante de leurs résultats. L'augmentation si prodigieuse du nombre des enfans

aucune douleur. Cet appareil n'est plus levé que le 14 août, et par prudence, on en plaça un autre avec lequel le malade sort de l'hôpital le 16. Lors de l'application du dernier appareil, la jambe était solide et régulière, et lorsque le malade est revenu voir M. Laugier à l'hôpital le 15 septembre, celle-ci n'avait éprouvé aucune déformation; cependant, Mulot a voyagé avec son appareil; il nous dit qu'il ne l'a levé que depuis huit jours, et qu'il ne s'appuie sur ses jambes que depuis cette époque. Aussi, les articulations sont encore un peu raides.

Voilà encore, dans cette observation, une preuve de la facilité avec laquelle les malades peuvent agir impunément, lorsque leur membre est contenu par l'appareil de papier. Nous y remarquons en outre que les phlyctènes qui se forment se guérissent sans la nécessité de pansemens plus ou moins fréquens.

FRACTURE DE JAMBE; GUÉRISON COMPLÈTE PAR L'APPAREIL DE PAPIER, EN 30 JOURS. EXCORIATIONS.

OBS. XIII. — Au n. 22 de la salle St-Philippe fut couché le 9 mai 1838 le nommé Lemaitre (Théodore), âgé de 28 ans, cocher. Ce même jour, en descendant de sa voiture, il manqua le marche-pied et tomba par terre. Une roue passa sur sa jambe droite, dont elle fractura les deux os à la réunion des deux tiers supérieurs avec le tiers inférieur.

Jusqu'au 14, on laissa le membre dans l'appareil ordinaire, puis on l'enveloppa de celui de papier, dont le malade n'a éprouvé aucune gêne.

Le 13 juin, le bandage était un peu large; on le leva, mais ce fut bien moins pour cette raison que par curiosité, par inquiétude. La fracture fut trouvée aussi bien réduite que possible; ce n'est qu'en faisant exécuter divers mouvemens en sens opposé avec les mains placées l'une au-dessus, l'autre au-dessous du siége de la fracture, que l'on parvenait à trouver un point mobile. Un autre appareil fut appliqué et conservé jusqu'au 2 juillet. A cette époque, il y avait déjà une huitaine de jours que le malade se promenait; le siége de la fracture n'était pas reconnaissable; la jambe, d'une solidité parfaite, avait sa direction normale. M. Marjottin père était tellement satisfait d'un semblable succès, qu'il demanda en plaisantant au malade s'il avait eu la jambe cassée. Une excoriation légère, mais assez étendue, occupait le mollet; elle fut couverte de papier cératé; la jambe fut entourée d'une simple bande roulée, et le malade ne cessa de l'exercer à la marche jusqu'au 23, où il sortit bien guéri.

L'excoriation, qui occupait le mollet à la levée de l'appareil, dépendait probablement de ce que le malade avait tenu plus longtemps son membre appuyé sur cette partie de la jambe. L'on éviterait probablement la reproduction d'un semblable résultat, en recommandant au malade de changer plus souvent de position, ou en faisant usage du moyen que j'ai proposé plus haut (1).

FRACTURE DE JAMBE OBLIQUE; GONFLEMENT CONSIDÉRABLE; ÉRYSIPÈLE; APPLICATION DE L'APPAREIL EN PAPIER; GUÉRISON EN 60 JOURS.

OBS. XIV. — Le 12 avril 1838, neuf ouvriers tiraient sur une corde attachée à un arbre, dans le but de l'abattre; celle-ci se rompit, ils furent tous renversés, et Gignel, l'un d'eux, homme fort et bien constitué, sentit en tombant un craquement douloureux à la jambe droite, et ne put se relever. Transporté le même jour à l'hôpital Beaujon, et couché au n. 23 de la salle St-Philippe, on lui reconnut une fracture oblique des deux os de la jambe droite, à deux pouces environ au-dessus des malléoles. Les fragmens du tibia chevauchaient tellement l'un sur l'autre que le supérieur formait une saillie considérable en dedans, et que la peau qui le recouvrait était amincie et noirâtre; la douleur était vive, le gonflement considérable. (Application de l'appareil ordinaire.)

La douleur et le gonflement avaient un peu diminué le 14, mais il s'était manifesté une rougeur érysipélateuse avec phlyctènes nombreuses et volumineuses, complication malgré laquelle M. Laugier appliqua son appareil en papier. Pendant les sept à huit jours qui suivirent cette application, le malade éprouva des tiraillemens, des frissons, etc. Mais tous ces symptômes se dissipèrent peu à peu; le gonflement ne tarda pas à disparaître; et le 1er mai, Gignel n'éprouvait plus aucune douleur, et changeait à volonté de position dans son lit.

Le 22 mai, on renouvela l'appareil dans lequel la jambe était trop libre. La fracture fut trouvée consolidée, mais non encore assez. On ne put constater de raccourcissement; une légère ulcération existait là où le fragment supérieur du tibia faisait saillie lors de l'entrée du malade. Le talon était aussi le siége d'une phlyctène provenant de ce que l'appareil ne le recouvrait pas en entier. C'est pourquoi Gignel a ressenti plusieurs jours de la douleur en cet endroit.

L'appareil a été levé le 12 juin; la jambe était très solide, dans une bonne direction; mais la petite ulcération existait toujours au niveau de la fracture. On l'a recouverte d'un morceau de diachylon, et la jambe a été enveloppée d'un autre appareil de papier qu'a conservé le malade en sortant le 20 juin.

Plusieurs circonstances rendent ce fait intéressant ; 1° lorsqu'on a appliqué le premier appareil, il existait un gonflement considérable et un érysipèle; ces deux complications se sont résolues assez rapidement par l'effet de la compression exercée par l'appareil de papier. Une semblable terminaison vient à l'appui de ceux qui regardent la compression comme un moyen thérapeutique puissant contre l'érysipèle; elle prouve en outre que l'appareil, loin de produire de semblables accidens, tend à les faire disparaître, ce qui doit engager à l'appliquer à l'époque la plus proche de celle de l'accident. 2° La consolidation de la fracture s'est opérée rapidement et avec régularité, malgré la grande obliquité des fragmens qui chevauchaient l'un sur l'autre. 3° Aucun autre moyen n'aurait empêché de se produire l'ulcération que l'on a observée au niveau des parties fracturées: la peau se trouvait presque mortifiée lors de l'application de l'appareil. 4° Quant aux phlyctènes, dont le talon a été le siége, on doit les rapporter à l'inattention de celui qui a appliqué le bandage, car celui-ci ne recouvrait pas en entier cette partie. 5° Enfin, je ne dois pas laisser passer sous silence que les pieds du malade étaient continuellement mouillés par une sueur abondante, et que l'appareil n'en a pas été ramolli.

FRACTURE DE JAMBE; APPAREIL EN PAPIER; VARIOLE; GUÉRISON EN 48 JOURS.

OBS. XV. — Un couvreur, nommé Dannery (Alexandre), âgé de 16 ans, est tombé, le 2 juin 1838, d'un toit de vingt pieds d'élévation. La jambe droite a été fracturée obliquement à la réunion de ses deux tiers supérieurs avec son tiers inférieur; c'est pourquoi il a été transporté à l'hôpital Beaujon, et couché au n. 18 de la salle St-Philippe.

Le 5, quoique le gonflement fût encore considérable, on a appliqué l'appareil de papier à la place de l'appareil ordinaire qui enveloppait le membre depuis le jour de l'accident.

Le malade a commencé à marcher le 21; mais le 1er juillet, la petite vérole s'est déclarée chez lui (il n'avait pas été vacciné). Cette éruption, devenue assez confluente, a suivi ses diverses périodes régulièrement; tant qu'elle a duré, on n'a pas débarrassé la jambe du bandage. Celui-ci n'a point gêné le malade, et n'a été levé que le 19 juillet. Ce jour-là, le membre fut trouvé solide, bien droit; à peine si l'on sentait le cal; l'articulation était très mobile. Depuis cinq à six

(1) Voir p. 643.

trouvés dans les dix années qui ont suivi 1820 jeta l'effroi dans toutes les administrations locales; on se demanda où s'arrêterait le mal; on prévit tous les budgets dépassés et l'impossibilité de suffire à des dépenses qui prenaient un accroissement si rapide.

Cependant MM. Terme et Monfalcon pensent que l'examen bien attentif des faits aurait pu diminuer ces craintes, si on eût reconnu, comme ils croient l'avoir démontré, que ce qui augmente la population des hospices, ce sont, non pas les expositions, mais seulement le nombre des enfans préservés de la mort; on se fût convaincu que la conservation des enfans avait des limites, et qu'une fois ces limites atteintes, le nombre des enfans à la charge publique devait rester stationnaire ou du moins rester dans la progression des enfans exposés. Dès 1832, ces messieurs annoncèrent au conseil général du département du Rhône que les limites de l'accroissement du nombre des enfans étaient à peu près atteintes; que les améliorations datant de 1820, la série sortante des enfans âgés de douze ans allait se trouver plus nombreuse et dans la proportion de la série entrante des enfans exposés, et que, dès ce moment, le nombre des enfans exposés allait suivre la progression de celui des expositions. Cette prévision, qui fait honneur au talent d'investigation des auteurs, a été, jusqu'à ce jour, complétement justifiée par les faits, et, à partir de l'année 1832, le nombre des enfans à la charge de l'hospice de Lyon est resté stationnaire.

Nous ne connaissons point assez la manière dont le service est organisé à l'hospice des enfans trouvés de Lyon; nous ne trouvons pas dans l'ouvrage de MM. Terme et Monfalcon assez de documens sur la mortalité des enfans trouvés aux divers âges pour savoir si, comme ils l'affirment, la mortalité de ces enfans a atteint son minimum possible, et s'il n'y a plus d'amélioration à attendre; mais nous espérons qu'il n'en est pas ainsi, même à Lyon; nous affirmons que dans beaucoup d'hospices semblables la mortalité est bien plus considérable qu'elle ne l'est à Lyon, et que, sous ce rapport, il leur reste encore beaucoup de progrès à faire. En supposant donc que dans quelques hospices on ait abaissé la mortalité aussi bas qu'on pouvait espérer de le faire, il n'en est pas moins vrai qu'on ne peut en dire autant des hospices de toute la France, et que le nombre des enfans trouvés à la charge du public doit augmenter encore pendant quelques années d'une manière notable. Les dépenses pour le service des enfans trouvés qui en 1835 se sont élevées à plus de dix milliers de francs, et où ne sont pas compris les frais de locations et bien d'autres dépenses qu'on ne porte pas sur le budget des enfans trouvés, suivraient donc encore leur accroissement progressif jusqu'à ce que dans tous les hospices destinés à recevoir ces enfans on soit arrivé au même point que l'hospice de Lyon, en supposant même qu'il ne soit pas possible de le dépasser. Il est donc urgent de chercher à empêcher ce nouvel accroissement s'il est possible de le faire sans blesser les sentimens d'humanité qu'inspirent ces infortunés. Examinons les divers moyens qui ont été proposés pour alléger ce fardeau.

Le premier que nous indiquerons parce qu'il nous semble impraticable, c'est la suppression des hospices d'enfans trouvés et l'adoption du système protestant.

Nous savons que pendant longtemps les hospices d'enfans trouvés ont été, en raison de l'immense mortalité qui y régnait, d'une complète inutilité pour la conservation des jours des nouveaux-nés; nous savons que ces établissemens sont l'occasion d'abus énormes et qu'ils sont réellement un encouragement à l'immoralité; mais nous ne devons point admettre les accusations exagérées qui

jours, le malade, sans le secours de béquilles, s'exerçait à la marche que l'éruption lui avait fait suspendre. La peau de la jambe malade conservait les traces de nombreuses pustules desséchées, ne faisant aucune saillie, tandis que celles de l'autre jambe étaient encore très saillantes.

Dannery a quitté l'hôpital le 3 août, parfaitement guéri.

Les particularités que présente cette observation sont dignes d'un certain intérêt : d'une part, la présence de l'appareil n'a point entravé la marche de l'éruption ; d'une autre part, la dessiccation était plus avancée sur les parties qui avaient été recouvertes par lui. Ne pourrait-on pas tirer parti de cette circonstance ?... Je dois ajouter que, dans cette observation comme dans la précédente, le malade avait les pieds mouillés continuellement par une sueur abondante, et qu'elle n'a altéré l'appareil en aucune manière.

FRACTURE DE JAMBE OBLIQUE ; CONSOLIDATION UN PEU VICIEUSE APRÈS DEUX MOIS DE TRAITEMENT PAR L'APPAREIL EN PAPIER.

OBS. XVI. — Un appareilleur nommé Genier (Jean), âgé de 52 ans, dont la constitution n'avait été altérée par aucune maladie grave, fut couché le 30 mars 1838 au n. 22 de la salle St-Philippe. Il était affecté d'une fracture oblique de la jambe droite, située à quatre pouces environ au-dessus des malléoles, occasionnée par la chute, sur la face postérieure de sa jambe, d'une pierre très pesante placée derrière lui, pendant qu'il travaillait, les genoux en terre, la face antérieure de sa jambe portant sur une autre pierre. Il fut transporté de Saint-Cloud à l'hôpital Beaujon sur un brancard, sans éprouver de douleurs. Pendant trois jours, on tint le membre dans un appareil ordinaire ; ensuite, on lui substitua l'appareil de papier, que l'on remplaça lui même plus tard par un second. A la levée de ce dernier (29 mai), l'on trouva le cal solide, la jambe dans une bonne direction ; mais le fragment supérieur du tibia s'était consolidé sur l'inférieur, de manière à laisser subsister en avant une saillie assez considérable. Un troisième appareil fut appliqué et laissé jusqu'au 5 juillet. Lorsqu'on l'enleva, la déformation persistait ; mais on ne put constater de raccourcissement du membre ; et à la sortie du malade de l'hôpital (15 juillet), il marchait très facilement et sans boiter.

Cette consolidation vicieuse, incapable de nuire à la solidité du membre, a été attribuée par M. Marjolin à ce que le malade s'était livré à la marche beaucoup trop vite ; il a fallu pour cela que le malade y ait procédé sans ménagement, ou que l'appareil fût devenu trop large par l'effet de la diminution du gonflement. On ne peut en accuser d'autres causes ; car à la levée du premier appareil, la réduction s'était bien maintenue, les fragmens ne chevauchaient pas l'un sur l'autre.

FRACTURE DE JAMBE TRÈS OBLIQUE ; APPLICATION DE L'APPAREIL DE PAPIER PENDANT QUATRE MOIS ; GUÉRISON AVEC COURBURE ET RACCOURCISSEMENT DU MEMBRE.

OBS. XVII. — Le 3 mars 1838, Delamarre (Eloi), âgé de 51 ans, bien musclé, d'une santé habituellement florissante, descendait un escalier avec un fardeau sur les épaules. Il était encore à 15 pieds environ au-dessus du sol lorsque son pied a glissé ; et sans toucher aux marches placées au-dessous de lui, Delamarre est tombé sur les pieds tout à fait au bas de l'escalier. Cette chute a été la cause d'une fracture très oblique des deux os de la jambe droite, siégeant à trois pouces environ au-dessus des malléoles, accompagnée d'ecchymose et de beaucoup de gonflement. Il fut couché au n. 13 de la salle St-Philippe, où dès le lendemain de l'accident on plaça sa jambe dans l'appareil de M. Laugier. Dans l'espace de quatre mois environ, on a renouvelé celui-ci six fois, et chaque fois on a observé que les fragmens n'étaient pas en place. Le 20 juillet seulement, à la levée du dernier bandage, la solidité était complète ; mais le fragment supérieur du tibia s'était consolidé sur l'inférieur, de telle sorte qu'il formait une saillie considérable, et qu'une légère courbure de la jambe existait en dedans. En outre, on observait un pouce de raccourcissement. Ce malade n'a commencé à marcher que le 3 août, et avec la plus grande difficulté.

A quelle cause rapporter une semblable terminaison ? Les appareils ont été appliqués avec le même soin que chez les autres malades ; Delamarre a observé le repos autant qu'on puisse le faire. Ce résultat est le plus mauvais que l'on ait obtenu pendant l'emploi de l'appareil en papier ; les autres méthodes de traitement n'eussent peut-être pas mieux réussi.

FRACTURE DE LA JAMBE GAUCHE COMPLIQUÉE DE PLAIE ; APPLICATION DE L'APPAREIL ORDINAIRE, PUIS DE CELUI DE PAPIER ; ABCÈS CONSÉCUTIF ; GUÉRISON, AVEC LÉGÈRE COURBURE DU MEMBRE AU BOUT DE DEUX MOIS ET DEMI.

OBS. XVIII. — Le 14 février 1838, une voiture passa sur la jambe gauche du nommé Levart (Jules), âgé de 33 ans, blanchisseur à Boulogne, d'une forte constitution. A l'hôpital Beaujon où il fut transporté et couché au n. 17 de la salle Saint-Philippe, on diagnostiqua une fracture des deux os de la jambe à trois pouces environ au-dessus des malléoles, accompagnée d'une lésion de continuité des parties molles au niveau des extrémités des fragmens du tibia. Pendant quinze jours le membre fut tenu dans l'appareil ordinaire, auquel on substitua ensuite celui de papier, la plaie étant préalablement couverte d'un morceau de diachylon.

Le malade ne souffrit aucunement de cette application ; cependant il en était à peine au quinzième jour qu'il vit sortir du pus par la partie supérieure de l'appareil. M. Laugier fit pratiquer une ouverture au niveau de la fracture et s'aperçut qu'un abcès s'était ouvert en cet endroit. La lunette fut conservée et l'on s'en servit pour panser la plaie d'abord deux fois, puis une fois par jour. Aucune douleur n'avait été ressentie par le malade.

Au bout d'un mois et demi environ (30 avril) de son application, l'appareil de papier fut levé. On trouva la fracture bien consolidée, la jambe très forte, mais le cal était volumineux, le fragment supérieur du tibia dépassait en avant l'inférieur d'une ou deux lignes ; la plaie présentait un orifice fistuleux (véritable cul-de-poule des anciens), duquel s'écoulait du pus, et à travers lequel on sentait très bien, au moyen d'un stylet, des esquilles d'os nécrosé.

Depuis cette époque, la suppuration a été plus ou moins abondante. Lorsque le malade est sorti (14 juin), les orifices fistuleux persistaient, la peau qui les entourait était lisse, fine, luisante, d'un rouge bleuâtre ; du reste, la jambe, quoiqu'un peu courbée en avant, était très solide.

La plaie des parties molles qui compliquait cette fracture était légère et cicatrisée en grande partie lorsqu'on a appliqué l'appareil de papier. L'abcès qui s'est ouvert n'a point du tout été l'effet de cette plaie ni par conséquent du bandage ; on doit l'attribuer à la présence des esquilles d'os que l'on a constatée au moyen du stylet, et qui ont entretenu l'ouverture de la plaie.

FRACTURE DE JAMBE COMPLIQUÉE DE PLAIE.

OBS. XIX. — Le nommé Carrin (Louis), cocher, âgé de 29 ans, est entré le 10 juillet 1838 à l'hôpital Beaujon, où il a occupé le n. 22 de la salle Saint-Philippe. La veille, dans une chute qui lui fit faire, en le poussant, un de ses compagnons, celui-ci tomba sur sa jambe gauche, dont il est résulté une fracture des deux os, légèrement oblique, située à la réunion de son tiers inférieur

---

ont été portées contre eux. Il ne faut point oublier les services signalés qu'ils ont rendus et ceux plus grands encore qu'ils sont appelés à rendre lorsque leur organisation aura été mise en rapport avec l'état actuel des sciences hygiéniques et médicales et surtout avec les besoins impérieux de la morale publique.

Le grand vice des hospices d'enfans trouvés, c'est leur banalité, c'est l'extrême facilité, c'est le secret des admissions ; tout est là, et c'est sous ce rapport qu'on a eu parfaitement raison de les présenter comme des établissemens immoraux ; mais leur suppression serait inutile ou impossible. Le système protestant ne saurait être rigoureusement appliqué aux pays catholiques ; sa brusque exécution y produirait une perturbation violente, dont les plus grands malheurs pourraient être la conséquence. Les hospices d'enfans trouvés sont un mal, mais un mal nécessaire dans l'état actuel des mœurs publiques et qui tient essentiellement à notre constitution sociale. On ne peut songer à leur suppression, mais il importe de les réformer dans leur base fondamentale, de faire qu'ils ne soient ouverts qu'à l'indigence réelle, qu'à la nécessité absolue, et qu'ils soient fermés pour jamais à la débauche qui se produit avec effronterie, aux femmes sans entrailles qui leur apportent en si grand nombre les fruits d'une légitime union.

Le vice que nous venons de signaler dans l'organisation des hospices d'enfans trouvés a été justement apprécié par l'administration qui, depuis quelques années, a cherché à y remédier par la réduction du nombre des tours à un seul par département et par des mesures particulières pour l'hospice des enfans trouvés de Paris qui ont été reçues avec une impopularité qu'elles ne méritaient pas.

L'institution des tours a été, on ne saurait le contester, la cause directe des plus grands abus ; ses avantages sont équivoques, ses inconvéniens nombreux et positifs. Si les tours en France ne rendent pas l'exposition plus fréquente, du moins ils la maintiennent, et la double expérience que Genève a faite en un petit nombre d'années ne doit point être oubliée. Quand cette ville, sous la domination française, eut un tour dans ses murs, elle vit le nombre de ses enfans trouvés devenir considérable en peu d'années ; mais lorsque, rendue à la liberté, elle eut supprimé ce tour et adopté en même temps une législation qui laissait aux filles-mères et à leur séducteurs la responsabilité de leurs fautes, aussitôt le chiffre des expositions a diminué, et, en peu d'années, il s'est à peu près complètement annulé.

Tout ce qu'on a dit des graves conséquences de la suppression des tours repose sur des faits en très petit nombre et qui paraissent exceptionnels, tandis que l'utilité des résultats de cette mesure semble démontrée par un très grand nombre de faits recueillis sur une vaste échelle et dans des localités différentes. Les tours ont été condamnés par les administrateurs les plus distingués, par les plus habiles économistes, enfin par l'expérience des pays protestans.

Un grand nombre de voix, cependant, se sont élevées contre la suppression des tours ; un de nos poetes les plus célèbres, et qui a trouvé souvent de belles inspirations pour de grandes infortunes, a, dans une occasion solennelle, ému l'âme de ses auditeurs par la peinture toute poétique des malheurs que cette suppression devait accumuler sur la tête de ces enfans déjà si malheureux ; dans de nombreux articles de journaux ; dans beaucoup de brochures, les mesures prises par l'administration ont été vivement critiquées ; mais l'on y a rarement examiné la question sous les points de vue scientifique et administra-

avec ses deux tiers supérieurs, et une déchirure des tégumens par l'un des fragmens dans un espace très limité, occupant la face interne de la jambe. Il n'existait ni gonflement ennsidérable ni épanchement sanguin. On procéda de suite à l'application d'un appareil en papier, après avoir recouvert la plaie d'un morceau d'emplâtre de diachylon, et avoir entouré le membre d'une couche de taffetas gommé. Le malade n'a éprouvé aucune douleur; il ne s'est manifesté aucun mouvement fébrile; on n'a pas tardé à lui accorder des alimens.

Le 26, on a levé l'appareil; l'état de la fracture était satisfaisant; la cicatrisation de la plaie était complète; une croûte sèche en indiquait la trace. Il n'y avait point eu de suppuration; seulement un peu de sang desséché adhérait à l'appareil. Celui-ci fut renouvelé le même jour, et le 28, sur la demande du malade qui promit de revoir au bout de quelque temps, on accorda sa sortie.

Ce fait démontre que dans des circonstances analogues on pourra faire immédiatement l'application du bandage, sans s'occuper de la plaie, puisqu'elle arrive à la cicatrisation sans pansement.

FRACTURE DE JAMBE COMPLIQUÉE DE PLAIE; GUÉRISON.

Obs. XX. — Le 14 avril 1838, Chéron (Pierre), âgé de 19 ans, terrassier, descendait avec deux autres ouvriers dans un des souterrains du chemin de fer au moyen de paniers suspendus à une corde qui se mouvait sur une poulie. Tout à coup la corde glissa et le panier tomba avec force. Chéron fut seul blessé; il tomba à la renverse, et ses pieds se trouvant retenus dans le panier par les jambes des autres, l'une des siennes se fractura à l'endroit où elle portait sur le bord de celui-ci.

A son entrée à l'hôpital Beaujon où il fut couché au n. 21 de la salle Saint-Philippe, on reconnut une fracture des deux os de la jambe droite à sa partie moyenne, accompagnée de deux grandes plaies, l'une en avant, l'autre en arrière du point fracturé. La douleur était vive, le gonflement très considérable; son transport dans le souterrain pendant un quart de lieue fut pénible et dut contribuer à aggraver ces accidens.

Pendant quatre jours le membre fut mis dans l'appareil de linge; les plaies furent pansées chaque jour. On le remplaça ensuite par l'appareil de papier qui se trouva immédiatement en contact avec les plaies. Mais le pus ne tarda pas à s'écouler par la partie supérieure de l'appareil et même à le ramollir dans ses parties les plus déclives, de telle sorte qu'il ne maintenait plus le membre; en outre le malade éprouva de la fièvre, de l'insomnie, de la perte d'appétit, etc.

Le 30 avril, ces symptômes s'étaient un peu amendés, on appliqua un nouvel appareil; mais on eut soin de placer entre le membre et l'appareil une double couche de taffetas gommé qui dépassait l'appareil supérieurement, afin que le pied étant placé sur un coussin plus haut que la jambe, le pus s'écoulât facilement sans imbiber le bandage.

Le malade n'a plus éprouvé de douleur; une abondante suppuration s'est produite.

Le 7 mai, elle était un peu fétide, et l'on constata que le contact du pus irritait la partie postérieure et inférieure de la cuisse; c'est pourquoi l'on recommanda de faire sur cette partie des lotions d'eau chlorurée matin et soir.

L'appareil a été renouvelé le 29 mai; M. Marjolin le fit lever par curiosité. La coaptation des fragmens était exacte; le tibia était dénudé, noirâtre dans une longueur de deux pouces environ; la plaie était vive, entourée d'une suppuration de bonne nature. On réappliqua un appareil que le malade supporta aussi bien que les autres avec lesquels il avait changé lui-même de position dès le sixième jour de l'application.

Le 14 juin, levée de l'appareil; solidité complète des parties fracturées; extraction de quelques esquilles d'os détachées; application d'un autre appareil que l'on a encore levé le 22. Ce jour-là le malade accusait quelques douleurs, occasionnées probablement par la présence des esquilles dont on a opéré la sortie. L'état des parties était rassurant; comme la fracture était tout à fait consolidée, la suppuration peu abondante, on appliqua un appareil de scultet; et, depuis cette époque jusqu'au 20 août on n'a cessé de panser chaque jour simplement la plaie qui se trouvait presque entièrement cicatrisée.

De même que l'observation qui la précède, celle-ci se distingue par un beau résultat. Mais ici les plaies étaient larges, accompagnées de désordres graves; en un mot, c'était un véritable cas d'ampntation. Ces divers cas autorisent donc à conclure en faveur de l'emploi de l'appareil de M. Laugier dans les fractures compliquées, et à faire de nouvelles tentatives; ils justifient le précepte de Lecat qui dit, que « il est contradictoire à l'indication des plaies en général de renouveler souvent le pansement des parties qui doivent être contenues dans une situation convenable (1). »

FRACTURE DE L'HUMÉRUS; APPAREIL DE M. LAUGIER APPLIQUÉ AU TROISIÈME JOUR ET LEVÉ AU QUARANTE-TROISIÈME APRÈS L'ACCIDENT; GUÉRISON PARFAITE.

Obs. XXI. — Briban (Marguerite), jeune fille bien portante, âgée de 22 ans, domestique à Montmartre, eut le bras droit fracturé, le 29 avril 1838, en tombant d'un tabouret sur lequel elle était assise. La fracture était oblique et occupait la partie moyenne de l'humérus; le gonflement était peu considérable. Trois jours après l'entrée de cette malade à l'hôpital Beaujon, où elle occupa un lit supplémentaire de la salle Sainte-Marthe (lit A), on plaça le bras dans un appareil de papier. Soit amaigrissement, soit diminution du gonflement, le bras diminua de volume, et le 17 mai on changea l'appareil devenu trop large; à la levée du dernier, le 13 juin, la fracture était bien consolidée, la direction du bras normale, le cal légèrement saillant, les mouvemens s'exécutaient avec facilité.

Le même jour la malade quitta l'hôpital.

A cette observation de fracture de l'humérus, dans laquelle l'emploi du bandage en papier a obtenu un plein succès, je joindrai la suivante :

FRACTURE DE L'HUMÉRUS; APPAREIL DE PAPIER; SA LEVÉE AU BOUT DE CINQUANTE-HUIT JOURS; GUÉRISON.

Obs. XXII. — Un perruquier d'une forte constitution, Billeton (Adrien), âgé de 63 ans, fut insulté et frappé par des jeunes gens le 23 juin 1838. Un coup porté sur le bras gauche fractura l'humérus à sa partie moyenne. Cette fracture pour laquelle cet homme fut couché au n. 35 de la salle Beaujon, était transversale et s'accompagnait de beaucoup de gonflement (saignée; appareil ordinaire). L'appareil de M. Laugier ne fut appliqué que le 28 juin et changé le 27 juillet. A la levée du dernier, à laquelle on a procédé le 20 août, l'humérus avait acquis sa solidité et sa rectitude première; la régularité de la consolidation était si parfaite qu'il était difficile de reconnaître les traces de la fracture. La sortie fut accordée à ce malade le même jour.

Dans cette observation, on remarque qu'il a fallu un temps plus considérable pour obtenir la guérison que dans la précédente; mais on doit tenir compte de l'âge du malade, auquel on doit rapporter aussi l'œdème de la main que nous avons observé chez le plus âgé.

FRACTURE DE L'AVANT-BRAS; GUÉRISON EN VINGT-SIX JOURS PAR L'APPAREIL DE PAPIER.

Obs. XXIII. — Au n. 23 de la salle Saint-Philippe à l'hôpital Beaujon fut cou-

(1) *Mémoire sur les pansemens rares et fréquens*; par Lecat. Prix de l'Académie. T. I, art 2, parag. I, pag. 162.

---

tif. Dans deux de ces dernières, qui sont en ce moment sous nos yeux (1), nous trouvons les intérêts des enfans trouvés plaidés avec une chaleur d'âme, un sentiment de conviction, une habileté de style, qui font honneur à leurs auteurs; mais les faits avancés par MM. Terme et Monfalcon n'en conservent pas moins toute leur force. D'ailleurs, les mesures de l'administration n'ont point eu les funestes résultats qu'on leur avait prédits et qu'on leur attribue encore tous les jours. En supposant même que quelques enfans aient souffert de la suppression de plusieurs tours, ce que semblent démentir tous les faits et tous les rapports publiés depuis qu'on a commencé à prendre cette mesure, il n'en résulterait pas qu'elle fût mauvaise. Quel est le changement qui n'a pas été l'occasion de quelque malheur? C'est l'histoire de toutes les entreprises, de toutes les améliorations, de tous les changemens, qui sont constamment accompagnés de perturbations, où tous ne se trouvent pas également favorisés.

Les apologistes des tours ont raisonné dans l'hypothèse de leur suppression soudaine et générale, sans modification de la législation, et surtout en supposant qu'ils ne seraient remplacés par aucune institution; et dès-lors il leur était facile de présenter une longue liste des inconvéniens réels qui accompagneraient cette mesure. « Nous aussi, disent nos auteurs, nous pensons que, si les tours étaient fermés immédiatement et les hospices d'enfans trouvés affectés tout à coup à une autre destination, sans qu'il y eût création d'un autre ordre de choses pour les remplacer, grand nombre d'enfans périraient victimes de cette suppression inconsidérée. Les populations catholiques auront, pendant bien longtemps encore, l'habitude des hospices d'enfans trouvés; il faut, pour qu'elles la perdent, un grand changement dans les mœurs publiques. Mais l'administration a ordonné la réduction du nombre des tours, et non leur soudaine et générale suppression; et le résultat des mesures qu'elle a prescrites prouve leur efficacité, pendant que leur moralité n'est pas douteuse. »

On avait dit qu'elle aurait pour effet un plus grand nombre d'infanticides et d'avortemens; or, le tableau officiel publié chaque année par le ministre de la justice, et qui donne le chiffre des condamnations portées contre l'infanticide, prouve que ce crime n'a point augmenté dans les départemens où la réduction du nombre des tours a été ordonnée (1).

(1) *Des enfans trouvés et des dangers de la suppression des tours dans la ville de Paris*; par A. Hamel, D.-M. — 16 p. in-8. Paris, 1838. Chez J.-B. Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 13.

Rapport à la société de médecine de Lyon sur l'ouvrage de MM. Terme et Monfalcon intitulé : *Histoire statistique et morale des enfans trouvés*; par M. Th. Perrin, D.-M. — 45 p. in-8. Lyon, 1838. Crochard et Comp., rue de l'Ecole-de-Médecine.

(1) Si, depuis quelques mois surtout, la presse périodique enregistre fréquemment des faits qui semblent annoncer des attentats à la vie d'enfans nouveaux-nés, on ne doit pas se hâter d'en accuser les mesures prises par l'administration, car, depuis que la question de la réduction du nombre des tours est à l'ordre du jour, les journaux recueillent avec soin une foule de faits qu'ils négligeaient les années précédentes et qui passaient inaperçus du public. Ce n'est donc pas dans les journaux, mais bien dans des documens officiels et complets qu'on doit puiser les élémens d'un jugement sur ces mesures.

ché, le 20 juin 1838, le nommé Ménagé (Jean-Charles), charretier, âgé de 42 ans, dont l'avant-bras gauche avait été fracturé par la pression de deux roues de voitures qui s'étaient rencontrées. Le radius fut cassé à quatre pouces au-dessus de l'articulation radio-carpienne, et le cubitus un peu plus haut. Le gonflement était peu considérable; cependant on n'appliqua le bandage en papier que le 24. Sans causes connues, indépendantes néanmoins de la fracture, le malade fut pris, le 10 juillet, de vomissemens bilieux, de diarrhée, fièvre, etc. (diète); cette indisposition dura trois ou quatre jours et n'eut aucune influence sur la terminaison de la fracture; car le 16 on leva l'appareil et la consolidation était parfaite; l'espace interosseux bien conservé; cependant l'avant-bras placé dans la supination présentait une légère courbure dont la concavité était en dehors et affectait les deux os en même temps; les mouvemens s'exécutaient librement.

Le 17, la sortie fut accordée au malade.

La légère courbure qui a accompagné la guérison de cette fracture provient sans aucun doute de ce que l'on a conservé trop longtemps le seul appareil que l'on a appliqué et qui était devenu un peu trop large.

FRACTURE DE L'AVANT-BRAS COMPLIQUÉE DE PLAIE; APPAREIL DE PAPIER; SA LEVÉE AU TRENTE-TROISIÈME JOUR; GUÉRISON.

OBS. XXIV. — Tauquereuil (François), âgé de 15 ans, est tombé d'un arbre assez élevé sur l'avant-bras gauche qui a été fracturé. Transporté à l'hôpital Beaujon et couché au lit E de la salle Beaujon, le lendemain de l'accident (27 mai), on l'a trouvé affecté d'une fracture de l'avant-bras gauche siégeant à un pouce au-dessus de l'articulation radio-carpienne, compliquée d'une plaie des tégumens d'un pouce de long environ, située au bord interne du cubitus et produite par le fragment supérieur de cet os. Malgré cette complication, on a placé le membre dans l'appareil de papier le 28 mai. Le petit malade n'a éprouvé aucune douleur; et le 10 juin, sur la demande de ses parens qui voulaient lui faire faire sa première communion, on l'a laissé sortir sans lever l'appareil.

Le 16, il est venu à la consultation; celui-ci a été encore conservé.

Enfin le 30, il est revenu, et M. Laugier a délivré le membre du bandage. L'avant-bras était très solide, dans une bonne direction; la plaie complètement cicatrisée avait suppuré, car, à son niveau, la paroi interne de l'appareil et la peau du membre étaient recouvertes de pus concrété et desséché; les mouvemens se faisaient avec facilité, sans douleurs. Il était impossible de sentir le cal sur le radius.

Encore, dans cette observation, une fracture menée à bonne fin; une plaie cicatrisée dans l'intérieur de l'appareil Laugier sans le secours des pansemens; encore un sujet qui pendant une grande partie du traitement n'a pas eu besoin de rester à l'hôpital.

FRACTURE DU RADIUS; APPLICATION DE L'APPAREIL DE SCULTET, PUIS DE CELUI DE M. LAUGIER; GUÉRISON.

OBS. XXV. — Tombé, le 14 mai 1838, de quinze pieds de haut, sur la paume de la main droite, le nommé Garoier (Auguste), charpentier, eut le radius fracturé à la réunion de ses deux tiers supérieurs avec son tiers inférieur. Un chirurgien de Courbevoie fit la réduction de cette fracture, et plaça le membre dans un appareil de linge; mais le malade se transporta le 16 à l'hôpital Beaujon, où on lui donna le lit n. 3 de la salle Saint-Louis, et le 23 seulement M. Laugier substitua son appareil à celui de scultet. Il fut ôté le 21 juin, et la fracture était consolidée, l'avant-bras bien droit, les mouvemens de rotation assez libres. Le malade quitta l'hôpital, le 29, parfaitement guéri.

L'emploi successif de deux espèces de bandanges ne permet pas d'attribuer le succès obtenu à l'un plutôt qu'à l'autre. On voit cependant qu'il n'est résulté aucun inconvénient de l'application de l'appareil de papier. Des cas analogues, dans lesquels on a appliqué ce bandage dès le commencement de la maladie, sont actuellement en traitement : espérons que la terminaison sera aussi heureuse.

§ III. — RÉSUMÉ.

Parmi les vingt-cinq observations de fractures guéries par l'emploi de l'appareil en papier, et que je viens d'analyser, deux appartenaient au fémur et se sont consolidées avec un léger raccourcissement, mais les fractures étaient très obliques, et de plus dans l'une (obs. 1), on a employé d'abord l'appareil à extension permanente de M. Laugier pendant vingt-deux jours, et dans l'autre (obs. 2) l'indocilité du malade a bien contribué à un semblable résultat. L'unique observation de fracture de rotule à laquelle on ait opposé l'appareil en papier a été guérie avec le plus grand succès et dans le plus court délai. De trois fractures du péroné, deux étaient compliquées d'arrachement de la malléole interne (obs. 6 et 8), et la troisième (obs. 7), de tiraillement des ligamens de l'articulation tibio-tarsienne; néanmoins elles ont été consolidées sans difformité. Les deux fractures du tibia ont obtenu une guérison parfaite. Sur douze fractures des deux os de la jambe, trois étaient compliquées de plaies des tégumens : l'une d'elles (obs. 18) a été guérie avec une légère courbure de la jambe; une autre (obs. 20) a été consolidée très régulièrement, et la troisième (obs. 19) a obtenu probablement le même succès que celle-ci; car le malade étant sorti avec son appareil au bout de dix-huit jours, je n'ai point connu le résultat définitif. Chez le malade de l'obs. 17 la fracture était très oblique et la guérison s'est faite avec une légère courbure et raccourcissement; chez un autre (obs. 16), la solution de continuité était très oblique; il est resté une légère saillie que M. Marjolin a attribuée à ce que le malade avait marché trop tôt. Enfin, l'obs. 14 nous a offert un exemple de fracture oblique, compliquée de contusion, d'érysipèle et de gonflement qui existaient lors de l'application de l'appareil; la guérison s'est faite avec régularité; mais une petite plaie, résultat de la mortification des tégumens dès les premiers jours qui ont suivi l'accident et déterminée par leur chevauchement, persistait à la levée de l'appareil. Toutes les autres fractures ont été exemptes d'accidens et guéries sans difformité. Deux fractures de l'humérus, deux fractures de l'avant-bras, dont une (obs. 24) était accompagnée de plaie, et enfin une fracture du radius sont parvenues à la terminaison la plus favorable.

Le temps pendant lequel on a tenu les membres fracturés dans les appareils a été de 60 et 53 jours pour les deux fractures du fémur; de 46 pour celle de la rotule; de 44 et 50 pour celles du tibia, et de 22, 32 et 38 pour celles du péroné. Les diverses fractures de jambe y ont été maintenues pendant 45, 51, 63, 45, 50, 60, 48 et 50 jours, deux mois, deux mois et demi, et quatre mois. Il a fallu 43 et 58 jours pour les fractures de l'humérus; 26 et 33 pour celles de l'avant-bras, et 37 jours pour celle du radius. Mais, dans ces diverses observations, l'appareil n'a bien certainement été levé qu'après le temps reconnu nécessaire à la consolidation; on aurait pu en faire la levée beaucoup plus tôt; mais puisque cet appareil ne gêne pas les malades, puisque sa légèreté et son peu de volume leur

---

On a dit que la suppression des tours, dans le petit nombre de lieux où elle a été essayée, a été suivie immédiatement d'une augmentation effrayante de la mortalité chez les enfans trouvés. Sans nier ni même discuter les faits sur lesquels repose cette obligation, nous reconnaîtrons qu'elle ne prouve qu'une simple chose, c'est qu'il y a une si grande distance entre le lieu où un enfant a été exposé et l'hospice du chef-lieu où il faut le porter que les accidens du trajet deviennent une cause active de mortalité; le seul moyen d'obvier à cet inconvénient dans l'hypothèse des tours serait d'en établir un dans chacune des quarante quatre mille communes de la France. Quand un nouveau-né, dans les pays protestans, a été trouvé, il est mis aussitôt à la charge de la paroisse et porté immédiatement, et aux frais de la commune, chez la nourrice la plus voisine; l'adoption d'une mesure analogue serait certainement très facile.

Ainsi l'expérience, et une expérience sur une grande échelle, a décidé la question. La réduction des tours à un seul par département n'a été suivie d'aucune de ces conséquences funestes que l'on appréhendait; c'est un fait irrévocablement acquis à la discussion.

Une autre mesure importante, prise par l'administration, c'est le *déplacement des enfans trouvés d'un département à un autre*. Disons d'abord quelques mots de l'abus qui exigea l'adoption de cette mesure. Un grand nombre de mères légitimes parvenaient à suivre les traces de l'enfant qu'elles avaient exposé et à le reprendre en qualité de nourrices salariées. Beaucoup faisaient porter leur nouveau-né dans le tour de l'hospice le plus voisin, non point forcées par une impérieuse nécessité, mais parce qu'elles avaient la certitude de le retrouver, et uniquement pour jouir des mois de nourrice. Dès-lors, tous les principes philantropiques qui avaient créé les hôpitaux d'enfans trouvés étaient anéantis.

Cet abus était venu à la connaissance du gouvernement avant l'année 1811, et ce ne fut qu'en 1827 qu'il s'occupa sérieusement d'un échange général, soit entre les départemens voisins, soit entre les arrondissemens d'un même département de tous les enfans trouvés et abandonnés, en âge d'être ainsi transportés sans inconvénient. En cas de réclamation des parens qui se faisaient connaître, les enfans étaient rendus, selon les formalités d'usage; ils pouvaient également être laissés à leur ancienne nourrice ou à d'autres personnes connues par leur moralité et qu'un vif attachement porterait à en supporter la charge gratuite. Le but de cette mesure est facile à comprendre : son résultat devait être d'opérer une réduction immédiate et énorme dans le nombre des enfans à la charge des administrations publiques et dans les dépenses que nécessite l'éducation de cette population exceptionnelle.

L'opinion publique ne fut pas favorable à cette mesure et une vive opposition ne tarda pas à se manifester. On compromettait la vie des enfans, dirent ceux qui la combattaient, en les transportant ainsi d'un département à un autre; on brisait les liens d'affection que les enfans ont noués avec leur famille nouvelle; on spéculait sur les sentimens de tendresse qui s'étaient établis entre les patrons et les pupilles; enfin, la mesure, disaient-ils, était inexécutable et devait entraîner dans des dépenses qui absorberaient une partie des économies proposées.

Plusieurs hospices s'opposèrent à son exécution et luttèrent avec les préfets qui en étaient chargés, et cependant le déplacement des enfans a été exécuté dans un assez grand nombre de départemens pour qu'on puisse en apprécier positivement les résultats : il a partout opéré une réduction de près de moitié dans le nombre des enfans à la charge des administrations publiques; enfin, les pré-

permettent de se livrer à leurs travaux sans qu'il résulte aucun inconvénient, pourquoi les en délivrerait-on avant d'être bien certain de la guérison?

Dans la plupart des cas, le premier appareil a été appliqué dans les quatre à cinq premiers jours; dans quelques-uns un a dépassé ce terme, ainsi, dans l'obs. 4, on n'y a placé le membre qu'au trente-sixième jour, l'appareil ordinaire n'avait pu conduire la fracture à la consolidation. Si M. Laugier n'a pas appliqué dans les autres cas son appareil immédiatement après l'entrée des malades, c'était pour attendre la résolution du gonflement, ou plutôt parce qu'à l'hôpital il y a toujours des appareils de linge préparés, et que l'on s'empresse d'en envelopper aussitôt les membres fracturés. Je pense bien que dans tous les cas, à moins que le gonflement ne fût excessif, ce chirurgien ne balancerait pas (comme, du reste, il l'a fait plusieurs fois) à appliquer de suite son appareil. Ses propres expériences, celles de plusieurs chirurgiens et de M. Velpeau surtout, ont assez démontré les avantages de cette manière d'agir, même pour favoriser la résorption.

Le même nombre d'appareils n'a pas été appliqué chez tous les malades: un seul a suffi chez huit d'entre eux, tandis qu'on en a employé deux sur neuf sujets; trois sur six; quatre sur un, et six sur un autre. La déformation du bandage n'en a exigé le renouvellement que dans un cas (obs. 3), et c'est parce qu'on avait employé du mauvais papier; hors ce cas, sa forme a toujours été la même qu'après sa dessiccation. Toutes les autres circonstances qui ont nécessité son changement ont été le plus souvent la diminution du gonflement ou l'amaigrissement du membre, et, d'autres fois, la curiosité, le désir de connaître la marche de la maladie.

On a procédé à la levée de l'appareil de plusieurs manières: tantôt on s'est servi soit de ciseaux soit d'une spatule, soit d'un bistouri ordinaire, instrumens avec lesquels on coupait successivement ou toutes à la fois les diverses couches de bandelettes, ayant soin de placer d'abord entre le membre et la dernière couche une carte ou un autre corps mince sur lequel on les faisait glisser; tantôt on a employé un bistouri construit à cet usage, composé d'une lame recourbée sur le plat, tranchante d'un côté, mousse sur le dos, arrondie et mousse à une extrémité, tandis qu'elle est fixée par l'autre à un manche; avec ce bistouri on coupe l'épaisseur totale ou partielle de l'appareil sans crainte de léser la peau. Mais ces divers procédés, malgré les précautions du chirurgien, occasionnent au membre des secousses douloureuses et qui pourraient être nuisibles; pourquoi ne pas tirer parti de la solubilité de l'amidon dans l'eau bouillante et ramollir l'appareil en le couvrant de compresses imbibées d'eau bouillante, ou plongeant, s'il est possible, le membre dans un bain local?

En général, les malades n'ont éprouvé aucune douleur, pas même les douleurs de talon, après que leurs membres ont été entourés de l'appareil inamovible; ils ont pu immédiatement après sa dessiccation se livrer à divers mouvemens, changer facilement de position dans leur lit, de même que s'il n'y eût point eu de fractures. Quant à la marche, M. Laugier, reconnaissant qu'il peut en résulter des inconvéniens, n'a pas jugé à propos de la permettre avant une époque assez rapprochée de la consolidation; il pense qu'on ne doit accorder la déambulation que dans les cas où les circonstances l'exigent impérieusement. Mais les expériences de MM. Sentin et Velpeau autorisent à être moins réservé; un de nos malades (obs. 9), forcé de sortir vingt-huit jours après l'accident, a fait plusieurs voyages en voiture sans inconvéniens; tous ceux affectés à la vérité de fractures des extrémités supérieures n'ont cessé de se mouvoir, et même l'un d'eux (obs. 24) a quitté l'hôpital au bout de quatorze jours, puis est revenu parfaitement guéri dix-neuf jours après. On pourrait donc permettre souvent la marche beaucoup plus promptement que l'a fait M. Laugier. Toutefois, il faudrait auparavant bien examiner s'il n'existe pas de vide entre le membre et l'appareil, et renouveler ce dernier si cela est nécessaire; c'est probablement pour avoir négligé cet examen que s'est formée la difformité qui existait chez le sujet de l'obs. 16.

Après la levée de l'appareil, les parties consolidées n'exigent aucun soin différent de ceux que l'on donne ordinairement.

En dernière analyse, tous les résultats qui ont été obtenus sont en faveur de l'appareil inamovible, et spécialement de l'appareil de M. Laugier; ils ont été aussi satisfaisans dans les fractures simples que dans les fractures compliquées. Cet appareil est donc bien propre à remplacer avantageusement tous ceux dont on s'est servi jusqu'à ce jour: en effet, composé de substances d'un prix minime, faciles à trouver dans toutes les localités, il constitue une enveloppe solide, formée d'une seule pièce, moulée exactement sur tout le membre dont elle dessine gracieusement les saillies et les enfoncemens; sa solidité, jointe à une grande légèreté, à une épaisseur médiocre, la rend très propre à bien maintenir la réduction des fragmens, à exercer sur tout le membre une compression douce et uniforme, égale dans sa répartition comme dans sa durée, et non variable d'un pansement à un autre comme dans l'appareil ordinaire. Son application facile se fait sans occasionner la moindre secousse au membre fracturé; peut-être exige-t-elle un temps plus long? Mais, dès qu'elle est faite, elle ne réclame aucun soin ni de la part du chirurgien, ni de celle des malades, jusqu'à ce qu'il faille en faire une nouvelle. Cette rareté des pansemens est une véritable économie de temps pour les hommes de l'art, et un avantage incontestable pour le malade, auquel on évite des douleurs. L'immobilité à laquelle cet appareil condamne le membre hâte la solidification, dont elle prévient surtout le retard chez les enfans et les personnes indociles; en outre, les malades peuvent changer facilement de position dans leur lit, se livrer à la déambulation, à diverses occupations, bien plus facilement qu'avec les autres bandages; en en faisant usage, ils sont exempts des douleurs de talon, des escarres auxquelles donne lieu trop souvent un décubitus prolongé. Enfin, tous les malades, les indigens comme les riches, peuvent jouir des bienfaits de l'application de cette méthode.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

I. ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

Les numéros des mois d'août et septembre contiennent les articles originaux suivans: 1° *Considérations pratiques sur les maladies des organes génitaux*; par M. Gerdy; 2° *Observation d'un abcès développé dans la fosse iliaque du côté gauche, avec perforation de l'intestin,*

---

visions de la dépense du service des enfans trouvés pour l'exercice 1837 donnaient l'espoir que, dans l'espace de trois années, de 1833 à 1836, le nombre de ces enfans aurait diminué de près du quart, et que leurs dépenses, réduites dans la même proportion laisseraient libres plus de deux millions et demi, qui pourraient être utilement employés par les départemens, les communes et les hospices, au lieu d'être dévorés par des charges abusives.

Cependant, bien que l'échange des enfans d'un département ou d'un arrondissement à un autre soit une bonne mesure et fournisse, en partie, la solution du problème qui est si vivement discuté depuis si longtemps: réduire le nombre toujours croissant des enfans trouvés, cette mesure n'a pas d'effet durable; ses résultats ne sont que transitoires; c'est la fraude seulement qu'elle atteint, et son premier effet une fois obtenu. c'est par d'autres moyens qu'il faut combattre la plaie sociale des enfans trouvés. La législation des enfans trouvés doit être modifiée; tant qu'elle existera comme le décret de 1811 l'a faite, il n'y a pas d'amélioration durable et essentielle à espérer; c'est un point sur lequel il y a un accord universel; c'est avoir fait un grand pas vers une réforme.

Nos mœurs et nos habitudes ne permettent pas l'application rigoureuse, aux pays catholiques, du système protestant; mais il n'y a de réforme possible qu'en cherchant à se rapprocher de ce système. S'il est impossible de supprimer les hospices d'enfans trouvés, on peut les renfermer dans leur destination réelle, et remplacer les tours par une institution meilleure. Si la recherche de la paternité répugne aux mœurs françaises, on doit songer aux moyens de rappeler les mères à la pratique de leurs devoirs.

Les deux tiers des expositions des nouveaux-nés sont immorales ou frauduleuses, c'est-à-dire n'ont pas la nécessité pour excuse. Sur soixante enfans trouvés, quarante, au moins, n'auraient pas dû être portés à l'hospice. Si on parvient à écarter de ces établissemens les enfans légitimes, ceux qui viennent de l'étranger, ceux dont leurs mères auraient pu prendre soin, et ceux, enfin, que leurs mères ont fait exposer avec la certitude d'en être bientôt les nourrices salariées, on aura réduit des deux tiers la population et le budget des hospices d'enfans trouvés. MM. Terme et Monfalcon croient cette grande réforme non seulement possible, mais même facile.

La cause principale de l'exposition des nouveaux-nés étant, d'une part, l'extrême facilité et le secret des admissions dans les hospices, d'une autre part, l'absence de sentiment maternel dans le cœur de la femme ou de la fille qui fait exposer son enfant, il en résulte que la régénération de l'œuvre des enfans trouvés doit avoir pour base ces deux principes fondamentaux: 1° supprimer les tours, et au mystère des réceptions substituer les admissions à bureau ouvert; 2° réveiller dans le cœur des mères l'amour pour leurs enfans, en leur donnant connaissance du lieu où les nouveaux-nés sont élevés, et en leur permettant de communiquer avec eux.

L'admission des enfans à bureau ouvert, c'est le dépôt d'un nouveau-né, fait sans mystère, dans un bureau de l'hospice, par un étranger qui donne son nom et celui de la mère; ainsi, plus de secret, et dès-lors beaucoup moins d'abus. Cette recherche de la maternité sans moyens coercitifs ne frappe la mère d'aucune pénalité et respecte même son secret, en ce sens qu'il n'est connu que des fonctionnaires de l'hospice. Cette importante mesure ferait cesser immédiatement tous les abus que nous avons signalés, et réduirait au moins des deux tiers la population et les charges des hospices d'enfans trouvés.

et *évacuation de pus par l'anus*; par M. Bricheteau; 3° *Recherches sur les fractures des côtes*; par M. Malgaigne (deuxième article); 4° *Observation d'iléus et de gastrotomie*; recueillie à l'hôpital Cochin par M. Ducros, élève interne; 5° *Mémoire sur l'emploi des topiques mercuriels dans le traitement des éruptions varioleuses*; par M. Briquet; 6° *Nouvelles recherches sur le bruit de soufflet des artères*; par M. de La Harpe; 7° *Observations de fistules salivaires*; par M. Jobert de Lamballe, chirurgien de l'hôpital St-Louis.

CONSIDÉRATIONS PRATIQUES SUR LES MALADIES CHIRURGICALES DES ORGANES GÉNITAUX; par M. Gerdy, publiées par M. Beaugrand.

Ce travail renferme plusieurs faits et des discussions assez longues sur le cancer en général. Parmi les faits, un seul nous paraît offrir quelque intérêt, il est relatif à un kyste volumineux développé au dedans de l'épididyme et entre le testicule droit et sa tunique vaginale; on l'a opéré par excision en conservant le testicule; il pesait quatre onces et contenait un liquide noir et sirupeux comme de la mélasse. Les discussions auxquelles l'auteur se livre nous ont paru passablement triviales et vagues; elles ne conduisent à aucune conclusion nouvelle.

ABCÈS DE LA FOSSE ILIAQUE GAUCHE, OUVERT DANS L'INTESTIN; GUÉRISON; par M. Bricheteau.

Obs. — Une demoiselle, scrofuleuse, portait une tumeur strumeuse à la cuisse droite et se plaignait depuis longtemps de douleurs dans la hanche et le membre inférieur gauche; ces douleurs avaient l'apparence névralgique. Après plusieurs mois de traitemens inutiles, la malade rendit beaucoup de pus par l'anus; on a alors examiné la région iliaque gauche et l'on a trouvé un empâtement qui a été caractérisé pour un abcès. Les selles ont continué à être purulentes pendant quelques jours; l'engorgement et les douleurs se sont dissipés, et la malade a guéri.

Ce fait est remarquable sous plusieurs rapports et peut être rangé au nombre des cas rares. On en trouve quelques autres analogues dans le mémoire de Dance et dans les leçons de Dupuytren.

RECHERCHES SUR LES VARIÉTÉS ET LE TRAITEMENT DES FRACTURES DES CÔTES; par M. Malgaigne.

Sous le rapport des accidens qui peuvent les accompagner les fractures des côtes pourraient être comparées à celles de la boîte crânienne et de l'enceinte pelvienne. Une fracture de côtes avec enfoncement peut être aussi terrible pour les conséquences qu'une autre du même genre à la tête ou au bassin: aussi ces lésions ont-elles depuis longtemps attiré l'attention des chirurgiens. M. Malgaigne a revu et approfondi ce sujet important; il a non seulement examiné et apprécié rigoureusement les connaissances acquises; mais encore il s'est livré à des expériences en produisant artificiellement des fractures costales sur les cadavres. Il est à regretter que des expériences analogues n'aient pas été également faites sur les animaux vivans; cela aurait probablement mieux éclairci certaines questions. Nous allons en attendant faire connaître les points culminans de cet intéressant travail.

Dans un premier paragraphe, M. Malgaigne expose l'historique des fractures des côtes, depuis Hippocrate jusqu'à nos dictionnaires les plus récens. Vient ensuite l'étiologie de ces fractures. Une des idées les plus remarquables de ce paragraphe, c'est que la plupart de ces fractures ont lieu dans la moitié antérieure des côtes et non vers le milieu, ainsi que cela a été répété par tous les modernes d'après l'autorité de J. L. Petit; ceci est relatif bien entendu aux fractures par causes indirectes. Les expériences sur les cadavres et les cas de fractures costales observés dans les funestes événemens du Champ-de-Mars 1837 viennent à l'appui de cette assertion. Les fractures des côtes par cause interne avaient été observées depuis longtemps; on en connaît aujourd'hui plusieurs exemples; l'un des premiers est celui de Gooch, cité par Monteggia; cet auteur en a rencontré lui-même un exemple; M. Malgaigne reproduit ces faits avec plusieurs autres observés depuis.

Le troisième paragraphe est relatif aux variétés des fractures des côtes, il est plus intéressant que les deux précédens. M. Malgaigne admet comme Monteggia trois espèces de fractures costales, les incomplètes, les simples, les multiples, mais il en ajoute quelques variétés nouvelles on à peine mentionnées par les auteurs. Les fractures incomplètes peuvent affecter les côtes de deux manières; tantôt c'est la moitié inférieure ou supérieure de l'os qui est divisée, l'autre moitié demeurant intacte; tantôt la fracture occupe une des faces de l'os en respectant l'autre. Les fractures limitées à l'une des faces de l'os sont simples ou multiples. Le plus ordinairement elles affectent la table interne, quelquefois seulement la table externe. Elles se produisent aussi bien par cause indirecte que par cause directe, et généralement elles affectent plusieurs côtes à la fois. Plusieurs faits consignés dans les auteurs servent de preuve à cette classification. Parmi ces faits il y en a un tiré de la clinique de M. Lisfranc et qui réunit presque toutes les variétés des fractures incomplètes; le voici:

Obs. — Emilie Richard, âgée de 15 ans, fut renversée, le 3 juin 1827, par un cabriolet, dont la roue passa obliquement sur le côté droit du thorax. La malade fut apportée à l'hôpital à quatre heures après midi, un quart d'heure après l'accident; elle présentait les symptômes suivans:

Face pâle, décolorée; respiration courte, difficile; pouls petit, concentré; le côté droit de la poitrine est très douloureux. On reconnaît facilement une fracture des côtes droites supérieures, mais les douleurs et l'anxiété extrême de la malade ne permettent pas de pousser plus loin l'exploration. La malade succomba le lendemain à dix heures.

Autopsie. Le cou était le siége d'un emphysème étendu de la clavicule droite jusqu'à la partie supérieure du larynx. Les parties molles extérieures du thorax n'offraient rien de remarquable, si ce n'est une ecchymose très large. La première côte droite est fracturée à sa partie moyenne dans toute son épaisseur; la seconde offre une fracture incomplète qui intéresse en même temps la face antérieure et la face postérieure de l'os. La troisième présente une fracture longitudinale longue d'un pouce et demi à deux pouces, et siégeant sur le bord inférieur de l'os. On remarque sur la quatrième et la cinquième une fracture de la table externe avec flexion considérable. Sur la sixième enfin on observe une solution de continuité occupant toute l'épaisseur de la table externe, l'interne étant ployée sans fracture.

Vers leur partie moyenne, les apophyses transversales des dixième, onzième, et douzième vertèbres dorsales sont brisées. La cavité droite du thorax est le siége d'un épanchement sanguin très considérable, qui refoule fortement en haut le diaphragme. Le poumon, vers son sommet, vis à vis le point correspon-

---

Le second moyen, indiqué par MM. Terme et Monfalcon, de réduire ce nombre, et qui n'est peut-être pas moins puissant que le premier, c'est de réveiller dans le cœur des mères l'amour de leurs enfans. Comment y parvenir? En permettant aux mères de communiquer librement avec les nouveaux-nés qu'elles ont confiés à la bienfaisance publique. Ce sera d'abord peut-être un simple mouvement de curiosité qui les portera à voir l'être auquel elles ont donné le jour; mais elles reviendront, la tendresse maternelle se développera peu à peu, et les portera bientôt à réclamer leurs enfans.

Ce dernier moyen sur lequel nos auteurs s'arrêtent avec raison plus longtemps nous semble la conception la plus heureuse et ne devoir pas souffrir la moindre objection. Rien n'est plus immoral, selon nous, que le soin avec lequel, dans l'organisation actuelle des hospices d'enfans trouvés, on cache même à la mère tout ce qui concerne son enfant. Combien de fois n'avons-nous pas vu de jeunes mères que des circonstances malheureuses avaient forcé à déposer leur enfant au tour, lorsque au bout d'un temps plus ou moins long elles se présentaient à l'hospice soit pour le réclamer, soit pour avoir de ses nouvelles, soit seulement pour apprendre s'il existait encore, ne pouvoir obtenir l'ouverture du livre qui contient l'histoire de leur enfant faute de pouvoir payer une somme au-dessus de leurs faibles moyens. Sous ce rapport la mesure proposée par MM. Terme et Monfalcon nous semble aussi favorable à l'économie des hospices d'enfans trouvés qu'à la morale publique.

Quant à la première mesure, celle de l'admission à bureau ouvert, c'est celle qui rencontrera et qui a déjà rencontré le plus d'obstacles, parce qu'on pense que le mystère est, dans ces cas, la seule sauvegarde de l'honneur des familles; cependant, en examinant les différentes classes de la société qui contribuent à la population des hospices d'enfans trouvés, nous reconnaîtrons que c'est pour les classes supérieures surtout que ce mystère est d'un haut intérêt. Or, ce n'est pas pour les personnes de ces classes, qui ont le moyen de faire élever clandestinement leurs enfans naturels, que ces établissemens ont été fondés.

L'ouvrage de MM. Terme et Monfalcon contient encore une foule de documens très importans sur l'histoire des enfans trouvés, sur la manière dont ils sont reçus, traités et élevés à l'hospice de Lyon, et sur leur destination dans la société, que nous regrettons de ne pouvoir reproduire dans cette analyse, déjà un peu longue. Nous dirons pourtant, avant de terminer, que ce volume est, sous le rapport financier, philosophique et pratique, ce qui a été écrit, dans ces derniers temps, de plus complet, de plus rationnel, sur les enfans trouvés. C'est une œuvre d'une haute et sévère moralité, dont la lecture est indispensable à tous ceux qui veulent se tenir au courant des questions agitées à ce sujet depuis quelques années, et connaître la condition des enfans trouvés dans les pays voisins de la France.

— Mémoire sur la cure radicale des pieds bots; par H. Scoutetten, D. M. P., professeur de médecine, agrégé à la faculté de Strasbourg, etc. Avec six planches. Prix 3 fr.

Paris, J.-B. Baillière, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, 13 bis.

dant à la fracture de la première côte, offrait une déchirure longue d'un pouce et demi, profond de quatre à cinq lignes.

Cette importante observation, déjà publiée dans le mémoire d'Avenel, donne une idée nette, non seulement des fractures incomplètes, mais encore des fêlures longitudinales des côtes, admises par J.-L. Petit, et de l'enfoncement, ou plutôt du bombement de l'une des tables costales sans fracture, et enfin des déchirures dont le poumon peut être le siége aux endroits des fractures.

Une fracture complète des côtes peut exister avec ou sans déplacement. L'absence du déplacement peut tenir à la résistance du périoste, resté intact, des muscles intercostaux, ou à l'engrenage des fragmens. La plupart des auteurs n'admettent qu'un déplacement momentané, à moins qu'il ne s'agisse d'esquilles ou de portions de côtes enfoncées. M. Malgaigne démontre que les déplacemens en avant ou en arrière peuvent avoir lieu d'une manière permanente, même dans les fractures simples en apparence. La cause des déplacemens primitifs est ordinairement la puissance même qui produit la fracture. Les fractures multiples dans une même côte sont, d'après M. Malgaigne, aussi fréquentes que les fractures simples; elles coexistent souvent avec les fractures incomplètes. Quelques pièces pathologiques, consignées dans le musée Dupuytren, d'autres, propres à l'auteur, ou fournies par M. Chassaignac, ont servi de base à cette assertion.

Les déplacemens auxquels sont sujettes les fractures des côtes forment le sujet du quatrième paragraphe.

Indépendamment des déplacemens angulaires que M. Malgaigne établit d'une manière incontestable pour les fractures complètes, l'auteur s'efforce de démontrer que les enfoncemens sans fracture admis par les anciens existent réellement. Dans ces cas, il y a fracture de la table interne et du diploë; la table externe reste intacte, enfoncée, fléchie en dedans, et constitue une véritable bosselure : quelques expériences sur le cadavre lui ont donné des résultats concluans à cet égard. « Lorsque l'enfoncement, dit-il, affecte plusieurs côtes, ainsi que cela a souvent lieu par le passage d'une roue de voiture, le premier coup d'œil met sur la voie du diagnostic. On voit une gouttière plus ou moins large et profonde, creusée sur la poitrine, le long du trajet de la roue; et si, en explorant avec les doigts, on ne sent aucune saillie de l'un des fragmens, si la pression augmente momentanément l'enfoncement, sans produire de saillie, on peut affirmer l'existence d'une fracture incomplète multiple, affectant la table interne. »

Arrivant enfin au traitement des fractures des côtes, M. Malgaigne spécifie les cas où la contention serrée de la poitrine peut être utile, et ceux où elle lui paraît plutôt nuisible. L'idée d'Hippocrate de tenir l'estomac habituellement distendu par des alimens légers, afin de maintenir les fragmens dans une juste coaptation, moyennant l'élévation forcée du diaphragme, pourrait être bonne, si, d'une part, ce moyen n'était point précaire; et de l'autre s'il n'obligeait le malade à respirer principalement par les côtes (Bichat), ce qui tiendrait les fragmens dans un mouvement continu. Les emplâtres agglutinatifs que les anciens prescrivaient sur la région de la fracture paraissent utiles à M. Malgaigne, comme moyens coaptateurs des mouvemens de la respiration : en comprimant le côté correspondant de la poitrine, les emplâtres collans répriment plus ou moins les mouvemens respiratoires des côtes, sans gêner les mouvemens du côté opposé du thorax, ainsi que cela arrive par l'usage des ceintures et des bandes qui font tout le tour de la poitrine. Si elles sont suffisamment serrées, ces ceintures deviennent insupportables; dans le cas contraire, elles ne remplissent aucun but.

Richter voulait qu'on laissât la fracture libre, et, en cas de déplacement en dedans, il prescrivait qu'on couchât le malade sur le côté sain, soutenu à l'aide de coussins et d'oreillers, et qu'on le tînt dans un repos complet. Ce procédé est vicieux, ainsi que le fait observer M. Malgaigne, car il gêne la respiration du côté sain comme par l'usage des ceintures. L'indication, cependant, de laisser libre la région lésée, est importante, surtout s'il s'agit de fracture avec enfoncement; car les ceintures, dans ce cas, ne font qu'aggraver la maladie par l'augmentation du déplacement et la détermination d'une pneumonite mortelle. Voici, du reste, la règle que M. Malgaigne croit pouvoir poser à ce sujet : « Quand les mouvemens respiratoires excitent des douleurs que le bandage modère, il est indispensable : quand ces douleurs n'existent plus, on peut s'en passer sans inconvénient; quand elles persistent malgré son emploi, il est à la fois inutile et nuisible. » Pour éviter la compression des deux côtés de la poitrine à la fois l'auteur propose l'usage d'un bandage herniaire à ressort anglais, appuyant en avant sur le sternum; en arrière sur le rachis, soutenu par une bretelle qui passerait sur l'épaule opposée.

L'auteur termine son mémoire par l'examen des moyens propres à réduire les fragmens déplacés. Pour les cas de rétropression, il propose l'usage d'une espèce de tenaculum pointu qui serait enfoncé dans la région malade; de cette manière, les fragmens pourraient être attirés au dehors sans faire de plaie aux tégumens.

OBSERVATION D'ILÉUS ET DE GASTROTOMIE, RECUEILLIE A L'HÔPITAL COCHIN; par M. DUCROS, élève interne.

OBS. — Une femme, âgée de 25 ans, était habituellement bien portante; seulement elle se plaignait de temps en temps de douleurs à l'épigastre. Ces douleurs ont été, à la longue, accompagnées de vomissemens. La santé générale cependant a continué à être bonne. Il y a environ un an, elle dit s'être heurtée à la région iléo-cœcale; plus tard, les douleurs se sont exaspérées; puis (mars 1838) elles ont changé de place et se sont fait sentir vers l'hypogastre. Point de vomissemens, mais des coliques et de la diarrhée. Dès le troisième jour, à partir de la dernière invasion de la maladie, une tumeur volumineuse et dure apparut vers la région iléo-cœcale. A la diarrhée ont succédé une constipation complète et des vomissemens d'un liquide verdâtre et transparent, amaigrissement progressif, pâleur.

La tumeur iléo-cœcale est de figure ovoïde, offre de 3 à 4 pouces de hauteur et de 2 à 3 en travers; elle est dure, rénitente, à peine sensible à la pression. Le toucher par le vagin et le rectum ne fait reconnaître rien d'anormal; seulement il semble qu'on sente à travers leurs parois une dureté assez éloignée vers le côté droit du bassin.

M. Monod, chirurgien de l'hôpital, diagnostique un iléus et pratique la gastrotomie au niveau de l'obstacle. Il a fait une incision de deux pouces et demi à trois pouces à la partie latérale droite et inférieure de l'abdomen; cette incision a été dirigée obliquement de haut en bas et de dehors en dedans, et a pénétré petit à petit jusqu'au péritoine; on incise cette membrane; une anse intestinale se présente d'elle-même, avec un ruban de fibres longitudinales, qui la fait aisément reconnaître comme appartenant au gros intestin; elle est repoussée dans l'abdomen, et l'indicateur, porté profondément dans cette cavité, y distingue une dureté en arrière et en haut du cœcum; M. Monod attire alors une anse intestinale; cette fois c'est l'intestin grêle qui est amené au-dehors; cette portion est rouge, tuméfiée, ne présente pas une sensibilité remarquable; elle est fendue dans le sens longitudinal avec des ciseaux, dans l'étendue d'un pouce et demi environ; aussitôt une quantité considérable de matières fécales s'écoule; un soulagement notable se fait sentir; on passe un fil dans le mésentère, qu'on fixe avec des bandelettes de diachylon; pansement avec linge cératé et charpie.

Deux jours après, mort.

AUTOPSIE. Péritoine enflammé, liquide séro-purulent dans la cavité péritonéale. Les anses intestinales placées dans le bassin sont recouvertes de pus à demi concret. C'est à 8 ou 9 pouces du cœcum que l'incision a été faite à l'iléon; le cœcum est très adhérent en arrière; les anses supérieures à l'anus artificiel sont un peu dilatées. On cherche le siége de l'obstacle au cours des matières, on le trouve à la partie supérieure et postérieure du cœcum, à sa jonction avec le colon ascendant. Le cœcum, ouvert en avant, présente en haut un rétrécissement considérable, qui permet tout au plus l'introduction d'une sonde de femme; l'extrémité du petit doigt ne peut pas y pénétrer. Au niveau de cet étranglement, le cœcum, très adhérent avec les parties sous-jacentes, est en rapport avec une masse squirrheuse blanchâtre, très dure, criant sous le scalpel, de la grosseur d'une noix.

Cette intéressante observation peut donner lieu à des réflexions variées. D'abord, sous le rapport pathologique, la maladie peut être rangée au nombre des cas rares, et l'on peut dire que le diagnostic *à priori* était tout à fait impossible. Le caractère stercoral des vomissemens ne permettait de dire autre chose qu'il s'agissait d'un étranglement interne; mais quelle était la nature de cet étranglement? Ensuite vient la question du traitement; les opinions ne sont pas d'accord sur ce sujet, et, dans l'état actuel de la science, nous n'osons ni blâmer ni conseiller la gastrotomie dans les cas analogues.

NOUVELLES RECHERCHES SUR LE BRUIT DE SOUFFLET DES ARTÈRES; par M. DE LA HARPE, de Lausanne.

Un si grand nombre d'explications ont été déjà données sur la formation des bruits, soit du cœur, soit des artères, que le sujet semblerait devoir être épuisé, sinon éclairé; mais il n'en est rien; et voici maintenant sur quoi repose la théorie avancée ici par M. de La Harpe; mais d'abord faisons connaître quelques expériences qui sont indispensables pour l'intelligence de cette théorie. Sur le cadavre d'un vieillard, on fixa à l'artère iliaque externe l'extrémité du tube d'une clyso-pompe; puis on ouvrit la poplitée, et ayant fait passer un courant d'eau, on perçut alors avec une grande netteté, et à l'aide du stéthoscope placé au milieu de la cuisse un fort bruit de soufflet. Plus le jeu de piston était activé, plus ce bruit prenait d'intensité. En diminuant graduellement son jeu, on entendait le bruit diminuer à proportion. Aussitôt que l'artère ne fut plus sous-tendue par l'eau, il disparut.

Le lait écrémé ayant été substitué à l'eau, les résultats furent peu différens; cependant, il fallait une pression notablement plus forte pour produire le bruit de soufflet.

L'addition d'une égale quantité de mélasse au lait produisit un effet très

marqué; le bruit ne se produisit qu'avec une plus forte pression; l'artère, alors, était dure, tendue au toucher. L'addition au lait d'une quantité de mélasse suffisante pour le rendre sensiblement épais, fit disparaître entièrement le bruit de soufflet à une pression modérée; une forte impulsion le produisait encore.

En atténuant successivement le liquide épaissi, on obtenait des résultats inverses.

L'eau ayant été remplacée par de l'eau-de-vie, le bruit de soufflet devint extrêmement fort et clair; le piston se mouvait à peine, que le bruissement du courant parvenait à l'oreille; l'huile employée au lieu de l'eau-de-vie donna un résultat entièrement opposé; avec elle il n'y eut plus de bruit; l'injection la plus forte donnait bien un choc, mais rien de plus.

Il résulterait de ces expériences:

1° Que la densité du liquide joue un très grand rôle dans la production du bruit de soufflet des artères.

2° Que ce bruit est, toutes choses égales d'ailleurs, d'autant plus intense que le courant est plus vif.

3° Que la tension des artères ne joue pas un rôle nécessaire dans la production de ce bruit.

4° Que la présence dans l'artère d'une quantité notable du liquide ne s'oppose pas à ce que l'ondée suivante ne fasse entendre le bruit de soufflet. Partant de ces données, le médecin de Lausanne pense que le bruit de soufflet est produit dans les artères par le courant du liquide qui les traverse, de la même manière que les ondes et les vibrations sonores naissent dans une colonne d'air qui parcourt un tube. Ce bruit est le fait seul du mouvement du liquide lui-même. L'expérience semble démontrer qu'en partant des fluides les moins denses pour passer successivement aux plus denses, et allant ainsi des gaz aux vapeurs, des vapeurs aux liquides et des liquides aux solides, la faculté de vibrer des ondes *sonores* va en s'affaiblissant, jusqu'à ce qu'elle disparaisse entièrement. Plus un fluide est ténu, léger, plus son état d'expansion est grand, plus il produit facilement des sons; en retour, plus sa densité augmente, moins il est propre à produire cet effet. L'auteur, passant ensuite en revue les différentes circonstances dans lesquelles on a observé le bruit de soufflet dans les artères, démontre que, dans ces cas, la théorie qu'il propose peut expliquer les phénomènes acoustiques observés; et d'abord 1° pour la *plethore*, il nie que les observations de bruit de soufflet que l'on a rapportés à cet état pathologique avaient été exactes et pense qu'elles se rapportaient à quelque autre affection.

2° Dans l'*hypocondrie* il y a à la fois diminution de la densité du sang et grande vivacité dans la rapidité du courant.

3° *Faiblesse du pouls dans les maladies fébriles.* Ce cas doit avoir beaucoup de rapports avec le précédent; l'ondée est généralement légère, et la masse de sang à déplacer peu considérable.

4° *L'anémie et la chlorose* offrent les conditions les plus favorables à la production du bruit artériel par l'épaississement du sang et la diminution de sa quantité.

5° *Bruit placentaire.* Ce bruit est perçu, il est vrai, sans qu'il y ait eu augmentation de vitesse ou diminution de densité, mais il résulte de la perception de plusieurs bruits semblables, et qui, pris isolément, sont imperceptibles à l'oreille; ils sont produits par un grand nombre de petites colonnes liquides, mises en mouvement dans un petit espace.

OBSERVATIONS DE FISTULES SALIVAIRES; par M. JOBERT DE LAMBALLE, chirurgien à l'hôpital Saint-Louis.

Ce travail renferme deux faits propres à l'auteur et des réflexions pratiques.

Des deux faits, l'un est relatif à une tumeur encéphaloïde de la région parotidienne que M. Jobert a extirpée conjointement à une portion de la glande de ce nom; la plaie ne s'est pas cicatrisée complétement, il y est resté une petite ouverture fistuleuse donnant issue à du liquide salivaire. Pour en obtenir l'oblitération, M. Jobert a établi une compression sur le lieu de la lésion à l'aide de compresses graduées, et cautérisé plusieurs fois le trajet avec le nitrate d'argent. La guérison s'est effectuée bien en peu de jours.

L'autre fait concerne une fistule du conduit salivaire survenue à la suite d'abcès répétés sur la joue. Lorsque le malade s'est présenté à l'hôpital St-Louis il offrait l'état suivant:

« Une tumeur rouge de huit lignes de hauteur sur un demi-pouce de largeur occupe la partie moyenne de la joue droite; à son sommet se trouve une ouverture ayant les dimensions d'une tête d'épingle, qui donne continuellement issue à un liquide tantôt spumeux, clair, limpide, tantôt séro-purulent, tantôt même complétement purulent. Une pression légère exercée de haut en bas, et les mouvemens de la mastication augmentent notablement la quantité de l'écoulement qui, malgré la petitesse de l'ouverture fistuleuse, est souvent assez considérable pour remplir plusieurs tasses dans les vingt quatre heures. Il était facile de reconnaître la nature de ce liquide, et l'analyse chimique, que je priai M. Barruel de lui faire subir démontre d'ailleurs qu'il était constitué par de la salive. Le malade n'éprouve aucune sécheresse dans la bouche; le doigt porté dans cette cavité fait reconnaitre un engorgement des parties voisines, qui, du reste, n'offrent ni rougeur ni sensibilité. En bas et en avant de la tumeur que je viens de décrire s'en trouve une seconde de forme lenticulaire, sans ouverture, ayant environ trois lignes de diamètre et séparée de la première par un sillon profond. »

OPÉRATION. « J'opérai le malade de la manière suivante; mais auparavant, je dois dire quelle était mon intention; je voulais, en procédant de dehors en dedans, mettre le canal de Sténon à nu, le diviser complétement, saisir le bout supérieur, l'introduire dans la cavité buccale au moyen d'une perte de substance pratiquée à la joue, l'y maintenir pour qu'il contractât des adhérences avec les parties voisines et ouvrir ainsi à la sécrétion salivaire une nouvelle voie. A cet effet, une sonde cannelée fut introduite dans l'orifice fistuleux et enfoncée perpendiculairement dans le sac dont elle vint percer la paroi dans la partie la plus déclive; au moyen d'un bistouri conduit le long de la cannelure, la peau fut incisée dans cette direction; puis deux incision latérales et une autre incision oblique, dirigées des parties latérales de la tumeur vers le centre de celle qui est située antérieurement, furent pratiquées dans le but de rendre les recherches ultérieures plus faciles et de découvrir toutes les parties molles altérées. Plusieurs artérioles qui avaient été ouvertes furent liées avec soin, mais les fils rompirent immédiatement, les parties rendues molles, friables, par une inflammation si ancienne; néanmoins l'écoulement de sang s'arrêta. Je procédai alors avec lenteur et précaution à la recherche du conduit de Sténon. Après avoir excisé plusieurs pelotons de tissu adipeux ramolli, j'aperçus un cordon fibreux, transversal, blanchâtre, arrondi, que tous les assistans prirent pour le canal excréteur, mais qui n'était que le tendon du muscle grand zygomatique. Enfin, je saisis le conduit et le divisai transversalement. Ici l'état dans lequel se trouvaient les parties vint m'obliger à modifier le procédé opératoire que je m'étais proposé de suivre. La peau et tous les tissus placés au-dessous d'elle étaient profondément altérés; le conduit de Sténon avait contracté des adhérences anormales qui s'opposaient à son extension; dès lors j'excisai sans ménagement toutes les parties malades, et je me contentai de faire à la joue une perte de substance assez considérable au niveau du bout du conduit de Sténon divisé.

» La réunion immédiate fut tentée dans les parties superficielles au moyen de la suture entortillée; un séton dont les deux bouts furent fixés sur la joue fut placé, un pansement simple appliqué, et le malade recouché avec injonction d'observer le repos, le silence et la diète la plus absolue. Quelques jours après la fistule n'était pas encore oblitérée. Alors j'attache un fil de soie à la mèche de séton; puis tirant de dehors en dedans, j'emmène à la partie interne de la plaie, en dedans de la bouche, le point de réunion du fil et de la mèche qui constitue une sorte de nœud, de bourrelet, je le fixe au niveau de l'ouverture intérieure dans le but de la dilater, tandis que je provoque la cicatrisation à l'extérieur par un pansement méthodique et une légère compression établie à l'aide de compresses graduées. Sept jours après le séton et le fil de soie sont enlevés; une compression plus exacte, plus énergique est établie au moyen d'une pyramide faite avec des morceaux de sparadrap et de diachylon gommé; la plus grande partie de la salive coule déjà dans la bouche. On continue le même pansement. Peu de jours après, guérison. »

Sans présenter rien de bien neuf, ces deux faits offrent un intérêt réel en ce qu'ils sanctionnent la bonté d'une pratique importante établie par l'Académie de chirurgie à l'égard des fistules de l'appareil salivaire.

II. REVUE MÉDICALE.

Les numéros des mois d'août et septembre contiennent les articles originaux suivans: 1° *De la puissance vitale considérée dans ses lois pathologiques;* par M. Blaud; 2° *Notice sur la suette miliaire épidémique à Vesoul, pendant l'année* 1837; par M. Prathernon; 3° *Recherches et observations cliniques sur les tumeurs érectiles;* par M. Bouchacourt (travail judicieux mais n'offrant rien d'inconnu); 4° *Considérations sur l'irritabilité et la contractilité;* par M. Castel; 5° *Empoisonnement par l'acide arsénieux traité avec succès par le tritoxide de fer hydraté;* par M. Deville.

NOTICE SUR LA SUETTE MILIAIRE ÉPIDÉMIQUE A VESOUL, AUX MOIS DE MARS ET AVRIL 1837; par M. PRATHERNON.

L'auteur regarde cette maladie comme tout à fait spéciale, et ne pense pas qu'elle puisse être considérée comme symptomatique, ainsi qu'elle l'a été par plusieurs praticiens anciens et modernes, qui probablement ne l'avaient pas observée à l'état épidémique. Il ne nie pas qu'une éruption miliaire ou analogue à la miliaire ne puisse être simplement symptomatique, accidentelle, ou même factice; mais alors elle a lieu ordinairement sans les symptômes généraux dont il donne la description.

Depuis cinq ans, ordinairement à la fin de l'hiver, quelques cas de suette miliaire se présentaient à Vesoul, et tuaient avec la rapidité de la peste la plupart des sujets qui en étaient atteints. Il n'y avait qu'un petit nombre de pleuro-pneumonies, et la grippe régnait à Vesoul comme sur presque tous les autres points de la France, quand, du 4 au 27 mars 1837, cinquante adultes, dont les trois quarts du sexe féminin, furent atteints de

suette miliaire à Vesoul. Vingt succombèrent, et quelques-uns en moins d'un jour.

SYMPTÔMES. Après quelques jours de prodrômes vagues, l'invasion de la suette avait lieu ordinairement dès le matin, assez brusquement, par un petit frisson qui manquait quelquefois. Ensuite, fièvre très forte, sueur fumante, ou vapeur s'élevant de toutes les parties du corps, et pénétrant les lits d'une odeur de levain ou d'orge pourri, devenant plus fétide ensuite, et comparable à celle de la paille pourrie; en même temps céphalalgie sus-orbitaire, douleurs du dos et des membres, oppression, anxiété précordiale, palpitations, insomnie opiniâtre. Malgré la chaleur dont ils sont suffoqués, les malades redoutent singulièrement l'impression de l'air frais.

La plupart des malades eurent des nausées ou même des vomissemens. La langue était saburrale, sans rougeur insolite sur les bords. Constipation chez la plupart; soif souvent ardente; chez quelques sujets, saignement de nez; chez les malades qui ont été auscultés, le murmure respiratoire à la partie postérieure était ou très obscur ou complètement nul, et cette inertie des poumons engorgés s'est prolongée, sans signes extérieurs, jusqu'à la convalescence.

L'éruption commençait le troisième jour, au cou, au dos, sur la poitrine; et, deux jours après, tout le corps, excepté les jambes et la face, était couvert de très petites papules rouges, aspères, rapprochées et même contiguës, dont plusieurs se transformaient, trois jours après ou environ, en de petites vésicules. La sueur devenait moins abondante, du moment où l'éruption apparaissait. La matière des vésicules, d'abord séreuse, devenait puriforme ou purulente ensuite, et, en se desséchant, formait des squammes.

L'époque de l'éruption était la plus redoutable, et plusieurs succombaient alors avec une éruption avortée. Un des caractères les plus tranchés, c'est la perfide bénignité de la maladie; c'est que les symptômes graves ou ataxiques ne s'y déclarent que peu d'instans avant la mort, qui, alors, est presque inévitable. Après avoir franchi l'époque la plus dangereuse de l'éruption, les sujets les plus gravement atteints avaient encore, pendant six jours au moins, de la fièvre, des picotemens à la peau, des frissons, de l'insomnie, des menaces de défaillance, etc.

Après la suette, l'amaigrissement était moins prononcé, la convalescence ordinairement courte et sans accidens.

Quand les sujets succombaient, la putréfaction s'emparait du cadavre avec tant de rapidité, que l'auteur avait en vain essayé d'y chercher les altérations des organes ou des fluides qui pouvaient appartenir à la suette miliaire et causer des morts aussi promptes. Dans la dernière épidémie, le soin pris d'écarter la chaleur des cadavres, et d'en faire l'ouverture avant le terme fixé, a permis de faire des autopsies qui sont rapportées par l'auteur; nous allons en analyser une.

OBS.—Carpentier, cuirassier, très robuste, est apporté à l'hôpital le 17 mars, après avoir été languissant pendant quelques jours. A la visite du 17, il présente de la fièvre, avec le pouls petit et mou, qui est propre à l'épidémie régnante, de la céphalalgie et des sueurs.

Le soir, après un redoublement, l'éruption miliaire commence au cou, et le lendemain, elle s'étend au dos, au reste du tronc et aux membres supérieurs, sans nouveau symptôme grave que l'oppression précordiale, puis la crainte et le pressentiment d'une mort prochaine.

Le 19, l'éruption était complète, et le malade paraissait mieux; à trois heures après-midi, il éprouva plus de malaise, et l'éruption pâlit; tout à coup, à cinq heures du soir, agitation, délire, vomissemens bilieux, déjections involontaires, mouvemens spasmodiques des muscles de la respiration et des membres; dyspnée toujours croissante. Mort à sept heures.

AUTOPSIE FAITE 17 HEURES APRÈS LA MORT. Le thermomètre marquait 4 degrés au-dessous de zéro. L'exanthème a entièrement disparu; mais il reste çà et là de petites vésicules remplies d'une matière puriforme, blanchâtre. Sugillations violettes de toute la partie postérieure; du sang écumeux ruisselle de la bouche et des narines.

THORAX. Le larynx et les bronches sont partout d'un rouge foncé qui ne disparaît pas avec l'eau chaude. Les deux poumons sont partout engorgés de sang; mais surtout à la partie postérieure. Le sang est resté fluide dans les gros vaisseaux, ou y paraît granuleux.

ABDOMEN. La rate est doublée de volume, molle et fluctuante; le doigt s'y enfonce avec facilité. Le cœur un peu flasque et jaunâtre, se déchirant facilement, contient peu de sang. Pas de rougeur de la membrane interne des gros vaisseaux; la membrane muqueuse de l'estomac est piquetée de rouge; mais dans tout le reste du tube digestif elle est pâle. A l'extrémité de l'iléon, on reconnaît les plaques de Peyer à leur saillie; mais sans inflammation ni ulcération.

Le cerveau n'a rien présenté de très notable.

Le traitement employé par les praticiens de Vesoul a varié comme les indications. Ils paraissent n'avoir point employé les saignées coup sur coup et même avoir été détournés du traitement antiphlogistique sévère par la terminaison funeste des premiers cas où il avait été employé et aussi par la mollesse et la petitesse du pouls. Dans quelques cas, les vomitifs, dans d'autres les stimulans, ont paru utiles; puis vers la fin de l'épidémie, quelques signes d'intermittence ayant été offerts dans les accidens, le sulfate de quinine fut employé avec succès.

L'auteur, dans l'examen du rapport des altérations organiques avec les symptômes, conclut avec raison que l'exanthème n'est pas la maladie tout entière, ni son point de départ, ni même sa partie essentielle; il cherche aussi si la cause de cette épidémie ne se trouverait pas dans quelque usage local, et signale surtout à cette occasion l'habitude où sont les habitans de Vesoul de coucher entre deux lits de plumes et la circonstance que la partie de la ville où l'épidémie a sévi avec le plus d'intensité est celle dont les rues sont les plus étroites et où les appartemens reçoivent le moins d'air et de lumière; il rappelle aussi que la fièvre miliaire a attaqué à Vesoul trois fois plus de femmes que d'hommes; qu'elle a surtout été funeste aux nouvelles accouchées; qu'elle n'a frappé personne dans les prisons, ni au collége, ni au petit séminaire, et qu'un seul soldat de la garnison en a été atteint; et il fait ce rapprochement qu'autrefois on avait remarqué en Angleterre que la suette pestilentielle n'attaquait que les nationaux.

EMPOISONNEMENT PAR L'ACIDE ARSÉNIEUX, TRAITÉ AVEC SUCCÈS PAR LE TRITOXIDE DE FER HYDRATÉ; par le docteur DEVILLE.

OBS. — Mlle N., en proie à de vifs chagrins, résolut de mettre fin à ses jours, et, pour cela, s'était emparée d'un paquet d'arsenic (environ deux gros) qu'elle mit, à peu près, dans une once d'eau, pour l'avaler plus commodément; ce qu'elle ne put faire complétement. Ce jour-là, pour détourner l'attention de ses parens, elle avait eu soin de manger plus que d'ordinaire à son dîner. Ce fut à minuit qu'elle prit ce funeste breuvage, et, une heure après, elle fut prise d'envies de vomir, d'une vive chaleur à la gorge et à l'épigastre, puis de vomissemens qui entraînèrent des alimens et probablement aussi une partie du poison. A trois heures du matin, les douleurs épigastriques, n'étant plus supportables, et s'étant compliquées de crampes dans les mollets, avec gonflement et vive injection de la face, M. Deville est appelé. Dans les premiers instans, il fait boire à la malade et en abondance du lait, puis de la décoction de graine de lin. Pendant ce temps, il se procurait du tritoxide de fer, et, à cinq heures, en administra une première cuillerée à bouche, et continua cette dose de quart d'heure en quart d'heure, de telle sorte qu'à huit heures du matin la malade en avait pris plus d'une livre. Il crut alors devoir s'arrêter, parce qu'il y avait eu plusieurs vomissemens et deux selles, et parce que les symptômes semblaient s'amender.

Plus tard, le pouls ayant paru large, élevé, l'épigastre étant devenu le siége de douleurs violentes, vingt-cinq sangsues furent appliquées sur cette partie puis remplacées par des cataplasmes émolliens et aidées de lavemens adoucissans.

Le lendemain, et pendant plusieurs jours encore, la fièvre persista accompagnée d'une céphalalgie des plus intenses, qui ne laissait pas un instant de repos à Mlle N. Toutefois les souffrances de l'estomac allaient en diminuant; enfin, à l'aide de bains généraux et d'un traitement adoucissant, l'état de la malade s'améliora graduellement, et, au bout de onze jours, il ne restait plus de traces de ce fâcheux événement.

Ce fait n'a pas autant de valeur qu'on pourrait le croire au premier abord, car on ignore la quantité d'arsenic qui fut rejetée par les premiers vomissemens; et il serait possible que l'estomac n'en eût conservé que ce qui était nécessaire pour produire les accidens éprouvés. Cependant, si on se rappelle le temps qui s'était écoulé depuis le dîner, et d'après lequel la digestion devait être très avancée, on concevra qu'une partie de l'acide arsénieux avalé a pu passer dans les intestins pendant le temps qui s'est écoulé entre l'ingestion du poison et les premiers vomissemens. Il est donc rationnel d'attribuer à l'action neutralisante du tritoxide de fer hydraté la cessation des accidens, bien que cinq heures se fussent écoulées avant qu'on eût pu l'administrer à la malade.

III. L'EXPÉRIENCE.

Les numéros des mois d'août et septembre contiennent les articles originaux suivans: 1° *De l'inutilité de l'examen des urines sous le point de vue de leur densité*; par M. Félix d'Arcet, interne des hôpitaux; 2° *Examen microscopique du vaccin*; par MM. Fiard et Donné; 3° *Recherches sur le pus*; par M. Mandl; 4° *Des émissions sanguines, de leurs partisans et de leurs détracteurs aux différentes époques de la médecine*; par M. Dohois (d'Amiens).

DE L'INUTILITÉ DE L'EXAMEN DES URINES SOUS LE POINT DE VUE DE LEUR DENSITÉ; par M. FÉLIX D'ARCET.

L'auteur regarde comme tout à fait illusoire l'importance que quelques médecins de nos jours attachent à la connaissance de la densité de l'urine dans les divers états pathologiques, comparés à l'état normal, et il regarde comme remplie d'incertitude et d'erreur la voie dans laquelle sont entrés

les expérimentateurs, depuis que les recherches de Bright sur les maladies des reins ont appelé l'attention sur les différentes propriétés physiques de l'urine.

Voici quelques-unes des propositions sur lesquelles il s'appuie pour démontrer l'inutilité des recherches relatives à la densité de l'urine.

1° L'urine est presque toujours acide, rarement alkaline, quelquefois à l'état neutre, et les variations de densité n'indiquent rien d'utile relativement à ces différens états de cette sécrétion.

2° L'urine rendue alkaline par de l'ammoniaque est, à volume égal, plus légère que l'eau; mais l'addition du carbonate d'ammoniaque dans l'urine en augmente à peine la densité.

3° La présence de l'acide carbonique libre dans l'urine tend à en diminuer la pesanteur spécifique.

4° L'eau chargée de mucus au point d'être visqueuse et filante ne pèse pas plus que l'eau.

5° L'aréomètre ne marque que zéro dans de l'eau contenant dix centièmes d'albumine.

6° L'eau chargée de 5 centièmes d'urée ne marque que 1 degré à l'aréomètre au lieu de 5 degrés.

7° La densité de l'urine varie en raison de la température qu'elle a au moment de l'expérience.

8° M. d'Arcet présente en outre un tableau d'après lequel les densités de l'urine prises à diverses époques de sa putréfaction sont, à peu de choses près, semblables; tandis que sous le rapport des caractères chimiques, l'urine a subi de telles variations qu'elle est devenue méconnaissable. En effet, d'acide qu'elle était, elle n'a pas tardé à devenir neutre, même alkaline. En même temps que les sels terreux qu'elle contient se précipitaient, la quantité d'urée qui la constitue a toujours été en diminuant, et elle s'est trouvée chargée de plus en plus de carbonate d'ammoniaque formé aux dépens des élémens de l'urée; ce carbonate d'ammoniaque s'est à son tour volatilisé, en abandonnant le liquide privé de tous ses principes. Eh bien! l'aréomètre n'a rien indiqué de toutes ces réactions si tranchées et si complexes.

9° La densité des urines n'est pas la même pour chaque maladie, et, sous ce rapport, elle varie tantôt peu, tantôt beaucoup, pour des maladies semblables ou très différentes.

De ces diverses considérations, l'auteur conclut que le médecin ne peut tirer aucune conséquence utile de la détermination de la densité de l'urine, et que s'il veut avoir un guide pour l'examen de cette sécrétion dans le cours des différentes maladies, il doit ne s'attacher qu'à en connaître la composition ou l'état chimique, et faire usage pour cela, non du pèse-liqueur, mais bien de réactifs chimiques.

Cette critique des recherches sur la densité de l'urine, vraie sous quelques points de vue, nous semble cependant trop sévère, prise d'une manière générale. Ainsi, bien que le pèse-liqueur ne puisse nous faire connaître la nature des substances qui font augmenter la densité de l'urine, cependant il n'en indique pas moins l'existence de ces substances dans l'urine. D'ailleurs, il n'est pas démontré pour nous, comme il semble l'être pour l'auteur, que la densité des urines n'ait pas un certain rapport avec certaines maladies. Ainsi, il est bien certain, d'après les recherches des docteurs Bostock et Grégory, que dans les maladies de Bright la densité des urines est généralement inférieure à celle qu'elles ont à l'état normal, bien qu'il n'y ait pas une densité propre à cette maladie, et que la pesanteur de l'urine varie non-seulement chez chaque malade, mais encore aux diverses époques de la maladie, et même aux différentes heures de la journée.

IV. JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES.

CAS REMARQUABLE DE FRACTURE DU STERNUM ET DES CÔTES; par M. FLEURY.

OBS. — Le nommé Maze, doué d'une constitution vigoureuse, âgé de trente ans, fut renversé, le 18 décembre 1837, par un tonneau qu'il cherchait à descendre dans une cave; la corde se rompit, et quelques efforts qu'il fît pour résister à un poids aussi considérable, il ne put y parvenir. Le blessé, immédiatement transporté à l'Hôtel-Dieu, est privé de l'usage de ses facultés intellectuelles. Il se plaint seulement, par quelques paroles mal articulées, d'éprouver une douleur très vive aux bas reins. Un enfoncement s'observe à l'extrémité supérieure de la paroi antérieure de la poitrine; une pression même légère fait percevoir une crépitation à la partie supérieure du sternum et au niveau des cartilages des quatre ou cinq premières côtes du côté droit. La respiration est néanmoins assez libre: il n'y a ni toux, ni expectoration sanguinolente.

Des désordres non moins graves s'observent à la tête; du sang s'est écoulé en assez grande quantité par le conduit auditif de l'oreille droite; les deux paupières de ce côté sont ecchymosées et recouvrent entièrement le globe oculaire. L'œil correspondant est fortement porté dans l'adduction, ce qui produit un strabisme très prononcé; la pupille est peu dilatée; le côté droit de la face est le siége d'une paralysie légère; la commissure gauche des lèvres est entraînée par les muscles qui s'y insèrent toutes les fois que le malade pousse des cris. Cette paralysie est locale et ne s'étend point à tout le côté droit dont les membres ont conservé leur mobilité; la sensibilité y est plutôt exaltée qu'affaiblie.

Une saignée du bras avait été pratiquée en ville sans qu'on ait pu en retirer une goutte de sang; l'interne de garde fit une application de sangsues sur la poitrine; elles ne s'étaient pas encore détachées lorsque nous vîmes le malade; le pouls était alors sinon complètement insensible, au moins tellement faible qu'on avait de la peine à en sentir les battemens. Nous fîmes suspendre toute évacuation sanguine et promener des sinapismes sur les membres inférieurs; on administra à l'intérieur quelques cuillerées d'une potion éthérée. Les mouvemens désordonnés auxquels se livrait le malade avaient nécessité l'emploi de la camisole de force.

Sous l'influence de cette médication, il survint au bout de quelques heures une amélioration légère; le blessé fut plus calme et parut comprendre les paroles qu'on lui adressait.

Le 19 décembre, les paupières sont moins tuméfiées; le strabisme est peu prononcé et la bouche moins déviée que la veille; le pouls s'est relevé; des douleurs très vives se font sentir à la poitrine et à la tête (dix sangsues derrière chaque oreille; bouillon de veau; sinapismes; diète absolue; dans la soirée, saignée de 16 onces).

20. La respiration commence à être embarrassée; le malade a la plus grande peine à rejeter les crachats qui s'accumulent dans les bronches; l'air en les traversant produit un gargouillement très fort; le pouls est dur et fréquent (saignée de 16 onces; tisane pect.; looch; diète).

21. L'état du malade s'est un peu amélioré; la respiration est moins gênée; l'expectoration moins difficile n'est point sanguinolente; le thorax est toujours le siége de douleurs excessivement aiguës: pour peu qu'on y exerce quelques pressions ou qu'il soit soulevé dans un mouvement d'inspiration, on y perçoit un craquement des plus prononcés. On le recouvre de compresses imbibées d'eau blanche animée avec de l'eau-de-vie camphrée que l'on assujettit au moyen d'un bandage de corps fortement serré pour s'opposer à la dilatation des parois thoraciques.

Dans la soirée, pouls fort et fréquent (saignée de 12 onces).

22 et 23. Amélioration; le strabisme et la déviation de lèvres continuent.

27. La déglutition des liquides est difficile; paralysie faciale plus prononcée. La paupière de l'œil droit ne se ferme qu'incomplétement.

Plus tard, pas de changement dans la paralysie; l'œil droit distingue moins bien les objets que le gauche. La santé générale est excellente. On traite la paralysie faciale par les vésicatoires et les frictions de strychnine.

Le malade a quitté l'hôpital dans cet état.

Ce fait offre l'exemple de deux lésions très graves, une fracture du sternum et un épanchement intra-crânien, et pourtant le malade a guéri. Il est à regretter que l'auteur n'ait pas donné assez de détails sur les conditions du sternum et des organes sous-jacens après la guérison.

DU SULFATE DE QUININE EMPLOYÉ EN POMMADE CONTRE LES FIÈVRES INTERMITTENTES.

Le sulfate de quinine est un médicament d'une si grande et si certaine efficacité, lorsqu'il est administré dans les conditions convenables, qu'on ne peut trop multiplier les diverses méthodes de l'employer, afin que l'administration en soit facile ou au moins possible dans tous les cas. C'est sur le docteur Antonini, aujourd'hui médecin en chef de l'armée d'Espagne, que fut d'abord essayé ce mode d'administrer le sulfate de quinine.

Après deux accès de fièvre sans caractère grave, on avait administré le sulfate de quinine en pilules, en potions et en lavemens, et toujours il avait été rejeté. Le troisième accès s'offrit avec les symptômes pernicieux de lipothymie, et cet accès était subintrant, au type quotidien. Il n'y avait plus de temps à perdre et aussitôt on appliqua, sous chaque aisselle, un gros de sulfate de quinine mêlé à deux gros d'axonge. L'accès suivant fut moindre. On renouvela l'application et la fièvre fut coupée. Elle reparut au bout de quarante jours. On voulut donner le sulfate de quinine en potions, en pilules ou lavement; mais il fut toujours rejeté. On fut obligé de recourir au premier mode d'administration et avec le même succès.

SUR L'HOEMOPIS VORAX SANGSUE, QUI S'OBSERVE SUR L'HOMME ET SUR DIVERS ANIMAUX; par le docteur GUYON.

Cette espèce de sangsue se rencontre surtout sur le littoral de la Méditerranée. Elle y habite les eaux vives, notamment les sources. Son introduction chez l'homme et chez les animaux n'a lieu que dans le jeune âge, et lorsqu'elle n'est encore que filiforme; mais une fois fixée sur sa proie, son accroissement est très rapide. C'est à Mahon, lors du siége de cette place, vers le milieu du siècle dernier, que l'*hæmopis vorax* a été signalée la première fois sur l'homme. Depuis, M. le baron Larrey l'a observée en Egypte, et M. Guyon lui-même, qui l'avait déjà vue en 1828, en Espagne, l'a retrouvée en Afrique, où on l'observe chaque année, à l'approche des chaleurs, sur l'homme, le cheval, le chien, le mouton, l'espèce bovine, etc. Les accidens qu'elle détermine chez l'homme comme chez les animaux sont en raison du siége qu'elle occupe. Le plus ordinairement,

chez l'homme, oo la trouve dans les fosses nasales, et plus particulièrement à la face postérieure du voile do palais. Quelquefois, elle s'introduit dans le pharynx, et chez un malade ôo a été obligé de pratiquer la laryngotomie pour l'extraire.

Chez les animaux, elle occupe le plus souvent l'intérieur de la bouche. On l'a observée aussi sur la vulve des jumens et des vaches, aiosi que dans l'estomac des chevaux qui avaieot succombé à l'épuisemeot que sa présence daos cette partie entraîne ordinairemeot à sa suite, quand elle y est en grand oombre.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 8 OCTOBRE.

COMPOSITION DES BAUMES.

M. Pelouse présente au nom de E. Fremy des recherches sur ses produits.

En traitant le baume du Pérou liquide par des méthodes que l'auteur fait connaître, on en retire deux substances, l'une liquide et l'autre cristalline.

La matière liquide, qui a été appelée cinnamméine, présente les plus grands rapports avec les corps gras. Quand on la traite par une solution de potasse concentré, elle se transforme en cinnamate de potasse et en une matière neutre volatile, qui a été nommée péruvine. Cette réaction se fait sans dégagement de gaz et sans absorption d'oxigène. Quand on traite la cinnamméine par de l'hydrate de potasse en morceaux, il se forme encore du cinnamate de potasse, mais dans ce cas il se dégage de l'hydrogène pur. Il ne se produit alors que des traces de péruvine. La constitution de la cinnamméine rend parfaitement compte de ces deux réactions.

La matière cristalline du baume du Pérou a la composition de l'hydrure de cynnamyle et possède toutes ses réactions; quand on la traite par de l'hydrate de potasse, elle se transforme en cinnamate de potasse et dégage de l'hydrogène pur.

Les deux corps dont il vient d'être parlé sont ceux qui forment la résine et l'acide cinnaméique que l'on rencontre dans les baumes exposés à l'air.

Le baume de Tolu a exactement la même composition que le baume du Pérou, mais il contient aussi de l'acide cinnamique et une résine qui a la même composition que celle du baume du Pérou.

Le benjoin contient, comme les précédentes, une résine qui est la même que celle qu'on rencontre dans tous les baumes. La formation de ce baume s'expliquerait, en admettant qu'il provient d'un mélange d'huile d'amande amère ou de son isomère et de cinnamméine.

SUR LE MÉCANISME DE LA RESPIRATION CHEZ LES CRUSTACÉS.

M. Milne Edwards lit un mémoire sur ce sujet. Chez les crustacés inférieurs le mécanisme de la respiration est des plus simples; plusieurs de ces animaux ne paraissent pas avoir pour cela d'instrument particulier, et c'est par le contact de l'eau aérée avec toute la surface du corps que cette fonction doit alors s'effectuer; or, pour renouveler le liquide dont cette surface est baignée, il suffit des mouvemens généraux de l'animal. Il en est encore de même lorsque certaines parties extérieures, telles que les pattes, sont modifiées dans leur structure, de façon à devenir des organes spéciaux de respiration, ainsi que cela se voit dans les branchiopodes et les édriophtalmes; mais chez les crabes, les écrevisses et les autres crustacés supérieurs dont se compose l'ordre des capodes, les besoins de la respiration ne peuvent être satisfaits avec la même facilité, et pour que les branchies trouvent dans l'eau qui les baigne les qualités indispensables à l'entretien de la vie, le renouvellement de ce liquide doit être nécessairement déterminé par un mécanisme spécial.

En effet, chez tous ces animaux, les branchies, au lieu d'être extérieures et de flotter librement dans l'eau ambiante, sont renfermés dans des cavités qui ne communiquent en dehors que par des ouvertures étroites. L'eau, il est vrai, peut arriver facilement jusqu'à ces organes; mais pour que le liquide dont la cavité respiratoire se remplit soit renouvelé avec la rapidité et la régularité convenables, il faut qu'un courant s'y établisse, et le courant ne peut être déterminé que par le jeu de quelque appareil particulier.

L'auteur donne de ce mécanisme une description que nous sommes forcés de passer complètement sous silence, l'analyse ne pouvant en être que fort obscure, surtout privée du secours des figures que M. Edwards a jointes à son mémoire: qu'il nous suffise de dire que chez ces animaux l'appareil ne représente point, comme chez la plupart des vertébrés, une sorte de pompe qui détermine l'entrée du fluide ambiant dans la capacité respiratoire, mais qu'il présente un système de palettes fonctionnant à la manière des ventilateurs, et opère le renouvellement de l'eau par appel en rejetant sans cesse au dehors une portion du liquide contenu dans la cavité branchiale.

Cette cavité a deux ouvertures par lesquelles elle communique au dehors, et il était naturel de se demander si l'eau peut entrer et sortir indifféremment par les deux orifices, ou bien si le liquide est obligé de suivre une route déterminée, et dans ce cas quelle est la direction des courans.

Des expériences faites il y a quelques années par MM. Edwards et Audouin résolvent la première question.

« Nous plaçâmes, dit l'auteur du mémoire, dans un vase rempli d'eau de mer un maïasquinado bien vivant, en ayant soin de faire plonger dans le liquide l'un des orifices de la cavité (celui qui est au-devant de la base des pattes antérieures), et de maintenir l'autre ouverture au-dessus de la surface de l'eau. Les pattes-mâchoires externes étaient d'abord rapprochées, et par conséquent ce premier orifice était fermé par le prolongement de l'article basilaire de ces organes; mais l'animal ne tarda pas à les écarter, de façon à relever l'espèce de volet formée par cette pièce solide, et alors nous vîmes presque aussitôt l'eau monter dans le canal par lequel la cavité branchiale vient se terminer de chaque côté de la bouche; et pendant toute la durée de l'expérience, le liquide ne cessa de déborder par son extrémité.

» Nous renversâmes ensuite l'animal de façon à maintenir au-dessus du niveau de l'eau l'ouverture qui auparavant y était plongée, et à placer dans ce liquide l'extrémité du canal qui, dans l'expérience précédeote, était exposée à l'air. Le crabe fit mouvoir comme auparavant les pattes mâchoires, mais il n'arriva pas une seule goutte d'eau au bord de l'ouverture ainsi soulevée, et nous remarquâmes bientôt qu'un grand nombre de bulles d'air s'échappaient de l'orifice du canal immergé, de la même manière que nous avions vu l'eau en sortir, quand l'appareil était en communication avec ce liquide par l'ouverture postérieure de la cavité branchiale. »

Ces expériences, répétées et variées sur un grand nombre de crustacés différens, ont toujours offert à M. Edwards les mêmes résultats, c'est-à-dire que c'est par l'ouverture située près de la base des pattes que l'eau nécessaire à la respiration pénètre dans la cavité branchiale, et que c'est par un canal situé de chaque côté de la bouche qu'elle en sort après avoir baigné les branchies.

La position et la conformation de ce canal afférent ne changent pas dans tout l'ordre des décapodes; mais la disposition de l'ouverture afférente de la cavité respiratoire varie, et au premier abord on pourrait croire que chez les ranines elle n'existe même pas; de sorte que l'eau serait obligée d'entrer dans la chambre branchiale par la même voie qui d'ordinaire sert exclusivement à la sortie de ce liquide; mais il n'en est pas ainsi, et l'orifice afférent ne manque jamais; seulement il est quelquefois situé à la partie antérieure de la tête, et d'autres fois sous l'origine de l'abdomen.

Chez les décapodes, comme nous l'avons dit, la cavité respiratoire ne peut évidemment fonctionner comme le thorax des animaux supérieurs, en se dilatant et se contractant alternativement, c'est-à-dire agir à la manière d'une pompe foulante et aspirante. Chez ces animaux il n'existe aussi aucune communication entre l'arrière-bouche et l'appareil respiratoire; en sorte que des mouvemens de demi-déglutition ne peuvent suppléer à l'absence des mouvemens d'inspiration ordinaire, comme cela se voit chez les poissons et chez quelques reptiles. Connaissant ces particularités de structure, M. Cuvier avait cherché à se rendre compte du renouvellement de l'eau qui baigne les branchies des crustacés décapodes par les mouvemens des appendices flabelliformes fixés aux pattes-mâchoires des crabes ou logés entre les divers faisceaux branchiaux chez les écrevisses. Mais si une fonction aussi importante était réellement dévolue à ces organes, on devrait s'attendre à les rencontrer partout où la respiration nécessite un pareil renouvellement d'eau aérée, c'est-à-dire chez tous les décapodes. Or, chez un grand nombre de macroures et d'anomoures, ces appendices manquent complètement, ou bien se trouvent réduits à un état de mollesse qu'ils ne pourraient servir comme agent d'impulsion.

Il était donc bien probable que le renouvellement de l'eau nécesssaire à la respiration devait être déterminé par quelque autre instrument, et il existe, en effet, d'autres organes qui semblent réunir toutes les conditions nécessaire pour les rendre propres à ce rôle important, ce sont les appendices, que les zoologistes distinguent sous le nom de mâchoires de la seconde paire. En observant le jeu de ces organes, MM. Audouin et Edwards n'avaient pas hésité de les considérer comme la cause de ce phénomène, et les expériences tentées depuis par M. Edwards confirment pleinement cette opinion.

Dans les édrioptalmes et les stomapodes, qui, par l'ensemble de leur organisation, se rapprochent le plus des décapodes, ces mâchoires ne présentent qu'une série de lames cornées, qui s'appliquent sur la bouche, et qui concourent avec quelques autres appendices analogues à retenir les alimens pendant que les mandibules les divisent. Chez les décapodes, on retrouve aussi cette partie buccale des mâchoires postérieures; mais elle ne forme pas la portion la plus importantante de ces organes; celle-ci consiste en une grande lame ovalaire, qui est logée dans le canal afférent de la cavité branchiale, et qui, fixée vers le milieu de son bord interne, bat comme sur un pivot. Par suite de ces mouvemens, cette lame cornée bouche avec sa partie antérieure le canal qui la renferme, puis relevant obliquement son bord postérieur, frappe d'arrière en avant l'eau qui la baigne et la chasse au-delà de l'espèce de valvule formée par son bord antérieur. Celui-ci se relève aussitôt comme un clapet pour s'opposer à la rentrée de l'eau, et tant que l'animal continue à vivre, ces mouvemens se répètent avec une rapidité extrême.

Pour s'assurer si les battemens de cette valvule suffisent pour l'établissement d'un courant dans le canal afférent de l'appareil respiratoire, M. Edwards ouvrit largement la cavité branchiale sur un crabe vivant, et, sans retirer l'animal de l'eau, il enleva toute la voûte de cette cavité, en ayant soin de ne pas léser le canal afférent. Ce canal se trouvait, par conséquent, isolé, et si le courant qui le traverse d'ordinaire était déterminé par quelque agent d'impulsion, situé ailleurs que dans son intérieur, ce courant se serait nécessairement arrêté à la suite de l'opération; mais, au contraire, il persista, et sa rapidité même ne fut pas sensiblement diminuée.

Dans une autre expérience, on laissa intacte la cavité respiratoire; mais on maintint immobiles les pattes-mâchoires, dont les mouvemens déterminent ceux des appendices flabelliformes, considérés généralement comme les agens mécaniques de la respiration, et ici encore le courant formé par l'eau qui sort de cette cavité ne fut ni arrêté ni ralenti.

Enfin, dans la troisième expérience, faite également sur un crabe vivant, on coupa, à la base de la grande valvule mandibulaire, les muscles qui font osciller cet organe. Aussitôt le courant à travers la cavité branchiale s'arrêta immédiatement, et, en faisant agir les appendices flabelliformes, on ne put rétablir le mouvement du liquide.

Des expériences analogues, faites sur d'autres brachiures, ainsi que sur les macroures, ont donné les mêmes résultats.

Il est donc évident que ce sont les mouvemens oscillatoires de cette espèce de palette qui déterminent la sortie de l'eau renfermée dans la cavité branchiale,

sortie qui détermine, à son tour, l'entrée d'une quantité correspondante du liquide ambiant par les autres orifices aboutissant au-dehors, et qui assure de la sorte le renouvellement de l'eau aérée, nécessaire pour subvenir aux besoins de la respiration. Cette valvule est, par conséquent, une des pièces les plus importantes de l'appareil respiratoire des crustacés décapodes, et cette importance explique pourquoi son mode de conformation varie si peu dans toute cette grande division zoologique, tandis que dans les autres groupes de la même classe, où des dispositions différentes du système branchial rendent son jeu inutile, on n'en voit aucun vestige.

Quant aux appendices flabelliformes, ils ne peuvent guère servir qu'à agiter l'eau contenue dans la cavité branchiale, et sont incapables de déterminer le renouvellement de ce liquide, phénomène sans lequel la vie cesserait bientôt d'être possible. Chez quelques décapodes, et surtout chez les crabes, ils peuvent contribuer aussi à maintenir des lamelles branchiales libres entre elles, et à empêcher, qu'en s'accolant, elles ne viennent à diminuer l'étendue de la surface en contact avec l'oxigène du milieu ambiant, circonstance dont l'influence sur la respiration des animaux aquatiques a été démontrée par les expériences de M. Flourens.

SUR LES COULEURS DES DOUBLES SURFACES A DISTANCE.

M. Babinet lit un mémoire sur ce sujet.

Les faits principaux auxquels l'auteur a appliqué les principes des interférences sont relatifs à trois expériences nouvelles qui lui sont propres, ainsi qu'aux couleurs des plaques épaisses de Newton, et à deux expériences particulières de MM. Pouillet et Quetelet.

La principale expérience de M. Babinet consiste à mettre sur le trajet de rayons convergens une plaque à faces parallèles légèrement ternies. On obtient autour du foyer des anneaux colorés d'une nature particulière, dont M. Babinet donne le calcul. On peut encore remarquer les anneaux colorés que certaines parties de certaines lames de mica font apercevoir autour d'une bougie placée à distance. M. Babinet donne les formules mathématiques de toutes ces particularités des phénomènes.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 16 OCTOBRE. — PRÉSIDENCE DE M. MOREAU.

La correspondance manuscrite présente plusieurs lettres de MM. Gantier de Claubry, Bayle, Cazenave, Jolly, Miquel et Sandras qui se portent candidats pour la nouvelle nomination qui doit avoir lieu prochainement dans la section de thérapeutique générale. (Renvoi à la commission.)

La correspondance imprimée offre un opuscule en italien, de M. le professeur Speranza, intitulé : *Lettre sur l'homœopathie.*

EMPOISONNEMENT PRÉSUMÉ HOMŒOPATHIQUE.

M. Orfila lit une notice sur un cas d'empoisonnement pour lequel il a été consulté officieusement.

Un médecin allemand, le docteur Schneider, âgé de 27 ans, voyageait en France avec un de ses amis, M. Reitingausen. Arrivés dans le département de la Côte-d'Or, le premier tombe malade; on appelle un médecin homœopathe, le docteur Laville de la Plaigne, qui prescrit six globules d'aconit, quatre d'arsenic, vingt de quinquina, douze de belladone et quatre de *rhus toxicodendron*. M. Reitingausen s'est chargé de l'administration de ces globules. Après quelques jours de maladie Schneider est mort subitement. Huit mois après on soupçonne que cette mort avait eu lieu par empoisonnement avec les globules que Reitingausen avait administrés à son ami. On fait une enquête judiciaire et le corps de Schneider est exhumé. En attendant, Reitingausen a été arrêté à Dijon et traduit devant les assises de la Côte-d'Or. Les quatre experts désignés par l'autorité ont trouvé des sels de cuivre et de plomb dans le canal intestinal, et ont conclu que Schneider était mort empoisonné par l'action de ces substances.

Pour sa défense, Reitingausen écrit à M. Orfila, lui envoie les pièces du procès et le consulte sur la valeur du jugement porté par les quatre experts. C'est cette consultation que M. Orfila est venu lire devant l'Académie. Il résulte de l'examen des pièces d'après M. Orfila : 1° que les symptômes que Schneider a présentés durant sa maladie sont ceux d'une fièvre typhoïde et non d'un empoisonnement; 2° que les sels de plomb et de cuivre trouvés dans le tube intestinal du cadavre n'autorisent pas à dire que Schneider avait été empoisonné, car outre qu'ils étaient en trop faible quantité pour déterminer des symptômes toxiques ils auraient pu être introduits dans les tissus par le pain ou l'eau que le malade avait pris antérieurement, ou par le terrain même dans lequel le cadavre avait été coservé; 3° que le jugement par conséquent porté par les experts est fort hasardé, erroné même sur plusieurs points; il manque d'ailleurs de détails essentiels.

Quoi qu'il en soit, Reitingausen s'est pendu dans la prison de Dijon avant d'être jugé.

TOXICOLOGIE.

M. Devergie communique, pour prendre date, les détails d'une observation importante qu'il vient de faire conjointement avec M. Henry. Il s'agit de la présence des sels de plomb et de cuivre dans la structure intime de nos organes, présence qui aurait pu faire croire à un empoisonnement par ces sels, alors qu'il n'y en avait pas. Ayant été nommé officiellement pour l'examen de deux cadavres soupçonnés d'empoisonnement, MM. Devergie et Henry ont trouvé dans le tube intestinal des sels de cuivre et de plomb. Avant de juger sur la source de ces substances ils ont cru devoir analyser pareillement même organe de cadavres succombés à une mort naturelle. Quel a été leur étonnement de trouver par l'incinération les mêmes sels? Ces recherches ayant été répétées avec les cendres d'autres organes ont donné le même résultat, d'où MM. Devergie et Henry sont portés à conclure que les sels de cuivre et de plomb forment partie intégrante de tous nos tissus à l'état normal : observation importante dont on prévoit toute la portée en toxicologie.

MORVE CHEZ L'HOMME.

M. Bouley jeune lit une note dans laquelle il examine quelques points relatifs à la question de la morve. D'abord, puisque l'existence de la morve aiguë chez l'homme ne peut plus être contestée, peut-on regarder cette affection comme une production spontanée, ou bien comme le résultat d'une transmission du cheval à l'homme? Dans l'état actuel de nos connaissances, cette question est irrésoluble; pourtant tous les cas observés jusqu'à présent chez l'homme ont eu pour sujets des individus qui avaient cohabité avec des chevaux atteints de morve. M. Bouley examine en attendant la question de savoir si le mal est contagieux parmi les chevaux eux-mêmes; il cite à ce sujet des expériences faites dernièrement par une commission nommée *ad hoc* par le gouvernement, et d'autres faites par M. Renaud à l'école d'Alfort. Ces expériences, bien qu'elles ne soient pas encore suffisamment multipliées, autorisent à conclure, jusqu'à nouvel informé, que la morve chronique n'est point contagieuse et que l'aiguë ne l'est que fort rarement et dans quelques cas exceptionnels. Les chevaux bien portans mis en rapport avec d'autres atteints de morve chronique n'ont pas contracté la maladie. Sur cent et quelques chevaux sains que la commission a placés parmi d'autres atteints de morve aiguë, il n'y en a eu que sept qui ont pris cette dernière affection, les autres ont continué à se bien porter; encore la commission est-elle restée dans le doute sur l'état antérieur de la santé de ces sept chevaux. Dans une dernière expérience on a pris quatre jeunes chevaux bien portans, on les a fait cohabiter avec des chevaux atteints de morve aiguë; aucun n'a contracté la maladie. Mais si le mal n'est pas contagieux de cheval à cheval, peut-on en dire autant du cheval à l'homme? Sans se prononcer ouvertement, M. Bouley paraît plutôt porté à croire au développement spontané de la morve aiguë chez l'homme qu'à la transmissibilité de la même maladie du cheval à l'homme. Il examine les causes de la morve aiguë chez le cheval, il réduit ses causes à des vices hygiéniques. Reste cependant à savoir s'il n'y a que cela uniquement dans la production de la maladie et si les mêmes conditions peuvent produire le même mal chez l'homme.

Un membre communique à l'Académie les détails de l'autopsie de l'homme mort de morve aiguë à l'Hôtel-Dieu (v. Gaz. Méd., numéro précédent, p. 653). Les lésions qu'on a rencontrées sont parfaitement semblables à celles des cas de MM. Rayer et Breschet.

1° Eruption générale externe de pustules rondes et de taches gangréneuses. Ces pustules étaient surtout très développées à la face, sur le cuir chevelu et au cou. Chacune de ces pustules contenait du pus et des pseudo-membranes. Le derme sous-jaceut était excorié et injecté.

2° Tumeurs volumineuses de couleur violacée, sur plusieurs points de la surface du corps. La plus grosse de ces tumeurs était à l'épaule droite. Les autres avaient de 6 à 12 lignes de diamètre, et contenaient du pus sanguinolent. L'une d'elles existait sur la paroi thoracique droite, et communiquait avec celle de l'épaule, moyennant u e traînée de petites tumeurs, le pus qu'elle contenait avait fusé dans l'intérieur de la poitrine. La peau sous-jacente était épaissie, le tissu sous-dermique infiltré de sang. Au coude, la peau était détruite comme par la pourriture d'hôpital jusqu'au tissu cellulaire. Des abcès multiples existaient entre les muscles et dans le derme d'autres régions des membres.

3° Les cavités nasales offrent des pustules plus ou moins volumineuses, des érosions, des ulcérations à la muqueuse; cette membrane et son tissu sous-jacent sont ici épaissis et injectés, là érosés et détruits. Les prolongemens de la muqueuse nasale dans le pharynx et dans les sinus maxillaires, sphénoïdaux et frontaux, offrent des altérations analogues. La cloison nasale est perforée sur un point dans l'étendue de six lignes, couverte de pustules et d'ulcérations sur d'autres.

4° Les plèvres sont rouges, les poumons présentent les restes d'une phlogose suppurative parcellaire (pneumonite lobulaire). Un abcès existe dans la poitrine droite, et communique avec un autre abcès extérieur dont nous avons parlé. Les bronches contiennent du mucus rouillé. Le cœur est sain; il offre seulement quelques points blanchâtres qu'on attribue à une péricardite ancienne.

5° Ganglions lymphatiques hypertrophiés et ramollis autour du cou, et sur d'autres régions voisines aux abcès dont nous avons parlé.

6° Les artères, les veines, le cerveau et les autres viscères sont à l'état normal.

En résumé, voilà l'exemple d'un jeune homme vigoureux, habituellement bien portant qui, ayant été destiné à soigner des chevaux atteints, les uns de morve chronique, les autres de morve aiguë, est pris d'abord d'une sorte de coryza intense, puis d'un épistaxis, de céphalalgie, fièvre, douleurs d'apparence rhumatismale, abattement général; ensuite d'une éruption pustuleuse et gangréneuse, et d'un écoulement nasal pareil à celui qu'offrent les chevaux atteints de morve aiguë; et qui, enfin, présente à l'autopsie les mêmes altérations pathologiques que ces solipèdes. N'est-on pas autorisé suffisamment par ces précédens à dire que ce palefrenier est mort de la même maladie que les chevaux avec lesquels il avait cohabité? En rapprochant ce fait des autres dont on a parlé, n'est-on pas autorisé à demander des mesures de police sanitaire sur ce sujet?

Plusieurs membres demandent la parole. Bruits tumultueux. Séance levée brusquement à cinq heures moins un quart.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

IMPRIMERIE DE FELIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 43. (TOME VI. — 1838.) SAMEDI 27 OCTOBRE 1838.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis ; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 14, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

Le bureau de la GAZETTE MÉDICALE est maintenant rue Racine, n° 14.

SOMMAIRE.

REVUE GÉNÉRALE.

QUESTION DE LA MORVE CHEZ L'HOMME; DISCUSSIONS ACADÉMIQUES.

L'Académie de médecine vient, comme on le sait, d'ouvrir une nouvelle discussion sur la transmission de la morve aiguë à l'homme, à l'occasion de deux observations qui lui ont été communiquées par deux de ses membres dans les dernières séances. Nous croyons à propos de rappeler quelques documens historiques sur la manière dont les premiers faits de ce genre ont été connus, sur les discussions et la polémique auxquelles ils ont donné lieu.

La transmissibilité de la morve du cheval à l'homme a été longtemps un fait inconnu. On en nia la possibilité dès les premiers exemples qui en furent cités ; on contesta longtemps la vérité des observations publiées sur ce sujet, ou on leur refusa le caractère d'authenticité propre à les faire admettre dans la science. Ces faits, devenus plus nombreux et examinés avec plus de soin et d'attention, ont acquis depuis peu, par l'autorité imposante des personnes qui les ont observés et surtout par la précision des détails, un tel degré d'importance, qu'on ne saurait plus longtemps reculer devant la nécessité de leur donner une place dans la nosologie humaine.

Les premiers cas de morve chez l'homme furent publiés par Remer (journal de Hufeland et Osann) en 1822; par Elliotson, Williams et quelques autres auteurs anglais en 1830, 1832 et 1833, et M. Alexandre, dans ces derniers temps.

Les faits publiés par M. Elliotson attirèrent les premiers l'attention des médecins et des vétérinaires. Les deux premiers cas qu'il observa lui parurent si insolites qu'il disait de ces deux maladies, qu'elles devaient être l'effet d'un poison morbide, d'un poison fourni par un être vivant soumis à l'influence de la même affection; et il les désigna sous un nom qui rappelait un de leurs premiers symptômes, *gangrena nasi*, lorsque peu de temps après un fait semblable, publié dans la Gazette médicale de Londres, et plus complet par les renseignemens, vint confirmer la prévision de M. Elliotson et le mettre sur la voie d'établir, par la comparaison de ces faits avec la description de la morve des chevaux, l'analogie qui liait ces deux affections. Dès ce moment, l'attention fut éveillée et fixée sur ce point. D'autres faits analogues et quelques expériences vinrent donner plus de valeur aux premiers. M. Elliotson avait déjà pu s'assurer que sur les quatre premiers malades dont il a rapporté l'histoire, trois avaient été

Feuilleton.

LETTRE SUR LA RÉUNION DES NATURALISTES ET MÉDECINS ALLEMANDS, A FRIBOURG.

Je suis un peu en retard pour vous envoyer les détails que je vous avais promis sur le congrès scientifique de Fribourg; un second voyage m'en a empêché jusqu'aujourd'hui. Vous savez comme moi de quels désagrémens est escorté le moindre voyage : grâce aux progrès de la civilisation et de la diplomatie, un honnête homme ne peut plus sortir de chez lui sans un passeport à la main et sans voir son modeste bagage bouleversé par l'inquisition minutieuse des agens préposés à la chasse des idées et des marchandises prohibées. Embarqué à Kehl dans la cinquième voiture en partance pour Fribourg, j'y suis arrivé le lendemain au point du jour. C'est une de ces jolies petites villes, bien proprettes, bien coquettes, bien *heimlich*, comme on n'en trouve qu'outre Rhin, pittoresquement assise au pied de la Forêt-Noire, et respirant la paix et l'aisance à faire envie. Rien de mieux que l'aspect que présentaient ses rues sillonnées dès l'aube par une cohue de figures bien savantes, bien hétéroclites, en quête de leurs gîtes. Cette invasion d'une nouvelle espèce était casernée en ville par billets de logement : le mien ne ressemblait pas mal à une épigramme; on m'avait logé avec mon ami S. chez un marchand de pots. Ma première démarche a dû être d'aller me faire inscrire à la section de médecine et de chirurgie. Là, je fus muni d'une carte verte, véritable billet de bienvenue au porteur, heureuse carte qui vous ouvrait toutes les portes et vous valait partout un accueil aussi empressé que bienveillant. MM. les professeurs de l'université et les habitans de la ville ont fait, on ne peut mieux, les honneurs de l'hospitalité badoise. Chaque jour a été marqué par des concerts, des bals, des fêtes de toute espèce : un dîner splendide de trois à quatre cents couverts nous attendait de la part du grand-duc à Badenweiler, à quelques lieues de Fribourg ; le margrave et le champagne y coulaient à pleins bords, et Dieu sait ce qu'il en faut pour réchauffer le flegme de l'Hippocrate germanique; de bruyans toasts y furent portés, et notre belle France en a bien eu sa part. Les discussions les plus intéressantes et peut-être les plus sérieuses du congrès scientifiques ont eu lieu en dehors des séances officielles; c'était aux promenades qu'il fallait les chercher, et surtout aux réunions du soir, entre la pipe et la bouteille, si favorables aux causeries expansives de la science allemande. Là, point de morgue, point de prétentions; chacun avait laissé à la porte le personnage que tous à notre insu nous jouons en face du *profanum vulgus*; et même, je le dis à mon grand étonnement, les conseillers de toutes couleurs et de tout calibre avaient oublié pour le moment leurs titres plus ou moins glorieux. Là, point de présentations guindées; les relations y étaient si faciles, si franches et si cordiales qu'une soirée semblait suffire pour vieillir une connaissance d'une heure

par leur état en communication journalière avec des chevaux morveux. Dans les histoires dont il eut connaissance dans la suite et qu'il porte au nombre de plus de douze, en peu d'années, on remarque celle d'un étudiant vétérinaire qui s'étant blessé en disséquant un âne mort de la morve inoculée, en présenta tous les symptômes et mourut peu de temps après. M. Colman inocula du pus pris sur l'un des abcès qu'avait eus ce jeune homme, sur la glande maxillaire et aux bords des narines d'un âne; cet âne eut la morve et mourut. La même expérience fut répétée chez deux ânes, sur l'un desquels on n'inocula la matière purulente qu'après l'avoir laissée pendant trois ou quatre jours à l'air, tandis qu'elle fut inoculée immédiatement à l'autre; elle fut sans effet sur le premier, le second succomba. Un autre individu contracta la morve en pansant un cheval morveux, après s'être fait une coupure à un doigt. M. Ferau, chirurgien irlandais, rapporte avoir vu deux cas semblables chez le père et le fils: le père avait contracté la maladie de la même manière que le sujet ci-dessus; le fils la gagna en soignant son père. « Il semble impossible, dit M. Elliotson, en rapportant ces faits, de supposer qu'une maladie déterminée par la matière ou par le produit d'une maladie dans une autre espèce et engendrant de la matière ou un produit qui détermine de nouveau la maladie primitive chez un troisième sujet, ne soit pas identique avec la maladie primitive. » Ce médecin conclut à la transmissibilité de la morve du cheval à l'homme et appuie cette opinion sur la parfaite similitude et l'uniformité des symptômes et de la marche de tous les cas de cette affection, et leur séparation tranchée de toute autre maladie, ainsi que la parfaite correspondance des altérations trouvées après la mort; de plus, sur le fait que chacun des individus cités avait été en communication avec un cheval morveux, et sur ce que la morve avait été produite chez des ânes par l'inoculation de la matière prise sur deux de ces malades.

A l'époque où ces faits furent publiés, la transmission de la morve n'était que peu ou pas connue; il n'en était fait mention dans aucun traité des maladies de la peau; le dictionnaire de médecine et de chirurgie vétérinaires déclarait formellement que la morve est une affection particulière aux animaux monodactyles. Ces faits soulevèrent une vive opposition de la part de quelques médecins, et surtout des médecins vétérinaires. On objecta à M. Elliotson, que bien qu'une longue et fatale maladie résultât chez l'homme de l'inoculation de la morve, cette affection ne portait pas les vrais caractères de la maladie propre aux chevaux; que les narines des sujets humains n'étaient pas susceptibles de l'ulcération ou de l'inflammation morveuse; et que les symptômes observés n'étaient pas ceux de la morve; enfin, que dans les cas cités de contractation de la morve par l'homme, et de l'inoculation faite secondairement sur des ânes, il y avait bien analogie, mais non point identité dans les affections développées chez les sujets des deux espèces. « Ces faits, dit le JOURNAL DE MÉDECINE VÉTÉRINAIRE (an 1833), ne prouvent pas que la morve proprement dite du cheval se communique à l'homme; ils ne prouvent pas non plus que l'homme est exposé à la morve; mais ils corroborent ce que l'on sait déjà sur la transmission de certaines maladies dites gangréneuses, charbonneuses, des animaux à l'homme et réciproquement. Ils viennent aussi grossir le nombre des cas où l'on a observé que certains produits morbides sécrétés, soit par les animaux, soit par l'homme, déterminaient des maladies, lorsqu'ils étaient mis en contact, soit avec des hommes, soit avec des animaux; mais il arrive fort rarement que les lésions produites par le contact des substances délétères soient semblables à celles qui ont donné naissance à ces substances; on ne connaît que la rage, le vaccin et le charbon qui le transmettent sans changer de caractère, sans modification bien sensible, etc. » Les faits donnés comme des cas de transmission étaient rangés dans l'ordre de ceux où d'autres maladies à sécrétions morbides, telles que dartres, gale, piétain, eaux aux jambes, etc., produisent des effets morbides chez l'homme, par le contact; mais non pas la même affection, etc.

Quoi qu'il en fût, les faits observés en des lieux différens et à des époques diverses, par les médecins étrangers que nous avons cités, présentaient tous cette circonstance commune, bien importante à noter, que tous les individus chez lesquels on avait signalé des symptômes plus ou moins approchant de ceux de la morve chez les solipèdes, avaient cohabité ou eu des rapports journaliers avec des chevaux morveux; ils ont tous offert un ensemble de phénomènes à peu de chose près le même chez tous les individus affectés; ensemble qui ne présentait rien d'analogue dans les maladies propres à l'homme, tandis qu'il avait un assez grand nombre de points de ressemblances avec l'appareil symptomatique de la morve chez les chevaux.

Dans presque toutes ces observations, la fièvre concomittante présente dans les commencemens les caractères d'une affection rhumatismale, circonstance d'autant plus remarquable que Stoll avait déjà signalé ces mêmes symptômes dans la période de développement de la pustule maligne. Les autres phénomènes principaux, tels que le gonflement et l'ulcération de la pituitaire, l'issue d'une matière mucoso-purulente par les narines, les abcès sous-cutanés, l'éruption pustuleuse varioliforme, etc., ont eu lieu également dans le plus grand nombre de ces cas.

Tel était l'état de la question, lorsque M. Rayer vint lire, l'année dernière, à l'Académie de médecine, la première observation de ce genre qui ait été faite, ou du moins authentiquement publiée en France.

Le fait observé par M. Rayer offrait pour principaux symptômes une éruption pustuleuse à la peau, dans les fosses nasales et le larynx; des ecchymoses et des escarres gangréneuses sur différentes parties, etc.; de petits abcès dans les poumons et de larges collections purulentes dans l'épaisseur des muscles, etc. Le sujet qui présenta ces symptômes avait été, ainsi que ceux dont les histoires ont été rapportées, en communication avec un cheval morveux; et comme eux il mourut. Les lésions anatomiques comparées à celles d'un cheval morveux, présentaient les mêmes caractères. M. Rayer pensa alors, en rapprochant ce fait des faits déjà connus, et en l'appuyant sur des expériences qui ont produit le même résultat que celles qui avaient déjà été faites par les médecins anglais, pouvoir se prononcer sur la réalité de la transmission de la morve aiguë à l'homme.

Ce fait, accueilli avec faveur par l'Académie, donna lieu, dans cette assemblée, à une discussion vive et prolongée; et, malgré l'opposition énergique et éclairée qu'il provoqua de la part de quelques membres, et notamment de M. Barthélemy, il parut alors faire naître la conviction dans l'esprit du plus grand nombre des membres. M. Barthélemy opposa à la conclusion de M. Rayer les doutes que lui inspirait l'étiologie de la maladie qui venait d'être décrite, s'appuyant sur ce que Prot, le malade de M. Rayer, aurait contracté la morve sans contact, sans communication directe avec un cheval morveux, ce qui ferait supposer une grande activité au contagium de la morve, tandis que la morve n'est que faiblement contagieuse pour les chevaux eux-mêmes, et qu'elle ne l'est pas du tout pour l'homme, ajoutait-il. Cette première assertion lui paraissait démontrée par la très grande

---

de date. Les vieilles célébrités s'y laissaient coudoyer sans façon par les célébrités récemment nées ou à naître, et il fallait y regarder de près pour démêler au milieu de la foule les porteurs de ces noms européens qui font autorité dans la science. Cet homme si grêle, qu'on dirait affublé de la défroque d'un magister de village, c'est le célèbre Oken; gardez-vous bien de l'aborder avec une de ces flatteries banales, consacrées par un usage absurde mais universel; il vous repousserait brusquement, car sa noble fierté ne se laisse pas apprivoiser par une politesse mensongère. Cet autre, dont les manières aimables mais dignes vous attirent si puissamment, c'est un des accoucheurs les plus distingués de notre époque, M. Naegelé; tant de bienveillance et de modestie révèlent assez l'homme supérieur. Plus loin, cet accent italien si caractérisé, et surtout ce profil dont le type immortel est gravé aujourd'hui dans toutes les mémoires, appellent notre attention sur un homme jeune encore qu'on vous désignera comme un naturaliste estimé, c'est le fils de Lucien Bonaparte.... Mais trêve de portraits; ces réunions libres m'ont présenté, je le répète, le côté le plus sérieux et le plus utile du congrès, et m'ont surtout permis d'apprécier combien est vivace, combien est profond en Allemagne le besoin d'unité et de concentration, but commun de toutes les tendances libérales et de tous les hommes qui s'occupent d'avenir.

Les séances purement scientifiques sont de deux espèces, les unes générales, où l'on traite les questions qui ont des points de contact avec toutes les branches de la science, et où l'on discute les intérêts de l'association; les autres spéciales à chaque branche d'études, véritable terrain de la dissertation ex-professo. Je me contente pour le moment, mon cher confrère, de vous indiquer les sommités des questions discutées dans les séances générales et dans celles de la section médicale, sauf à vous rendre plus tard un compte détaillé des principaux mémoires lus à ces séances et qui ont été mis à ma disposition avec tant de bienveillance.

La première séance de médecine avait commencé par promettre beaucoup; j'espérais déjà ne voir traiter dans les suivantes que les questions capitales qui partagent les hommes de l'art; mais mon attente a été déçue. Tantôt on vous débitait une longue observation de somnambulisme, assaisonnée d'interminables réflexions; tantôt on vous proposait le guaco contre l'hydrophobie, et cela sans l'avoir jamais employé, ou bien encore un médicament infaillible contre le choléra; puis on discourait à perte de vue sur la physionomie extérieure des malades; puis on vous noyait dans des analyses d'eaux minérales.... Que sais-je encore? Toutes discussions qui seraient fort bonnes en temps et lieu, et pourraient, par exemple, faire l'objet de leçons assez intéressantes à des étudians, mais qui, il faut en convenir, ne sont pas à leur place dans une assemblée de cette nature. Lorsqu'on se réunit de si loin, et pour huit jours tout au plus, c'est gaspiller un temps précieux que l'employer à la lecture de pareilles élucubrations: on ne devrait s'occuper que des grandes questions, des questions actuellement en litige, et pour être sûr qu'on s'en occupât, il faudrait autant que possible arrêter chaque fois le programme des matières à traiter pour l'année suivante. De la sorte, on aurait des discussions sérieuses, car elles ne seraient pas improvisées, et chacun pourrait y apporter le tribut consciencieux de ses réflexions et de son expérience. Bien entendu qu'un pareil programme ne serait pas exclusif de communications hors ligne, mais seulement lorsqu'elles seraient particulièrement intéressantes.

Une discussion sur la revaccination s'est ouverte à l'occasion d'un travail

réquence du développement spontané de cette maladie et la rareté de la transmission par contagion; et, pour le second point, il cite l'histoire de l'épizootie qui régna à Alfort vers la fin du siècle dernier, pendant laquelle plus de six cents chevaux morveux étaient réunis dans l'écurie de cet établissement, sans qu'aucun élève ou employé en fût atteint. M. Barthélemy nia que les symptômes observés chez ce malade fussent ceux de la morve, à laquelle il assignait comme principaux signes caractéristiques le flux nasal, l'engorgement des ganglions sous-maxillaires et les ulcérations de la membrane pituitaire, tandis que l'éruption, la gangrène, les abcès que M. Rayer donnait comme des symptômes pathognomoniques de la morve, n'en étaient que des complications ou des accidens. Il ne reconnut point, enfin, l'identité que l'on alléguait entre les lésions anatomiques de ce sujet et celles que l'on trouve ordinairement chez le cheval. Les objections de M. Barthélemy se résumaient dans les points suivans: Si la morve aiguë pouvait se communiquer à l'homme, cette découverte n'eût point été aussi longtemps méconnue. La transmission de la morve du cheval à l'homme renverse toutes les idées reçues. Les symptômes de la morve n'existaient pas chez le malade de M. Rayer. Enfin les expériences d'inoculation n'étaient point concluantes, parce qu'on ne les avait pas vérifiées par la contre-épreuve, c'est-à-dire par les effets comparatifs de l'inoculation de tout autre virus délétère.

Il resta établi de cette discussion, d'après l'analyse de la maladie de Prot, celle des observations antérieures, leur comparaison avec les symptômes et les formes diverses qu'affecte la morve chez les chevaux et enfin les expériences d'inoculation: 1° que Prot s'était trouvé dans les conditions propres à déterminer le développement de la morve, soit par contagion, soit par infection; 2° que les symptômes observés chez ce malade, n'ayant point d'analogue dans la pathologie humaine, avaient présenté, à quelques-uns près, le plus grand nombre des caractères de la morve chez le cheval; et que ces phénomènes, ainsi que les lésions anatomiques qui s'en étaient suivies, avaient été reproduits par inoculation sur plusieurs chevaux; 3° enfin que la contre-épreuve de cette expérience, contre-épreuve que M. Rayer n'avait point faite lui-même, existait par le fait des expériences faites antérieurement, desquelles il résultait que l'inoculation de la morve chronique, n'avait produit d'autre effet que des accidens inflammatoires autour des piqûres; et par l'expérience de M. Adorne de Tscharnar, qui détermina, par l'inspiration d'une substance irritante, un flux nasal, avec ulcération de la pituitaire et engorgement des ganglions, sans aucun des autres signes pathognomoniques de la morve, sans déterminer la morve, en un mot.

Par la comparaison de plusieurs histoires de morve chez les chevaux, M. Rayer fut conduit à reconnaître qu'il y a trois formes distinctes dans la morve aiguë; l'une, qui est caractérisée par des ecchymoses profondes et de la gangrène dans la muqueuse des fosses nasales, des infiltrations sanguines dans le larynx, des pétéchies, des infiltrations sanguines et des points d'inflammation dans les poumons, qu'il désigne sous le nom d'*ecchymotique et gangréneuse*. Une seconde forme présente une éruption de petites pustules discrètes ou confluentes dans les fosses nasales, intactes ou ulcérées, lesquelles s'étendent quelquefois dans le larynx, des pétéchies dans les fosses nasales, le larynx et les poumons, quelquefois une éruption cutanée pustuleuse, qu'on a désignée tantôt sous le nom de *furoncles*, sous celui d'*éruption clavéiforme*, ou d'éruption analogue à la vaccine, ou même à la variole: il donne à cette seconde forme le nom d'*éruptive* ou *pustuleuse*. Une troisième offre la réunion des altérations de ces deux formes. Il constata enfin que les douleurs de membres, douleurs rhumatoïdes observées chez tous les hommes atteints de morve, se retrouvaient dans un assez grand nombre de cas de morve chez des chevaux. Il put établir par là la conformité parfaite de la maladie de Prot et de celles qui ont été précédemment décrites, avec l'une ou l'autre de ces formes, ou les deux réunies.

Ce fait paraissant réunir tous les caractères d'exactitude, de précision et d'authenticité, appuyé d'expériences rigoureuses et concluantes, analysé dans ses détails et dans tous ses rapports, avec les plus savantes recherches, ne permettait plus à peine le doute sur la nature de la maladie en question. On ne pût encore logiquement en conclure que la morve est une maladie essentiellement contagieuse et transmissible à l'homme dans les conditions habituelles; mais il laissa la conviction dans les esprits que cette transmissibilité pouvait exister dans des conditions particulières qu'il ne nous est pas donné encore de connaître.

D'autres observations, de nouvelles expériences sont venues depuis apporter de nouveaux élémens pour la solution de cette question: M. Elliotson a vu un nouveau cas de morve farcin contracté par un cocher, et transmis à une femme par le contact des effets qu'il avait portés.

Le docteur Gravels, autre médecin anglais, rapporte deux cas semblables; et il ajoute que ces cas sont si fréquens en Irlande qu'il voudrait que les chevaux y fussent comme en Prusse soumis à la surveillance de la police.

Wiggins Heustis cite l'observation d'un jeune homme pris de morve aiguë, dix mois après avoir soigné et dépouillé un cheval morveux.

M. Rossi enfin, professeur à Turin, qui s'est livré à des expériences nombreuses sur la contagion de la morve chez des espèces différentes, raconte le fait de la transmission de la morve d'un bœuf à un boucher. Les sangsues qu'on a appliquées à ce malade, ajoute-t-il, sont mortes peu d'instans après, et la petite quantité de sang qu'elles ont fait couler a suffi pour donner promptement la mort à d'autres sangsues.

Les deux faits récens dont l'Académie vient d'entendre la communication, et dont un grand nombre de médecins de Paris ont été témoins, viennent donner aux faits précédens et à celui de M. Rayer une nouvelle valeur. La ressemblance parfaite des symptômes et des altérations pathologiques, l'analogie des conditions et des circonstances qui les ont accompagnés, fournissent un argument de plus en faveur de la conclusion qu'on a cru pouvoir déduire des premiers faits. La dernière discussion de l'Académie a paru dissiper tous les doutes sur la possibilité de la transmission, sans toutefois résoudre d'une manière complète les questions qui se rattachent à ce fait important. Nous n'entrerons pas dans de nouveaux détails sur cette discussion qui a reproduit de part et d'autre les mêmes argumens dont s'étaient appuyés, l'année dernière, les partisans et les adversaires de la transmission de la morve à l'homme. Nous nous bornerons à dire que M. Rayer a établi sur de nouvelles raisons fortes et convaincantes les trois points principaux qu'il s'était proposé de démontrer, savoir: que les maladies observées n'offraient point d'analogue dans la pathologie humaine; que les symptômes et les altérations qu'elles avaient présentés offraient les plus grandes analogies avec la maladie décrite sous le nom de morve aiguë chez les chevaux; enfin que les sujets de ces observations s'étaient tous trouvés dans les circonstances où se trouvent les chevaux qui contractent la morve. Il resterait à se demander, comme le fait M. Bouley, s'il y a réellement transmission ou développement spontané de

intéressant de M. le docteur Roesch, qui la propose comme seul remède propre à exterminer la varioloïde. Il a cité, entre autres faits, le suivant: dans un village où la varioloïde était très intense et la mortalité forte, il a pratiqué la revaccination sur 1,000 individus, et immédiatement l'épidémie a cessé. Un exemple pareil a été observé par le professeur Baumgaertner. Il est digne de remarque, surtout pour le moment actuel, que tous paraissaient d'accord sur la nécessité et l'utilité de la revaccination, mais qu'on différait sur les moyens à employer, et d'abord sur la question de savoir si l'état doit intervenir. A cet égard, M. Heyfelder pose le dilemme suivant: la revaccination est nécessaire, ou non. Dans le premier cas, l'état doit l'ordonner aussi bien qu'il le fait aujourd'hui déjà pour la vaccination. D'après M. Chelius, il existe un foyer permanent d'infection en Angleterre et en France, seuls pays où il n'y ait pas de lois sur la vaccination; aussitôt que le temps nous le permettra, nous publierons le travail de M. Roesch, qui a donné lieu à cette discussion.

M. Heine, directeur d'un établissement orthopédique à Canstalt, a fait voir entre autres une machine avec laquelle il a essayé de guérir les luxations congénitales et spontanées de la hanche. A cette occasion, M. Chelius développe avec un grand talent d'élocution, et en faisant preuve d'un profond savoir pratique, le diagnostic et les causes de cette maladie. Il engage fortement M. Heine à continuer ces essais, et surtout à les faire, s'il est possible, dans le plus bas-âge; car là seulement il y a moyen de guérison. D'après lui, les luxations congénitales ont toujours lieu pendant l'accouchement, et ne sont jamais, à proprement dire, produites par un vice de la cavité cotyloïde.

M. d'Outrepont partage cette opinion, et recommande pour cela fortement de ne jamais faire la version ou l'extraction par un seul pied. M. Textor, professeur de chirurgie à Vurtzbourg, rapporte l'observation d'un individu âgé de 17 ans, affecté dès son enfance d'une luxation spontanée, qui, ayant été traité en vain pendant fort longtemps, fit une chute et vit sa luxation réduite. Dans cette discussion, l'amour-propre national s'est fait jour; M. Chelius a remarqué que d'après le dire même des hommes les plus distingués de Paris, on doit se méfier des observations de guérison de cette maladie venant de cette capitale; bientôt après, cet amour-propre est devenu injuste et blessant: à l'occasion d'instrumens nouveaux qu'a fait voir M. Hennemann, venant de Paris, on a avancé que la mortalité, si commune à Paris, après les amputations, mais tout à fait rare et exceptionnelle en Allemagne, doit être attribuée à la négligence des soins à donner, et surtout au pansement qu'on ôte trop tôt (le troisième jour). M. Chelius fait en outre la remarque qu'on ne cherche pas assez à opérer la réunion des plaies par première intention. Il est vrai que la mortalité, suite d'opérations, est grande dans nos hôpitaux de Paris, mais elle ne doit pas être attribuée au défaut de soins ou de connaissances de nos chirurgiens, car M. Larrey n'est pas même le seul qui laisse le pansement sans l'ôter jusqu'à parfaite guérison; à notre avis, la seule et unique cause de cette plus grande mortalité, si réellement elle existe, doit être attribuée à la disposition même des hôpitaux de Paris, dont quelques-uns sont notoirement très mal sains. L'explication de cette différence m'a paru surtout palpable lorsque nous avons visité l'hôpital de Fribourg, qui est bien aéré, bien éclairé; les salles de malades sont propres et nombreuses, et chacune ne contient guère plus de dix lits; des cours et des jardins entourent l'hôpital. Faut-il plus pour expliquer une telle disproportion de mortalité? et, dans ce cas, à qui la faute? Certes pas aux médecins.

cette affection chez l'homme; et dans le premier cas, quel est le mode de transmission. Il y a des faits qui pourraient également être invoqués en faveur de la contagion et de l'infection. Quant aux argumens que les adversaires de la transmissibilité invoquent de la nouveauté de tels faits, inconnus jusqu'alors, et de leur rareté, ces argumens tombent d'eux-mêmes devant un fait, fût-il unique, dès qu'il est suffisamment constaté. Une objection plus sérieuse est celle de la non-identité parfaite des deux affections. Mais ne doit-on pas ici se poser une question: toutes conditions égales d'ailleurs, l'action d'un virus, d'un miasme, ou poison animal quelconque, développe-t-elle chez des individus d'espèces différentes une affection identiquement la même dans ses symptômes, ses altérations et tous ses phénomènes extérieurs; en un mot, des organismes différens réagissent-ils d'une manière absolument semblable à l'occasion des mêmes causes morbides. La pathologie et la physiologie comparées répondraient à cette question? Jusques-là, où les analogies sont plus nombreuses et les différences moindres, on est autorisé à induire des analogies. Toutefois l'opposition franche et énergique des adversaires de M. Rayer, le savoir et la logique avec lesquels ils ont soutenu leur opinion, ont contribué pour beaucoup à élucider la question, par une investigation sévère des faits et l'analyse raisonnée des détails. M. Barthélemy ne s'est point dissimulé les difficultés de la position qu'il s'était faite; il a soutenu avec autant de talent que de conviction une cause que tout concourait à rendre difficile: la valeur intrinsèque des faits, le patronage imposant sous lequel ils se présentaient, et l'opinion presque unanime de l'assemblée en faveur des conclusions qu'on en a déduites.

Nous n'entreprendrons pas ici d'examiner les questions nombreuses et les considérations pathologiques du plus haut intérêt qui se rattacheraient naturellement à ce sujet. Elles sont toutes du domaine de la question si importante et si obscure encore des maladies contagieuses.

Jusqu'à ce que de nouveaux faits et des expériences plus nombreuses et plus complètes viennent juger cette question en dernier ressort, la commission de l'Académie aura à se prononcer sur sa valeur actuelle et sur les mesures sanitaires auxquelles elle pourra donner lieu.

THÉRAPEUTIQUE.

NOUVELLES RECHERCHES SUR L'ACTION THÉRAPEUTIQUE DE LA NOIX VOMIQUE ET DE SES PRÉPARATIONS DANS LES AFFECTIONS PARALYTIQUES; par M. PETREQUIN, chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Depuis surtout les analyses de MM. Pelletier et Caventou, la noix vomique et ses préparations ont beaucoup occupé les thérapeutistes; mais s'il est vrai de dire que quelques praticiens en ont su retirer tout le parti possible, il ne l'est pas moins qu'une foule d'autres restent effrayés par la puissance de ses propriétés toxiques (voyez GAZ. MÉD. 1837, p. 491), et que la matière médicale n'est réellement pas encore enrichie pour tous de cette énergique substance. Peut-être aussi reste-t-il quelque chose à faire pour préciser davantage et de nouveau les indications diverses (1) qui en réclament l'emploi, et pour montrer ses inconvéniens à côté de ses avantages, afin de mieux éclairer la théorie et la pratique. Peut-être enfin pourrait-on mettre plus d'ordre et de méthode qu'il ne s'en trouve dans quelques travaux de ce genre. Témoin plus d'une fois des craintes et des incertitudes qui règnent sur ce sujet, j'ai cru devoir publier les recherches suivantes qui, n'eussent-elles rien de neuf à apprendre, ne laisseraient pas que d'être utiles pour servir de guide en confirmant et développant les résultats d'une expérience attentive.

§ Ier. INDICATIONS ET PRÉPARATIONS GÉNÉRALES.

Une des causes qui nuisent le plus à l'avancement de la thérapeutique c'est le peu de soin qu'on met en général à spécifier deux conditions essentielles en médecine, la nature de la médication et la variété morbide.

Habitué qu'on est d'ordinaire à considérer la paralysie comme un symptôme, il est vrai de dire qu'on en a un peu négligé la pathologie et la thérapeutique. Il est remarquable que la plupart des traités de médecine et de chirurgie se taisent sur ce sujet. J'ai pu me convaincre que nombre de praticiens sont profondément pénétrés de cette sentence d'Ambroise Paré: « Les vieilles gens ne sont jamais guéris de paralysie, à cause de leur débilité, estant distituez de chaleur naturelle, et parce qu'ils abondent en excrémens superflus. N'est non plus curable la paralysie invétérée et qui, de longue main, s'est mise en possession de la partie, non plus que celle qui survient à l'apoplexie. » (Œuv., liv. IX, ch. XI. Lyon, 1652.) Je puis affirmer cependant que, dans la majorité des cas, cette incurabilité cède aux préparations de noix vomique. L'antiquité n'en a pas tiré parti: « Le nombre des maladies où la noix vomique était réputée utile par les anciens est assez considérable pour qu'on s'étonne de n'y point voir figurer la paralysie. » (Ratier, dict. en 15 vol. 1834. nº 12, p. 72.) Un autre obstacle réside dans les frayeurs qu'ont inspirées les observations d'empoisonnement par cette substance, insérées dans les traités de toxicologie et de médecine légale. Mon but est de démontrer, par l'expérience clinique, tout l'avantage qu'on peut retirer de ce remède vraiment héroïque, bien qu'il ne réussisse pas toujours.

On sait que la paralysie dépend, soit d'une lésion appréciable de l'appareil nerveux, soit d'une modification spéciale de l'organisme sans alté-

(1) Il semble qu'on n'est pas même d'accord sur la place que doit occuper la noix vomique dans la matière médicale; quelques-uns, avec M. Kluyskens (GAZ. MÉD. 1830, nº 23; 1833, nº 12), la classent parmi les narcotiques; le plus grand nombre, avec MM. Fouquier, Orfila, etc., la rangent parmi les excitans du système nerveux. Des résultats divers ont été obtenus dans quelques expériences, ce qui explique comment on a pu aller jusqu'à nier sa valeur thérapeutique. C'est ce qui a fait écrire récemment: « Il est bien difficile pour un praticien de déterminer, d'une manière précise, les cas dans lesquels elle convient. D'une part, on a écrit en termes généraux qu'elle guérissait la paralysie; mais à combien de causes ne peut pas se rapporter cette forme de maladie? D'autre part, les auteurs qui ont écrit sur la matière médicale sont loin de s'entendre sur les propriétés de l'extrait de noix vomique. La science a donc besoin de faits nouveaux et précis pour décider ce point de doctrine et de pratique. » GAZ. MÉD. 1835, nº 14.

M. Pauli montre le pénis d'un taureau sur lequel il existe une excroissance semblable à un condylôme; d'après le dire des vétérinaires, plusieurs vaches qui ont été en rapport avec l'animal malade ont fait voir des symptômes de syphilis.

M. d'Outrepont entretient la société de la mort habituelle des enfans; d'après lui, elle doit toujours être attribuée à une maladie du placenta, et cette même cause a encore quelquefois lieu dans des cas d'avortemens non habituels. Dans ses recherches, il a fait la découverte d'une disposition particulière non encore connue du cordon ombilical qui peut amener la mort du fœtus, c'est-à-dire une torsion du cordon sur lui-même (*Windungen der Nabelschnur um sich selbst*). Cette torsion n'a jamais été trouvée chez des enfans vivans, ou chez des enfans à terme morts ou vivans. Le cordon ombilical est très long et très mince, de la moitié plus long que le fœtus; à l'exception d'un seul cas, tous les placentas étaient durs, cartilagineux, dégénérés. M. d'Outrepont ne sait pas s'il doit attribuer la mort du fœtus à la dégénérescence du placenta, ou à la torsion du cordon ombilical; pourtant il lui paraît qu'il faut plutôt en chercher la cause dans cette dernière circonstance, car il a vu plusieurs placentas pareils dégénérés avec un fruit vivant, mais jamais il n'a trouvé la torsion chez un fœtus vivant. Il croit donc que le cordon ombilical comprimé sur lui-même empêche la circulation, et cause aussi la mort de l'enfant. Les préparations qu'il nous a montrées constatent que la mort a précédé de longtemps l'accouchement; une seule faisait exception; mais, dans ce cas, le placenta n'avait pas eu le temps de dégénérer, car l'enfant a été probablement expulsé au dehors immédiatement après sa mort, qui a été produite par la tension du cordon. D'après ces préparations, il est en outre constant que le placenta peut vivre bien longtemps après la mort du fœtus; entre autres, nous avons vu deux embryons de six semaines à peu près, avec des placentas dégénérés qui pouvaient appartenir à des fœtus de cinq à six mois; de là, M. d'Outrepont conclut que l'enfant étant mort, les autres organes peuvent continuer à vivre; le placenta doit donc tirer sa nourriture, non de l'enfant, mais de la matrice; pourtant, le professeur remarque que le placenta n'a cette vie indépendante qu'aussi longtemps qu'il n'est pas arrivé à sa complète maturité. Les fœtus morts au troisième ou quatrième mois de la grossesse n'avaient été expulsés qu'au septième ou huitième mois, et même un embryon de six semaines à peu près n'avait été expulsé qu'à la quarantième semaine.

Toutes les femmes qui portaient ces fœtus morts depuis si longtemps n'étaient pas malades.

Sous le rapport médico-légal, la torsion du cordon ombilical peut éclairer les cas de mort douteuse.

Cet objet nous a paru très intéressant; nous avons regretté seulement que des hommes ex-professo du plus grand mérite ne se soient nullement prononcés là-dessus; il ne nous appartient pas de scruter les motifs de ce silence: espérons qu'ils le rompront plus tard.

M. le docteur Ruete de Gottingue propose une nouvelle méthode pour opérer la cataracte: elle consiste en ce qu'il ne cherche pas à pénétrer avec la pointe de l'instrument dans la chambre postérieure, en passant entre l'iris et la capsule cristalline, ce qui est en partie impraticable, en partie nuisible; mais il pénètre par la partie latérale de la capsule lenticulaire, porte l'instrument jusqu'en face de la pupille, tourne ensuite la pointe en avant, incise la capsule

ration sensible. La cause s'en trouve tantôt dans l'organe moteur ou sensitif, tantôt dans celui qui transmet le mouvement ou le sentiment, tantôt, enfin, dans celui qui exécute les phénomènes de la motilité ou qui reçoit l'impression sensitive. Les paralysies apoplectiques sont, dans leur fréquence, en raison directe de l'âge; l'histoire des autres présente beaucoup de variétés. La deuxième et la troisième partie de ce travail sont destinées au développement et à la démonstration de ce qu'il y a d'important à noter sous ces divers points de vue. J'ajouterai seulement ici qu'il est toujours utile de préparer le malade à l'administration du remède.

J'ai employé successivement ou simultanément la méthode interne et externe. A *l'intérieur*, j'ai moins donné la strychnine que l'extrait de noix vomique (1). L'extrait alcoolique se conservant mieux que l'extrait aqueux, c'est celui que j'ai employé; j'ai choisi la forme pilulaire comme plus commode pour formuler exactement les doses, et pour prolonger l'absorption dans tout le tube digestif, afin de produire moins d'irritation dans l'estomac. Il était préparé avec 2 livres et six onces de noix vomiques rapées et concassées pour 22 pintes d'alcool à 36°; on fait macérer; on exprime ensuite; on distille. On fait subir à la masse qui reste une deuxième macération dans l'alcool distillé. On évapore alors le tout jusqu'à consistance d'extrait. De cette manière pour former des pilules on n'a pas besoin d'ajouter de substance étrangère. Cet extrait renferme quelques parties gommeuses; il en est un peu moins actif, mais aussi moins dangereux. La strychnine et la brucine s'y trouvent dépouillées de beaucoup de matières étrangères. Au reste, comme ces proportions varient suivant les officines, les médecins des campagnes surtout, qui ne pourraient toujours avoir des préparations bien exactes, auront de l'avantage à employer la strychnine, qui se prépare, en général, d'une manière plus uniforme.

J'ai l'habitude de débuter avec 1/8 de grain d'extrait acoolique par jour; j'augmente progressivement la dose jusqu'à un, deux grains et plus, et cela plus ou moins vite, selon la susceptibilité du sujet. Je me guide sur la nature et l'intensité des phénomènes produits. J'ai pour règle de donner des doses assez fractionnées, pour ne pas provoquer des effets trop violens, et assez souvent répétées pour tenir le malade sous l'influence continuelle du remède. Ces principes m'ont bien réussi.

A *l'extérieur*, j'ai beaucoup employé la strychnine (elle venait des officines de M. Pelletier). Un grand inconvénient, c'est la formation rapide sur la plaie d'une pseudo-membrane, qui empêche l'absorption. On a pensé y remédier par une pommade épispastique; mais elle ne remplit qu'imparfaitement le but, et j'ai fini par ne l'employer que dans les cas où je ne pouvais pas mieux faire; car, outre la sécrétion pseudo-membraneuse, j'ai remarqué que le mélange des corps gras à la strychnioe s'oppose parfois à ce que l'absorption s'en fasse convenablement. J'ai préféré l'employer pure; mais comme on ne l'administre d'abord qu'à la dose d'un quart ou d'un tiers de grain, cette petite quantité de poudre est facile à perdre; j'ai dû y ajouter un véhicule. Or, tout mélange de matière inerte eût pu nuire à son action. J'ai choisi, au contraire, une poudre qui pût aider à la médication, c'est celle de la noix vomique. Voici comment je procède: on forme une vésication instantanée avec la pommade ammoniacale qui agit en quelques minutes, soit avec un vésicatoire camphré ou non, qu'on laisse en place le temps nécessaire; il se produit une plaie nette et rosée, que je fais panser avec un mélange formé d'un quart de grain de strychnine et de deux à trois grains de noix vomique en poudre. On enlève à chaque pansement la fausse membrane; la force de l'absorption va rapidement en diminuant, parce que la surface tend à se cicatriser. On peut augmenter les doses à mesure.

J'ai trouvé un adjuvant fort utile dans la teinture spiritueuse de noix vomique; elle se prépare avec quatre onces de poudre de noix vomique pour un litre d'eau de vie à 20°. J'en fais faire des frictions sur la partie que je veux réveiller pour produire un effet soit direct soit sympathique.

Cette méthode n'est point exclusive. Tous ces moyens ont l'avantage de pouvoir être combinés ensemble. Je puis dire qu'on en retire alors des résultats inespérés. On verra, au reste, plus en détail, dans les chapitres qui suivent, les différentes manières de les administrer.

(1) D'après MM. Pelletier et Caventou, la noix vomique contient de la strychnine et de la brucine, combinées avec un acide particulier, que ces chimistes ont nommé igasurique, une matière colorante jaune, une huile concrète, de la gomme, de l'amidon, un peu de cire, de la bassorine et du ligneux. La strychnine s'y trouve dans la proportion de 1/230 environ. La noix vomique est la graine du *strychnos nux vomica*, arbre exotique de la famille des apocynées.

§ II. EXPÉRIENCES CLINIQUES.

On n'arrive à la connaissance exacte des propriétés d'une substance qu'en analysant les élémens des parties actives et les circonstances où elles agissent. Je viens de faire la part des premières; il me reste, pour le second chef, à faire la même étude analytique des indications qui en réclament l'usage. Considérer seulement les paralysies, en général, serait prêter peu à établir des règles et des formules d'application; il faut, pour que la science y gagne comme pratique, se livrer à un examen plus détaillé. J'étudierai successivement les différentes espèces physiologiques de paralysies.

1° PARALYSIES SIMULTANÉES DU MOUVEMENT ET DU SENTIMENT.

C'est l'abolition de la vie de relation dans nos organes; tous ceux qu'anime le système cérébro-spinal peuvent en offrir des exemples. Il est rare, quand elle est générale et complète, qu'elle cède aux ressources de l'art, parce qu'elle annonce qu'une atteinte profonde a été portée à l'existence. Dans les autres cas, il n'en est pas de même, comme je vais le démontrer.

A. HÉMIPLÉGIE.

HÉMIPLÉGIE GAUCHE, AVEC AMBLYOPIE, SUITE D'APOPLEXIE; GUÉRISON PAR LA NOIX VOMIQUE; DEUXIÈME ATTAQUE, SECOURS PROMPTS; GUÉRISON NON INTERROMPUE.

OBS. I. — Il s'agit d'une blanchisseuse âgée de 75 ans, domiciliée à Lyon depuis 1788. Ayant perdu ses règles à 50 ans, d'une constitution forte et d'un tempérament sanguin, elle avait joui d'une bonne santé jusqu'au commencement de 1837, époque où, gravissant la montagne de Fourvières, elle perdit tout à coup le mouvement de la jambe gauche; un mois après, elle commença à marcher.

Tout alla bien jusqu'au 13 novembre, qu'elle alla blanchir du linge à un lavoir sur le Rhône; elle eut froid tout le jour; et le soir, après avoir monté

---

antérieure de haut en bas et dedans en dehors, et finit enfin l'opération de la manière accoutumée.

M. le professeur Chelius a montré deux pierres tirées de la vessie; dans l'une, sciée en deux, on voit distinctement un coagulum de sang; dans l'autre, qui est encore entière, on entend un mouvement en la remuant. Une autre observation remarquable d'un nevrome énorme du nerf sciatique a été rapportée par le même professeur; enfin il cite le cas d'une luxation de l'astragale.

M. Roux, qui, dans cette circonstance, représentait la chirurgie française, a rapporté immédiatement, de son côté, quatre cas de luxations de l'astragale, une observation où le nerf sciatique traversait complétement une tumeur; au moyen d'une dissection, on parvint à l'isoler; plus tard, le cancer s'y est déclaré et l'individu est mort. Une autre observation extrêmement curieuse est la suivante: Chez un homme, qui a subi l'opération de la taille, il a trouvé dans la pierre un morceau de bois, et, si j'ai bien compris, le même individu avait déjà été opéré une fois par Dupuytren, qui avait trouvé un épi de blé dans la pierre; l'urètre était divisé jusqu'au scrotum par suite de manipulations honteuses. L'appareil de M. le docteur Stoess, de Strasbourg, pour la guérison complète du pied-bot, lorsqu'on a fait la section du tendon d'Achille, a reçu l'approbation générale. M. Heine de Canstatt s'est élevé contre cette opération, qui, d'après lui, est généralement inutile avant la vingtième année; car il parvient presque toujours à la guérir, au moyen de machines, dans un espace de 12 à 18 mois. M. Stoess lui a repliqué que cette opération lui paraît presque plus facile qu'une saignée, et qu'en général il ne faut que deux à six semaines pour la guérison, et qu'au reste il lui répondra ce que M. Stromeyer a déjà dit, en pareille circonstance, à un duc qui lui faisait la même objection: « Je n'ai jamais opéré le jeune fils d'un duc, ou d'un richard, qu'on peut garder fort longtemps dans un établissement orthopédique. » De bruyans applaudissemens ont accueilli ces paroles.

M. Roesch lit un mémoire sur l'emploi du calomel à haute dose, un scrupule par jour en une seule fois, dans le typhus abdominal. M. le docteur Siegerer et plusieurs autres confirment les bons effets de cette méthode. Ce dernier a fait la remarque que, dans les cas de mort, les ulcères des intestins étaient moins prononcés qu'à l'ordinaire chez ceux qui avaient pris le calomel.

M. le professeur Textor, de Würtzbourg, entretient l'assemblée, pendant quelques momens, de la fièvre intermittente traumatique primitive, qui est devenue très fréquente pendant les dernières années dans son hôpital. Disons d'abord que sous le mot fièvre intermittente il ne faut comprendre qu'un accès de frisson (*Frostanfall*). Il a trouvé, après des opérations, soit graves, soit même très légeres, et là où on avait observé pendant la vie plusieurs accès de frisson, beaucoup de pus dans les veines qui étaient enflammées; mais le plus extraordinaire, c'est qu'il en a trouvé une très grande quantité dans les articulations les plus petites, comme les plus grandes et même au côté opposé de l'endroit de la blessure, tandis que rien pendant la vie ne dénotait la présence du pus dans les articulations. M. Textor ajoute que, depuis qu'il a observé cette maladie, il n'a plus vu de tétanos dans son hôpital. Cette maladie ne serait-elle autre chose qu'une phlébite?

M. Heyfelder traite du cancer du foie; en s'appuyant sur une nouvelle autopsie, qu'il a eu occasion de faire pendant son séjour à Fribourg, il regarde l'opinion de Meckel et de Lobstein comme erronée lorsqu'ils disent qu'on ne

son cinquième étage, elle fut frappée d'hémiplégie à sa porte. Sa main gauche laissa tomber la lanterne qu'elle tenait ; la jambe du même côté faiblit sous la malade, qui se traîna comme elle put chez elle. Il n'y eut pas perte de connaissance ; elle n'avait éprouvé d'autres prodrômes que la vue de corps diversement colorés.

Elle fut apportée dans une salle de médecine, où on lui pratiqua une saignée du bras droit et des ventouses scarifiées aux membres paralysés. Onze jours après, on la transporta dans une salle de chirurgie, ayant de plus deux escarres au-dessus de la malléole externe du pied gauche, que la malade attribuait à l'effet des ventouses.

Le 1er janvier 1838, je pris la direction du service ; je passai quelques jours à observer la marche des choses, et à rechercher s'il y avait quelque phénomène du côté de l'encéphale.

Le 11, je commençai le traitement avec une pilule d'un quart de grain d'extrait alcoolique de noix vomique. Voici l'état de la malade à cette époque : pas de céphalalgie ; assez de sommeil ; digestion bonne, quoique lente ; vue de l'œil gauche plus faible et moins nette qu'à droite, de même que l'ouïe ; bouche et langue déviées à droite ; narine gauche affaissée ; impossibilité d'exécuter aucun mouvement du bras ; soulevé, il retombe de tout son poids ; sensibilité obtuse ; mêmes remarques pour la jambe gauche. Ces deux membres craignent beaucoup le froid ; les ulcères sont fraîchement cicatrisés.

Deux jours après, elle commence à éprouver des picotemens et des fourmillemens dans la jambe gauche ; légers mouvemens de flexion et d'extension des doigts ; le bras sort aussi de son engourdissement. La dose est portée à un demi-grain en deux pilules.

Le 17, la vue est plus nette, la bouche et la langue un peu moins déviées ; la malade peut rester long-temps assise sur son lit, ce qui lui était impossible auparavant. Elle fléchit et étend le bras, avec peine il est vrai, mais assez complètement. Elle porte la main vers le front ; les doigts serrent déjà avec quelque force, mais tous les mouvemens forcés sont douloureux ; ceux de la jambe sont plus étendus, plus forts et plus faciles que ceux du bras, et de plus sans douleur. Ils ont commencé les premiers. Sensibilité revenue.

22. Vue égale des deux côtés. Mouvemens de la jambe plus grands ; mais la force ne correspond pas encore à la motilité ; cependant la malade en s'appuyant sur une personne peut descendre et aller à la chaise ; auparavant il fallait l'y porter. Moins de fourmillement, mais tressaillemens involontaires et comme électriques. Elle ne craint plus le froid de ce membre qui lui semble même plus chaud que l'autre. Le bras fait moins de progrès ; sensation de chaleur par intervalle, surtout dans le poignet ; élancemens dans le gros du bras. Santé générale bonne ; appétit normal ; selles plus fréquentes de même que l'excrétion des urines qui, selon la malade, sont plus abondantes.

25. Vésicatoire camphré à la nuque sur l'origine du plexus brachial, à panser avec un quart de grain de strychnine et trois grains de poudre de noix vomique ; un demi-grain d'extrait alcoolique en deux pilules.

Le 1 février, deuxième vésicatoire ; mouvemens du bras plus étendus ; chaleur dans le bras et surtout dans la main et les deux derniers doigts. Force contractile peu augmentée, état général satisfaisant.

8 février. Troisième vésicatoire à la partie interne du bras. La malade sent ses forces augmenter ; avec l'appui d'une personne, elle commence à faire des promenades dans la salle ; toutefois le membre gauche n'a pas la fermeté de l'autre.

L'amélioration progresse chaque jour ; elle va de mieux en mieux, si bien que le 11 elle se promène seule. Elle en abuse, se lasse, et fait une chute sur le côté gauche. Le coude est froissé, ainsi que l'épaule ; la paralysie du bras redevient complète ; de vives douleurs s'y manifestent comme dans les jambes ; des ecchymoses se dessinent sur tout le côté gauche du corps. Onction avec de l'huile camphrée et laudanisée.

23. Je la fais porter aux bains sulfureux ; elle recommence peu à peu à remuer le bras.

Le 28, elle lève la main à sa tête. Avec l'appui d'une personne, elle recommence à se promener dans la salle ; les douleurs de la contusion ont disparu. Elle ne souffre plus que dans les efforts. Le bras n'éprouve pas de tressaillemens comme la jambe, différence à noter. Trois quarts de grains en trois pilules.

1 mars. Deuxième bain sulfureux. Les mouvemens du bras deviennent plus forts et plus étendus ; les mouvemens de préhension sont faibles, mais elle peut soulever à bras tendus un poids de plus de deux livres.

9. Elle a pris cinq bains sulfureux ; depuis deux jours, la dose d'extrait est portée à un grain en deux pilules. L'amélioration continue.

20. Elle reste levée une partie du jour ; elle se promène seule, en s'appuyant un peu sur les lits. Les forces vont augmentant.

25 mars. Quatrième vésicatoire placé à la nuque ; il est douloureux.

27. A quatre heures du soir, on vient m'appeler : la malade se plaint tout à coup d'un violent mal de tête ; la face se congestionne ; il y a strabisme et amblyopie ; la bouche se tord ; elle ne peut plus parler ; la résolution des membres commence. Je fais de suite pratiquer une saignée et appliquer la moutarde aux mollets. Je fais remplacer le pansement à la strychnine par du cérat opiacé, et l'extrait alcoolique par trois pilules d'aloès. On lui donne une potion purgative avec une once et demie de sulfate de soude.

Après la saignée, la céphalalgie a disparu ; la parole est revenue.

28. Elle est bien remise ; elle a été beaucoup purgée ; elle se promène. L'amélioration n'a été interrompue que momentanément.

Le 31 mars, elle sort de l'hôpital ; elle marche seule ; la jambe a relativement plus de force que le bras dont les mouvemens sont lents quoique étendus ; la parole est libre, la tête dégagée, et l'état général satisfaisant.

Ici, en raison de la chute, le traitement ne fut guère en réalité que d'un mois ; et, malgré les accidens qui sont venus deux fois entraver la cure, la guérison n'a pas laissé que d'être obtenue. On a pu remarquer avec quelles précautions et par quelles doses fractionnées j'ai cru devoir procéder ; néanmoins à cause du grand âge et de la disposition apoplectique de la malade, je n'ai pu empêcher une deuxième attaque ; et sans les secours prompts que je lui ai administrés, la cure et peut-être l'existence étaient en grand danger. Dans les hémiplégies, cette complication est toujours à craindre, bien qu'elle ne soit pas inévitable, comme le prouve l'exemple suivant :

HÉMIPLÉGIE AVEC AMBLYOPIE.

Obs. II. — En 1833, une femme de la campagne, âgée d'environ 35 ans, fut amenée à l'hôpital dans le service de M. Bajard, alors chirurgien en chef. Elle était affectée d'une hémiplégie avec amaurose du même côté. Elle fut également traitée avec succès par les pilules d'extrait alcoolique de noix vomique à doses croissantes. Elle sortit parfaitement guérie. Je ne me rappelle pas que, dans le cours du traitement, il se soit manifesté aucun trouble ni aucune menace d'accident du côté de l'encéphale.

L'expérience n'en confirme pas moins la remarque que je viens de faire ; car s'il est injuste de dire qu'elle produit l'apoplexie, puisque les malades peuvent bien, sans elle, prendre une seconde attaque, comme ils ont eu, sans elle, la première, il n'en est pas moins très probable qu'elle en favorise le retour par l'excitation qu'elle porte dans la pulpe cérébrale encore plus ou moins malade. Aussi doit-on alors être toujours très circonspect dans son emploi. Je citerai en preuve l'observation qui suit :

---

trouve que le fongus médullaire dans le foie ; quant à lui, il a observé le squirrhe et le fongus médullaire chez un seul et même individu ; en outre, il déclare qu'il n'a jamais pu poursuivre les vaisseaux jusqu'aux tumeurs. Dans la dernière séance on fit voir une eau minérale plus riche en iode que celle d'Adélaïde ; elle a été récemment découverte et analysée par le professeur Loewig, elle s'appelle Wildecker-Wasser dans le canton d'Argovie.

Je m'arrête et je crois vous avoir signalé les principaux objets dont il a été question dans la section de médecine ; je ne vous parlerai pas de ces discours nébuleux de métaphysique transcendante et autres productions soporifiques lus dans les assemblées générales. Je me bornerai à indiquer comme une brillante exception le travail de M. Martins, qui a cherché à prouver que les indigènes actuels de l'Amérique ne sont pas dans un état primaire ; plusieurs de ces preuves paraissent convaincantes, surtout celles tirées des monumens qui dénotent une civilisation bien plus prononcée que celle d'aujourd'hui.

Sur la proposition de M. Oken, il a été décidé que le congrès se réunira l'année prochaine à Pyrmont.

— On a reçu des nouvelles affligeantes de la Guadeloupe, à la date du 30 juillet. La fièvre jaune, qui s'était déclarée dans les hôpitaux de la colonie, s'est répandue au-dehors et elle sévit d'une manière désastreuse ; les militaires européens meurent par dizaine, chaque jour ; le service en souffre beaucoup. Si le gouvernement voulait enrôler des jeunes gens de couleur, il y aurait de nombreux enrôlemens ; ce serait un moyen de soulager la misère qui s'accroît tous les jours, et de soulager la métropole du poids et des dangers de la garde des colonies. M. de Sambossi, procureur du roi à Marie-Galante, vient de mourir de cette maladie ; plusieurs magistrats en sont atteints. Il y a eu un tremblement de terre le 20 juin dernier, ce qui présageait un mauvais hivernage.

— Clinique chirurgicale de la Pitié. M. le professeur Lisfranc, chirurgien en chef de la Pitié, commencera son cours de clinique chirurgicale, mercredi 31 octobre, à huit heures du matin, et le continuera tous les jours, à la même heure, les jeudis et dimanches exceptés.

— M. le docteur Labat commencera un nouveau cours de lithotritie théorique et pratique, vendredi 2 novembre, à quatre heures, rue de Grenelle-Saint-Germain, 59.

HÉMIPLÉGIE DROITE AVEC LÉSION DE L'INTELLIGENCE.

Obs. III. — Un ouvrier en soie, âgé de 46 ans, sujet aux étourdissemens, fut pris tout à coup d'une hémiplégie complète du côté droit, qui le força d'entrer à l'hôpital le 26 mai 1832. Des secours appropriés lui sont donnés; les fonctions intellectuelles restent un peu altérées avec difficulté de s'exprimer; la paralysie persiste.

Il fut très tard soumis au traitement par la noix vomique en pilules; en cinq semaines, la dose fut graduellemement portée jusqu'à cinq grains par jour. A cette époque, une grande amélioration était survenue; il marchait en s'aidant d'un bâton avec le bras gauche. Des fourmillemens, puis des mouvemens spasmodiques, surtout dans les muscles fléchisseurs, avaient paru dans le membre inférieur qui avait recouvré ses fonctions; le supérieur resta à peu près dans le même état paralytique. Il y eut quelques légers étourdissemens; du reste, la santé était bonne, et les fonctions de la vessie et du tube digestif régulières.

Au bout de deux mois, pendant une épidémie érysipélateuse, il fut tout à coup, en se promenant dans la salle, pris d'une nouvelle attaque d'apoplexie qui lui fit perdre connaissance; il resta sans mouvement avec contracture de la jambe; la pupille était contractée; la respiration stertoreuse; il mourut quelques jours après avec un engorgement œdémateux du bras droit.

Dans le lobe antérieur gauche, au-dessus du ventricule, se trouvait dans la substance blanche une tumeur de la grosseur d'une amande, enkystée dans une membrane mince et remplie d'une humeur verdâtre, citrine, qui laissait exhaler une odeur d'hydrogène sulfuré. Autour de ces restes de la première apoplexie apparaissaient les traces de la seconde; la substance cérébrale était là un peu ramollie et d'une couleur rembrunie; la substance grise située au-dessus du kyste était aussi plus brune que d'habitude, comme si du sang s'y fût trouvé mélangé.

On a dit que la noix vomique portait sur la moelle spinale; et j'en donnerai plus loin (paraplégie) la démonstration; mais si elle n'agissait pas aussi un peu sur l'encéphale, on n'eût pas, malgré les hautes doses qu'on prescrivit, vu les phénomènes cérébraux qui s'en sont suivis. Aussi ne devra-t-on point imiter la conduite du médecin qui pousse ici trop loin l'administration de cette énergique substance. Il faut savoir que certains cas sont des contre-indications.

B. PARAPLÉGIE.

PARAPLÉGIE TRAUMATIQUE, AVEC RÉTENTION, PUIS INCONTINENCE D'URINE, RÉSULTAT D'UNE FRACTURE DES VERTÈBRES DANS LA RÉGION DORSO-LOMBAIRE; GUÉRISON.

Obs. IV. — Un charpentier, âgé de 33 ans, d'un tempérament sanguin, d'une constitution robuste, et jusque-là d'une bonne santé, fut apporté à l'hôpital le 5 octobre 1837. Il venait d'éprouver un grave accident; une énorme pièce de bois lui était tombée sur les lombes et l'avait renversé; à l'instant il fut paralysé des extrémités inférieures; un médecin appelé jugea aux désordres qu'il était perdu, et qu'on n'avait plus qu'à l'apporter mourir à l'hôpital. Il entra dans le service de M. Bonnet, qui lui fit pratiquer une forte saignée; l'intelligence était nette; il y avait perte du mouvement et du sentiment dans les membres inférieurs; la paralysie occupait aussi le rectum, la vessie, et montait aux hanches jusqu'à la hauteur des crêtes iliaques. Il y eut rétention d'urine pendant dix-huit jours, on le sonda journellement; les urines étaient sédimenteuses, parfois comme laiteuses; il souffrait beaucoup à l'hypogastre; deux fois des sangsues y furent appliquées.

Au dixième jour, un purgatif ramena les selles qui redevinrent volontaires, mais restèrent rares.

A la fin d'octobre, M. Bajard prit la direction du service, en l'absence de M. Bonnet; la tête était libre, mais il n'y avait pas de sommeil; peu d'appétit; digestions lentes; paraplégie complète; une escarre s'était manifestée au sacrum; elle fut pansée avec du vin aromatique. Il y avait incontinence d'urines. Quelques potions calmantes, de la tisane de veau, etc. procurèrent un peu de calme.

Le 1er janvier 1838, je pris le service, et je trouvai le malade dans l'état suivant : un peu de sommeil, assez d'appétit; digestions bonnes; selles irrégulières, parfois diarrhéiques; vives douleurs aux lombes dans les mouvemens; décubitus dorsal ou latéral, mais alitement continu; saillie assez prononcée au niveau de la douzième vertèbre dorsale et des premières et deuxième lombaires; traces d'une fracture manifeste, suivie de consolidation; ulcère au sacrum d'un pouce et demi de long, sur plus d'un demi pouce de large; suppuration assez abondante.

La sensibilité s'est réveillée en partie; la motilité a commencé à reparaître, mais très faible; bien que les forces générales se soient relevées, et que la nutrition s'opère, les reins et les membres sont si faibles que le malade ne peut se lever; il ne peut pas même se tenir assis sur son lit. L'irritation vésicale ayant tout à fait cessé, la paralysie reste seule; il y a incontinence complète d'urine; il pisse sans cesse goutte à goutte, ce qui exige l'emploi continuel d'un urinoir; le gland en contact avec l'urine s'était enflammé et excorié.

Pendant plusieurs jours, j'examinai et j'étudiai l'état du malade pour bien reconnaître les indications; j'ordonnai des bains locaux émolliens pour la verge; je fis cicatriser l'ulcère au sacrum avec du chlorure de chaux en dissolution, puis, pour explorer la vessie, j'y fis des injections d'eau tiède avec la sonde à double courant; les urines étaient peu odorantes, chargées de quelques nuages blanchâtres, du reste normales. Je fis porter plusieurs fois le malade aux grands bains; cependant l'état paralytique persistait; et ne connaissant pas le but que je me proposais, le malade s'ennuyait et voulait s'en aller.

Le 25 janvier, je fis pratiquer aux lombes une large vésication avec la pommade ammoniacale; je fis saupoudrer la plaie avec un quart de grain de strychnine et trois grains de poudre de noix vomique. Cette dose fut renouvelée tous les jours.

L'amélioration fut si rapide que j'en fus moi-même étonné.

Le 28, les douleurs des lombes avaient beaucoup diminué, et la force des reins augmentée, comme celle des jambes; non-seulement il pouvait rester assis, mais il s'était même levé, et avait pu rester deux heures hors de son lit. Il urinait aussi moins souvent; au lieu de pisser presque continuellement, il commençait à retenir ses urines pendant quelques minutes.

Le 29, il se trouve tellement soulagé, qu'il demande à M. Clerc, interne, l'application d'un deuxième vésicatoire aux lombes, qui fut pansé de même.

Le 2 février, il se sent plus fort et plus agile; il trouve ses reins plus robustes et ses jambes plus fortes; il se lève et peut rester plusieurs heures levé; non-seulement il n'y a plus incontinence d'urine, mais le besoin d'uriner se fait éprouver plus rarement; outre qu'il ne pisse plus que toutes les demi-heures ou toutes les heures, il peut même résister pendant quelques minutes au besoin de la micturition lorsqu'il arrive; jusque-là ce besoin n'était pas même senti.

Le 5, le mieux continue; le vésicatoire est sec; je l'envoie prendre un bain.

Le 6, troisième vésicatoire au niveau des première et deuxième lombaires; pansement avec un demi-grain de strychnine et quatre grains de noix vomique en poudre.

Le 10 février, le malade se trouve si bien qu'il demande sa sortie. Sommeil, digestion et nutrition en bon état. Il n'urine plus que toutes les deux ou trois heures, et ne souffre plus ni pendant ni après la micturition, comme il faisait; les reins supportent bien le poids du corps dans la station assise ou debout; il se promène et marche, en s'appuyant sur un bâton. Il s'en va à pied.

Ici le résultat est des plus rapides et des plus satisfaisans; l'amélioration a suivi immédiatement le premier pansement; je n'ai rien administré à l'intérieur; la vésication, comme révulsive, n'a sans doute pas été étrangère à l'effet obtenu; mais ce qui prouve la puissance directe des poudres de strychnine et de noix vomique, c'est que le progrès était plus marqué après le pansement qu'après la vésication, comme je pus le voir surtout les deuxième et troisième fois où je fis appliquer un vésicatoire camphré. L'état des urines démontre que l'irritabilité et la paresse morbide de la vessie avaient été détruites, et qu'avec l'extinction des douleurs, la contractilité normale avait repris son empire; or, cet état durait depuis trois mois et demi, et en quinze jours je suis parvenu à en triompher. La cure ne s'est pas démentie; j'ai eu occasion de revoir le malade jusqu'au mois d'avril; je lui ai fait prendre quelques grands bains, et appliquer deux nouveaux vésicatoires pansés de la même manière. Il va bien.

Un résultat moins prompt, mais non moins satisfaisant, se trouve dans l'exemple suivant :

PARAPLÉGIE COMPLÈTE, AVEC RÉTENTION D'URINE; RÉSULTAT D'UNE GIBBOSITÉ DORSALE; GUÉRISON.

Obs. V. — Un jeune homme de la campagne, âgé de 19 ans, d'un tempérament lymphatique, fut apporté à l'hôpital le 1er mars 1832, avec une paraplégie compliquée de rétention d'urine. Depuis quatre ans, il éprouvait des douleurs dans le dos; puis au niveau des trois premières vertèbres dorsales, il était survenu une gibbosité qui avait amené la paralysie du mouvement et du sentiment des membres pelviens, et plus tard la rétention des urines. La gibbosité égalait en grosseur la tête d'un fœtus à terme. Le malade, fort affaibli, était dans un état pitoyable, et sa famille ne le fit porter à l'Hôtel-Dieu que pour n'être pas témoin de sa mort qu'on regardait comme prochaine. (Cathétérisme trois fois par jour; nourriture fortifiante; demi-portion d'alimens et de vin.)

3 mars. Application successive de trois cautères de chaque côté de la gibbosité.

5 mars. Deux pilules d'un quart de grain d'extrait alcoolique de noix vomique à prendre dans la journée. Cinq jours après, la dose est portée à un demi-grain pour chaque.

15 mars. Deux grains en quatre pilules.

20 mars, quinzième jour du traitement : mieux général; la vessie commence à reprendre sa contractilité naturelle; on finit bientôt par ne plus le sonder. Les forces morales se relèvent comme les forces physiques; le malade est dans la joie.

1er avril, vingt-sixième jour. Trois grains en trois pilules. La sensibilité est revenue dans les membres abdominaux; la motilité reparaît; le malade s'amuse à faire le tour de son lit, en se tenant aux barreaux de fer qui l'entourent.

8 avril. Quatre grains en quatre pilules à prendre de deux en deux heures dans la journée. On augmente la dose de trois en trois jours; à la fin, elle est portée à sept grains par jour.

La rapidité de la guérison était étonnante dans la dernière quinzaine; chaque jour le malade pouvait faire quinze ou vingt pas de plus que la veille; au bout de deux mois de traitement, il marchait et courait presque aussi bien qu'un autre.

Il est à noter que la chute des escarres n'a eu lieu qu'après le douzième jour, et qu'avant cette époque on avait déjà observé de l'amélioration du

côté de la vessie. La guérison par la noix vomique fut d'autant plus belle qu'à son entrée le malade était dans une position plus grave. Nous verons que tous les autres moyens avaient échoué dans l'observation qui suit :

PARALYSIE COMPLÈTE DU MEMBRE ABDOMINAL GAUCHE, AVEC CONTRACTURE DES MUSCLES ADDUCTEURS DU PIED, ET RÉTENTION D'URINE; GUÉRISON.

OBS. VI. — Il s'agit d'une passementière, âgée de 18 ans, cheveux noirs, tempérament bilieux, grande susceptibilité nerveuse, née à Marseille, mais habitant Lyon depuis sept ans; elle était, depuis son arrivée dans cette ville, tourmentée par de grands malaises, surtout à l'époque des règles qui s'étaient établies avec beaucoup de difficulté. Au moment de leur apparition, les jambes étaient engourdies, et les lombes le siége de douleurs vagues; toute la partie inférieure du corps fut prise, en 1830, d'une enflure qui dura trois mois; toute la moitié gauche reste ensuite paralysée pendant six mois, la vessie le devint plus tard. On parvint à rendre le mouvement aux membres. La malade n'avait plus qu'une rétention d'urine lorsqu'elle entra, en 1831, dans une salle de chirurgie de l'Hôtel-Dieu. A la fin de l'année, elle fit un effort violent pour soulever une autre malade, et fut prise soudain d'une crise qui dura deux heures, et à la suite de laquelle le pied se trouva porté fortement en dedans et en haut. En six jours, tout le membre perdit le mouvement et le sentiment, et resta contracturé. La rétention d'urine fut plus opiniâtre que jamais, ce qui nécessitait trois fois par jour le cathétérisme; souvent la sonde se trouvait tellement serrée qu'on ne pouvait plus la retirer; le même spasme empêcha plusieurs fois de l'introduire.

Pendant les trois premiers trimestres de 1832, elle fut traitée inutilement par les sangsues, les vésicatoires, les cautères et les moxas aux lombes; rien ne réussit; la santé générale était bonne, mais l'état paralytique persistait.

A cette époque, la malade fut mise à l'usage des pilules d'extrait alcoolique de noix vomique; après quelques doses, elle commença à ressentir des secousses involontaires et comme électriques dans le membre paralysé; plus tard elle remua un peu la jambe; elle finit par marcher avec des béquilles; la vessie reprit complétement ses fonctions; et, au bout de quatre mois de traitement, elle sortit de l'hôpital parfaitement guérie, aussi agile et marchant aussi bien qu'elle avait jamais pu le faire.

J'eus occasion de la revoir quelques mois après; la cure s'était bien maintenue; je ferai remarquer que la lésion de l'axe cérébro-spinal, révélée par la contracture, ne fut point un obstacle aux effets salutaires de la noix vomique, comme l'ont avancé quelques auteurs.

PARAPLÉGIE TRAUMATIQUE AVEC RÉTENTION D'URINE; GUÉRISON.

OBS. VII. — Un enfant de la campagne, âgé de 12 ans, d'un tempérament lymphatique, né de parens valétudinaires, fut apporté à l'Hôtel-Dieu de Lyon, le 25 janvier 1832, dans le service de M. Bajard. Il avait fait une chute assez grave qui l'obligea à garder le lit, et le paralysa des membres abdominaux; il resta deux mois dans cet état chez ses parens. A son entrée, sa santé était altérée, sa figure pâle, sa constitution épuisée et amaigrie; pas de trace de gibbosité; il y avait paralysie des membres inférieurs et de la vessie, compliquée d'un état de dépérissement. (Régime fortifiant, cathétérisme.) On lui donna quelques douches; quelques frictions furent faites sur les lombes avec un liniment camphré. Puis il fut soumis au traitement par la noix vomique; il en prit successivement depuis un demi-grain jusqu'à 4 grains par jour pendant deux mois; à cette époque, il remuait déjà les jambes, et urinait librement. Sa santé se rétablit peu à peu. Au troisième mois, il marchait avec des béquilles; au quatrième, il marchait librement, courait et faisait le service d'infirmier dans la salle. Il sortit, ayant recouvré l'usage de ses jambes, et acquit un état de santé dont peut-être il n'avait jamais joui. (Docteur Pérussol, *Thèse*.)

Ces exemples suffisent, je pense, pour démontrer l'efficacité de ce moyen dans les circonstances que je signale. Je passe à un autre ordre.

C. PARALYSIE PARTIELLE OU LOCALE.

PARALYSIE TRAUMATIQUE, COMPLÈTE DU SENTIMENT ET INCOMPLÈTE DU MOUVEMENT DU QUATRIÈME ET SURTOUT DU CINQUIÈME DOIGT DE LA MAIN DROITE; GUÉRISON.

OBS. VIII. — Benoîte Martin, âgée de 16 ans, domestique, née à Chauriat (Puy-de-Dôme) et habitant Saint-Genis (Rhône), est mordue à la main, le 2 mars 1838, par un âne qui lui fait une large plaie sur la face dorsale et près du bord cubital. Elle entre à l'Hôtel-Dieu le 9 mars; la plaie est profonde, le lambeau est gangrené, et toute la main enflammée. Pansement avec des cataplasmes arrosés de chlorure de chaux; résection des parties mortifiées; cicatrisation lente, favorisée plus tard par l'application de compresses de vin aromatique. Pas d'accidens.

10 avril. La plaie est cicatrisée; l'auriculaire est privé de sentiment; les mouvemens en sont presque nuls; les mêmes phénomènes s'observent, mais à un moindre degré dans l'auriculaire. L'examen des parties me fait présumer que le nerf médian est intact, et qu'un seul filet du cubital a dû être lésé. Je prescris la teinture de noix vomique sous forme de liniment pour faire des frictions sur les deux derniers doigts et sur le bord cubital de la main.

15 avril. Les mouvemens de l'auriculaire sont parfaitement rétablis; la sensibilité y est revenue, sauf un petit espace, étendu de la partie inférieure de la face dorsale du cinquième métacarpien, au milieu de la face interne de la première phalange. L'auriculaire va très bien. La malade demande elle-même sa sortie.

Je triomphai ici de tout ce qui tenait à la lésion vitale produite par le traumatisme, sauf ce qui était lié à une solution de continuité dans les nerfs que je ne pouvais rétablir. Voici un autre exemple où la paralysie, due à une compression légère de la moelle, céda heureusement, sans que la maladie vertébrale fût réellement guérie.

CHEIROPLÉGIE CONSÉCUTIVE A UNE TUMEUR BLANCHE COMMENÇANTE DES VERTÈBRES CERVICALES; GUÉRISON DE LA PARALYSIE.

OBS. IX. — Antoinette Gorgin, 13 ans, non réglée, lymphatique et faible, de la campagne (Ain), entre le 12 mai 1838 dans le service de M. Pétrequin. Tête inclinée à gauche; mouvemens de rotation impossibles; apophyses épineuses cervicales (3e, 4e et 5e) offrant une incurvation dont la convexité est à droite; même incurvation latérale du cou; douleurs sourdes et profondes dans cette région, devenant plus vives dans les tentatives de flexion ou de rotation, et dans la station debout ou assise; la malade, pour se soulager, est obligée de rester au lit tout le jour. Cet état date d'un an et demi. De plus, sensation de fourmillement et d'engourdissement dans les membres supérieurs, surtout dans les mains; impossibilité de reconnaître les objets par le toucher; la peau des doigts ne jouit plus que de la sensibilité tactile générale, et ne perçoit du contact de tous les corps qu'une sensation vague et obtuse. Les mouvemens sans être abolis sont presque nuls, surtout dans les mains, notamment la droite; la cheiroplégie date de deux mois et demi. (Frictions sur le cou avec l'huile de jusquiame; bains sulfureux.)

20 mai. Les douleurs cervicales ont presque disparu. La cheiroplégie persiste. M. Pétrequin prescrit la teinture de noix vomique en frictions sur les avant-bras. Peu à peu la paralysie se dissipe, et la malade sort le 3 juin : elle n'a plus de douleurs au cou; elle reste debout une grand partie du jour sans éprouver la moindre fatigue; mouvemens de la tête faciles sans la rotation. Point d'engourdissement ni de fourmillement dans les bras. Sensibilité tactile des doigts parfaitement revenue comme la motilité; contractilité musculaire beaucoup augmentée; état général meilleur (recueillie par M. Boissière, interne).

Jusqu'ici je n'ai traité que de la paralysie simultanée de la sensibilité et de la motilité; mais, outre que ces deux facultés ne se trouvent pas réunies dans tous nos organes, elles ne sont pas tellement liées dans ceux qui les possèdent, qu'elles ne puissent être lésées isolément; delà deux autres classes de paralysie non moins importantes à considérer; je commence par celles du mouvement.

2° PARALYSIES ISOLÉES DE LA MOTILITÉ.

Il existe deux espèces distinctes de mouvemens que je me suis appliqué à étudier à part.

A. MOUVEMENS VOLONTAIRES.

Je suivrai le même ordre de développement que dans le chapitre qui précède.

PARALYSIE GÉNÉRALE ET COMPLÈTE DES MOUVEMENS AVEC ANÉMIE; RETOUR DE LA MOTILITÉ; EXTINCTION GRADUELLE DE LA DYNAMIE VITALE; MORT.

OBS. X. — Un ouvrier, d'un âge adulte, était affecté d'une carie ancienne du carpe et du poignet; la suppuration plus encore que les douleurs et un séjour prolongé à l'hôpital avaient détérioré sa constitution déjà faible; d'un caractère lent et paresseux, on pouvait à peine lui faire prendre un peu d'exercice; il finit par ne plus vouloir sortir de son lit; il perdit peu à peu l'appétit et les forces; sa peau prit une teinte terne; il s'émaciait et tombait dans l'anémie. A la fin de mars 1838, il fut pris d'une impotence des jambes qui gagna aussi les bras. La sensibilité était partout conservée quoique obtuse; l'intelligence était nette; mais les mouvemens s'abolissaient de proche en proche; les muscles des quatre extrémités se paralysèrent complétement, puis ceux de l'abdomen, et plus tard ceux du thorax. La poitrine restait presque immobile, à peine était-elle un peu soulevée par le cleido-mastoïdien (voyez GAZ. MÉD., 7 avril 1838). Il respirait faiblement et péniblement; la tête ne jouissait d'aucun mouvement; le larynx finit lui-même par se paralyser; il survint une aphonie presque complète. Le malade était étendu dans son lit comme un cadavre, des lèvres duquel on entendait sortir un petit filet de voix à demi-éteinte; les muscles seuls de la face et les yeux conservaient le mouvement. Il ne pouvait manger et presque pas avaler. Il y eut constipation et rétention temporaire d'urine. J'avais beau lui commander divers efforts, je ne sentais pas se contracter la plus petite fibre musculaire. Je prescrivis des potions avec le sirop

de kina, des lavemens avec la décoction de l'écorce, etc.; le mal empirait toujours.

Il me laissait peu d'espoir; je cherchai néanmoins à ramener les mouvemens pour me donner le temps de combattre ensuite l'adynamie.

Je fis appliquer, le 2 avril, un vésicatoire camphré sur les dernières vertèbres cervicales. On le pansa largement avec la pommade suivante :

Cérat	1 once de chaque.
Pommade épispastique	1 once de chaque.
Strychnine	4 grains.
Noix vomique en poudre	8 grains.

Le 4, aucun mouvement n'est survenu; mais, quand je lui commandais un effort, je sentais les muscles des jambes se durcir. — Deuxième vésicatoire camphré sur les premières vertèbres dorsales, à panser de même; continuation de la potion et du demi-lavement de kina.

Le 6, il commença à remuer un peu les jambes, mais bien faiblement.

Le 8, les mouvemens sont plus sensibles, les bras se meuvent un peu; il plie les genoux et peut tenir de champ les jambes fléchies; l'aphonie a disparu.

En tout autre cas, j'aurais eu quelque espérance de succès; mais, en même temps que la motilité faisait des progrès, l'épuisement et l'anémie en faisaient de leur côté, exemple frappant de la dynamie sanguine et de la dynamie nerveuse marchant isolément et en sens inverse.

Il mourut le 10, au matin, sans agonie.

A l'autopsie, le 11 avril, je ne trouvai rien dans les centres nerveux qui rendît parfaitement compte des symptômes. Légère infiltration œdémateuse sous-arachnoïdienne de la pie-mère; embarras de la circulation veineuse de l'encéphale; les veinules sont turgescentes, le cerveau plus piqueté dans la substance blanche et les plexus choroïdiens plus rouges que d'habitude. Dans la moelle, les veines sous-arachnoïdiennes sont gorgées; les cordons antérieurs et leurs racines sont dans l'état sain, comme les postérieurs. Il semble que la surface de la moelle est très légèrement ramollie. Vessie pleine d'urine; émaciation générale, etc.

Cette observation n'a pas besoin de commentaires. Voici un autre exemple bien remarquable de guérison complète.

PARALYSIE CHRONIQUE, INCOMPLÈTE DES MEMBRES SUPÉRIEURS AVEC CONTRACTURE DES MUSCLES FLÉCHISSEURS, ET COMPLÈTE DES MEMBRES INFÉRIEURS AVEC RÉTENTION D'URINE; GUÉRISON.

Obs. XI. — Une femme de 26 ans, d'une bonne constitution, brune, d'un tempérament nervoso-sanguin, fut prise d'une paralysie générale pour laquelle elle entra à l'Hôtel-Dieu en 1828. D'abord générale, la paralysie se fixa ensuite plus particulièrement sur certains organes; ceux des sens étaient parfaitement intacts; l'œil gauche seulement resta longtemps trouble et sujet à des ophthalmies. Pendant près de quatre ans, elle n'éprouva aucune amélioration des divers moyens qu'on employa. A cette époque, son moral commençait à s'affecter, quand elle fut soumise au traitement par la noix vomique; les membres paralysés étaient sensibles, les inférieurs surtout; ils étaient froids; la nutrition avait souffert; ils avaient diminué de volume; les bras exécutaient quelques faibles mouvemens, consistant dans une légère flexion du coude; il y avait contracture des fléchisseurs et flexion des doigts; il y avait rétention d'urine, ce qui nécessitait le cathétérisme trois fois par jour. Alitement continu; la malade ne pouvait que changer de décubitus, latéral ou dorsal. La santé, du reste, avait peu souffert. Habituée à cette longue paralysie, elle fut tellement étonnée des premiers changemens qu'elle remarqua qu'elle ne put les attribuer qu'à un miracle. La paralysie de la vessie disparut, puis celle des jambes, enfin celle des bras. Au bout de quatre mois, elle avait recouvré toutes les fonctions dont elle était privée depuis près de quatre ans. Elle sortit enfin parfaitement guérie. On apprit plus tard qu'elle était devenue enceinte et qu'elle jouissait toujours d'une bonne santé.

PARALYSIE TRAUMATIQUE DU DELTOÏDE ET DU BICEPS BRACHIAL; GUÉRISON.

Paraplégie. — La perte du mouvement seul dans les extrémités inférieures est souvent le premier effet du mal vertébral de Pott et le plus difficile à vaincre. J'en trouve l'explication moins dans cette grave complication que dans la compression directe que l'incurvation exerce plus particulièrement sur les racines antérieures, comme je le démontrerai plus loin (§ III), ce qui fait que parfois la noix vomique reste impuissante. On peut même ajouter la contracture à la paralysie, quand il coexiste une myélite. C'est ici une distinction à faire, pour ne médicamenter qu'en temps opportun.

Paralysie partielle. — Le grands hôpitaux présentent de nombreux exemples de ce genre de lésion, ce qui donne à cette étude une certaine importance pratique.

Obs. XII. — Il s'agit d'un marchand forain, âgé de 70 ans, entré le 22 mars 1838. L'avant-veille, étant chargé d'un fardeau de 45 livres au plus, il avait en marchant fait une chute sur la poitrine et l'épaule droite. Le mouvement du bras fut perdu à l'instant. A son arrivée, je trouvai une large ecchymose et un engorgement de l'épaule; impossibilité de fléchir spontanément l'avant-bras et d'élever le coude en l'écartant du tronc; mouvemens de l'épaule dus uniquement au trapèze; aucune contraction sensible dans le deltoïde ni dans le biceps, quelque effort que fasse le malade pour mouvoir le membre; tous les autres muscles se meuvent; la sensibilité est conservée. Etat général satisfaisant. (Quinze sangsues au-dessus de l'épaule; cataplasmes émolliens.) Le surlendemain, grand bain tiède.

31 mars. Disparition complète de l'engorgement et de la douleur; persistance de la paralysie. Application sur l'épaule d'un vésicatoire camphré saupoudré, puis pansé avec un demi-grain de strychnine et trois grains de noix vomique en poudre.

2 avril. L'avant-bras commence à fléchir; la main peut être portée jusqu'au niveau de la clavicule; mais le coude ne peut encore s'élever en s'écartant du tronc.

5. Il fait le signe de la croix facilement et commence à pouvoir écarter le coude en l'élevant; on sent les fibres du deltoïde se contracter, mais moins que celles du biceps.

Le lendemain, deuxième vésicatoire, pansé de même.

Amélioration rapide.

Le 10, le bras joue presque aussi bien que l'autre, mais avec moins de force; les ecchymoses se résorbent; il y a quelques douleurs dans le membre.

Frictions, le 12, avec un liniment composé d'une partie de teinture de noix vomique pour deux parties d'eau-de-vie camphrée. Les douleurs disparaissent; les mouvemens sont encore un peu raides, mais assez étendus; la guérison est complète. Je garde encore le malade quelques jours pour mieux m'en assurer. Il sort le 21 avril.

Ces exemples me semblent suffire pour montrer tout le parti qu'on pourra tirer de cette médication dans les cas analogues. J'ajouterai seulement qu'il n'est pas rare, dans les luxations de l'articulation scapulo-humérale dont j'ai traité ailleurs (Gaz. Méd., 1837, n. 20), de rencontrer des paralysies consécutives du membre, souvent fort rebelles, et qu'on pourra combattre ainsi avec avantage.

B. MOUVEMENS INVOLONTAIRES.

Outre les mouvemens intimes qui se passent dans l'intérieur de nos organes, il y en a encore une foule d'autres dans l'économie qui ne sont pas directement soumis à l'influence de la volonté. On peut en reconnaître deux espèces :

Il y a d'abord ceux qui appartiennent à des organes musculaires dont la motilité s'opère en dehors de la conscience, comme par exemple le tube digestif. L'analogie porte à présumer que certaines dyspepsies qui tiennent à une inertie de l'estomac pourraient être avantageusement combattues par ce moyen. J'ai indiqué le traitement qu'on peut opposer aux dilatations morbides de l'estomac (*Bull. thér.*, 1836; x, 239); peut-être l'asthénie qu'on observe souvent au premier degré céderait-elle aux préparations de noix vomique administrées surtout par la méthode endermique sur l'épigastre. Les mêmes remarques s'appliquent aux fonctions des parties inférieures du tube intestinal. Elles trouveront plus loin leur démonstration.

Il est d'autres organes qui, bien que non musculaires, jouissent cependant de mouvemens très prononcés, comme l'iris.

Dans la mydriase ou paralysie du voile iridien, qui est si souvent rebelle aux ressources de l'art, tout porte à croire qu'on réussira par la méthode que j'ai employée dans l'amaurose. Je n'ai pas eu à traiter de mydriasis idiopathiques, mais les succès que j'ai obtenus dans la goutte sereine (obs. 17, 18, 19) où j'ai ramené à un haut degré la contractilité du diaphragme oculaire me permettent de juger l'efficacité de cette méthode, qui dans tous les cas est plus commode et toujours plus innocente que la cautérisation de la cornée. (Voy. Gaz. Méd., 28 juillet 1838.)

C. MOUVEMENS MIXTES.

Je crois devoir appeler ainsi la motilité de certains organes qui réunissent les deux espèces précédentes de mouvemens, c'est-à-dire ceux que la volonté influence et ceux qui s'exécutent en dehors de son empire, comme cela arrive pour le rectum et la vessie.

S'il est permis d'y ranger aussi le larynx, je rappellerai que j'ai montré ce qu'on pourrait faire et obtenir dans l'aphonie paralytique (obs. 10).

Quant au rectum, les cas d'application sont nombreux, c'est ainsi que dans le prolapsus de cet intestin, suite d'asthénie, on en retirera de bons effets; je puis ajouter que l'administration de la noix vomique, combinée à celle de l'extrait de ratanhia, a réussi à M. Shwartz dans des cas de ce genre (*Bull. thérap.*, 1836, xi, 31).

Les mêmes remarques s'appliquent à l'incontinence des matières fécales qui tiennent à un relâchement des sphincters.

A l'égard de la vessie, les applications sont encore plus nombreuses : j'ai rapporté plusieurs guérisons de la paralysie de cet organe; c'est ainsi que la noix vomique a triomphé soit de l'incontinence d'urine (obs. 4), soit de la rétention de ce liquide dans son réservoir (obs. 5, 6, 7 et 11).

On peut avec avantage en étendre l'emploi au traitement de l'incontinence nocturne d'urine chez les enfans. J'ai indiqué combien les frictions sur les lombes exercent d'influence (GAZ. MÉD., 27 août 1836). On peut recourir à la teinture de noix vomique en frictions sur le périnée et sur la région lombaire. Un autre moyen qui a beaucoup d'efficacité consiste dans des mèches enduites de pommade de noix vomique qu'on introduit le soir dans le rectum. Cette méthode me paraît préférable à l'administration de la noix vomique à l'intérieur, qui a cependant bien réussi deux fois à M. Mauriceaux, une fois à M. Deslandes, et cinq fois à M. Mondière (*Arch. de méd.*, janv. 1836).

(La suite au prochain numéro.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX AMÉRICAINS.

I. THE AMERICAN JOURNAL OF THE MEDICAL SCIENCES.

Le cahier du troisième trimestre contient les articles originaux suivans: 1° *Observations sur l'auscultation cérébrale lues devant la société médicale de Boston*; par M. Fisher; 2° *Sur quelques fonctions mécaniques des tissus aréolaires*; par M. Draper, professeur de chimie et de physiologie au collége médical de Virginia; 3° *Plusieurs cas de chirurgie*; par M. Morrisson; 4° *Recherches sur les causes, la durée, la terminaison et le traitement moral de la folie*; par M. Earle; 5° *Détails statistiques sur les amputations pratiquées à l'hôpital de Pensylvanie, depuis le mois de janvier* 1831 *jusqu'au même mois de l'année* 1838; par M. Norris (travail intéressant mais ne conduisant à aucune conséquence importante); 6° *Plusieurs cas de maladies de cœur*; par M. Edward Hallowell; 7° *Amputation de la hanche*; par M. Daniel Brainard (il s'agit d'un cas d'amputation pratiquée immédiatement au dessous du grand trochanter; le malade est mort); 8° *Observations sur les cœurs lymphatiques*; par M. Allison; 9° *Vice de conformation des organes génitaux internes chez une femme adulte*; par M. Jackson; 10° *Plusieurs cas d'inflammation diffuse du tissu cellulaire*; par J. Harden; 11° *Abcès profond comprimant le larynx et la trachée*; par M. Byrne; 12° *Cas de morsure d'araignée*; par M. Stahl; 13° *Deux cas de maladie anomale*; par M. Powell; 14° *Cas d'épilepsie traité à l'aide du trépan céphalique*; par M. Hayword (fait peu concluant attendu le peu de temps qui s'était passé entre le moment de l'opération et celui de la publication); 15° *Delirium tremens*; par M. Ware.

DE QUELQUES FONCTIONS DES TISSUS ARÉOLAIRES; par le docteur DRAPER.

L'auteur de cette communication se propose de démontrer que la force qui a été désignée par les physiologistes et les chimistes sous le nom d'endosmose et d'exosmose, et que toutes les décompositions chimiques que l'on a attribuées à l'action des membranes et des tissus aréolaires ne sont que le produit des moyens ordinaires et bien connus. La capillarité est la force à laquelle il attribue l'échange qui se fait entre les liquides différens qui ne sont séparés que par une membrane; il s'appuie sur ce que l'alumine et quelques autres corps inorganiques jouissent de la même propriété, pour en conclure que cet échange n'est point particulier au règne organique et qu'on ne peut le considérer comme le résultat d'une force vitale. Quant aux décompositions chimiques que l'on croit avoir été opérées par le moyen même des membranes, M. Draper pense qu'on s'est fait illusion et rapporte à cette occasion de nombreuses expériences, qu'il serait impossible de reproduire ici sans les figures dont elles sont accompagnées. Il ne nie pas qu'il ne s'opère une foule d'opérations chimiques dans les tissus et dans les glandes; mais il croit qu'on ne doit pas confondre les opérations qui se font dans un tissu et celles qui ont lieu en le traversant. L'urine se sépare rapidement du sang dans le rein, mais c'est en vain qu'on ferait passer du sang à travers le rein pour en voir transsuder l'urine.

PLUSIEURS CAS DE CHIRURGIE; par M. MORRISSON.

Ce travail contient sept observations pratiques; la première est relative à un rétrécissement ancien de l'urètre accompagné de fistules urinaires au périnée et à l'anus; ces dernières communiquant avec le rectum, l'auteur l'a guéri à l'aide de la boutonnière périnéale. Ce moyen lui a permis d'introduire une sonde dans la vessie et de dévier les urines des trajets accidentels.

La seconde observation a pour sujet une imperforation congénitale du vagin. Il s'agit d'une demoiselle, âgée de 19 ans, qui, depuis l'âge de 14, éprouvait chaque mois les symptômes précurseurs des règles sans être pourtant réglée; l'hypogastre était ballonné et fluctuant; l'obstacle à l'écoulement du sang résultait de l'hymen qui était imperforé et comme ligamenteux et de la présence d'une autre cloison membraneuse plus profonde. L'opération a été heureusement pratiquée à l'aide d'un bistouri étroit. Les choses se sont bien passées; mais, durant la cure, il s'est formé un abcès dans la fosse iliaque droite et qui a donné beaucoup d'inquiétude; heureusement cependant le pus s'est fait jour dans l'intestin, et la malade guérit.

Le troisième fait concerne une tumeur sanguine dont les conditions nous paraissent trop importantes pour ne pas les reproduire en totalité.

VARICE ANÉVRISMALE ÉNORME A LA RÉGION INGUINALE; LIGATURE DE L'ARTÈRE ILIAQUE EXTERNE.

OBS. — Don Bartolo Xerez, natif de la province de San-Yago, âgé de 53 ans, se blessa à la cuisse dans le mois d'août 1825 à l'aide d'un couteau qu'il s'enfonça en voulant monter à cheval. L'artère et la veine fémorale furent percées, ainsi qu'on va le voir par les détails ci-après:

L'hémorrhagie fut légère et fut arrêtée facilement. La plaie s'est cicatrisée; un mois après une tumeur pulsatile s'est développée à l'endroit de la cicatrice. Le volume de cette tumeur a été progressif; puis elle est restée stationnaire et indolente, lorsque, en 1836, elle acquit un nouvel accroissement douloureux et a continué à s'étendre de jour en jour, surtout lorsque le malade montait à cheval. En octobre de la même année il s'est présenté à la consultation de M. Morrisson et offrait l'état suivant:

Tumeur à la cuisse gauche, pulsatile, du volume d'un utérus au troisième mois de gestation, placée entre l'origine de l'artère fémorale profonde et le ligament de Paupart, pendant à côté de l'aine comme une sorte de melon, ayant un pédicule plutôt épais. Ses pulsations sont isochrones à celles du cœur et accompagnées d'une sorte de sifflement très distinct. Ses parois sont très amincies par la distension, surtout à l'endroit de la cicatrice où les tissus ne sont pas plus épais que la paroi d'une vessie. En comprimant l'artère fémorale sur la branche pubienne, la tumeur devient flasque et son sifflement disparaît. La pression sur la tumeur et sur l'artère crurale à la fois fait affaisser et vider complètement la poche morbide; le sang se répand de haut en bas : en ôtant la compression la tumeur se remplit de nouveau presque instantanément et son bruissement reparait.

Après avoir été vidée, la poche sanguine offre au toucher la sensation de quelques dépositions osseuses à ses parois, surtout vers son pédicule où elles paraissent plus nombreuses; cette dernière circonstance donne au pédicule une dureté particulière et le rend inélastique. La jambe n'est point gonflée. L'artère crurale au-dessus de la tumeur est considérablement élargie.

Le 5 novembre une consultation a lieu; l'opération est jugée urgente, attendu la ténuité extrême des parois de la tumeur qui menacent rupture, surtout à l'endroit de la cicatrice. M. Morrisson lie donc l'artère iliaque externe d'après le procédé d'Abernethy.

Après l'opération, le malade accuse une douleur intense dans la jambe et dans le pied, comme si de l'eau bouillante coulait dans les fibres de cette partie; pouls 130 (saignée); puis vomissemens, météorisme, sueurs froides; deux jours après, mort.

L'autopsie n'a pu être faite, mais M. Morrisson a été assez heureux pour pouvoir disséquer et enlever la partie malade qu'il conserve encore dans son cabinet. « Pour l'exciser convenablement, dit l'auteur, j'ai étendu la plaie de bas en haut et détaché le péritoine de la paroi postérieure que j'ai poussé de bas en haut; j'ai coupé l'artère et la veine iliaques à la hauteur de la bifurcation de l'aorte; j'ai continué la dissection en bas jusqu'à l'artère fémorale profonde, et j'ai enlevé la pièce tout entière. A l'endroit de la ligature, l'artère est coupée complètement par les efforts des vomissemens, le fil est resté attaché aux bouts supérieurs. L'artère présente un coagulum d'un pouce de longueur. Des tuyaux de plume introduits dans l'artère et dans la veine passent dans le sac anévrismal. »

« Nous croyons, dit l'auteur en terminant, que ce cas de varice est le second pour la guérison duquel on a tenté la ligature de l'artère iliaque. L'autre cas se trouve consigné dans la chirurgie militaire de Hennen. »

Les quatre autres observations du travail de M. Morrisson n'offrent rien de bien important pour nous arrêter davantage.

RECHERCHES SUR LES CAUSES, LA DURÉE, LA TERMINAISON ET LE TRAITEMENT MORAL DE L'ALIÉNATION; par le docteur PLINY EARLE.

L'auteur passe en revue les différens points de l'étude de l'aliénation

mentale indiqués dans le titre ci-dessus. Nous allons le suivre dans nos travail, nous bornant à indiquer ce qui nous paraîtra différer des résultats obtenus, soit en France, soit en Angleterre.

Parmi les causes de l'aliénation mentale, l'hérédité paraît aussi commune dans l'Amérique du Nord qu'en Europe. A l'hôpital de Philadelphie trois personnes d'une même famille ont demandé à y être réunies en même temps; et, dans l'Asile de Connecticut à Hartford, il y avait un maniaque qui était le onzième de sa famille atteint de cette affection. Les enfans nés de parens devenus fous y sont plus prédisposés que ceux qui étaient nés avant le développement de la folie, et, suivant le docteur Barton, ceux qui sont nés de parens d'un âge avancé en sont moins fréquemment atteints que ceux dont les parens, à l'époque de leur naissance, étaient jeunes.

On a dit que la couleur noire des cheveux était un indice d'une prédisposition à la manie, et Harlam rapporte que sur 265 aliénés renfermés à l'hôpital de Bethlehem, 205 avaient les cheveux noirs; à l'hôpital de Pensylvanie, sur 79 aliénés, 73 se trouvaient aussi dans la même condition. Cette proportion est bien forte chez des individus de la race anglaise; en France, elle serait peu surprenante.

L'âge auquel la folie se développe le plus communément paraît ne pas être le même dans les pays où cette affection avait été étudiée avec le plus de soin, ainsi qu'il ressort du tableau suivant, dressé d'après les recherches de Georget pour la France, du docteur Burrows pour l'Angleterre, et de l'auteur pour l'Amérique.

Hôpitaux.	De 10 à 20	20 à 30	30 à 40	40 à 50	50 à 60	60 à 70	70 à 80	Total.
Français et anglais	356	406	1416	561	461	174	35	4409
Français	140	465	572	521	550	265	189	2507
Américains	127	682	552	367	186	81	24	2005

Il semblerait donc qu'aux États-Unis la folie se déclarerait plus fréquemment de l'âge de 20 à 30 ans qu'à toute autre période d'une égale durée, tandis qu'en France et en Angleterre c'est de 30 à 40 ans qu'elle se développerait le plus communément.

LE SEXE. Les anciens écrivains assuraient que, de leur temps, la folie était plus fréquente chez l'homme que chez la femme; il paraît que c'est le contraire dans l'Europe moderne. Pinel établissait, en 1802, le rapport des femmes affectées d'aliénation aux hommes à 2 contre 1. En Angleterre la proportion paraît être moins forte du côté des femmes.

Sur 8,872 malades renfermés à Bethlehem, il y avait, d'après le docteur Haslam, 4042 hommes et 4832 femmes. A St-Luke aussi, le nombre des femmes était d'un tiers plus fort que celui des hommes. M. Esquirol, après avoir réuni les documens des différentes contrées, et les avoir comparés, en conclut que la proportion n'excède pas de beaucoup la différence qui existe entre les deux sexes dans l'état ordinaire de la population. Aux États-Unis on observe une proportion inverse de celle de l'Europe; car, d'après le docteur Earle, sur 6,991 aliénés renfermés dans plusieurs asiles, il y avait 4,510 hommes et 2,481 femmes, ce qui porte le nombre des hommes aliénés à celui des femmes comme 15 est à 8, ou presque 2 à 1. Peut-être dira-t-on que ce relevé, fait seulement sur les aliénés des hôpitaux, ne comprend pas toutes les femmes qui sont frappées de la même maladie, et qu'un grand nombre ont pu rester dans leur famille ou être envoyées dans des établissemens particuliers. Mais, en admettant quelques cas de ce genre, on ne pourra pas expliquer une différence aussi notable. A quoi tient-elle donc? Pourquoi y a-t-il beaucoup plus de femmes folles en Europe et beaucoup plus d'hommes fous aux États-Unis? L'auteur pense que la raison de cette différence doit être cherchée dans la surexcitation continuelle que produit en Amérique chez les hommes l'activité des affaires, et dans la position des femmes, qui y vivent ordinairement dans l'intérieur de leurs familles.

POSITION SOCIALE. Le célibat est-il une condition favorable au développement de la folie? Voici les chiffres par lesquels M. Earle répond à cette question, lesquels chiffres lui ont été fournis par plusieurs asiles des États-Unis.

HOMMES.				FEMMES.			
Célibatair.	Mariés.	Veufs.	Total.	Célibataires.	Mariées.	Veuves.	Total.
818	543	48	1,409	444	489	80	1,013

Ces chiffres ne suffisent pas cependant pour nous faire connaître l'influence du célibat pour la production de la folie, car il faudrait connaître en même temps le nombre des célibataires relativement au reste de la population.

CAUSES EXCITANTES. Voici le résultat de l'examen de 1,125 cas recueillis dans les hôpitaux des États-Unis et sur l'origine desquels on a pu obtenir des renseignemens de quelque valeur.

1° CAUSES PHYSIQUES.

Intempérance	146 cas.
Différentes affections	103
Idem, constitutionnelles	57
Onanisme	55
Hérédité	40
Suite de couches	42
Fièvre typhoïde	10
Eruptions répercutées	9
Coups sur la tête	7
Altérations organiques du cerveau	5
Travail excessif	4
Blessures	3
Epilepsie	3
Insolation	2
Suite de chutes	2
Inflammation du cerveau	2
Passage d'un régime ordinaire à un régime exclusivement végétal et à l'abstinence.	2
Erythème du cerveau	1
Vice de conformation	1
Ménorrhagie	1
Suppression des règles	1
	496

2° CAUSES MORALES.

Influence des idées religieuses	70
Troubles domestiques	60
Perte de la fortune et embarras dans les affaires	56
Perte d'amis	46
Contention de l'esprit	34
Affection trompée	28
Ambition désappointée	11
Désappointement	11
Colère	8
Inquiétude	7
Jalousie	5
Sévérité des parens	4
Effroi	2
Mortification	1
Agitation à l'approche du mariage	1
Discussions méthaphysiques	1
Lecture de romans	1
	346

Différentes causes à la fois physiques et morales	73
Causes inconnues	200
	1,135

TERMINAISON. Si nous en croyons le tableau suivant, le nombre de cas de guérison ne serait pas moins nombreux aux Etats-Unis qu'en France et en Angleterre.

Hôpitaux.	Malades.	Guéris.	Pour cent.
Asile de New-Yorck	1584	700	44,19
Blomingdale, ibid.	1777	770	45
Pensilvanie	3718	1289	34,66
Franckfort. Pensilvanie	158	55	33,54
Connecticut	516	292	58
Asile de Worcester	385	142	36,88

La mortalité varie beaucoup dans les différens établissemens destinés à recevoir des aliénés aux Etats-Unis, ainsi que le prouve le tableau suivant, qui n'aurait quelque valeur que dans le cas où nous aurions quelques renseignemens sur la nature des malades qui sont reçus dans chacun des établissemens.

Hôpitaux.	Cas.	Morts.	
New-Yorck	1584	153	1 sur 10 1/2
Bloomingdale New-Yorck	1774	136	1 — 14
Pensilvanie	3487	526	1 — 6 1/2
Franckfort	158	21	1 — 7 1/2
Connecticut	196	8	1 — 30 1/2
Kentucky	502	190	1 — 2 7/8

TRAITEMENT. Dans la plupart des asiles des Etats-Unis, le travail des malades est considéré comme l'une des conditions les plus favorables à leur guérison, et généralement on préfère les emplois utiles; on attache la plus grande importance au choix des domestiques, auxquels il est expressément défendu, dans la plupart des établissemens, de frapper les

malades, même dans le cas de défense personnelle. A l'asile de M'Lean, il y a un domestique pour six malades.

ABCÈS RÉTRO-PHARYNGIEN ACCOMPAGNÉ DE SYMPTÔMES ANOMAUX; par M. BYRNE.

OBS. — Un enfant fortement constitué, âgé de douze mois, est saisi de convulsions dans la soirée du 12 mars avec embarras extrême dans la respiration, face gonflée et livide, proéminence et plénitude des veines jugulaires, pouls petit et fréquent, offrant plutôt les caractères d'un épuisement extrême que d'une irritation excessive; peau peu chaude et légèrement moite. D'après le récit des parens, l'enfant avait eu la fièvre depuis plusieurs jours et paraissait éprouver une gêne dans la déglutition et dans la respiration. La respiration était accompagnée de ce bruit particulier qu'on observe dans le croup. Les phénomènes de la maladie étaient ceux d'une tonsillite accompagnée de symptômes de suffocation: le trait cependant le plus culminant était la stase de sang au cerveau par suite de l'oppression des poumons. On ouvre donc la veine jugulaire et l'on saigne modérément le malade. Le sang n'a rien présenté d'inflammatoire; il était séreux et liquide et manquait absolument de couenne et de fibrine.

On examine attentivement la gorge, on ne découvre aucune lésion matérielle sur le pharynx, le voile du palais et les amygdales; mais l'épiglotte est soulevée, portée en avant et œdémateuse; l'arrière-bouche est remplie de mucosités glutineuses. Il y avait donc là les symptômes d'une angine œdémateuse; pourtant on n'observait pas de fièvre, et le sujet était très robuste; le sang d'ailleurs n'offrait rien d'inflammatoire, ni le pouls ni la température de la peau. Ces dernières circonstances néanmoins pouvaient bien être attribuées à l'état de demi-asphyxie dans lequel se trouvait l'organisme. L'examen du cou à l'extérieur ne présentait rien d'anormal. On a fini par croire à une affection du larynx attendu la sécrétion excessive de mucosité dans l'arrière-bouche, mais rien de précis sur sa véritable nature. Poumons sains. On prescrit un émétique, et l'on parle de bronchotomie; en attendant l'enfant meurt asphyxié.

AUTOPSIE trois heures après la mort. L'examen extérieur du thorax et du cou n'offre rien de remarquable. En disséquant la peau du cou, les muscles sous-jacens et les fascia profonds, on trouve une tumeur oblongue au côté gauche, placée entre le larynx, la trachée et les gros vaisseaux. On l'ouvre et l'on trouve que c'est un abcès. En poursuivant la dissection, on s'assure que cet abcès avait eu son origine dans le tissu cellulaire rétro-pharyngien et s'étendait depuis l'apophyse basilaire de l'occipital jusqu'auprès du sternum. L'épine et les muscles adjacens sont couverts de lymphe plastique et forment sa paroi postérieure. La paroi antérieure supérieure est formée par le pharynx qui est poussé en avant contre l'épiglotte. Ce dernier organe se trouve repoussé en haut sur la langue. L'ouverture de la glotte est enfoncée, couverte et bouchée par la paroi antérieure de l'abcès. Les poumons sont sains; l'épiglotte est un peu enflammée et œdémateuse. De la sérosité épanchée existe dans les grandes cavités, ce qui est dû sans doute à la stase qu'a éprouvée le sang veineux. Les côtés de l'orifice de la veine jugulaire sont béans, aucun effort n'a été fait par la nature pour l'occlusion de la petite plaie.

« Ces circonstances, dit l'auteur, m'ont donné le plus grand regret de ne pas avoir pratiqué la bronchotomie. » Cette opération effectivement était le seul moyen de salut pour le petit malade au moment où il a été vu par M. Byrne. Ce fait du reste est digne de la méditation des praticiens et peut être rapproché de trois ou quatre autres analogues que la science possède jusqu'à ce jour; l'histoire des abcès rétro-pharyngiens est encore à faire.

MORSURE D'ARAIGNÉE SUIVIE DE SYMPTÔMES ALARMANS; par M. DANIEL STAHL.

OBS. — Un fermier, âgé de 27 ans, robuste, est mordu dans son lit par une araignée noire près du condyle du bras droit, à cinq heures et demie du matin du 16 août. Il se lève sans faire attention à son mal, et va soigner ses chevaux. Bientôt sa piqûre devient douloureuse; la douleur s'étend jusqu'à l'épaule et à la poitrine. Peu après, la douleur devient intolérable, et le malade offre l'état suivant: face pâle, traits affaissés, anxiété; peau froide; pâleur générale; sueurs froides et visqueuses au front; extrémités glacées; pouls petit et tendu, mais non très fréquent; langue blanchâtre; douleurs au dos, aux hanches et aux cuisses; défaillances. L'endroit mordu est rouge dans l'étendue d'un dollar. Pas de gonflement. Respiration normale. On prescrit un émétique de tartre stibié qu'on répète d'abord sans effet; puis on saigne le malade, on scarifie la plaie, on applique un vésicatoire dessus. Les symptômes persistent, on pose des sinapismes; on fait prendre des pédiluves chauds, de la poudre de Dower, du thé chaud, du vin ammoniacal, du camphre, de l'esprit de mindérère à haute dose, etc. A cinq heures du soir, une sueur abondante s'est déclarée, et le malade est allé de mieux en mieux; il a fini par guérir.

Il y a deux choses importantes à noter dans ce fait: l'action de la morsure d'araignée, et le mode de médication adopté par l'auteur. Il est rare de voir dans nos climats les piqûres de l'araignée être accompagnées d'accident; il en est autrement de celles des abeilles, des guêpes, et de quelques autres insectes; ces piqûres ont été souvent suivies d'accidens graves et même de la mort (V. Dupuytren, *Plaies d'armes de guerre*). Il est prouvé aujourd'hui que les accidens en question dépendent moins de l'aiguillon que l'insecte laisse dans la plaie que d'un venin particulier, analogue à celui de la vipère, qu'il y dépose. Si le nombre des piqûres est considérable, l'organisme éprouve les mêmes effets qu'après la morsure de la vipère, et l'accident mérite d'être traité en conséquence. L'expérience a prouvé en effet que le meilleur remède dans ces cas est l'ammoniac. Ces considérations s'appliquent sans restriction au fait ci-dessus: les phénomènes que le malade a présentés sont incontestablement ceux d'un empoisonnement. Quant au traitement que M. Stahl a suivi, il est trop peu méthodique pour pouvoir en rien conclure; il est bon cependant de faire noter que les remèdes affaiblissans employés dans le commencement n'ont aucunement amélioré l'état du malade, et que les excitans, au contraire, ont amené une amélioration prompte.

EFFETS FUNESTES DE L'OPIUM DANS LE TRAITEMENT DU DELIRIUM TREMENS; par le docteur J. WARE.

L'auteur de ce travail avait publié, en 1831, un mémoire sur le *delirium tremens*, et dans lequel il exprimait l'opinion que cette maladie ne pouvait être arrêtée dans sa marche par le traitement; que le paroxisme d'insomnie et de délire ne pouvait être abrégé par aucun remède, mais continuait jusqu'à ce qu'il fût arrivé à sa terminaison spontanée par la guérison ou la mort, et que l'opium, au lieu d'exercer une influence favorable sur le résultat, tendait plutôt à augmenter la mortalité qu'à la diminuer; mais les faits sur lesquels il appuyait une opinion aussi différente de celle généralement reçue étaient rapportés si sommairement qu'ils ne pouvaient avoir une grande valeur dans cette discussion. Il dut donc se mettre à la recherche d'autres cas de cette maladie, qui paraît être bien plus fréquente aux États-Unis que dans nos contrées; car le nombre des cas sur lesquels s'appuie son nouveau travail, est de 69, qui ont été recueillis dans l'espace de vingt ans, et dont 6 ont été observés chez des femmes, et 63 chez des hommes. Le nombre des morts a été de 11, et toujours chez les hommes.

1° Huit cas ont été traités par l'opium donné à haute dose et dans le but de mettre un terme au paroxisme par le sommeil. La quantité de ce médicament administrée dans les différens cas a varié de 24 à 72 grains, et ordinairement dans l'espace de 48 heures. Quatre de ces cas se terminèrent d'une manière funeste. Dans l'un d'eux, la mort arriva après que le sommeil eut été obtenu; mais le malade ne put plus être réveillé, et il mourut dans le coma; dans les trois autres cas, il n'y eut pas de sommeil. Aucun de ces huit malades ne fut saigné; l'un deux avait été pris du *delirium tremens* pendant le cours d'une dysenterie très aiguë, et y succomba; chez les autres, l'intempérance seule semble avoir été la cause de leur affection, qui ne se compliquait chez plusieurs que de quelqu'une de ces légères affections chroniques qui sont si fréquentes chez les buveurs, mais ne peuvent pas avoir eu d'influence sur le *delirium tremens*. Dans les quatre cas de guérison, l'amélioration vint très promptement, et parut complète aussitôt que le sommeil eut été obtenu.

2° Sept cas furent traités par l'opium à faible dose, deux ou trois grains en vingt-quatre heures. Deux des malades succombèrent sans avoir pu obtenir le sommeil; l'un d'eux, il est vrai, avait été pris du *delirium* pendant le cours d'une pleuro-pneumonie très grave.

3° Douze cas furent traités par les vomitifs répétés et longtemps continués suivant la méthode de traitement recommandée par le docteur Klopp de Philadelphie. Dans presque tous on employa le tartrate antimonié de potasse qui fut dans quelques-uns remplacé par le sulfate de cuivre ou l'ipécacuanha; mais sans différence appréciable dans les effets du traitement. Deux de ces malades étaient atteints en même temps d'une affection grave, l'un d'une maladie de cerveau, l'autre d'une inflammation du tissu cellulaire qui entoure le genou. Le premier fut le seul qui mourut de cette troisième série.

4° Chez deux malades on n'employa qu'une seule forte saignée du bras, et tous deux guérirent très promptement.

5° Chez neuf malades on fit ce qu'on appelle la médecine symptomatique, mais comme chez sept d'entre eux le *delirium tremens* était compliqué d'affections graves et très aiguës, on ne pouvait en agir autrement, et les résultats ont moins de valeur pour la maladie qui nous occupe; trois malades moururent atteints tous les trois de pleuropneumonie.

6° Un malade, chez lequel le *delirium* était compliqué d'érysipèle de la face, fut traité par de fortes doses de sulfate de quinine et guérit.

7° Un autre guérit aussi sous l'influence d'une salivation mercurielle.

9° Dans vingt-neuf cas, le traitement fut expectant; un seul se termina par la mort, et on trouva à l'autopsie une vive inflammation de l'arachnoïde.

L'auteur conclut de ce fait que si l'opium, dans le traitement du *delirium tremens*, n'est pas nuisible, il est au moins inutile, et nous serions de son avis s'il était démontré que les cas où l'opium fut employé n'offraient pas plus de gravité que les autres; car il ne nous apprend point par quel

motif il a été déterminé dans le choix de ces différentes médications à appliquer aux différens malades.

Chez la plupart des sujets qui ont succombé (huit sur onze) la maladie était compliquée de quelque autre affection aiguë; il est possible, il est vrai, que chez quelques-uns de ceux qui ont guéri une complication analogue ait été inaperçue, car l'un des effets du *delirium tremens* est d'effacer ou d'obscurcir toute autre affection qui pourrait le compliquer et d'empêcher qu'elle ne soit reconnue.

Dans trois cas la mort est venue après que le malade avait dormi; le sommeil n'est donc pas un signe aussi certain de guérison qu'on l'a prétendu. L'arrivée du sommeil n'est pas non plus une preuve aussi certaine qu'on l'a dit de la terminaison du paroxysme; car chez huit malades, il y eut des intervalles de sommeil plus ou moins longs et dont ils ne sortaient que pour offrir tous les symptômes qui avaient existé primitivement.

La saignée générale est regardée comme très funeste dans le *delirium tremens*, et cependant sur dix-neuf malades qui ont été saignés pendant le cours de cette affection, deux seulement sont morts et encore ils étaient tous deux atteints de pleuropneumonie.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 22 OCTOBRE.

ÉTUDES SUR LA MONSTRUOSITÉ BI-CORPS DE PRUNAY-SOUS-ABLIS, ARRONDISSEMENT DE RAMBOUILLET : LUES A L'ACADÉMIE LE 22 DU COURANT; par M. GEOFFROY SAINT-HILAIRE.

L'Académie des sciences, dans sa séance du 15 octobre 1838, a nommé une commission formée de MM. Serres, Breschet et Geoffroy Saint-Hilaire, pour lui rendre compte, après études sur les lieux, d'une naissance insolite du 7 octobre dernier, celle d'une enfant femelle bi-corps, commune de Prunay-sous-Ablis.

Au château de Faures, la principale propriété de Prunay, demeurent M. Pétinean, ancien associé du grand manufacturier Oberkampf, et son gendre, M. De la Palme, avocat-général à Paris. Ces messieurs, parens de M. le ministre de l'instruction publique, informèrent M. de Salvandy de l'événement d'organisation tératologique survenu au chef-lieu de leur commune.

Et, en effet, il était né là, d'un bel homme de 24 ans, nommé Lesieur et de la dame Mauguin, son épouse, âgée de 27 ans, une enfant femelle formée de deux individus réunis et soudés par les os ischions.

Les père, mère et toute leur famille se composent d'ouvriers pour bâtimens de la campagne, couvreurs principalement : ce sont d'honnêtes manouvriers, point fortunés.

La femme Lesieur était accouchée une première fois le 6 octobre 1837, d'un garçon mort-né, d'ailleurs bien conformé; et l'année suivante 1838, elle mit au jour la fille bi-corps, sujet de cet article.

Le curé de Prunay baptisa les deux têtes, l'une recevant le nom de Marie-Louise, et l'autre celui d'Hortense-Honorine; ceci se passait dans une contrée de la Beauce, entre Rambouillet, Chartres, Dourdan et Etampes, et en mit toute la population en émoi. Un journal départemental, la PRESSE DE SEINE-ET-OISE, le premier rendit compte de cet événement, dont il fut prévenu par le médecin d'Ablis, l'honorable M. Trabuc, appelé par la sage-femme pour en être aidé.

M. Delapalme écrivit aussitôt à M. le ministre de l'instruction publique qui, comprenant la grande importance de cette nouvelle pour les études psychologiques et physiologiques, en prévint un de ses confrères de l'Institut, membre de l'Académie des sciences. C'est à la suite de cette communication que l'Académie forma, comme nous l'avons dit, sa commission d'enquête.

Je me rendis de suite d'abord au château du Bréau, possession de M. le baron d'Hervey, intendant-général de la quatorzième division militaire, et bientôt dans la commune limitrophe de Prunay. J'y arrivai à temps pour prévenir l'entier dépérissement des deux filles unies. On leur administrait avec un biberon une boisson échauffante et ces enfans nées vivaces et fort gentillettes allaient succomber.

Il n'y avait de nourriture confortable que le sein d'une nourrice; la mère avait été privée, par la révolution maladive que lui avait causée son accouchement extraordinaire, de donner le sein à ses enfans; je pris sur moi d'amener une nourrice sur lieu, qu'il fut convenu que je paierais et qu'on n'acceptait qu'à cette condition; je pris en outre l'engagement de récompenser, par une somme considérable, les bons soins de la nourrice si les enfans vivaient après l'année révolue.

Les enfans reprirent sensiblement, et paraissent doués d'assez de vitalité pour faire croire à leur parfaite résurrection. Qui m'avait autorisé à cet effet? le zèle de l'humanité et la satisfaction de procurer aux sciences psychologiques ce sujet d'une magnifique expérience.

M. Werner, notre très habile peintre du Muséum d'histoire naturelle, me rejoignit pour consacrer ses talens distingués à nous peindre ces très gentilles petites filles de Prunay.

MM. Serres et Breschet n'ont pu encore venir les visiter; cependant je réserve à M. Serres le soin d'en donner une savante description; c'est un droit que je juge lui être acquis après son magnifique travail concernant Ritta-Christina.

J'ai eu à combattre bien d'autres dangers qui menaçaient la chétive existence de l'enfant bi-corps de Prunay : la spéculation se disposait à s'en emparer; des sommes considérables étaient déposées à Rambouillet à cet effet. Cédera-t-on à la séduction, à la soif de l'or, passion effrénée chez de certaines personnes? M. Delapalme, qui m'a très obligeamment accompagné chez les parens, leur a adressé une prédication chaleureuse pour réveiller en eux tous les sentimens de l'honneur et pour exalter celui inné de paternité qu'ils montrent visiblement.

Car combien de puissans motifs à invoquer? Un cas d'organisation anormale comme celui de Prunay apparaissant de loin en loin et seulement dans des époques séculaires, c'était à déclarer une œuvre de Dieu qui pourait bien ne pas rester incompréhensible. Qui sait si elle n'est point livrée par Dieu pour nous amener insensiblement à la mystérieuse pénétration de l'essence des choses?

La nécessité reconnue aujourd'hui de la rencontre et de l'affrontement de parties similaires pour qu'il s'en fasse une réunion phénoménale, constitue un ordre nouveau de curieuses relations. C'est oculairement visible dans les doubles monstruosités. Le spectacle tout matériel d'une aussi singulière organisation est bien fait pour frapper nos sens, venant à montrer dans une réalisation aussi grossière une représentation de ce qui se passe dans les champs illimités de l'espace, dans le règne des fluides impondérés.

Selon moi, c'est à fonder un avenir de sublimes considérations, une nouvelle source d'instruction, où le savoir des faits consisterait dans une étude toute neuve de mutuels affrontemens et dans la perception intelligente que par les filières nerveuses et vasculaires chez les animaux sont préparées et amenées les causes productrices des tissus organiques; de telle sorte que si la même doctrine venait à être importée dans le règne des fluides élastiques, nous nous trouverions lancés dans les champs de l'électricité, où sont à reconnaitre les principes d'une œuvre unitaire.

Voilà l'espoir qui m'anime et qui encourage mon zèle à étudier avec prédilection les questions de la double monstruosité : c'est un pas à faire pour en tenter un plus puissant. Ou frappé de tels pressentimens, j'ajoute : qui oserait affirmer que là n'est pas une révélation de théories suprêmes et le dernier mot des choses!! Quand, dans le dictionnaire classique d'histoire naturelle, j'ai, en juin 1826, placé le mot *monstre*, j'avais déjà ces idées, qu'alors je m'étais bien gardé de laisser soupçonner, que j'exprimai déjà avec le sentiment théorique et le nom d'*attraction de soi pour soi*, car bien certainement ils m'eussent exposé à des oppositions, à des reparties de dires incompris et peut-être à des attaques haineuses.

Je m'étais donc déjà promis d'attendre pour donner ces ultimes conséquences, et pour n'arriver aux termes de mes travaux que progressivement, de profiter de chaque jet de la nature qui élevât à haute philosophie les manifestations de ces ardens phénomènes tératologiques. J'étais frappé de la considération que les hommes, même les plus intelligens, s'ils sont pris au dépourvu en raison de la rareté des faits produits et étudiés, n'entendent admettre ces actes de puissance créatrice, que pour les distinguer au titre d'animaux ou de sujets tératologiques, que comme des passades de miracles, à taire par conséquent, et que condamnent nos esprits forts, si légers à tout taxer d'incompréhensibles.

Oh! que de petitesse dans les soins d'une crédulité à montrer comme empreinte de ridicule, quand au contraire il serait pourtant si simple et plus naturel de préférer d'être mené par la rigueur expressive des faits, et de constater avec franchise que l'on est entré dans les vestibules d'un temple, venant à refléter d'autres ordres de vérités.

L'on voit, par ce qui précède, que les découvertes que je poursuis, qui me passionnent et sans cesse me préoccupent, sont tous les faits principes que j'aperçois en esprit comme inhérens à la nature des choses, et comme offrant des ressources pour des études *à posteriori*, dans ces ensembles de doubles monstruosités qui éclatent et qui surprennent de loin en loin.

Car, quant à ce qui concerne les travaux d'organisation tératologique, ce sont choses aujourd'hui trouvées; depuis une bonne partie de ce siècle, qui sont déjà méthodiquement exposées et vraiment enregistrées scientifiquement dans une publication française; les trois forts volumes de la tératologie. Cet ouvrage, auquel la Belgique et ses indignes usages de piraterie ont fait l'honneur d'élever au nombre de deux éditions contrefaites, ruine son libraire, qui s'en était fait onéreusement l'éditeur à Paris. Et tout cela se passe heureusement sans décourager à Paris dos travaux où sont des idées essentielles, et le savoir des faits acquis, étant tous embrassés sous le nom de tératologie.

Avec cela connu, formant comme un point de départ, je passe, et je crus du plus haut intérêt de passer aux applications de *la loi d'attraction de soi pour soi*, laquelle considère les faits de conjugaison des matériaux dans le règne des airs et des fluides impondérés. C'est à défricher dans un champ tout neuf, qui se hérisse des plus ardues difficultés, mais qui seront tôt ou tard recherchées : car rien de ce qui est aperçu nécessaire ne manque à l'esprit humain.

Mais cependant nous sommes bien loin d'avoir produit toutes les essentielles solutions désirables concernant les êtres de la double-monstruosité. La fille bi corps de Prunay, si elle succombait, et c'est toujours à craindre, malgré nos soins d'hygiène à son sujet; cette fille, où Dieu a placé tant de beautés d'harmonie, demande un révélateur d'une puissante intelligence. C'est pour qu'il devienne tel; c'est pour être recommandé au même titre du plus digne comme savoir, du plus exercé par des travaux antérieurs de ce genre, que l'Académie aurait déjà désigné cet anatomiste, en le comprenant dans la commission : M. Serres est l'auteur du magnifique mémoire sur Ritta-Christina, dont il a enrichi les actes de l'Institut.

Ce qui est de besoin en ce moment, c'est l'histoire attentive et spéciale des filières vasculaires et nerveuses qui vont les unes au-devant des autres, *en affrontement*, d'une fille Marie-Louise à sa sœur Honorine-Hortense, filières qui opèrent leur rencontre phénoménale par les deux ischions conjugués, ou sur l'unique ischion commun à l'être bi-corps. C'est vraiment là en quoi consistent et la manifestation divine, et l'action de puissance créatrice dans cette double fille, qui, à si juste titre, émeut si profondément la population beauceronne, entre Dourdan et Rambouillet.

Il fut un temps où les travaux sur ces anomalies pouvaient se réduire à des recherches de classification, d'enregistrement et de nomenclature. Mais aujourd'hui c'est dépassé; et les savans vont élever d'autres prétentions. En fait de classification et de nomenclature, les travaux par M. Isidore Geoffroy ont été revus et rendus par lui uniformes et montrés très habilement harmoniques. Sans doute qu'avec le temps on ajoutera à ce qu'il a posé; mais il paraîtrait déraisonnable d'essayer présentement d'en changer le plan.

Au sujet des systèmes d'organisation anormale, comme en présente comme exemple la fille bi-corps de Prunay, ce sont des merveilles dont la science est déjà pourvue : il s'agit de s'y intéresser pour en garder un souvenir lucide dans l'esprit, d'y introduire le sort des classifications : j'y avais songé avant mon fils, et j'avais déjà proposé le nom d'ischiadelphe, pour cette totalité d'événemens tératologiques. Mais, pour des raisons que je crois qu'il faut approuver, il y avait à réformer; et c'est ce qu'a fait à propos le jeune auteur venu après moi.

Nous pourrions entrer dans un luxe d'érudition quant à ce qui concerne le nombre et les conditions de l'*ischiopagie*; mais, outre que cela est déjà suffisamment établi dans la tératologie éditée par Baillière, je trouve préférable de ne rappeler que les cas suivans, où des élémens suffisans pour la comparaison, et, de plus, le signalement des plus curieuses conformations se rencontrent.

Qu'on veuille bien réfléchir sur cette classification.

1° L'ISCHIOPAGE DE DUVERNEY.

Je nomme cette espèce tératologique de la sorte en mémoire des beaux talens de l'anatomiste qui nous l'a fait connaître. (Voy. ses *Œuvres*, t. II, p. 518.) L'article auquel je rattache ceci est intitulé : *Observations sur deux enfans joints ensemble*, lues à l'Académie des sciences, le 13 novembre 1706. Ambroise Paré avait déjà traité d'un cas analogue.

Dans cette espèce, les atteintes subséquentes de la monstruosité s'étaient étendues sur les sexes et régions circonvoisines. Les jumeaux n'avaient point d'anus, mais ils étaient, d'ailleurs, vifs et tellement vivaces que nonobstant ce défaut d'achèvement de construction, ils ont vécu sept jours. C'était un bien grand maître que le célèbre Duverney, modèle aussi bien pour la lucidité de son texte que pour l'intelligence qu'il a développée en établissant ses nombreuses figures, pl. X et XI.

CARACT. SPÉCIF. : *têtes et pieds normaux ; point d'anus.*

2° L'ISCHIOPAGE DE DUBREUIL.

Le savant professeur et doyen de la faculté de médecine de Montpellier a décrit, il y a onze ans, cette espèce, dans le XVe tome des *Mémoires du muséum d'histoire naturelle*, sous le nom d'*Ischiadelphe*, V, pl. V.

Les entre-deux des cuisses avaient été préservés de l'extension de la monstruosité : les têtes en avaient, au contraire, ressenti vivement les effets. Les cerveaux s'étaient détruits; et, anencéphalisés, il n'en restait que peu dans une bourse en pointe pendant à l'arrière du cou.

CARACT. SPÉCIF. : *parfaite conformation des pieds; état anencéphalisé des cerveaux.*

3° L'ISCHIOPAGE TRIPODE.

Cette espèce, née à Cadix, le 30 mai 1810, fut décrite et publiée par un médecin du roi, Francisco Fluzes Moreno.

Les deux jumeaux étaient demeurés engagés dans leur domicile placentaire, inclinés l'un vers l'autre, ce qui avait produit la rencontre, l'affrontement et la nécessité de la soudure des deux jambes. Les doigts se sont maintenus distincts.

CARACT. SPÉCIF. : *deux des jambes en affrontement et soudées ; les têtes dans la condition normale.*

4° L'ISCHIOPAGE DE PRUNAY.

Espèce nouvelle née dans l'arrondissement de Rambouillet, en octobre 1838.

CARACTÈRES SPÉCIF. : *Les têtes dans la condition normale ; tous les pieds bots, plus d'un côté que de l'autre.*

OBS. — Je m'interdis d'en dire davantage, ayant à cœur que les soins de cette description et l'honneur à en acquérir restent à mon collègue, M. Serres, l'auteur du travail mémorable de la *Structure de Ritta-Christina*.

C'est par cette esquisse de classification zoologique et de nomenclature que je termine ces considérations, prises et écrites sur place, à Prunay-sous-Ablis, au sujet de la fille bi-corps, née en cette commune.

GEOFFROY SAINT-HILAIRE.

P.-S. Le mardi, 16 du courant, avant de me rendre aux ordres d'enquête que j'avais reçus la veille de l'Académie, j'écrivis quelques réflexions, la plupart avec un caractère d'*à priori*, pour empêcher dans le public des divagations d'opinion sur la naissance insolite de la fille bi-corps dans l'arrondissement de Rambouillet et pour me procurer les ressources d'un carnet pour les recherches *à posteriori* qu'il m'était prescrit de faire. Ces réflexions ont été recueillies et imprimées dans le journal LE TEMPS, à la date du 17 octobre courant. En en supprimant une grande partie dans cet article, destiné à être inséré dans notre compte-rendu, je prie l'Académie de reprendre et de permettre qu'on réimprime ici les quelques phrases suivantes :

« Le cas tératologique d'une naissance si curieuse devient la grande nouvelle du jour dans la Beauce, entre Etampes, Dourdan, Rambouillet et Chartres. Entendez les premières annonces du journal de la localité, LA PRESSE DE SEINE-ET-OISE, rien n'est plus merveilleux. « C'est, dit-il, la monstruosité la plus étonnante et la plus curieuse qu'on ait encore observée. » Cependant, Ambroise Paré, le grand Duverney, et bien d'autres savans, ont écrit sur des cas analogues.

» L'académie des sciences, dans sa séance dernière, 15 du courant, est informée indirectement par le ministre de l'instruction publique de l'événement de naissance extraordinaire à Prunay : elle y apporte toute son attention et décide la formation d'une commission d'enquête, composée de MM. les grands anatomistes Serres et Breschet, et aussi de moi, leur collègue, et de l'habile artiste M. Werner, pour se rendre sur les lieux de l'événement.

» Nous ne sommes plus dans les vieilles sensations d'un public sans expérience, et nous ne pouvons plus nous contenter d'une stupeur niaise, d'une admiration stérile comme autrefois : et pour mon compte, j'éprouve de la satisfaction à remarquer que l'apparition du phénomène vient apporter un sujet d'études nouvelles à ma LOI D'ATTRACTION DE SOI POUR SOI. J'ai traité des effets de cette loi dans NOTIONS DE PHILOSOPHIE NATURELLE ; in 8°; 1838. A Paris, chez Pillot, libraire, rue St-Martin, 173, et à Bruxelles, chez Tircher, libraire, rue de l'Etuve, n° 20.

» Voici enfin en quoi la mystérieuse élaboration d'une monstruosité consiste. Il n'est pas de plus admirable simplicité des moyens de la Nature ; mais notre éducation veut voir dans tous ces événemens des raisons miraculeuses.

» Eh bien! je borne à ces *à priori* suivant le champ d'études de nos travaux *à posteriori*, que je crois utile à rechercher : car pour qu'il y ait événemens de double monstruosité, il faut ce concours tout simple, la rencontre et l'affrontement des produits ou matériaux organiques :

» 1° *Nécessité* que préalablement il y ait en leurs domiciles à ce propices deux germes en développement.

» 2° *Nécessité* d'une blessure quelconque, ordinairement provoquée du dehors, ressentie par un utérus en travail de gestation.

» 3° *Nécessité* pour que, pour produire maintien et marche en monstruosité, cette blessure ne soit ni forte, ni faible. Trop violente, il y a mort des sujets et rejet d'ébauches vivantes sous la raison de fausses couches; trop atténuée, il y a promptement guérison : les légères dilacérations amenées aux membranes placentaires s'affrontent et se rapprochent intimement. Le *nisus formativus* rentre dans sa puissance de production régulière.

» 4° *Nécessité* à ce que les ruptures soient aux deux enveloppes placentaires, ou à l'unique, s'il n'en est qu'une sous forme diaphragmatique; qu'il y ait dans les domiciles des embryons communication d'une chambre à l'autre; qu'il y ait, dis-je, portes qui soient réciproquement correspondantes et ouvertes.

» 5° *Nécessité* à ce que les deux embryons qui se communiquent anormalement viennent à se toucher par de mêmes parties respectives; alors toutes les filières vasculaires et nerveuses des mêmes rang et sortes, se rencontrent par *affrontement*. Là est seulement le merveilleux phénoménal, et c'est en cela qu'existe l'infinie vraisemblance qu'il n'y aura rien, ou que très difficilement, produit ainsi arrangé. Cependant, qu'il ait approche des mêmes parties similaires, circonstance qui favorise la raison *d'attraction de soi pour soi*; survient le moment critique, et commence le concours le plus difficile à obtenir. L'affrontement des choses, aperçu sous ce point de vue, comme la rencontre de face contre face, dos contre dos, fesses contre fesses, ischion contre ischion (*notre événement d'ischyopagie*), d'appendice xyphoïde devant appendice xiphoïde (*ce qui fut la raison de conjugaison des deux frères Siamois*), de ventre à ventre, comme dans *Ritta-Christina*; ces cas d'affrontement sont la raison philosophique et les FAITS NÉCESSAIRES pour l'accomplissement de notre loi d'attraction.

» 6° Enfin *nécessité*, qu'afin que l'action phénoménale s'engage et puisse se produire comme substituée à l'effort naturel de formation (*nisus formativus*), il faut que le phénomène soit renfermé dans de certaines limites, comme temps et époques dans la gestation, c'est dans le cours de deux à trois mois de gestation qu'un bouleversement, principe initial du désordre, vient compromettre le *nisus formativus*, le détourner de ses devoirs, et lui en substituer de nouveaux. »

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 23 OCTOBRE. — PRÉSIDENCE DE M. MOREAU.

MORVE AIGUË CHEZ L'HOMME.

M. Rayer lit un long discours en réponse à celui que M. Barthélemy a prononcé dans l'avant-dernière séance. Ce discours roule entièrement sur les quatre questions suivantes :

1° La morve aiguë chez l'homme est-elle une maladie spéciale ? Nul doute. Une maladie, dit l'orateur, qui ne ressemble à aucune autre affection de l'espèce humaine, et qui a pour caractères constans des altérations particulières dans les cavités nasales, une éruption pustuleuse et gangréneuse à la peau et des abcès multiples dans le poumon, ne peut être considérée que comme une maladie *sui generis*. Examinez scrupuleusement les maladies dermiques propres à l'homme, vous ne trouverez rien dans les cavités nasales ni ailleurs qui ressemble aux lésions qu'ont présentées les trois sujets atteints de morve observés à Paris depuis un an. M. Barthélemy avait avancé que si l'on examinait attentivement les cavités nasales de certains individus morts de maladie aiguë, on trouverait probablement une éruption boutonneuse, sans que pour cela on en conclût qu'ils aient eu la morve. J'ai fait, depuis un an, des recherches sur 32 individus morts de maladies aiguës diverses à la Charité; je n'ai rien trouvé dans les cavités nasales; d'où j'ai dû conclure que la supposition de M. Barthélemy n'était pas fondée.

2° L'affection en question, observée chez l'homme, ressemble-t-elle à la morve aiguë du cheval ? La réponse est aussi affirmative. L'orateur examine un à un les symptômes présentés par les trois malades, et il les compare à ceux du cheval; il y trouve une identité parfaite. D'abord, un point capital, c'est que

les lésions nasales qui forment le caractère pathognomonique de la morve aiguë chez le cheval ont été trouvées parfaitement identiques par M. Barthélemy lui-même chez le dernier malade de l'Hôtel-Dieu; elles étaient d'ailleurs identiques chez les deux autres et chez tous ceux observés à l'étranger, et dont les détails ont été publiés. Ainsi, sur ce premier point, tout le monde est d'accord; mais à côté de cette identité, M. Barthélemy a cru trouver des dissemblances essentielles : ce sont ces prétendues dissemblances que je vais examiner. La pneumonie lobulaire se présente en première ligne. Ce caractère se rencontre également chez le cheval, et ce n'est que par une sorte d'inadvertance que M. Barthélemy l'a cité comme un trait de dissemblance. Il est juste de dire pourtant que cette lésion est moins constante chez le cheval que chez l'homme, mais cela ne constitue pas une différence essentielle; car, outre que l'organisation de l'homme n'est pas la même que celle du cheval, chez ce dernier, le mal n'arrive pas toujours jusqu'à sa dernière période, attendu que les chevaux malades sont abattus du moment que leur affection paraît incurable.

L'éruption pustuleuse à la peau sur laquelle M. Barthélemy s'est tant appesanti ne constitue non plus une différence, car elle se rencontre aussi chez le cheval, et je m'étonne que notre honorable confrère ait pu laisser croire que les chevaux atteints de morve aiguë n'offrent pas des pustules sur le reste du corps. Ici l'orateur cite plusieurs passages d'ouvrages récens d'hippiatrie dans lesquels on mentionne d'une manière très explicite l'éruption boutonneuse des chevaux morveux. Les ecchymoses et les taches gangréneuses se rencontrent aussi bien chez le cheval que chez l'homme; en conséquence, pas de différence sous ce rapport; mais un point essentiel sur lequel M. Barthélemy a insisté est relatif à l'engorgement des ganglions sous-maxillaires, qui ne se rencontre qu'exclusivement chez le cheval. Cette circonstance, pourtant, ne doit pas être d'un grand poids, attendu les différences d'organisation : chez le cheval, la plupart des affections nasales occasionnent le développement des ganglions sous-maxillaires; nous en avons un exemple dans la maladie si commune qu'on appelle gourme, tandis qu'il n'en est pas de même chez l'homme; voyez par exemple, le coryza le plus violent, qui est l'équivalent de la gourme; il ne donne pas lieu au développement des ganglions. Cette différence n'en est donc pas une, puisque nous pouvons nous en rendre raison sans être obligés d'admettre la conclusion que M. Barthélemy voudrait établir.

Les mêmes considérations s'appliquent aux douleurs d'apparence rhumatismale et aux tumeurs purulentes qui ont été observées chez les trois palefreniers : ces symptômes existent aussi chez le cheval. M. Rayer cite à son appui l'autorité de plusieurs vétérinaires respectables.

Tout porte donc à conclure que l'affection observée chez le malade de la Charité et chez les deux autres de l'Hôtel-Dieu est rigoureusement identique à la morve aiguë du cheval. Cette identité pourrait même s'étendre à la durée de la période d'incubation qui, d'après M. Rayer, est variable de quelques jours à un mois.

Maintenant, peut-on regarder la morve aiguë comme une simple affection nasale, ainsi qu'a semblé le faire croire M. Barthélemy? Je ne le pense pas; la morve aiguë est pour moi une affection générale, une sorte d'infection, d'empoisonnement de tout l'organisme dont les parties principalement lésées sont le poumon, les cavités nasales et le système cutané. Le poumon forme pour ainsi dire l'aboutissant de l'infection générale, et c'est par l'altération purulente de cet organe que la mort a lieu. On avait cru, et M. Barthélemy avait soutenu lui-même, que l'obstruction des fosses nasales par la matière morveuse était la véritable cause de la mort chez les chevaux; la morve, par conséquent, tuerait par asphyxie. Pour m'assurer de la valeur de cette opinion, j'ai tamponné fortement avec de la charpie les cavités nasales d'un cheval morveux, et j'ai cousu ensuite les narines. Cette occlusion n'a aucunement aggravé l'état de l'animal, le lendemain, il n'était pas plus oppressé qu'avant l'opération; il respirait en effet par la bouche. Il est donc inexact de dire que la mort, dans ces circonstances, a lieu par l'obstruction des cavités nasales. Aussi pensé-je que la trachéotomie, tant recommandée dans ces circonstances, ne serait d'aucune utilité, attendu que le foyer de la maladie est dans l'organe même de la respiration.

3° Quelles sont les espèces d'hommes qui ont été atteints de la morve jusqu'à ce jour? La réponse à cette question ne peut offrir un seul instant de doute. L'analyse des faits prouve que ce sont des palefreniers, des vétérinaires, en un mot, des individus qui cohabitent avec des chevaux morveux. L'étiologie de la morve, par conséquent, est très claire, très précise, toujours identique. Il ne peut plus y avoir de doute désormais. Si la maladie chez l'homme est la même que la morve aiguë du cheval, elle lui est communiquée par ce dernier; la morve est donc une maladie transmissible du cheval à l'homme, soit par infection, soit par inoculation.

On a prétendu que la morve chronique n'était point contagieuse, et que cette maladie était tout à fait différente de l'aiguë. Je suis fâché d'être obligé de combattre encore ici l'opinion de M. Barthélemy. L'étude approfondie des faits prouve précisément le contraire : elle prouve que la morve chronique est contagieuse, de même que l'aiguë, et que la première se change assez souvent dans la seconde; de sorte que ces deux affections, différentes pour la forme, n'en forment qu'une pour le fond. Les expériences citées dans la dernière séance par M. Bouley jeune, comme une preuve de la non-contagion, prouvent précisément le contraire; on ne pourrait tout au plus déduire de ces expériences que la morve chronique est moins facilement contagieuse que l'aiguë. Il existe cependant d'autres faits bien autrement décisifs en faveur de la contagion des deux variétés de morve : M. Rayer en cite un assez grand nombre; il arrive à cette conclusion qu'il suffit assez souvent de quelques heures de cohabitation d'un cheval sain avec un cheval morveux pour faire contracter la maladie; mais il ne faut pas oublier qu'ici comme dans toute autre maladie contagieuse, il y a des exceptions à la règle, ce qui veut dire qu'il faut des prédispositions pour la contracter.

A présent, que dirai-je de l'opinion émise par M. Bouley, qui admet le développement de la maladie chez l'homme sous l'influence des mêmes causes qui la font naître chez le cheval? Evidemment notre confrère est dans l'erreur. Aucune maladie spontanée chez l'homme ne ressemble à celle dont il s'agit, et l'expérience de plusieurs siècles a prouvé que l'homme exposé aux mêmes influences anthygiéniques qui développent la morve chez le cheval, n'occasionnent chez lui que des maladies tout à fait différentes.

4° J'arrive à l'examen de la dernière question. Quels sont les résultats de l'inoculation du pus de l'homme morveux sur les solipèdes bien portans, et de ces derniers sur l'homme? Les expériences pratiquées en Angleterre, et celles que j'ai faites moi-même, ont suffisamment prononcé pour nous permettre d'avoir une opinion bien arrêtée à ce sujet. Toutes les fois que l'inoculation a été faite de l'homme au cheval, ce dernier est devenu malade et est mort avec tous les symptômes de la morve; il en est de même de l'inoculation pratiquée de l'homme sur l'âne. D'un autre côté, la science ne manque pas d'exemples d'inoculations accidentelles du cheval morveux sur l'homme, plusieurs vétérinaires ayant été victimes de cet accident, en pratiquant des opérations sur des chevaux malades; ils sont morts avec tous les symptômes de la morve. M. Rayer en cite plusieurs exemples.

Que conclure de tout ce qui précède? C'est que la morve est une maladie qui peut se transmettre à l'homme, et exige par conséquent des mesures de police sanitaire.

M. Barthélemy : J'avais hésité à reprendre la parole sur la question de la morve, attendu que la discussion dure déjà depuis trop longtemps, et que l'Académie me paraissait disposée à en demander la clôture. Je me vois cependant forcé de rentrer en lice aujourd'hui, après le discours qui vient de vous être lu.

Depuis trente-cinq ans que j'exerce la médecine vétérinaire, j'ai eu l'occasion de voir et d'étudier un très grand nombre de fois la morve, tant aiguë que chronique, et si vous me voyez aujourd'hui regarder comme inconcluans les quelques faits qu'on oppose à ma manière de voir, c'est que ma conviction est basée sur une longue expérience, et qu'on n'abjure pas facilement des croyances établies de la sorte, alors que le poids des faits contraires est trop faible pour contrebalancer celui des observations qui me sont propres. Avant de répondre aux erreurs que vient de me prêter arbitrairement M. Rayer, je dois relever une inexactitude grave commise dans la dernière séance par l'auteur de l'observation sur le dernier malade traité à l'Hôtel-Dieu. Je n'ai point dit que les lésions cadavériques étaient semblables à celles qu'on rencontre chez les chevaux morveux : j'ai dit seulement que les altérations rencontrées dans les narines offraient de la ressemblance avec celles du cheval, mais qu'à côté de cela il y avait des différences essentielles très considérables, différences qui m'ont fait rester dans le doute sur la véritable valeur du fait. Je n'ai pas dit non plus que chez le cheval morveux il n'y avait pas d'éruption cutanée : cette assertion étrange m'a été prêtée arbitrairement par M. Rayer; il est facile de réfuter un homme alors qu'on lui fait dire des choses absurdes qu'il n'a point dites. Non-seulement je n'ignore point qu'il y a une éruption dermique chez le cheval morveux; mais encore j'en reconnais trois variétés. La première consiste dans de simples boutons superficiels, n'intéressant que le derme, et offrant à leur sommet un pinceau de poils : ce sommet se couvre d'une pellicule sèche et noirâtre, véritable escarre qui, dans certains cas, envahit tout le bouton, et, lorsqu'elle tombe, laisse une ulcération circulaire, comme si elle avait été faite par un emporte-pièce. La seconde résulte de petites tumeurs purulentes, de forme plate, de volume variable depuis une noix jusqu'à un œuf, solitaires ou groupées, et intéressant le tissu cellulaire sous-cutané. La troisième variété, enfin, est plus profonde; elle est formée d'espèces de nœuds oblongs, de renflemens disposés en forme de chapelet, et suivant le trajet des veines. Ces tumeurs ne sont pas purulentes, elles dépendent d'une collection de sang caillé dans les veines, comme celui qu'on rencontre après la ligature des vaisseaux. Or, rien de pareil n'existait chez le malade de l'Hôtel-Dieu. D'un autre côté, on ne rencontre pas non plus chez le cheval ces larges escarres, ces vastes foyers purulens, ces énormes ecchymoses, qu'on a trouvés chez le malade de l'Hôtel-Dieu. Quant aux abcès multiples dans le poumon, ils ne se rencontrent pas toujours chez le cheval; encore n'est-il pas rare de prendre des tubercules pour des abcès. Pour ce qui concerne l'étiologie, j'ai déjà démontré l'obscurité qui l'entourait. Comment peut-on admettre que la morve est contagieuse, puisque nous avons vu que le dernier palefrenier couchait, conjointement avec trois de ses camarades, dans la même écurie, et qui continuent à se bien porter; je vous ai déjà fait remarquer d'ailleurs qu'il y a dans le même local douze chevaux morveux, et que parmi eux il s'en trouve de bien portans, et qui n'ont pas contracté la maladie. On voit donc que si la morve est contagieuse, la contagion ne serait que l'exception et non la règle; ce qui change tout à fait l'état de la question.

Je n'ai pas dit que la morve est une affection locale; je l'ai au contraire regardée toujours comme une maladie générale; mais il ne serait peut-être pas irraisonable d'admettre une morve toute locale dans quelques cas exceptionnels. Les vétérinaires admettent aujourd'hui plusieurs espèces de morves; mais je n'ai pas dit que la morve chronique était une maladie différente de l'aiguë. Je n'ai pas dit non plus que la mort chez les chevaux morveux avait lieu par asphyxie; j'ai seulement soutenu que probablement l'obstruction des narines pouvait contribuer à troubler l'hématose, ce qui constituerait une sorte d'asphyxie lente.

Un dernier point sur lequel M. Rayer a insisté est relatif aux précautions qu'on prend communément pour se garantir, dans les établissemens publics, de la contagion de la morve; cela ne prouve pas que la généralité des vétérinaires croie contagieuse la morve chronique, la loi prescrivant de pareilles mesures, sous peine d'amende. Aussi n'est-il pas étonnant que ces lois soient principalement exécutées dans les établissemens royaux, tels que celui d'Alfort, par exemple.

J'arrête ici ma réplique, et je répète ce que j'ai déjà dit en commençant, savoir, que les faits qu'on vient de vous présenter n'ébranlent nullement ma conviction; je persiste dans le doute jusqu'à ce que de nouveaux faits viennent éclaircir la question d'une manière décisive. Je n'ignore point que la tâche d'opposition que j'ai entreprise était fort difficile, d'autant plus difficile que je la soutenais devant un auditoire très bienveillant et indulgent, sans doute; mais peu disposé à m'entendre favorablement : mon opposition, cependant, a été, comme elle est encore, de bonne foi, et n'a d'autre but que la recherche

de la vérité; l'avenir vous prouvera peut-être cette dernière assertion; il est possible que les idées que je viens de combattre triompheront, et que je serai obligé de succomber à la masse imposante des faits que présenteront mes adversaires : une pensée cependant me console, c'est que j'aurai contribué à la solution d'une question importante, en appelant l'attention des observateurs sur les faits qui s'y rattachent. (Marques d'approbation.)

M. RAYER : Notre honorable collègue, M. Barthélemy, vient de se plaindre de ce que je lui aurais prêté des idées qu'il n'a point émises : j'en suis fâché, mais tout ce que je lui ai fait dire se trouve consigné en son nom au procès-verbal; vous avez soutenu positivement que la morve chronique n'est point contagieuse, et qu'elle est une maladie différente de l'aiguë. Du reste, notre confrère paraît aujourd'hui peu éloigné de notre manière de voir sur le fond de la question; car il vient de reconnaître que chez les deux derniers palefreniers morts à l'Hôtel-Dieu, le mal offrait de très grandes ressemblances avec la morve aiguë du cheval. Il y a donc chez l'homme une maladie semblable ou au moins analogue à la morve aiguë du cheval.

MM. VELPEAU et BLANDIN parlent dans le sens de M. Rayer, et soutiennent l'identité de la maladie en question avec la morve aiguë du cheval.

Séance levée à cinq heures.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

DÉLASSEMENS D'UN MÉDECIN DE VILLAGE, OU TABLEAUX INDICATIFS DE TOUS LES OBJETS QUE L'ON RENCONTRE DANS CHAQUE RÉGION ANATOMIQUE DU CORPS HUMAIN, TIRÉS DE L'ANATOMIE CHIRURGICALE DE M. VELPEAU; par F. FRISTO. — Sierck, 1837.

Sous ce modeste titre, M. Fristo a publié un travail très utile aux chirurgiens qui sont éloignés des amphithéâtres et qui ne sont pas toujours à même d'avoir présente à leurs yeux la disposition des différentes parties du corps humain. Cet ouvrage consiste dans onze tableaux in-folio représentant d'une manière particulière et naturelle les différentes régions du corps sur lesquelles on pratique des opérations. Ces tableaux sont tracés à la plume et autographiés par l'auteur lui-même. Le contour de chaque région du corps vue à l'extérieur est dessiné avec soin et les espaces sont remplis par une énumération de toutes les parties qu'on rencontre entre les limites tracées, et qui peuvent être intéressées par des instrumens vulnérans.

L'auteur n'a voulu faire de son travail ni un objet de lucre, ni un ouvrage à prétention, ni un traité nouveau d'anatomie des régions; comme il le dit lui-même, il s'est contenté de copier d'après M. Velpeau l'énumération des parties qu'on trouve dans chaque région, et l'a intercalée dans le croquis qu'il a fait de chacune d'elles. Lorsqu'il y a plusieurs régions correspondant à un petit espace de l'habitude extérieure, mais situées sur des plans différens eu égard à l'axe du corps, M. Fristo a fait des tableaux dans lesquels il a superposé des feuilles de papier découpées et représentant successivement chaque place des régions situées les unes au-dessus des autres, mais circonscrites par le même périmètre. Peut-être que l'auteur aurait rendu ses tableaux plus parlans aux yeux et partant plus utiles aux chirurgiens s'il avait adopté le système de feuilles découpées pour tous ces tableaux, et s'il eût représenté sur la feuille externe le contour de la région avec un texte intercalé comme il l'a fait, et si sur la feuille sous-jacente il avait tracé le croquis de la disposition des parties intérieures qu'il s'est contenté de nommer dans le texte.

Nous nous permettrons de faire encore remarquer que ce travail pourrait devenir plus complet si on voulait utiliser la marge très vide des tableaux, en indiquant le nom des principales opérations qu'on pratique dans chaque région des maladies particulières qui y ont leur siége. Mais tel qu'il est, cet ouvrage mérite d'être recommandé; il n'est point volumineux, et en moins d'une minute on a vu ce qu'il y a d'important à connaître dans chaque région, et si on a une fois bien connu l'anatomie chirurgicale, on se rappelle de suite la disposition des parties qu'on peut avoir oubliées.

Les efforts de M. Fristo ont déjà été couronnés par la société médicale de Metz qui lui a accordé une médaille d'or à titre d'encouragement.

L'ART DE FORMULER, OU TABLEAUX SYNOPTIQUES DES DOSES DES MÉDICAMENS ET DES FORMES PHARMACEUTIQUES SOUS LESQUELLES ILS DOIVENT ÊTRE ADMINISTRÉS; par M. GAUTHERIN, D. M. Deuxième édition, augmentée d'un formulaire pratique contenant les formules les plus généralement employées dans les hôpitaux de Paris. 350 pages in-18. Paris, 1838. — Chez Just Bouvier et Lebouvier, rue de l'École-de-Médecine, n° 8.

Ce formulaire nous offre à l'extérieur un petit volume très portatif, cartonné d'une manière qui nous a paru à la fois solide et élégante. Quant à l'intérieur, nous y trouvons ce qu'on trouve dans les ouvrages analogues, des règles sur l'art de formuler, un catalogue assez nombreux des diverses formules employées par les praticiens actuels; et, en outre, ce qu'on ne trouve pas dans tous les autres, des tableaux synoptiques qui font connaître à la fois les doses des médicamens et les différentes formes sous lesquelles ils sont administrés. Ces tableaux nous paraissent bien entendus et suffisent pour donner à ce petit formulaire plus de valeur que n'en ont quelques-uns de ceux auxquels il doit faire concurrence. Nous regrettons pourtant que l'auteur n'ait pas placé, soit au commencement, soit à la fin de la quatrième partie, qui a pour titre *Vocabulaire*, un véritable vocabulaire pour les mots latins et avec la simple traduction en français. Aujourd'hui, qu'on réclame de toutes parts des formules, que les journaux en donnent souvent en latin et telles qu'elles sont prescrites dans les ouvrages ou dans les journaux étrangers, il serait à désirer que le praticien entre les mains duquel elles viennent pût immédiatement se les approprier; et, nous convenons, d'après notre propre expérience, qu'un vocabulaire complet, et qui n'ajouterait que quelques pages au volume que nous avons en ce moment sous les yeux, ne serait pas sans utilité et en augmenterait beaucoup la valeur. Tel qu'il est néanmoins, il peut encore soutenir la lutte et avantageusement avec d'autres formulaires, même d'un volume beaucoup plus considérable.

DICTIONNAIRE ABRÉGÉ DE THÉRAPEUTIQUE, OU EXPOSÉ DES MOYENS CURATIFS EMPLOYÉS PAR LES PRATICIENS LES PLUS DISTINGUÉS DE LA FRANCE, DE L'ALLEMAGNE, DE L'ANGLETERRE ET DE L'ITALIE, DANS TOUTES LES MALADIES, RANGÉES D'APRÈS L'ORDRE ALPHABÉTIQUE; par LAD.-A. SZERLECKI, de Varsovie, D. M. — Deuxième et dernier volume. Paris, 1837. Chez Just Rouvier et Lebouvier, rue de l'École-de-Médecine, 8.

Les développemens dans lesquels nous sommes entrés dans notre premier article sur ce livre (Voy. GAZ. MÉD., année 1837, p. 270) nous dispensent d'entrer ici dans de longs détails sur cet ouvrage, qui vient d'être complété par la publication du second volume. Nous ne pouvons, après avoir examiné le second volume, que répéter ce que nous disions à l'occasion du premier : que cet ouvrage, par l'immense quantité de matières qu'il contient, atteste de la part de l'auteur de nombreuses recherches et une vaste érudition, et que, d'après la manière dont les matériaux y sont disposés, il sera utile, non-seulement au praticien, qui y trouvera au-dessous du nom de chaque maladie les médications et les formules qui sont devenues si nombreuses que la mémoire la plus heureuse peut à peine les retenir; mais encore à ceux qui s'occupent de littérature médicale, et qui y rencontreront sans peine des citations en général fort exactes, et à l'aide desquelles ils pourront se livrer à des recherches d'érudition faciles.

Il y a à la suite du deuxième volume un supplément de près de 200 pages, dans lequel nous trouvons un bon nombre de maladies qui avaient été complètement oubliées dans le corps de l'ouvrage, ou n'avaient pas reçu tous les développemens nécessaires.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE DE FÉLIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé et Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages, in-4°, 32 colonnes, et qui équivant à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 14, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

Le bureau de la GAZETTE MÉDICALE est maintenant rue Racine, n° 14.

SOMMAIRE.

THÉRAPEUTIQUE.

NOUVELLES RECHERCHES SUR L'ACTION THÉRAPEUTIQUE DE LA NOIX VOMIQUE ET DE SES PRÉPARATIONS DANS LES AFFECTIONS PARALYTIQUES; par M. Petrequin, chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

3° PARALYSIES ISOLÉES DU SENTIMENT.

Ici se présentent des considérations d'un haut intérêt thérapeutique par la variété des applications pratiques dont elles sont susceptibles; pour en faire l'étude avec méthode, je crois utile de distinguer deux conditions:

A. SENSIBILITÉ GÉNÉRALE.

La faculté de sentir est répandue partout dans l'économie; à des degrés divers, tous nos organes sont ou deviennent susceptibles de transmettre au cerveau des impressions de cet ordre. La peau surtout est douée de cette propriété d'une manière exquise; c'est elle qui donne lieu à ces paralysies partielles si bizarres, dont la rareté et le caractère

Feuilleton.

DE L'IMAGINATION COMME CAUSE DU PROGRÈS SCIENTIFIQUE.

LETTRE AU DOCTEUR V...

Ce que vous me dites, mon cher ami, sur l'état actuel de nos connaissances en médecine, est plein de sens et de raison; j'y reconnais la justesse et la sagacité de votre esprit. Permettez-moi, cependant, de ne point partager votre opinion lorsque vous blâmez avec une certaine vivacité ceux qui ne se méfient pas trop de l'imagination en fait de science. C'est là un thème usé qu'on entend répéter sur tous les tons et depuis longtemps. Il est des médecins qui se croiraient hors de toute logique s'ils s'avisaient de dire un mot en faveur de cette pauvre faculté de l'intelligence. Il est même du bon ton scientifique de ne parler que de faits, que d'observations, que d'expériences; de cette manière, on a l'air d'un homme sensé, réfléchi, et surtout *positif*. Comment, après cela, ne pas faire le procès à l'imagination? D'ailleurs, il y a un mot trouvé par Malebranche, homme qui avait le plus d'imagination de son temps, et ce mot répond à tout: l'imagination est la *folle du logis*. On a raison, s'il s'agit de ce feu désordonné de l'entendement, qui jaillit par élans, qui lance çà et là des lueurs vives et incertaines. Mais, de bonne foi, est-ce donc là l'imagination? Que dirait-on du jugement, quand il est dévié de la vérité, faussé par le sophisme? Il y a aussi des fous de sang-froid. La véritable imagination doit être considérée comme un sens moral exquis, qui fait voir au-delà de la portée ordinaire, qui donne une grande impulsion à l'intelligence, une sorte de pénétration intuitive, par cela même le pressentiment de la vérité à venir, des choses accomplies et des choses possibles. C'est pour ainsi dire une seconde *vue* qui, dans beaucoup de cas, peut être considérée comme le sens intime du vrai. Imaginer, c'est en effet voir les types, non pas des objets à créer, car la vérité est de toute éternité, mais à découvrir dans les phénomènes de la nature. Voilà pourquoi l'inquiétude de la recherche, le tourment de la poursuite, le désir de la découverte, sont les caractères particuliers de cette active faculté.

Vous voyez, mon ami, que l'imagination, aujourd'hui si dédaignée, n'est nullement à rejeter quand il s'agit du progrès scientifique: sans elle, rien ne se découvre, rien n'avance, parce qu'on n'essaie rien, qu'on ne tente rien, au moins sur une grande échelle. La science a ses *peut être* sans fin, ses éternels *desiderata*, qu'on ne peut espérer de faire disparaître qu'après des essais bien longtemps répétés. Quand il s'agit des mystères de la nature, tous les aperçus, quelque vagues qu'ils soient, ne sont pas à mépriser, tous les à peu près sont encore beaucoup; or, qui donne ces pressentimens, qui nous fait entrevoir ces à peu près devant tôt ou tard conduire à d'importantes vérités? C'est à coup sûr l'imagination. Quant à moi, je soutiens qu'il n'y a pas dans les sciences, e

opiniâtre intéressent vivement la science et la pratique; c'est dans la peau que je vais l'étudier.

ANŒSTHÉSIE PARTIELLE DE LA RÉGION EXTERNE DE LA CUISSE; GUÉRISON.

Obs. XIII. — Un homme de la campagne, d'environ 45 ans, d'une bonne constitution, me fut adressé à la fin de février 1838. Il voulait me consulter pour un phénomène qui l'inquiétait beaucoup : la peau de toute la partie externe de la cuisse droite était privée de sentiment dans une étendue d'un pied de haut sur cinq pouces de large. Cet état survenu sans cause me parut avoir une origine rhumatismale. Il datait de plusieurs semaines. Je touchai la peau de cette région; le malade ne sentit pas; je le pinçai; même insensibilité. Je crus reconnaître un léger abaissement de température dans la partie. Ce phénomène me parut tout à fait isolé et indépendant de toute autre cause siégeant ailleurs dans l'économie; tous les muscles de la cuisse avaient conservé leurs mouvemens; c'était une paralysie circonscrite de la sensibilité cutanée.

Je conseillai l'application sur la partie même d'un vésicatoire camphré, saupoudré, puis pansé avec la poudre de noix vomique. J'ai appris depuis, par sa femme que je traitais pour une fistule, que ce moyen l'avait complètement guéri.

L'influence de la médication fut ici des plus manifestes, comme dans les cas suivans:

ANŒSTHÉSIE ANCIENNE DE LA RÉGION EXTERNE DE LA CUISSE GAUCHE; GUÉRISON.

Obs. XIV. — Une sœur hospitalière, d'environ 46 ans, vint me consulter (août 1838) pour une ophthalmie catarrhale double qui commençait à devenir granuleuse. Je parvins rapidement à la guérir. Alors elle me raconta que depuis plus de quatre ans elle se sentait la cuisse gauche morte en dehors; elle y craignait beaucoup le froid, et y éprouvait parfois de vives douleurs; c'était le cas actuel; j'y fit mettre seize sangsues qui enlevèrent l'endolorissement; mais il resta toujours le même état d'insensibilité cutanée dans une étendue de plusieurs pouces, avec abaissement marqué de la température animale et sensation de froid et d'engourdissement pour la malade. Je prescrivis des frictions avec la teinture de noix vomique, et au bout de trois jours, la sensibilité de la peau était revenue avec la chaleur normale et une agilité inaccoutumée dans le membre.

ANŒSTHÉSIE TRAUMATIQUE PARTIELLE DES TROISIÈME ET QUATRIÈME DOIGTS DE LA MAIN DROITE.

Obs. XV. — Une fille de la campagne (Isère), âgée de 15 ans, en tombant sur un clou se déchira la paume de la main le 6 août 1838. Elle entra à l'hôpital le 8 avec une plaie d'un pouce et demi sur l'épanouissement du nerf médian, dans la direction du médius.

Le 20, la cicatrice est parfaite.

Le 23, mouvemens des doigts raides; contractilité faible; face radiale de l'annulaire et cubitale du médius complètement privée de sensibilité; on les touche, on les pince impunément (deux frictions par jour avec la teinture alcoolique de noix vomique). Pas d'effet d'abord, mais le 28 la sensibilité est revenue à la face radiale de l'annulaire, sauf à l'extrémité onguéale. Point d'amélioration dans le médius jusqu'au 6 septembre, jour de la sortie de la malade. Les mouvemens sont plus faciles et beaucoup plus forts. La guérison se maintient pour l'annulaire.

B. SENSIBILITÉ SPÉCIALE.

Outre la faculté de sentir ou plutôt de transmettre à l'encéphale des impressions sensitives, quelques organes jouissent d'une spécialité de sensation, comme, par exemple, les sens du goût, de la vue, de l'ouïe et de l'odorat, mis particulièrement en rapport avec les saveurs, la lumière, les sons et les odeurs. A ce point de vue, on comprend combien l'étude de ce genre de paralysie offre d'intérêt; c'est une partie de la thérapeutique sur laquelle je crois devoir insister.

Je n'ai point eu à traiter d'anosmie ni d'agenstie. On a vu que j'ai pu guérir une perte du sens du toucher (obs. 9). La seule surdité que j'aie traitée ainsi était un cas très défavorable; la voici :

Obs. XVI. — Le 1er janvier 1838, je trouvai dans l'une des salles de chirurgie dont je pris la direction un enfant de 9 ans, complètement sourd, que mon prédécesseur avait désespéré de guérir. La surdité datait de quatre ans; elle avait succédé à une longue maladie suppurative des oreilles; depuis, il ne percevait aucun bruit par le méat ni par la trompe; les voies auditives paraissaient d'ailleurs en bon état. Il y avait peu de chances; cependant, j'essayai successivement l'application sur l'apophyse mastoïde d'un, de deux, de trois vésicatoires pansés avec la strychnine. Je n'obtins rien; il fallut y renoncer.

On réussirait mieux dans les surdités *paralytiques*, s'il m'est permis d'en juger par les succès que j'ai obtenus dans l'amaurose (*Bullet. thér.*, juillet 1838), et dont voci quelques nouveaux exemples.

AMAUROSE OU GOUTTE-SEREINE.

Je rappellerai que les assertions de nombre d'auteurs étaient peu faites pour encourager à des essais en ce genre, que Jœrg a écrit que les strychnos font enflammer les yeux (*Archiv.*, 1830, XXVI), et que Wepfer professe que, dans l'empoisonnement par la noix vomique, il y a abolition de la vue. L'expérience clinique m'a révélé tout le parti qu'on pouvait en tirer, *en l'administrant à propos*. Là était la difficulté, car toutes les amauroses ne sont pas identiques, et ne doivent point se traiter de même. Au fond c'est une paralysie de la vue, mais rarement elle se présente dans un état de simplicité. Tantôt il y a complication d'anémie ou d'hyperhémie oculaire; tantôt c'est une sub-inflammation chronique de la rétine, ou une asthénie visuelle qui survit à une congestion ou à une phlegmasie; tantôt c'est une névrose dyscrasique de la rétine, qui entraîne une amaurose torpide, etc. Ce sont là autant de variétés morbides, et autant d'indications spéciales dont j'ai eu soin de donner des exemples (Gaz. Méd., 1838, p. 472). C'est donc, je le répète, à dégager la goutte-sereine de ses complications qu'on doit s'attacher, c'est à la réduire à l'état de simplicité, en décomposant et détruisant à mesure les divers élémens morbides qui s'y combinent, avant d'attaquer l'amaurose elle-même; distinction fondamentale qu'il ne faut jamais perdre de vue. La symptomatologie spéciale guidera; je noterai seulement qu'il y a contre-indication si la maladie tient à un ramollissement du cerveau, à une altération des os, à l'état variqueux de la rétine, à une tumeur orbitaire, à une phlegmasie latente, surtout chez des sujets pléthoriques, à idiosyncrasie inflammatoire ou apoplectique, etc.

AMAUROSE DE L'ŒIL DROIT, SUIVIE D'OPHTHALMIE; GUÉRISON.

Obs. XVII. — Un ouvrier tailleur, âgé de 24 ans, lymphatique, en se bai-

---

notamment dans la nôtre, une grande découverte, un principe fondamental, un axiome inattaquable, s'il en est en médecine, enfin, un progrès quelconque, qui ne soit dû, dans l'origine, à l'imagination. On peut considérer cette faculté de l'entendement comme la providence du savoir, puisque par son action incessante, c'est elle qui jette les semences et recueille les fruits. Toujours elle part de ce qui est, pour arriver à ce qui doit être; par elle le visible révèle l'invisible, l'observable, le connu, ce qui ne l'est pas encore. Depuis les premiers pas de l'esprit humain, jusqu'aux plus grands développemens que peut espérer le génie, c'est toujours l'imagination qui a conçu et enfanté la science, dans ses plus beaux et ses plus larges développemens; ses erreurs même, rectifiées dans la suite, ont contribué à agrandir nos connaissances. Si nous marchons depuis des siècles, c'est à sa vigoureuse impulsion qu'on le doit, parce qu'elle seule cherche, essaie, agite, remue, combine, trouve et invente. En sorte que cette prétendue folle du logis a bien souvent, plus que les sages, le don de lire dans l'avenir. Mais, je vous entends, vous vous écriez : et le jugement, et la raison, et l'expérience, qu'en faites-vous ? ne sont-ils donc pas d'un immense poids dans la science? Mon ami, je fais leur part et je la fais grande; toutefois, je les mets au second rang, *dii minores*. J'en conviens, on doit renfermer autant que possible l'imagination dans les limites du vrai, dans ce qui est rigoureusement conforme aux phénomènes; il faut lui imposer des bornes; mais toujours garder de l'enchaîner ni de l'éteindre. Il est certain que si, au lieu d'apporter dans un travail quelconque un jugement sain, un esprit ferme, un coup-d'œil sûr, on y substitue les efforts d'une imagination impétueuse et déréglée, les faits seront oubliés ou mutilés, transformés et travestis; mais vous avouerez aussi que sans l'imagination vous n'aurez de ces faits que le squelette, qu'il leur manquera la vie, l'animation, la haute portée. *L'invention*, ce signe évident de supériorité dans l'intelligence, est surtout l'œuvre de l'imagination, le reste est l'affaire du temps et de la patience. Le génie seul a sa flamme et sa fièvre; le travail a ses veilles et ses fatigues. Mais avec toute sa puissance, le jugement ne crée rien; s'il gouverne, il n'engendre pas; s'il dispose et règle, il ne fait pas; il n'a point le *fiat* fécondateur.

Ainsi donc, l'imagination est non-seulement l'élément essentiel des beaux-arts, mais elle est également le principe des découvertes et du progrès dans les sciences d'observation; ceci est une vérité qui me paraît incontestable. Peut-être me reprocherez-vous de confondre l'imagination avec le génie, nullement; mais ils ont les plus intimes rapports. En effet, qu'est-ce que le génie? C'est le point culminant où s'unissent l'imagination et la logique, l'enthousiasme et le jugement, l'idéal et le réel; le génie n'existe pas sans l'imagination, mais il s'allie en même temps à une haute et puissante raison; aussi, l'a-t-on défini un *sublime bon sens*. Toujours est-il que l'imagination fait partie intégrante du génie, et qui oserait le concevoir sans elle? Le beau nom de *génie* n'existerait plus dans sa magnifique acception. Vous voyez donc que si je m'attache à relever dans la science, l'imagination, des dédains d'une raison tyrannique, je ne la place pas seule sur le trône, quand il s'agit de progrès et de découvertes. Examinez, d'ailleurs, mon ami, le genre d'esprit des hommes les plus célèbres dans la science, et vous trouverez que tous avaient en partage une vive et forte imagination. Cette foule d'*oseurs*, dont les travaux ont tant illustré la science, en est la preuve la plus manifeste; tous se sont élevés par le secours de cette puissante faculté; c'est par elle qu'ils tendent vers les régions où plane le génie; tout le reste fait halte dans la zône glacée du médiocre; comment en se-

gnant le 20 juillet 1838, plongea plusieurs fois dans la Saône. Il éprouva tout à coup un affaiblissement considérable de la vue, qu'il ne tarda pas à perdre d'une manière presque complète, surtout de l'œil droit. Etat du 29 : vue trouble, confuse, couverte d'un brouillard noir, très obscurcie à droite, avec céphalalgie temporale, et injection de la conjonctive, etc. (16 sangsues derrière les oreilles.)

Le surlendemain, deuxième application de sangsues aux tempes. Pas de changement dans la vue.

1er août. Un purgatif.

15 août. Je le vis alors pour la première fois (les renseignemens précédens me furent fournis par M. Perret, interne) : œil gauche net, sans rougeur; vue bonne; œil droit net aussi, mais la vue en est trouble, confuse, très courte, et obscurcie par un brouillard épais; il voit voltiger des mouches noires et des nuages opaques. Il ne peut reconnaître une personne à trois ou quatre pas, ni lire les plus gros caractères, quoique de très près, ni même fixer aucun objet sans fatigue. La pupille est régulière, peu dilatée, contractile; l'iris d'un bleu grisâtre. (13 sangsues derrière l'oreille droite.)

Le lendemain, potion purgative.

20. Même état de la vue. Il ne reste plus que l'asthénie visuelle qui a succédé au travail phlegmasique. (Frictions sur le front et la tempe avec la teinture de noix vomique.)

Une amélioration rapide est notée par le malade; la vue devient moins trouble et moins courte.

Le 22, il commence à déchiffrer des numéros de deux pouces de hauteur à six ou sept pas de distance, lui qui d'abord ne reconnaissait pas une personne au pied de son lit. Le nombre et le volume des mouches diminuent.

23. Il peut déjà, à cinquante pas, reconnaître les sœurs hospitalières. Le brouillard a presque disparu; les taches brunes, qui semblaient larges comme des centimes, ne paraissent plus que comme de petits moucherons. Il commence à lire des caractères ordinaires.

25. Il n'existe plus de mouches; il n'y a plus qu'un léger nuage. La vue s'est beaucoup améliorée et étendue. (On continue toujours les frictions.)

26 août. Il distingue les hommes et les femmes sur l'autre rive du Rhône, à environ six cents pas, et peut même reconnaître leur costume, chapeau, habits, etc. Il aperçoit dans le lointain la chaîne des montagnes du Bugey (Ain). Il demande sa sortie.

La paralysie de la rétine qui survivait à la congestion fut ici combattue avec succès par la teinture de noix vomique. On n'a pas assez remarqué qu'après les inflammations il reste souvent dans nos organes une atonie fonctionnelle qui réclame parfois une médication stimulante. Le succès dans l'amaurose est rarement aussi prompt. Voici une autre guérison.

AMAUROSE TRAUMATIQUE COMPLÈTE DE L'ŒIL DROIT, A LA SUITE D'UN ÉCLAT DE MINE QUI CRÈVE L'ŒIL GAUCHE; GUÉRISON.

OBS. XVIII. — Louis Abba, d'Exiles (Sardaigne), âgé de 25 ans, mineur, sanguin et robuste, est apporté sur un brancard le 26 mai 1838. Il vient d'être renversé par un éclat de mine, et présente de larges contusions et des plaies contuses aux deux avant-bras; deux blessures profondes existent au front, l'œil gauche est détruit, et l'orbite pleine de terre. L'œil droit offre un éraillement superficiel de la cornée; la pupille est très dilatée, irrégulièrement quadrilatère, portée en haut, immobile et sans contractilité. La vue est complètement abolie. Le malade a perdu beaucoup de sang. (Saignée, diète, pansement méthodique, tisanes et lavemens laxatifs.) Les accidens cérébraux sont conjurés.

Le dixième jour, la vue commence à revenir un peu, mais reste peu nette et peu étendue; la pupille devient contractile, mais est toujours dilatée, irrégulière, déplacée en haut. D'ailleurs les plaies des bras et du front se guérissent. Il persiste de la pesanteur de tête et du trouble dans la vue; application, le 20 juin, de 15 sangsues vers l'oreille droite. Amélioration peu marquée pour la vue qui reste incertaine, peu nette, et sujette à se fatiguer. La cornée s'est guérie sans cicatrice apparente.

9 juillet. Cette *amblyopie asthénique* persistant depuis un mois et demi, je prescris des frictions frontales avec la teinture de noix vomique. Une modification rapide survient.

Le 12, il assure que sa vue s'est *améliorée de moitié*; elle est plus ferme, plus nette et plus étendue. Toutes les personnes lui semblaient auparavant porter des lunettes; il les distingue bien même à l'extrémité des salles.

Le 17, la vision est parfaite; il lit bien, déchiffre à distance le numéro des lits, et voit de loin, bien qu'il n'ait qu'un œil. L'orbite gauche est pleine de bourgeons; les plaies palpébro-frontales sont guéries; il n'y a pas de difformité, seulement les paupières sont fermées.

Il sort à la fin du mois.

Donnée en temps opportun, la noix vomique produit ici un résultat satisfaisant et rapide, comme dans le cas suivant :

AMBLYOPIE TRAUMATIQUE DE L'ŒIL DROIT, AVEC DIPLOPIE; GUÉRISON.

OBS. XIX. — Un ébéniste, âgé de 20 ans, est précipité d'un premier étage avec un balcon qui croule; il tombe sur le pavé, la face contre terre. Perte de connaissance. (Saignées; sinapismes.)

Le lendemain, 13 août 1838, on l'apporte sur un brancard dans le service de M. Pétrequin. Somnolence; contusions du front; ecchymose de l'œil droit; mydriase; épaule et bras droits contus et engourdis; langue bilieuse; soif; vomissemens; semi-paralysie de la vessie. (Saignée; lavement purgatif; limonade; compresses d'eau blanche sur la tête; le soir, 15 sangsues derrière l'oreille droite.)

14. Tête moins lourde; quelques vomissemens. (Deuxième lavement purgatif; vésicatoire au mollet droit.)

15. Amélioration notable; il rend compte de ce qu'il éprouve; point de vomissemens; il urine sans être sondé. (Troisième lavement purgatif; tisane de veau avec la crème de tartre.)

16. La convalescence s'établit. (Frictions d'huile camphrée sur l'épaule. On lui permet d'abord les potages, puis quelques alimens.)

25 août. Il est remis de son accident; mais l'œil droit est resté faible. La vue est courte, trouble, incertaine. Il y a diplopie; la pupille est normale. (Vésicatoire à la nuque.)

29. Même état de la vue; la diplopie persiste. M. Pétrequin, ne voyant plus de signe de congestion, ni d'irritation, attaque l'asthénie visuelle par des frictions de teinture de noix vomique.

31. Le matin, il n'y a plus de diplopie. La teinture de noix vomique manque; le soir, la diplopie est revenue.

Le lendemain, après quelques frictions, elle se dissipe de nouveau; circonstance très probante.

2 septembre. La vue est devenue bonne, nette et étendue; point de diplopie; il lit bien, et même longtemps sans se fatiguer. Il sort; il continuera les frictions. (Recueillie par M. Schinas, interne.)

Il deviendrait inutile de multiplier davantage les exemples; je renvoie aux six autres observations de guérison d'amaurose que j'ai publiées dans la GAZETTE MÉDICALE (1838, n. 30). L'étude attentive de ces divers faits suffira pour servir de guide dans la conduite à tenir.

§ III. RÉSULTATS GÉNÉRAUX ET CONCLUSIONS THÉRAPEUTIQUES.

De nombreux corollaires pratiques ressortent de ce travail, où j'ai méthodiquement groupé mes recherches cliniques sur les diverses espèces de paralysies; je vais essayer de mettre en relief les plus importans avec

---

rait-il autrement? Les premiers, esprits ardens, scrutateurs, enthousiastes, ont, par l'imagination, cet instinct des hommes supérieurs, qui les illumine dans l'étude des mystères de la nature; tandis que les autres, la masse, le *pecus*, tantôt suivent pas à pas le sentier tracé, et tantôt l'aplanissent par des travaux inférieurs et de seconde main. C'est ici qu'on peut dire qu'il y a beaucoup d'appelés et bien peu d'élus. Voulez-vous des noms, je puis vous en citer bon nombre, même en médecine. Qu'ont été Paracelse, Van Helmont, Harvey, Boerhaave, Stalh, Hoffmann, Brown, Barthez, etc.? des hommes doués d'une grande et pénétrante imagination, bien qu'à des degrés différens. Linné, ce savant et exact classificateur, avait cette faculté au plus haut degré, même dans les plus petits détails de la science. Haller, le chantre des Alpes; Hebenstreit, Bonnet, de Saussure, se sont servis de l'imagination, sans cesser de s'appuyer sur le fait et les phénomènes sensibles. Et remarquez que la faculté de l'entendement dont il s'agit prédominait tellement chez les savans que je viens de nommer, que beaucoup de leurs travaux ont été repoussés par leurs contemporains, car la fortune des vérités est plus durable, mais plus lente que celle des erreurs. La plupart de ces grands hommes ont été à leurs époques de ces *rêveurs* dont les gens sages aiment beaucoup à rire, parce que *la grande vanité de ceux qui n'imaginent pas est de se croire seuls judicieux.* (VAUVENARGUES.) Et si je voulais m'écarter de l'histoire de la médecine, combien ne trouverais-je pas d'hommes qui, sans sortir de la sphère scientifique, ont puissamment contribué au progrès en raison de leur forte imagination : comme Bernard de Palissy, Priestley, Berthollet, Monge, Volta, Humphrey Davy, Laplace, etc. Au dessus d'eux tous, ne peut-on placer Napoléon, ce héros des temps modernes? Certes, nul ne fut plus exact, plus positif que lui; que demanda-t-il pour le seconder, des hommes froids, judicieux; mais fermes, résolus, *carrés par la base*, selon son expression. Eh bien! personne n'eut peut-être une imagination plus exaltée que Napoléon. « Sa pensée qui volait sur l'aile de la foudre » avait toujours quelque chose de grand, de gigantesque. Très souvent il la mettait en saillie par une forte image et même par quelque symbole oriental. Malgré tout, cependant, cette imagination, comme chez les hommes de génie, était retenue dans l'occasion par deux gardiens sévères : le bon goût et le bon sens. Aussi la force d'exécution et la force de conception étaient-elles sur la même ligne et du même jet.

Toutefois, l'imagination qui caractérise toujours un mérite supérieur se présente, selon les individus, dans des proportions et sous des formes différentes; il en est d'elle comme de toutes les autres facultés de l'intelligence, très rarement sont-elles dans une complète harmonie. On voit des esprits qui aiment à aller vite à la lumière; et qui, dans l'impatience de la trouver, descendent tout d'abord dans d'immenses profondeurs, ou s'élèvent dans des espaces incalculables. L'inconnu, l'inexploré, le merveilleux même, voilà ce qui les excite, ce qui les tente; il y a des perles dans ces abîmes, comme il y a aussi du sable et de la vase. Dans cet élan impétueux, dans ce besoin de pousser en avant par toute espèce de voie, on remarque souvent une extrême étendue de vues, marque certaine d'un esprit pénétrant et hardi. Mais s'il ne s'y mêle pas assez de méthode, si une exacte analyse ne fait pas un choix convenable des matériaux, il en résulte que les sujets sont plus courus que profondément sillonnés, plutôt esquissés qu'approfondis. Des éclairs apparaissent; on entrevoit, mais la lumière ne reste pas; c'est de la force, mais cette force déborde; elle est mal contenue, et en s'abandonnant elle perd ses avantages. Toutefois, il en résulte ordinairement quelque fait, quelque principe, quelque aperçu, dont la science profite dans

d'autant plus de soin qu'il s'agit de ranger un poison des plus délétères parmi les remèdes les plus efficaces contre des maladies souvent répntées incurables.

Disons d'abord qu'il n'est pas nécessaire qu'une paralysie soit purement nerveuse pour qo'on obtienoe des succès; seulement il faut isoler et attaquer à mesnre les divers élémens morbides qui la compliquent. Jetons un coup d'œil rapide sur quelques variétés, en rappelant que *le meilleur remède ne guérit pas toujours*.

Kœlher, de Berlin, et d'autres observateurs ont prétendu qu'oo échoue dans les paralysies *apoplectiques* (*Bull. thérap.*, 1836, xi). Ce sont en effet les moins favorables; mais mes observations (obs., 1, 2, etc.) montrent qu'elles ne sont pas incurables; seulement l'administration du remède demande alors des précautions spéciales que j'ai indiqnées. On a souvent occasioo de vérifier cette remarque de M. Andral. « Il est des cas où, comme par une sorte d'habitnde, la paralysie semble encore persister après la résorptioo de l'épanchement; alors elle peut céder aux alcalis de la noix vomique et de la fausse angusture. » (*Cliniq. méd.*, 1831, ii, 165.)

On en retire beaucoup d'avaotage dans la paralysie *saturnine*; c'est même le moyen le plus énergique et le plus sûr, selon M. Tanquerel des Planches (Gaz. Méd., 1834, p. 383). Je vois que la strychnine a rénssi 7 fois sur 12 (*Bullet. thérap.*, 1834, vi, 112). M. Andral de son côté rapporte quatre cas de guérison (*Cliniq.*, ii, 160); M. Gellie, 1 (Gaz. Méd., 1837, 619), etc.

Kœlher a réussi dans les paralysies d'origine *rhumatismale* comme dans celles qui tiennent à l'influence du plomb; il employait le nitrate de strychnine (Bullet. théd., xi).

J'ai prouvé qu'on réussit également dans les paralysies *traumatiques* (obs. 4, 6, 7, 8, 12); il faut seulement oe médicamenter qu'en temps opportun.

« Les alcalis de la noix vomique et de la fausse aogusture semblent surtoot efficaces, dit M. Andral, contre les paralysies dont la cause ne parait pas résider dans une lésion inflammatoire des centres nerveux. » (Clin. ii, 165). J'ajouterai même que la préexistence d'une phlegmasie n'est point une cootre-indication absolue; qu'il s'agisse, par exemple, d'une paralysle, suite d'une myélite; après avoir combattu la phlogose, on attaque avec succès l'asthénie nerveuse par la méthode endermique qui a l'avantage de produire une révulsion, en même temps que la médication spéciale.

J'ai démontré également qu'on réussit encore dans quelques paralysies qui tiennent au mal de Pott (obs. 5, 9). C'est une grave complication; mais Kœlher a tort de dire sans restriction: « Quant à la consomption dorsale, elle a rapidement parcourn sa marche sous l'iofluence de la strychnine; et c'est terminée d'une manière funeste » (Bull. thér., xi, 247). Ce poiot mérite d'être discuté. Je ferai d'abord remarquer que cette médication oe doit point empêcher l'emploi simultané et préalable du traitement ordinaire. J'ajouterai les réflexions suivantes: On coonaît l'influence de l'action musculaire sur les déformations de l'épine, et les résultats des fausses attitudes. Ici une observation se prononce; les muscles de la colonne sont paralysés; rien ne contrebalance le poids du corps et la tendance anormale des os; reodez le mouvement; sans guérir la maladie ossense, vous vous opposez aux progrès ultérieurs de l'incurvation. Je rappellerai, avec Pott, qoe l'impoteoce des membres n'est pas nécessairement sous la dépendaoce immédiate de la courbnre du rachis; la gibbosité peut exister sans paralysie, comme la paralysie sans gibbosité. Il y a plus: quand elles coïncident, la gibbosité restant la même, la paralysie peut disparaître. Il y a qoelques distinctions à faire: l'abolition isolée de la contractilité musculaire avec résolution des membres tient à une cause irritante légère; si l'énergie de la cause augmente, l'abolition de la sensibilité vient s'y joindre; je l'explique, parce que les cordons antérieurs sont primitivement et principalement lésés; l'irritation ne s'étend que consécutivement aux cordons postérieurs; quand le mouvement est seul aboli, l'autopsie montre que la caose irritante vient surtout du côté du corps des vertèbres, et n'agit d'abord que sur les cordons antérieurs. La paralysie avec contracture coïncide avec une inflammation, soovent entretenue par un stimulus permanent, comme des pointes osseuses. Une compression violente amène une paraplégie complète. Ces deux derniers cas laissent le moins d'espoir. Les cautoires, comme les cautères, soot des révulsifs efficaces contre l'inflammation de la moelle ou de ses membranes qu'on observe alors; plus tard, le traitement par la noix vomique rend parfois son énergie à l'axe nerveux, et, sans que le mal vertébral soit réellement guéri, les malades reprennent l'exercice de leurs fonctions, et sont rendus à l'existence. Cette manière de voir, qui diffère de l'opinion générale qui règne sur ce sujet, trouve une coofirmation dans les excellentes recherches de M. Nichet sur le mal de Pott (Gaz. Méd., 1835, n. 34 et 35).

Voilà pour la *nature* de la paralysie; voici ce que je puis dire relativement à son *siége*.

M. Sandras a écrit: « Dans l'hémiplégie, l'efficacité de la strychnine est au moins contestable » (Gaz. Méd., 1830, n. 25). Cette assertion ne saurait tenir devant les faits. Sans parler des trois que je rapporte, je rappellerai les trois de M. Gellie (Gaz. Méd., 1837, 619) et ceux de MM. Fonquier, Audonart, Finot, Lescure, Rose, Lafaye, Nilo, Chauffart et Rion qui ont surtout publié des cas de guérison d'hémiplégie (Bull. théd., 1831, i, 115). Seulement alors, sur les 19|20 des sujets, les effets commencent à se produire sur les membres inférieurs; dans ma première observation, malgré la médication directe employée à l'origine du plexus brachial, c'est à la jambe qu'ils prédominèrent tonjours. M. Lallemand recommande avec raison d'être circonspect alors dans l'administration; on doit être attentif à suivre les résultats, à oe commencer qu'à doses fractionnées, et à ne les augmenter que lentement. Autrement « on devrait craindre, dit M. Andral, de produire une inflammation de la substance cérébrale du foyer apoplectique » (Clin., ii, 165). Il s'agit donc de l'administrer sagement, bien plutôt que de la proscrire. Sa puissance, loin d'être contestable, est donc au contraire redoutable, et pourrait devenir dangereuse, si l'oo ne s'étudiait à en modérer l'intensité. On sait que nombre d'hémiplégies tienoent à une apoplexie; il y a alors dans le cerveau un caillot de sang qui doit être résorbé avant que la cicatrisation cérébrale puisse s'effectuer, et la paralysie se guérir; donner dès l'abord des préparations de noix vomique, ce serait imprudemment attaquer un symptôme en laissant sa cause et augmentant même soo action. Ce n'est qu'alors que les accidens primitifs soot dissipés, et le travail de résorption fort avancé, qu'on peut commencer le traitement. Il produit alors une action excitante qui, portée à un léger degré, est utile dans ces affections chroniques pour accélérer l'absorption. Quelques hémiplégies sont incurables, unies qu'on les tronve à une cause matérielle an-dessus de la puissance de

---

un temps plus on moins éloigné. Il y a des questions longtemps préjugées par l'imagination, décidées ensuite par la raison et l'expérience. Le problème consiste donc à guider la première de ces facultés, sans jamais la comprimer et l'entraver; tel est le seul moyen de nous éclairer dans cette nuit épaisse de la nature, dans cet océan incommensurable de phénomènes que Dieu a livré à l'investigation humaine. L'histoire de la médecine offre de nombreux exemples de ce que je viens de dire. En effet, combien d'essais, de systèmes, d'hypothèses, de tentatives, d'opinions jetées pour ainsi dire au hasard, ont été les germes des progrès les plus remarquables. Or, à qui les doit-on? A l'imagination, parce qu'il y a dans son essence, ainsi que je l'ai déjà remarqué, quelque chose de remuant et d'inquisitif, de chercheur et d'inquiet, qui soulève mille questions, se lance à la chasse des idées, fait surgir les problèmes, les éveille, les suscite, les éclaire, bien qu'elle ne puisse les résoudre tous. Quant à la raison, à l'expérience, sa fidèle compagne, leur rôle est important, quoique secondaire; il est borné à celui de l'ordre et de la vérification; c'est le point de vue purement arrangeur et méthodique. L'imagination ouvre et exploite la mine, les autres préparent le métal, elles en constatent le poids et la valeur.

A entendre les hommes dont la prétention est de ne consulter que le fait en lui-même, le phénomène patent, l'imagination ne peut aller au-delà de la conjecture. Outre que cette assertion est très contestable, parce qu'il y a des vérités qui se découvrent par une intuition lumineuse et spontanée, n'est-ce donc rien que de conjecturer, autrement dit, d'ajouter le probable au vrai, ce qui constitue la prescience philosophique? L'art de bien conjecturer n'est-il pas le caractère distinctif des hommes de génie? Les conjectures sont les étincelles au feu desquelles le savoir allume le flambeau de l'expérience. Je vous le demande, mon ami, ne faut-il pas avoir un but, une fin quelconque en vue, avant de se livrer à l'observation? Toute expérience concluante n'est-elle pas une proposition, partie nécessaire d'un syllogisme interne? Or, vous le voyez, toujours l'imagination est le promoteur par excellence; sans ce ressort principal, il n'y a que peu ou point d'action, de mouvement progressif. Le pays des *possibles* est immense, c'est là précisément où l'imagination va chercher de futures réalités; elle devance constamment l'expérience, au lieu d'en être guidée; à la vérité, elle n'aime pas à s'emprisonner dans une trop étroite exactitude des faits; elle s'indigne de toute la limite, et frappe du pied, pour ainsi dire, le dieu terme dont on la menace; mais il n'en est pas moins vrai que sur tous les points, on lui doit l'initiative dans la science. Je dis plus, je soutiens que toute grande découverte a été *imaginée* avant d'être *observée*, parce que l'imagination va de droit avant la logique, parce qu'il faut conjecturer avant de conclure; ainsi je suis convaincu que guidé par quelques précédens incertains, Harvey avait compris mentalement la circulation du sang avant de la démontrer par des expériences; que Newton découvrit la grande loi de l'attraction avant de l'avoir prouvée par des calculs; que Descartes regardait son célèbre enthymème, *cogito, ergo sum*, comme invinciblement démontré avant de l'avoir mis en évidence par les principes de sa méthode philosophique. Soyez donc certain, mon ami, que les grandes idées scientifiques germent profondément dans la tête de quelques hommes supérieurs bien avant de se convertir en faits irrévocables. Ne savez-vous pas que les sublimes vues de Buffon sont aujourd'hui sanctionnées par l'expérience, et plus d'une fois ce grand homme a deviné ce que l'expérience a démontré de nos jours. Fourrier a dit que dans les applications du calcul aux lois qui régissaient la chaleur, il avait été guidé

l'art et de la nature (corps étrangers; fongus crânien, exostose, tubercules, kystes, etc.). Données en temps opportun avec prudence et discernement les préparations de noix vomique jouiront d'une efficacité manifeste.

A l'égard des *paraplégies*, il faudrait fermer les yeux à l'évidence pour ne pas reconnaître les bons effets qu'elles produisent. Outre les cures de M. Fouquier et les quatre que je rapporte, je rappellerai que M. Miquel en cite trois (BULLET. THÉRAP. 1831, t. I, p. 112); M. Sandras, deux (GAZ. MÉD. 1830, p. 232); M. Chaubasse, une (GAZ. MÉD. 1834, n° 4); M. Pérussel, une (ibid., n° 25); M. Gellie, une (ibid, 1837, p. 619); M. Bailly, une (BULLET. THÉRAP.; fév. 1838), etc., etc. Tous les observateurs s'accordent à constater leur efficacité dans ce cas. C'est sur la moëlle et ses dépendances que la noix vomique agit surtout: une preuve frappante est fournie par les expériences de M. Ségalas, qui montrent qu'elle convulsionne encore les animaux *décapités* dont on entretient la circulation par la respiration artificielle. Mais elle porte aussi sur le cerveau, comme je l'ai prouvé (obs. 1, 3, etc.); et, par conséquent, chez les hémiplégiques à idiosyncrasie apoplectique on doit s'abstenir. A propos du mal de Pott, j'ai indiqué les cas les plus défavorables pour la cure des paraplégies.

Je n'ai rien à ajouter à ce que j'ai dit des *paralysies locales*. Les guérisons de *podoplégies* (Bailly, BULLET. THÉRAP. fév. 1838), et de (1) *cheiroplégies*, (obs. 9, GAZ. MÉD., 1830; Chidral, CLIN. MÉD., etc.) ne sont pas très rares.

Ces considérations préliminaires émises sur la *nature* et le *siége* de la paralysie, si nous descendons à une analyse plus intime de la médication thérapeutique, nous arriverons aux remarques suivantes: la première étude est la susceptibilité individuelle; les premiers effets des picotemens, puis des secousses comme électriques dans les membres paralysés; elles ne sont point continues, mais reviennent par accès; c'est un indice heureux, qui se manifeste du deuxième au quatrième jour. C'est à la fois un présage de bon augure pour le pronostic et l'issue de la maladie, et une mesure pour doser le remède, qu'il convient toujours de fractionner; on doit se borner aux soubresauts; si on a l'imprudence de passer outre, on arrive aux contractions, aux convulsions, aux signes précurseurs du tétanos, comme le trismus. Je le répète, la règle la plus rationnelle et qui m'a le mieux réussi, c'est de donner des doses assez fractionnées pour ne pas produire des effets trop intenses, et assez souvent répétées pour tenir le malade sous l'influence continuelle de la médication. Pénétré de cette remarque que l'action *toxique* est voisine de l'action *médicatrice*, je m'arrête ou je recule même, si les phénomènes deviennent alarmans. J'ai trouvé un adjudant fort utile dans les bains sulfureux.

Il est remarquable que c'est précisément sur les membres paralysés que la première excitation se manifeste; tout le reste de l'organisme y semble étranger; mais si l'on pousse trop loin les qualités médicamenteuses; tout le système locomoteur est ébranlé; il survient des douleurs et les accidens que j'ai signalés. C'est donc à borner les effets aux organes paralysés, qu'on doit s'attacher. J'ai pris soin d'indiquer à mesure les préparations préalables qu'il faut faire subir selon les cas spéciaux, ou les médications intercurrentes qu'il convient d'employer; je n'y reviendrai pas. L'existence d'une irritation gastro-intestinale n'est point une contr'indication absolue; on a alors la méthode endermique, qui a l'avantage de ménager les organes digestifs, de produire un effet révulsif, et de porter directement l'action du médicament près du siége du mal.

En définitive, quel est le mode d'action des préparations de noix vomique? Il est clair qu'elles portent sur tout le système nerveux; j'ai montré qu'elles agissent sur les nerfs moteurs et les nerfs sensitifs; mais, de même que j'ai fait remarquer qu'elles agissent plus sur les parties inférieures de la moëlle que sur les supérieures, de même je dois noter une différence entre les deux ordres de nerfs. Je n'ai trouvé ces observations nulle part, cependant elles m'ont paru constantes. Le *mouvement*, qui est le premier à disparaître, est toujours le dernier à revenir. C'est aux extrémités que la paralysie commence, c'est aux extrémités qu'elle cédera en dernier lieu, suivant toujours dans sa marche rétrograde une ligne inverse de celle de son invasion. La motilité est moins rapidement influencée que la sensibilité. J'ai montré, d'ailleurs, tout ce qu'on peut en attendre dans les lésions isolées du mouvement (obs. 10, 11, 12); il y aurait encore une distinction à établir entre la motilité et la force de contractilité; l'une est bien plus longue à rendre que l'autre. On a pu voir des résultats inespérés dans les observations 10 et 11; M. Marchesani a obtenu la cure d'une semi-paralysie générale avec tremblement. (GAZ. MÉD. 1835, p. 217.)

A l'égard de la *sensibilité*, les strychnos ont une influence prononcée; c'est fort improprement qu'on les qualifie *d'excitans du système locomoteur*. Cette dénomination est d'autant plus incomplète que les premiers effets commencent d'ordinaire par le système sensitif. Quand on applique directement la substance sur la colonne par la méthode endermique, on pourrait se l'expliquer encore par la médication rapprochée des racines postérieures; mais, lorsqu'on la donne à l'intérieur, le même effet persiste; l'explication est insuffisante. En général, la sensibilité est la dernière à disparaître et la première à revenir, à l'inverse de la motilité. Quelquefois même elle s'exalte; de là des douleurs, de véritables névralgies. L'analogie dans les sciences d'observation étant un guide précieux, il n'est pas indifférent de faire remarquer cette influence particulière sur les nerfs sensitifs; on est porté à y recourir dans les asthénies isolées du sentiment qui sont si fréquentes (amaurose, surdité, anasthésie, anosmie, etc.), et le résultat confirme ces inductions.

Ainsi, à l'égard de l'amaurose, non-seulement j'ai montré les résultats qu'on peut obtenir, et ce qu'il fallait croire des assertions des Wepfer et des Joerg; mais j'ai spécifié les indications, les précautions préalables qui assurent la réussite. Je me suis attaché à enseigner comment on doit attaquer les divers élémens de la maladie, et préparer par les mercuriaux, les laxatifs ou les antiphlogistiques, les sujets qu'on va soumettre au traitement. C'est en cela que je crois avoir ajouté aux notions que la science possède sur cette maladie. Les remarques de détail se trouvent dans mes expériences cliniques. (§. II, n. 3, et GAZ. MÉD., 1838, n. 30.)

Mais la médication ne borne point ses effets à la pulpe nerveuse; elle agit aussi sur l'*appareil circulatoire* qu'elle stimule. La *calorification* est notablement augmentée dans les membres paralysés; les malades

(1) C'est pour me soumettre à l'usage que j'écris *cheiroplégie*; ce mot est très mal formé, sa racine étant χεὶρ et ει, grec devant se changer en *i*, comme dans chirurgie, chirurgien, chiragre, chiromancie, etc., qui ont la même étymologie. *Cheiroplastie* et *cheiloplastie* sont aussi mal orthographiés.

---

par les conjectures de Buffon. Ainsi il n'est pas de conception hardie, pas de témérité philosophique, si l'on veut, converties depuis en vérité, rayonnant d'évidence, qui ne soit due dans l'origine à l'imagination, c'est toujours là où il faut remonter.

Je n'ignore pas, mon cher ami, que de telles assertions choquent beaucoup les opinions régnantes, notamment en médecine. Si on dépasse de quelques lignes les idées reçues, si on s'éloigne du terre à terre, aussitôt mille voix s'écrient: vous vous perdez dans les nues, vous renoncez à la réalité, vous déifiez l'abstraction; c'est ainsi que pour le plus grand nombre, ce qui n'est qu'imaginable parait toujours faux, chimérique ou inintelligible. On rejette avec soin toute idée *à priori*, l'hypothèse est notoirement méprisée, conspuée; c'est même tout au plus si le mot de théorie trouve grace devant certains esprits. On se cramponne au fait, on se perd dans l'abîme des détails, on s'égare dans les subtilités de l'analyse matérielle; mais de progrès il ne faut pas en attendre. Voulez-vous, des dissections, des injections sur le cadavre, sur le vivant, sur l'homme, sur les animaux; voulez-vous un grand attirail d'*expérimentalisme*, ce qu'il ne faut pas confondre avec l'expérience; à cet égard l'abondance est excessive. Nous sommes saturés de philosophie analytique, matérielle; organique, etc.; mais en fin de compte, on n'obtient que des résultats douteux, contestables, des aperçus très limités, des opinions à bases défectueuses, tout aussitôt contredites par d'autres expérimentateurs; c'est *la fécondité de l'avortement*. Il en est de même pour la médecine pratique. Le fait nu, isolé, avec ses déductions bornées, toute synthèse écartée, l'expérimentation petite, étroite, très peu de formules générales, de faits *collectifs* qui renferment, expliquent une série de faits particuliers, telle est la marche généralement adoptée à peu d'exceptions près. On semble oublier que dans toute science l'action intellectuelle va des vérités de détail, à des vérités plus étendues, de celles-ci à des vérités plus étendues encore, finalement à des principes et à un principe s'il est possible. L'ob- servation une à une des faits, espèce de sol concédé à la vaine pâture, est surtout l'objet de prédilection de la plupart de nos auteurs. On sent qu'ils ne veulent rien hasarder, parce que toute conception haute, vigoureuse, les étonne et les effraie. Le caquet jactancieux des observateurs médiocres qui pullulent de toutes parts conduirait à croire qu'ils sont dans le vrai, si ce n'était les résultats et les applications qui prouvent le contraire. C'est pourtant une chose digne de remarque de voir combien le monde savant, « la plus facile des dupes, » dit un auteur anglais, est enclin à prendre des idées faibles et caduques pour des idées fortes et vivaces; il y a ici un mirage dont il faut constamment se méfier.

Croyez-moi, mon ami, ces dernieres ne sont jamais le fruit de la simple et passive observation; il y faut quelque chose de plus, et ce quelque chose dépend d'une forte et vivifiante imagination. Mais n'est-il pas à craindre, direz-vous, que ses conceptions ne produisent de l'enthousiasme; or celui-ci conduit toujours à l'extrême, car il couvre d'un bandeau les yeux de celui qui en est possédé. Ceci est un lieu commun éternellement répété par ceux qui pensent que dans la science il ne s'agit que de voir pour bien voir. Loin de là, il faut que l'imagination aille jusqu'à l'*enthousiasme*, quand on veut faire une importante découverte et en obtenir tous les résultats possibles. Et savez-vous pourquoi? précisément parce que l'enthousiasme donne cette force d'attention passionnée, vrai burin de la mémoire, cette sagacité investigatrice, cette subtilité d'organe et de sens, si nécessaire dans l'étude des phénomènes de la nature,

n'y craignent plus le froid (obs. 1, 4, etc.), et le médecin lui-même y peut reconnaître une élévation de température. La stimulation est quelquefois si prononcée qu'il se manifeste des *congestions sanguines*; elles sont remarquables surtout vers la tête, et deviennent fort à craindre s'il y a quelques lésions encéphalique. Aussi, je le répète, les préparations de noix vomique sont-elles contr'indiquées chez les sujets pléthoriques, chez ceux dont la circulation est active, chez ceux qui ont une idiosyncrasie phlegmasique, ou une tendance aux congestions de la tête et de la poitrine, etc. Tout au moins, ce sont tout autant de complications à combattre préalablement.

Le *tube digestif* paraît également influencé; j'ai remarqué que parfois la digestion est plus facile; la défécation surtout s'exécute mieux; sans être fréquentes, les selles sont en général moins rares. L'observation me porte à croire que la motilité du tube intestinal est augmentée; ce me semble la cause du changement dans les garderobes. Au reste, ce que j'ai vu ne s'accorde pas avec cette assertion de M. Ratier : « Pendant l'usage de la noix vomique, on observe d'ordinaire une constipation assez opiniâtre, et à laquelle il convient de remédier. » (Dict, en 15 vol., 1834, XII-76.) Mais j'ajouterai que les dispositions morbides offrent tant de variétés qu'il est possible que M. Ratier ait raison dans beaucoup de cas.

L'*appareil urinaire* a été modifié d'une manière notable. Sans parler du retour des fonctions de la vessie (Obs. 4, 5, 6, 7 et 11) je noterai que le besoin d'uriner s'est fait sentir plus souvent chez quelques malades; d'autres m'ont dit que leurs urines étaient plus abondantes; mais peut-être le croyaient-ils ainsi seulement parce que les besoins des micturitions étaient plus fréquens, sans que la quantité du liquide eût augmenté. Ce phénomène pourrait s'expliquer par l'exaltation de la motilité et de la sensibilité du réservoir urinaire.

Je ne pousserai pas plus loin mes remarques; c'est assez d'en avoir détaillé un certain nombre. Il me suffira d'avoir constaté et spécifié la valeur thérapeutique de la noix vomique, les indications qui en réclament l'emploi, les précautions qu'il convient de prendre pour éviter les accidens; et, en un mot, tout le parti qu'on peut en retirer dans une foule de maladies très différentes de nom; mais très rapprochées par leur nature. Il était utile de rappeler l'attention médicale sur ce sujet important dont elle paraissait aujourd'hui s'être détournée.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS DES DÉPARTEMENS.

I. JOURNAL DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE BORDEAUX.

Les numéros des mois de juillet, août et septembre contiennent les articles originaux suivans : 1° *Cas de pleuro-pneumonie double*; par M. Desgranges; 2° *Cas d'avortement*; par M. Lefèvre; 3° *Asphyxie par submersion*; par M. Bax, chirurgien militaire; 4° *Faits chirurgicaux observés à l'hôtel-Dieu de Bordeaux pendant l'année* 1837-38; par M. Eugène Bermond; 5° *Observations pratiques*; par M. Dubreuilh; 6° *Cas de cyanose chez un sujet adulte*; par M. Lamour; 7° *Considérations sur les rétrécissemens de l'urètre*; par M. Auguste Bermond; 8° *Rétrécissement squirrheux du colon gauche*; 9° *Faits chirurgicaux*; par M. Brulatour; 10° *Exostose vénérienne au front; guérison*; par M. Bernet; 11° *Névralgie plantaire rebelle*; par M. Desgranges.

GROSSESSE HYDATIQUE; GUÉRISON; par M. DUBREUILH.

Obs. — Une dame, âgée de 17 ans, d'une faible constitution, présentait tous les caractères de la grossesse. Vers cinq mois de cette prétendue gestation, elle éprouva une métrorrhagie abondante, pour laquelle on lui prescrivit le repos, une saignée du bras, et quelques boissons légèrement astringentes. Après douze à quinze jours, la perte de sang disparut. Le ventre continua à prendre du volume : cette dame ressentait des mouvemens très forts dans l'abdomen qu'elle attribuait à la présence de son enfant.

A six mois et demi, nouvelle hémorragie plus abondante que la première; douleurs dans les lombes qui s'irradiaient dans tout l'abdomen, et se portaient surtout dans la région hypogastrique. C'est alors que M. Dubreuilh fut appelé pour la première fois. La face était pâle; le pouls petit, d'une très grande fréquence. La malade dit encore qu'elle ressentait des mouvemens très forts et qu'elle ne pouvait les attribuer qu'à l'agitation de son enfant. Le ventre était volumineux, l'utérus développé, dur et bosselé; les mains placées sur l'abdomen ne me donnèrent aucune sensation des mouvemens que cette dame me disait ressentir. Le vagin était rempli de caillots de sang; le col de l'utérus était dilaté de la largeur d'une pièce de 5 fr., et occupé par un corps mou, qui me fit penser à l'insertion du placenta à sa partie interne. Je ne pus toutefois, malgré mes recherches, distinguer aucun corps dur au-dessus. Des applications froides furent faites sur l'hypogastre; à l'intérieur, l'extrait de ratanhia et l'extrait thébaïque combinés. La perte fut peu modérée. Une heure après, les contractions utérines s'accrurent et furent suivies de l'expulsion d'une masse hydatidiforme (acéphalocystes) considérable, qui se divisa en plusieurs grappes. La totalité recueillie remplissait une vaste cuvette : le volume de ces vésicules à parois minces et translucides, de forme arrondie, variait depuis celui d'un petit pois jusqu'à celui d'un œuf de pigeon. Quelques autres lambeaux furent expulsés plus tard avec des caillots de sang. La matrice étant revenue sur elle-même mit fin à la perte.

La convalescence de cette jeune malade fut longue; un écoulement sanguin d'une odeur très fétide eut lieu par la vulve; une fièvre continue avec exacerbation vers le milieu du jour s'établit; le ventre était un peu sensible dans la région hypogastrique. Ces accidens furent combattus les premiers jours par des bains locaux, des injections et des fomentations émollientes et les boissons acidulées. Un peu plus tard l'extrait de quinquina et le sulfate de quinine eurent d'heureux effets.

La première circonstance importante à laquelle fait penser l'observation précédente est l'utilité de l'auscultation appliquée au diagnostic de la grossesse. Il est clair que ce moyen aurait été ici d'une grande utilité si l'on y eût songé en temps opportun. Vient ensuite la circonstance de la métrorrhagie : il est remarquable que presque toutes les femmes atteintes de grossesse hydatique ont présenté ce symptôme à l'époque où le kyste s'est vidé; nous ne sachons pas du reste que l'hémorragie dont il s'agit se soit jamais mal terminée ni la maladie elle-même. Enfin que savons-nous sur les causes véritables et le mode de formation de ces sortes de kystes intra-utérins? C'est là une lacune immense que l'état actuel de nos connaissances ne nous permet pas de remplir.

Plus on a d'imagination, mieux on voit tout ce qu'on voit; ainsi l'observation poussée très loin est encore de l'imagination, au moins celle qui confine au génie. Les hommes d'une imagination froide ont presque toujours une raison débile, aussi s'arrêtent-ils à la surface; au contraire l'imagination forte stimule singulièrement la puissance d'observer; les savans qu'elle inspire sont ceux qui ont le plus d'exactitude et de patience, parce que voyant de plus haut et de plus loin, ils ont une profonde conviction et qu'ils sentent le besoin de ramasser le plus de preuves en faveur de leur opinion. Toute vitalité intellectuelle tient essentiellement à l'imagination, de quelque côté qu'on envisage les facultés de l'entendement. Ajoutez que ce qu'on invente, ce qu'on découvre, ou croit découvrir, est d'un intérêt immense pour celui qui cherche et médite, alors il n'est jamais superficiel; il sonde, il examine, il approfondit, il se transporte, rien ne le fatigue ni ne le rebute; quand une intelligence énergique s'est mise à une œuvre, elle s'y acharne pour ainsi dire jusqu'à ce que le fruit soit éclos du labeur. La faculté d'observer beaucoup, de bien observer, et d'observer longtemps, est donc une des conditions de l'imagination parce qu'elle anime et soutient l'observateur. D'ailleurs, celui-ci ne peut ignorer que la vérité est une, qu'il ne faut rien négliger pour en connaître tous les rapports (1); aussi malheur au savant comme à l'artiste, s'il n'est dévoré par ce besoin de l'inconnu, sans lequel il n'y a ni création, ni invention, ni travail remarquable; malheur à lui; sa place est marquée aux rangs secondaires où les esprits médiocres se débattent contre l'impuissance. Examinez bien l'origine des grandes découvertes, des méthodes, des systèmes qui ont le plus influé sur la science; partout vous trouverez les semences de feu de l'imagination. Mon ami, pour être un homme supérieur, ce n'est pas assez d'avoir une tête logique, il faut encore cette ardeur, et j'ose dire cette fougue de tempérament, ce feu sacré, sans lesquels on ne donnera jamais à la science qu'une très faible impulsion. Or ce principe d'activité, d'exaltation, dont j'ai taché de démontrer ailleurs les causes et les effets (1) n'est et ne peut être que l'imagination. Tous les médecins célèbres dont je vous ai cité les noms en furent doués, et c'est une faculté qu'on ne saurait refuser à un de nos contemporains que vous connaissez parfaitement. Il arrive même que dans certaines occasions, cette imagination fait éruption et manifeste sa perpétuelle et secrète action. Harvey était à la lettre fanatique de sa découverte, et on ne pouvait le contredire sans exciter sa fureur. Bernard de Palissy, après une épreuve qui eut un plein succès, dit : elle me causa une joie telle que je pensai *être devenu nouvelle créature*. Quand Humphrey Davy découvrit le *potassium* et le *sodium*, cet illustre chimiste eut un accès de joie presque vésanique; il se mit à sauter et à danser dans son laboratoire; que voulez-vous? les esprits d'une trempe supérieure s'enivrent quelquefois des voluptés du savoir.

Cependant l'enthousiasme n'a-t-il donc aucun inconvénient? Ce n'est pas là ma pensée : je dis seulement qu'avec l'imagination il y a toujours à espérer, et

(1) « La vérité étant indivisible, la moindre chose qu'on en ôte ou qu'on y ajoute, la falsifie. » (Descartes, *Lettres*; au père Mersenne; 1642.)

(1) *Physiologie et hygiène des hommes livrés aux travaux de l'esprit, etc.* (Passim).

PUSTULE GANGRÉNEUSE DÉTERMINÉE PAR LA MORSURE D'UN INSECTE; par le même.

Obs. — M. S. ressentait, depuis trois jours, une douleur très vive derrière l'oreille droite et les parties voisines, lorsque je fus appelé auprès de lui. Je remarquai une rougeur phlegmoneuse bien prononcée qui occupait toute la région mastoïdienne, et qui s'étendait, en diminuant d'intensité, à la peau du cou, jusqu'au niveau de l'épaule et du sternum. Il y avait beaucoup de chaleur et une tuméfaction assez prononcée; la pression développait une vive douleur. Le point qui me parut le plus enflammé était en partie caché par des cheveux, et je pus observer, après les avoir enlevés, que l'apophyse mastoïde était surmontée d'une vésicule de la largeur d'une pièce de deux francs; une matière séreuse et sanguinolente s'écoulait par les déchirures de l'épiderme. Au centre de cette vésicule se trouvait un petit tubercule d'une couleur grise, ayant le volume et la forme d'une graine de palma-christi, que je pris d'abord pour une végétation de la peau. Ce tubercule n'était autre chose que le cadavre d'un insecte de nos Landes, de la famille des agas (*ricinus canis*), qu'on observe très communément dans ces contrées, attachés à la peau des bœufs et surtout des brebis.

Cet insecte était tellement adhérent à la peau du malade, que je fus obligé, pour prévenir tout tiraillement douloureux des parties voisines, de passer des ciseaux au-dessous de son bec, et d'enlever une faible portion du derme auquel il était attaché.

M. S. fut d'abord très surpris de la présence d'un pareil hôte; mais nous pûmes facilement nous l'expliquer, par un voyage qu'il avait fait la semaine précédente dans les Landes, et où il avait été dans la nécessité de visiter les étables de ses propriétés.

L'aspect particulier de cette pustule me fit craindre l'existence d'un point gangréneux; j'enlevai l'épiderme et je remarquai une escarre arrondie, un peu déprimée, ayant la même étendue que la pustule; le centre, qui était le point où l'insecte était adhérent, offrait une couleur d'un noir très foncé dans l'étendue de quelques lignes.

L'escarre fut incisée crucialement; des cataplasmes émolliens recouvrirent les points enflammés. Après cinq à six jours, il ne restait plus qu'un peu de gonflement: des bords de la plaie, s'apercevait l'insertion tendineuse du muscle sterno-mastoïdien, qui bientôt s'exfolia, des bourgeons charnus se développèrent, et la plaie a marché lentement vers la guérison, qui n'a été complète qu'après un mois et demi.

Je n'avais jamais vu d'accidens produits par la morsure de cet insecte; cependant des renseignemens pris à l'occasion de ce malade prouvent que d'autres personnes ont présenté des phlegmons très graves par suite de sa morsure; une jeune fille, notamment, commise à la garde des troupeaux, fut prise d'un phlegmon très intense, qui occupait tout le bras; l'insecte dont j'ai parlé fut trouvé à la peau enflammée de cette partie dans laquelle il paraissait comme logé.

Nos confrères qui habitent dans les communes des Landes ont dû avoir, plus que nous, l'occasion d'observer ces accidens.

Dans le cas que j'ai cité, la présence d'une scarre surmontée d'une vésicule violacée, n'aurait-elle pas pu donner la pensée de l'existence de la pustule maligne, si des accidens généraux l'avaient accompagnée.

Les réflexions que nous a suggérées un cas de piqûre d'araignée, dont nous avons parlé dans le dernier numéro (p. 684), s'appliquent exactement à celui-ci. Nous nous contenterons de reproduire ici un passage important de l'ouvrage de Dupuytren concernant ces sortes de piqûres.

« La piqûre isolée d'une abeille, d'une guêpe, d'un frêlon, d'un bourdon, etc., etc., borne ordinairement ses effets à une douleur vive, aiguë, à une tumeur érysipélateuse et phlegmoneuse, qui offre peu de dangers. Cette maladie exige l'extraction de l'aiguillon, lorsqu'il est resté dans les parties et l'absorption, à l'aide d'une ventouse à pompe, de la matière vénéneuse sortie d'une vésicule placée à la base de l'aiguillon et qui est déposée dans la plaie. Réaumur (Acad. des sc., 1719) assure que, lorsqu'on se laisse piquer paisiblement, jamais l'aiguillon ne demeure dans la plaie; il est flexible et ne perce pas un trou bien droit; la plaie est courbe ou en zigzag. Si on oblige la mouche à se retirer brusquement, les frottemens sont assez forts pour retirer l'aiguillon, qui est, en quelque sorte, accroché, et la mouche l'arrache; au contraire, dit Réaumur, si l'on ne la presse pas, elle le dégage peu à peu. Swammerdam recommande dans l'extraction de l'aiguillon d'avoir soin de ne pas exercer une forte pression sur la plaie, car le venin de la vésicule serait exprimé et pénétrerait davantage avec l'aiguillon. On peut se servir avec avantage de la pointe d'une aiguille ou épingle pour cela. On parvient à dissiper les accidens, d'ailleurs légers, qu'occasionne cette piqûre à l'aide de lotions d'eau froide, d'eau salée, d'eau vinaigrée, d'eau de Goulard, et surtout d'eau dans laquelle on a mis quelques gouttes d'ammoniaque. Ce dernier remède paraît plus propre que les autres à neutraliser promptement le virus déposé dans les piqûres. On emploie encore avec avantage les embrocations huileuses, tièdes, et les narcotiques ordinaires. On calme de cette manière la douleur et l'on prévient l'inflammation. Il est bien rare que la piqûre isolée d'une abeille produise des accidens plus graves que ceux qui sont indiqués ci-dessus. On cite cependant quelques faits remarquables de piqûres d'abeilles. Zacutus Lusitanus a vu la piqûre d'une abeille être suivie de la gangrène de la partie. M. Desbret cite l'observation d'un villageois d'environ trente ans qui fut piqué par une abeille au-dessus du sourcil; il se coucha aussitôt par terre et mourut quelques instans après. M. Amoreux dit qu'en 1679 plusieurs individus furent piqués en Pologne par de gros bourdons; il se manifesta chez eux une tumeur inflammatoire, qui faisait des progrès rapides et qu'on ne pouvait arrêter qu'en faisant des scarifications profondes. Un jardinier de Nancy, ayant porté à sa bouche une pomme dans laquelle une guêpe était logée, il en fut piqué au palais, près du voile, ce qui lui causa une inflammation subite et un gonflement douloureux, qui, ayant intercepté l'usage de la respiration, le fit périr dans l'espace de quelques heures. M. Chaumeton rapporte qu'un agronome anglais a eu la satisfaction de sauver la vie à un de ses amis, piqué à l'œsophage par une guêpe, qu'il n'avait pas vue dans un verre de bière. Il lui fit avaler à plusieurs reprises du sel commun délayé dans le moins d'eau possible. Les symptômes alarmans qui s'étaient manifestés cédèrent comme par enchantement. On se comporte de même dans les piqûres d'autres insectes, qui sont plus ou moins venimeux; telles sont celles des araignées, des tarentules, des scorpions, des moustiques, des cousins, des taons, de la mouche à scie, de l'ichneumon, de la tique, des œstres, de la scolopendre, etc. Lorsque les piqûres d'abeilles, guêpes, etc., sont multipliées outre-mesure sur le même individu, elles peuvent donner lieu à des accidens graves et même à la mort; c'est ce qu'on a observé quelquefois lorsque des essaims d'abeilles irritées se sont précipités et acharnés sur une personne; témoin ce postillon qui fut assailli par des abeilles d'une ruche qu'il avait renversée à coups de fouet, et qui fut si cruellement piqué par une innombrable quantité de ces insectes, qu'il en mourut au bout de quelques jours; témoin encore ce qui arriva aux croisés qui assiégeaient *Massa*. Réduits aux derniers expédiens, les assiégés s'avisèrent, pour repousser un assaut, de rouler du haut des brèches, sur les assaillans, des ruches pleines d'abeilles, qui, dans le temps de paix,

---

que sans elle, tout est stérile. « L'archer qui oultrepasse le blanc, fault comme celui qui n'y arrive pas. » O Montaigne! vous dites vrai! Mais n'est-il pas vrai que le premier pêche par excès de force et l'autre par faiblesse; or, qui des deux *fault* le plus et sans remède? Rien donc de plus évident que pour tout progrès scientifique il est besoin d'une sorte d'enthousiasme, tempéré par la raison et le bon sens. Faut-il le redire, l'imagination donne l'élan, le jugement pèse, modifie, l'expérience confirme. Si la première ne s'appuie sur le fait, sur la donnée matérielle, il est clair qu'elle fera fausse route. L'homme est né dans l'animalité sous le rapport physique; il ne peut s'en écarter entièrement. L'esprit humain ressemble à l'Anthée de la fable, retrouvant ses forces tant qu'il avait les pieds sur la terre, mais qui les perdait dès qu'en le soulevant dans les airs, on lui ôtait son point d'appui. Pour nous autres médecins surtout, au-delà de la sphère organique, nous nous égarons, nous étouffons dans le vide; à quoi bon poursuivre une insaisissable idéalité? D'un autre côté, pourquoi donner, comme aujourd'hui, dans l'excès du matérialisme scientifique? Pourquoi se tenir en garde contre l'imagination, ne parler que des écarts, et oublier sa puissante action? N'y-t-il pas une imagination hardie avec sagesse et libre avec mesure? On dit qu'elle n'enfante que des chimères, que rien ne dure de ses produits; cela est quelquefois vrai; mais combien aussi d'échafaudages du raisonnement, de prétendus résultats de l'expérience, de recherches, d'observations, d'applications regardées comme pratiques, sont maintenant oubliées, anéanties, perdues dans les choses vaines et les conceptions futiles? Non, mon ami, l'expérimentalisme seul ne va pas loin; c'est l'œil nu qui veut découvrir ce que l'œil armé d'un excellent instrument peut seul examiner. Un pareil moyen toujours étroit, incomplet, sans élan, ni haute généralisation, ne mène qu'à des vues médiocres, souvent fausses et exclusives. Mais que l'imagination anime ces froides recherches, que ce vigoureux excitateur se fasse sentir, tout aussitôt le but s'élève, l'horison s'agrandit et la science est en progrès.

Il y a plus, la méthode même de l'expérimentation a besoin de l'imagination. Cette méthode exige, en effet, une sagacité, une pénétration, une habileté à varier les conditions des expériences, une faculté de garder les idées à constater et à vérifier, tantôt une prudence, quelquefois une hardiesse de tentatives, une présence et une finesse d'esprit, qui en rendent l'art très difficile. Quand on veut remplacer le froid *on a dit*, on a *écrit*, par l'énergique et positif: *j'ai vu*, *j'ai fait*, ce ne peut être que par des expériences faites sur une grande échelle. Si Harvey, Eustachi, Aselli, Pecquet, Bonnet, Fontana, Spallanzani, Volta, Haller, Bichat, ont été des modèles dans ce genre, on sait à quoi ils doivent leur supériorité. L'expérimentalisme pur, simple, borné au fait, si commun de nos jours, ne conduit qu'à des inductions faibles, contradictoires, qu'il est impossible d'élever à la dignité de principe. Vous voyez, mon ami, que l'imagination ne mérite point l'anathème fulminé contre elle depuis quelque temps; car cette faculté, sans la science, paraît condamnée à l'immobilité. Mais aux preuves que je vous ai données, je veux en ajouter d'autres qui me paraissent non moins convaincantes. *Vale.*

Fontenay, en Vexin (Eure), ce 30 août 1836.

R.-P.

faisaient toute leur richesse. Les soldats furent gravement incommodés de ce nouveau genre d'ennemis. Les piqûres multipliées de ces insectes produisent des inflammations confluentes, étendues, accompagnées d'une énorme tuméfaction et d'une infection générale produite par l'absorption de leur venin. Les bains froids, les lotions vinaigrées, ammoniacées, les embrocations huileuses, narcotiques et calmantes, les saignées générales, locales, propres à modérer l'inflammation, sont les moyens extérieurs que l'on doit employer dans ces circonstances. A l'intérieur, on prescrit avec avantage quelques substances propres à neutraliser l'action du venin absorbé dans les plaies. Quelques gouttes d'ammoniaque étendues dans une infusion diaphorétique semblent être ce qu'il y a de plus convenable; dans les cas de prostration on a recours à des boissons toniques.»

OBSERVATION D'UN CAS D'ASPHYXIE PAR SUBMERSION; MOYENS ORDINAIRES INSUFFISANS; RÉACTION VITALE, DÉVELOPPÉE PAR LA CHALEUR DU PAIN SORTANT DU FOUR; par M. Box, chirurgien-major dans le 2[e] chasseurs d'Afrique.

Sangide, âgé de 7 ans, fortement constitué, se baignant dans la mer, près d'Oran, est submergé, et huit minutes s'écoulent avant qu'un militaire, qui s'était aperçu de sa disparition, pût le retirer de l'eau. Il est immédiatement transporté à la boulangerie où les premiers soins lui sont prodigués.

M. Box arrive auprès de lui au bout d'une demi-heure et le trouve extrêmement froid, la mâchoire serrée, le pouls à peine perceptible; quelques expirations éloignées faisaient seules connaître que la vie n'était pas éteinte.

Les frictions sur différentes parties du corps, les pédiluves et les manuluves sinapisés, la vapeur d'ammoniaque, l'introduction de la fumée de tabac dans le rectum et d'autres moyens analogues continués pendant deux heures n'amenèrent aucune amélioration.

Un employé de l'établissement proposa alors de substituer aux briques chauffées un pain de munition sortant du four; ce qui fut mis immédiatement à exécution. L'enfant fut entouré de plusieurs pains, et dix minutes après la transpiration puis la coloration reparurent; la connaissance revint ensuite. Aussitôt qu'on crut l'enfant hors de danger, on le changea lit; il eut jusqu'à minuit une soif ardente, s'endormit paisiblement jusqu'à sept heures du matin et retourna entièrement rétabli au domicile paternel.

Le pain chaud nous paraît avoir agi dans ce cas, moins par la chaleur qu'il communiquait au corps de l'enfant submergé que par l'odeur suave; le parfum qu'il exhale lorsqu'on vient de le tirer du four, à moins donc qu'on ne suppose, ce qui pourrait être vrai, que les moyens employés jusqu'alors n'avaient commencé à produire leur effet qu'au moment où le pain fut mis autour de l'enfant.

CYANOSE; PERSISTANCE DU TROU DE BOTAL; PERFORATION DE LA CLOISON INTER-VENTRICULAIRE; OSSIFICATION DES VALVULES SIGMOÏDES DE L'AORTE; MORT; AUTOPSIE; par M. Lamour.

L'observation suivante offre un cas extrêmement rare où le même individu adulte présentait à la fois l'ossification des valvules aortiques coïncidant avec la perforation des cloisons inter-auriculaire et inter-ventriculaire.

Obs. — Lable, 32 ans, marin, entre à l'Hôtel-Dieu le 30 février 1838. Il est fortement constitué, a les épaules larges, la poitrine évasée. Il avait toujours joui d'une bonne et vigoureuse santé, quand, il y a quatre mois, il fut pris d'une gêne continuelle dans la respiration et qui augmentait considérablement par l'exercice. D'un naturel vif et emporté, il était menacé de suffocation à la moindre contrariété. Dans ces accès, disait-il, je deviens tout bleu, et j'ai peur d'étouffer.

A l'époque de son entrée, il offre l'état suivant:

Accablement général, teinte bleuâtre répandue sur tout le corps, mais principalement à la face, aux mains et aux pieds; les parties génitales noirâtres; la peau, quoique recouverte d'une sueur continuelle, est fraîche; le pouls est petit et inégal; la face bouffie; les lèvres cyanosées; la langue est humide et blanchâtre; les gencives pâles et ulcérées; les yeux humides et injectés. La respiration est gênée et laborieuse; les battemens du cœur forts et tumultueux. Chaque contraction produit une secousse qui retentit péniblement dans la poitrine. La percussion sur la région du cœur est mâte; partout ailleurs, sonore; à l'auscultation, bruit de rape très prononcé; les extrémités des doigts sont à peu de chose près les mêmes que chez les phthysiques. (Saignée de 10 onces; boissons douces; répartition de digitale, 10 gouttes.)

DE LA VALEUR HYGIÉNIQUE QUE L'ON DOIT ATTRIBUER A LA PRÉSENCE OU A L'ABSENCE DE CERTAINE SUBSTANCE SALINE DANS LES EAUX POTABLES; par M. Artaud, D. M. P.

L'opinion générale, celle même de la plupart des hygiénistes, que les eaux qui se rapprochent le plus de l'eau distillée par leur pureté sont les meilleures, n'est pas admise par l'auteur qui dans une discussion pleine d'intérêt et où le plus souvent il nous paraît avoir la vérité de son côté, combat différentes opinions dénuées de preuves, et qui sont assez généralement admises sur les qualités que doit posséder l'eau potable. Ne pouvant analyser ce long mémoire, nous allons nous borner à rapporter les conclusions par lesquelles il se termine.

1° Les eaux les plus pures qui coulent à la surface de la terre ne sont pas les meilleures, comme *eaux potables*. Celles qui contiennent une certaine quantité de sels calcaires et autres leur sont préférables.

2° De tous les sels contenus dans les eaux qui servent à la boisson de l'homme et des animaux, le *sulfate calcaire* seul peut résister à l'action digestive et irriter les intestins à la manière des substances indigestes; c'est donc dans les diverses qualités de ce sel que l'on doit chercher le degré d'infériorité relative des eaux potables.

3° S'il était possible d'isoler par l'expérience, comme on peut le faire par la pensée, l'action des divers agens hygiéniques sur la *population des grandes villes*, il est presque certain que les eaux potables chargées de sels calcaires et autres (sauf le sulfate de chaux) devraient être préférées aux eaux potables très voisines de l'eau distillée par leur pureté.

Jusqu'à la fin du mois, le malade fut saigné dix fois, les accès perdirent de leur fréquence, et il pouvait se livrer à de petits travaux sans inconvénient. Mais le 1 avril, à la suite d'une altercation un peu vive, il eut un accès de suffocation plus fort qu'auparavant; il était sans connaissance, pouvant à peine respirer; la face était bouffie et noirâtre, les yeux pleins de sang; la bouche recouverte d'une écume blanchâtre; la verge était dans une érection tellement forte qu'on craignait la rupture des vaisseaux caverneux. Le malade fut saigné et reprit l'usage de ses sens, mais, à partir de ce moment, les extrémités inférieures commencèrent à s'infiltrer et il succomba dans la nuit du 6 à la suite d'un violent accès.

Autopsie. Le péricarde est distendu par beaucoup de sérosité; le cœur a au moins trois fois son volume ordinaire. La fosse ovale présente une ouverture semi-lunaire de deux lignes environ de diamètre qui fait communiquer entre elles les deux oreillettes. L'orifice de l'artère pulmonaire dans le ventricule droit est très rétréci par l'épaississement des valvules sygmoïdes sur lesquelles il y a quelques petites plaques cartilagineuses. A côté de cet orifice est une autre ouverture beaucoup plus large, qui se dirige brusquement en arrière et à gauche, sur la partie supérieure de la cloison inter-ventriculaire et s'ouvre dans le ventricule gauche. Cette ouverture est à peu près quadrilatère, lisse et tapissée par la membrane interne du cœur. Les parois de ce ventricule ont au moins un pouce d'épaisseur; l'auriculo-ventriculaire est très dilaté; les valvules centrales n'ont rien de particulier; mais c'est à l'origine de l'aorte que se trouve le plus grand désordre. Les valvules sont épaissies, altérées sur plusieurs points; celle qui répond à la partie supérieure de la cloison remplacée par ce trou anormal présente deux plaques osseuses, inégales et rugueuses qui la maintiennent dans une position horizontale et diminue d'un tiers le calibre du vaisseau qui ne recevait pas le sang des deux ventricules à la fois; celui de droite passait du bord dans le ventricule gauche, puis ensuite en celui de ce dernier était lancé péniblement dans l'aorte.

NÉVRALGIE PLANTAIRE REBELLE; ONCTIONS AVEC DE L'AXONGE ET DE LA VÉRATRINE; PROMPTE AMÉLIORATION, ET PAR SUITE GUÉRISON RAPIDE; par le docteur G. Desgranges, D. M. P.

Pourquoi la vératrine employée en frictions contre les douleurs névralgiques réussit-elle dans quelques cas, tandis que dans d'autres, en apparence entièrement semblables, elle reste tout à fait sans effet? Doit-on attribuer cette différence dans les résultats à l'infidélité, à la mauvaise préparation de la vératrine pour les cas d'insuccès ou bien à des différences réelles dans la nature des cas où elle est employé? c'est ce qu'il serait difficile de décider dans l'état actuel de la science. En attendant que cette question soit éclairée la vératrine n'en est pas moins un moyen puissant qui réussit dans un assez bon nombre de cas pour qu'on doive y avoir recours.

Obs. — M. N..., habituellement bien portant, avait une profession qui exigeait de lui beaucoup d'exercice musculaire. Il était habitué à une transpiration des pieds si abondante qu'elle aurait pu être considérée comme le symptôme d'un état morbide, mais qui n'avait jamais paru nuire à santé. Il était aussi sujet à de fréquentes épistaxis qui commencèrent à diminuer à l'époque du mariage de M. N.. ; et cessèrent ensuite graduellement. La transpiration des pieds disparut aussi et graduellement; mais quelques années plus tard, vers l'âge de 30 ans, à la même époque, une douleur très vive se manifeste sur la partie extérieure et médiane de la jambe droite. Cette douleur augmentait la nuit, et allait se concentrer dans un point du tibia, à la partie antérieure et moyenne de cet os où il y avait une petite tumeur. Soupçonnant une nature spéciale, on administra des dépuratifs, des sudorifiques et quelques mercuriaux et la douleur disparut pendant une année entière.

Mais au bout de ce temps elle reparut plus vive que jamais, s'étendant à toute la jambe droite, et principalement à la plante du pied; de là, elle passe sur la jambe de l'autre côté et se fixe au même endroit. Cette douleur offrait tous les caractères de la névralgie plantaire; elle était atroce, déchirante, augmentait tous les jours comme par accès réguliers et intermittens, persistant toute la nuit, empêchant tout sommeil, exaspérée par la chaleur du lit; et calmée seulement par la compression. Pendant plus de huit mois, elle résista à toute sorte de moyens; enfin après un temps aussi long, elle céda sous l'influence d'un cautère appliqué à la jambe droite, de l'administration de sudorifiques énergiques, des onctions sur les parties douloureuses avec une pommade où en-

trait la vératrine (10 grains pour une once d'axonge) d'une manière graduelle. Sous l'influence de cette médication, les sueurs des pieds sont revenues abondantes, et un écoulement muqueux s'est établi à l'oreille. Il ne reste de l'ancienne affection qu'un gonflement indolent à la partie moyenne inférieure du tibia, gonflement qui paraît avoir sa cause dans une affection fixe du périoste. Un voyage à Cauterets est venu consolider la guérison.

60 grains de vératrine furent consommés pendant un mois que dura ce traitement qui fut continué à une et six onctions par vingt-quatre heures.

La cessation de la transpiration des pieds à l'époque où les douleurs commencèrent à se faire sentir et sa reapparition à celle où les douleurs disparurent n'est pas l'une des circonstances les moins importantes de cette observation qui mérite d'être rapprochée sous ce point de vue de celles que M. Mondière a dernièrement recueillies sur le même sujet (v. GAZ. MÉD., 1838, n. 23).

II. BULLETIN MÉDICAL DU MIDI.

REMARQUES SUR LES FISTULES A L'ANUS.

Cet article contient une remarque de quelque importance si elle était confirmée par l'observation directe, c'est que les fistules à l'anus seraient presque toujours borgnes, externes et très rarement complètes. « L'observation constante des faits ne nous permet pas, dit l'auteur, de penser, avec Foubert et Sabatier, que les fistules à l'anus sont toujours complètes, et qu'elles ne paraissent incomplètes que dans les cas exceptionnels, où l'orifice interne, situé à une hauteur trop considérable, échappe à nos moyens d'investigation. Notre manière de voir est diamétralement opposée; nous pouvons invoquer à son appui une masse d'observations recueillies dans les hôpitaux de Paris, qui nous met dans la possibilité d'assurer que la fistule à l'anus est presque toujours incomplète, borgne, externe. Dans les cas très rares où elle est formée par deux orifices, l'interne est toujours situé au-dessus des sphincters du rectum, comme l'ont écrit longtemps avant moi MM. Ribes et Larrey. »

NOTE SUR LE TRAITEMENT DE QUELQUES CAS DE PHOTOPHOBIE; par le docteur MOULINIÉ.

La photophobie n'est pas constamment le symptôme de l'inflammation des parties constituantes de l'œil, et quelquefois elle est idiopathique, ainsi qu'il ressort des observations suivantes, dans lesquelles le même traitement a été employé avec un succès remarquable.

OBS. — Jaymonil, âgé de 17 ans, arrive à l'hôpital le 4 mai, fermant les yeux, baissant la tête et fuyant la lumière. Il se plaint de vives douleurs dans les yeux. Les paupières sont écartées avec peine et laissent voir une légère injection sur la conjonctive; cependant le malade accuse de vives souffrances.

Interrogé sur les causes de son mal, il dit qu'il a passé la nuit à travailler toute la nuit aux vidanges clandestines. M. Moulinié, pensant que le travail et la veillée n'ont pas pu seules fatiguer les organes au point de produire la photophobie, et soupçonnant qu'elle dépend plutôt de l'influence des gaz qui émanent des fosses d'aisance, et surtout de l'ammoniaque, prescrit, pour atténuer son influence, en opérant la neutralisation, des lotions avec de l'eau et du vinaigre. A peine ces lotions sont-elles faites, les douleurs se dissipent à l'instant, le malade ouvre les yeux, supporte sans peine la lumière et se trouve guéri.

OBS. II. — Bauch, âgé de 38 ans, entre, trois jours après, poussant des cris de douleurs, et s'enfonce la tête sous la couverture pour se soustraire à l'impression de la lumière. On lui demande la cause de ses souffrances, il dit qu'il a travaillé pendant la nuit à vider des fosses d'aisance. On a recours aussitôt aux lotions avec l'eau et du vinaigre, et à l'instant même les douleurs cessent et la faculté de voir s'opère sans que le malade soit nullement incommodé par l'action de la lumière.

III. JOURNAL DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE LA LOIRE-INFÉRIEURE.

CAS REMARQUABLE D'EMPHYSÈME TRAUMATIQUE GÉNÉRAL SANS PLAIE EXTÉRIEURE; par M. MÉNARD.

OBS. — Un enfant, âgé de 9 ans, fût renversé sur le dos au tournant d'une rue par une de ces charrettes basses appelées camion. La roue de devant le prit en écharpe du flanc droit à l'épaule gauche, en passant sur la partie antérieure de l'abdomen et de la poitrine. L'enfant fut relevé sans connaissance, et transporté à quelques pas de là chez son maître, où il donna cependant bientôt quelques signes d'existence; il respira et fut agité de mouvements convulsifs. Arrivé près de lui, M. Ménard ne put reconnaître aucune fracture; il crut cependant découvrir une légère crépitation vers le bord antérieur de l'aisselle gauche. L'oppression était extrême, et le petit malade accusait une très vive douleur lombaire. Une saignée fut pratiquée à six heures du soir, à dix heures, la douleur lombaire s'accompagnait d'un gonflement assez considérable. La respiration était d'ailleurs moins embarrassée; nouvelle saignée.

Le lendemain, le malade avait rendu quelques crachats spumeux sanguinolens, et un emphysème très manifeste avait envahi tout le corps, à l'exception des membres pelviens. Le bras gauche était surtout remarquable par son volume, les lèvres et les paupières à peu près immobiles par excès de gonflement. Tous les mouvemens, et surtout ceux de la respiration, étaient excessivement gênés. Une troisième saignée fut pratiquée, et des sangsues furent placées sur le flanc douloureux. La respiration devint plus facile, mais toujours très gênée. M. Ménard pensa qu'il était indispensable de donner issue à l'air épanché, et il pratiqua, à cet effet, au côté gauche de la poitrine, sur le point où il avait senti, au début, une légère crépitation, une incision de deux pouces en longueur, et qui n'avait pas moins en profondeur, bien qu'elle ne s'étendît pas aux parois de la poitrine. Une gaze graissée et soufflée pour donner accès à l'air fut appliquée sur la plaie.

Le lendemain, l'emphysème avait déjà diminué, et vers le quarantième jour il avait complètement disparu. Depuis cette époque, comme antérieurement, rien ne put faire découvrir de fracture. Le thorax parut seulement un peu aplati. La pression avait-elle spécialement porté sur le poumon? L'auteur penche vers cette opinion, en l'absence complète de signes de fractures. Il croit, du reste, avoir constaté par l'auscultation le siége de la rupture; elle aurait existé, suivant lui, au sommet du poumon gauche, où l'on entendit, du quinzième au vingt-cinquième jour, un sifflement ou ronronnement, qu'il regarde comme le signe de la déchirure du poumon.

Cette observation offre un exemple assez rare d'emphysème traumatique général sans division des tégumens. L'incision pratiquée par Ménard paraît avoir soulagé un peu le malade, mais elle a été insuffisante pour produire un effet bien marqué. L'air, en effet, infiltré dans tout le tissu cellulaire du derme ne pouvait pas sortir par l'ouverture pratiquée par le chirurgien, elle ne pouvait avoir pour but que de s'opposer aux progrès ultérieurs de l'emphysème, en mettant la brèche pulmonaire en rapport direct avec l'air extérieur. Or, pour être réellement utile, l'incision dont il s'agit exigeait deux conditions: 1° que l'emphysème fût progressif; 2° que le bistouri tombât exactement sur l'endroit de la déchirure du poumon. Cette dernière condition n'était pas facile à deviner comme on le voit dans le cas dont il s'agit. Loin de blâmer les scarifications dans les cas d'emphysème, nous pensons que, dans certains cas, ce moyen est le seul qui peut s'opposer aux progrès du mal, et hâter la résolution; mais une pareille opération doit être soumise à des règles fixes dont il ne faut pas s'écarter; c'est surtout dans les cas où l'emphysème existe sans plaie extérieure qu'il faut beaucoup de circonspection dans l'emploi du bistouri, l'expérience ayant prouvé que l'air infiltré est absorbé aisément comme tout autre fluide, et que les brèches pulmonaires, si elles ne sont pas considérables, s'obturent aisément par le travail inflammatoire qui s'y établit.

PNEUMONIE A GAUCHE, AVEC ACCIDENS NERVEUX, DÉVELOPPÉS SOUS L'INFLUENCE DES ÉMISSIONS SANGUINES; EMPLOI DU MUSC; GUÉRISON; par M. PADIOLEAU, D. M. P.

L'efficacité du musc employé comme antispasmodique dans les cas des maladies inflammatoires compliquées d'accidens nerveux a été mise en doute tant de fois que ceux qui n'ont point eu l'occasion d'expérimenter avec ce médicament ne doivent avoir qu'une bien médiocre confiance dans ses propriétés, et pourtant les cas où il peut être employé avec succès sont assez nombreux pour que cette question soit d'une haute importance en thérapeutique et qu'on doive recueillir tous les faits propres à l'éclairer. Tel est le motif qui nous porte à analyser l'observation suivante, qui sera rapprochée avec fruit d'un certain nombre de cas semblables recueillis à la clinique de M. le professeur Récamier, qui a employé fréquemment cette médication dans des cas analogues à celui que nous allons rapporter.

OBS. — Mad. M., âgée de 48 ans, d'un tempérament muqueso-sanguin, d'une excessive sensibilité, est sujette à des rhumes fréquens, qui cèdent, en général, à quelques jours de repos. Dans l'un des premiers jours d'octobre, elle éprouve beaucoup de froid aux pieds, commence à tousser dans la même journée; elle se sent brûlante toute la nuit, et le lendemain matin se trouve dans l'état suivant:

La face est rouge et animée, les yeux sont vifs et brillans, les pupilles dilatées, la peau sèche et brûlante, le pouls vif, serré, battant cent et quelques pulsations. La malade se plaint d'un mal de tête extrêmement violent et d'une vive douleur au-dessous de la mamelle gauche. La poitrine, percutée et auscultée, ne présente pas de matité du son; mais il y a du râle crépitant au sommet des poumons. Partout ailleurs la respiration est intacte. Les crachats sont rares, et n'offrent ni viscosités ni stries de sang. (Saignée de 12 onces, cataplasmes émolliens sur le côté douloureux, sinapismes aux pieds, diète sévère, boissons émollientes.)

Dans la journée, augmentation des accidens, dyspnée considérable, pouls très serré, plus fréquent que le matin. Le sang tiré offre un caillot, recouvert d'une couenne épaisse. (Deuxième saignée également de 12 onces.)

La nuit est très agitée; il y a du délire; la malade n'a pas eu un seul instant

de sommeil. Il y a quelques mouvemens spasmodiques. La douleur de côté est très vive; le son est mat; râle crépitant sec, plus étendu que la veille. (Troisième saignée; quinze sangsues sur les côtes, etc.)

La journée se passe avec beaucoup d'agitation; les idées ne sont pas nettes; la malade éprouve un sentiment de faiblesse insolite. (Comme le sang est toujours riche et couënneux, quatrième saignée.)

Le quatrième jour de la maladie, Mad. M. a eu du délire toute la nuit et plusieurs faiblesses; sécheresse de la peau; fréquence du pouls, qui est petit et misérable; bronchophonie; respiration nette; affaissement; lipothymie; langue sèche, mais sans rougeur. (Vésicatoire sur le côté; un grain de musc en pilule, à prendre toutes les deux heures.)

A trois heures de l'après-midi, légère amélioration; le pouls s'est relevé; l'état général est plus satisfaisant. (Continuer les pilules jusqu'au lendemain.)

Il n'y a pas de délire pendant toute la nuit, la malade dort pendant deux heures; mieux sensible.

Le cinquième jour, on prescrit à la malade six grains de musc en six pilules, et, à dater de ce moment, le mieux continue sans s'arrêter un instant. Le râle crépitant humide revient au sommet des poumons; la respiration se rétablit peu à peu, et le quinzième jour, Mad. M. pouvait se promener dans sa chambre.

Cette observation est très importante; elle est à la fois une preuve, non seulement de l'insuffisance, mais encore des fâcheux effets, dans quelques cas, de la méthode *des saignées coup sur coup*, et nous fournit un exemple de la facilité avec laquelle le musc calme les accidens nerveux quand ils sont le résultat d'une déperdition excessive du fluide sanguin, et non point d'une congestion ou d'une irritation cérébrale, deux états morbides si différens, et qui cependant ont tant de ressemblance qu'ils sont fréquemment confondus aujourd'hui, au grand détriment des malades.

OBSERVATION D'UN CAS D'EMPOISONNEMENT PAR LE LAUDANUM A LA DOSE ORDINAIRE; par M. le docteur BARRÉ.

Les préparations opiacées sont si fréquemment les causes d'erreurs ou d'accidens funestes qu'on ne peut prendre trop de précautions lorsqu'on en administre à des doses un peu élevées. Le cas suivant, bien qu'il n'ait pas offert une gravité extraordinaire, peut cependant donner un exemple de ce qu'on a à redouter quand on ne met point dans l'emploi des médicamens toute la prudence convenable.

OBS. — Mad. ***, âgée de 29 ans, d'une bonne constitution, mais d'un esprit très faible, était soumise à l'usage du laudanum, en lavement, pour des douleurs utérines dont elle se plaignait depuis plusieurs mois. Depuis six jours, elle prenait chaque soir, dans un demi-lavement, vingt gouttes de laudanum, sans autre effet que du calme et un sommeil profond.

Le 25 février, Mad. *** avait pris son lavement comme à l'ordinaire, quand, au bout de cinq minutes, elle fut prise de tournoiemens de tête, d'engourdissemens dans les membres, d'embarras dans les mouvemens de la langue, et de difficultés dans les mouvemens.

Au bout de dix minutes, il y avait pâleur de la face, extrémités froides, regard fixe, pupilles dilatées, respiration anxieuse, sentiment de strangulation, hallucinations, visions effrayantes, pouls extrêmement fréquent et régulier, battemens du cœur précipités, tumultueux; crainte de la mort poussée au dernier point. (Deux lavemens, purgatifs; sinapismes aux mains et aux pieds; potion éthérée, etc.)

Au bout d'une heure, le pouls reprit un peu de résistance; la chaleur revint aux extrémités; la propension au sommeil se développa avec énergie; mais, les yeux à peine fermés, la malade se levait sur son séant, accusait des fantômes, et montrait une grande incohérence dans ses paroles et dans ses actions.

Le lendemain, à 9 heures du matin, il y avait encore une grande dilatation de la pupille, de l'exaltation cérébrale, de la fréquence et de l'irrégularité dans le pouls.

Une saignée, pratiquée à onze heures, n'amena presqu'aucune amélioration. La nuit fut très agitée et les règles se manifestèrent avec abondance, bien que leur époque ne fût pas encore arrivée.

Le délire dura vingt heures; l'engourdissement des membres, et principalement du bras gauche s'observait encore après quarante-huit heures. La dilatation de la pupille fut le dernier symptôme qui disparut. Après 72 heures, la malade ne pouvait pas encore lire couramment.

IV. ANNALES ET BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE GAND.

FRACTURE DU CARTILAGE THYROÏDE, OPÉRÉE AU MOYEN DE LA PRESSION DIGITALE; observation recueillie par M. LADOZ.

Nous reproduisons textuellement l'observation suivante, qui nous a paru offrir de l'intérêt.

OBS. — Dans une chambre au rez-de-chaussée, je vis couché à terre et sur le dos le cadavre de Coen; non loin de sa tête se trouvait une grande quantité de sang, provenant d'une blessure qui lui avait été faite à la région occipitale; le cou était serré par un mouchoir très épais, formant un lien de la largeur d'environ quatre travers de doigt; le sternum était devenu à peu près mobile par les nombreuses fractures des côtes droites et gauches. Des boutons enlevés au gilet, recueillis à terre, et non loin du cadavre, ainsi que des cheveux trouvés dans une des mains de la victime, et arrachés probablement de la tête d'un des assassins, donnent à croire que ce malheureux avait opposé une assez forte résistance.

Indépendamment d'autres lésions visibles à l'extérieur du corps, l'examen du cou nous fit découvrir à la peau de cette région diverses écorchures et de légères contusions disposées de telle manière que nous n'hésitâmes pas à les attribuer à la pression des doigts et des ongles, et à regarder cet ensemble de lésions extérieures comme provenant indubitablement de l'étreinte qu'une main vigoureuse avait fait subir au cou de la victime. Aucune trace susceptible d'être attribuée au large lien que nous venions d'enlever n'était visible. La dissection des tégumens du cou nous confirma dans notre manière de voir, et nous fit découvrir une fracture du cartilage thyroïde. Cette fracture, à bords inégaux, ayant presque la forme d'un S, était de la longueur de 15 millimètres, et s'étendait depuis quelques lignes au-dessous du bord supérieur de la partie droite du cartilage, jusqu'à sa partie inférieure, et depuis l'angle saillant formé par ses parties droites et gauches jusqu'à l'union des deux tiers postérieurs de la partie droite avec son tiers antérieur.

A l'intérieur du larynx et de la trachée artère, nous avons trouvé une assez grande quantité de mucosité sanguinolente et écumeuse.

RÉFLEXIONS DE L'AUTEUR. Ce cas est d'autant plus remarquable qu'il est le seul qui à ma connaissance ait été observé (1). On a nombre d'exemples des divisions de ce cartilage opérées par des instrumens tranchans, des armes à feu; mais je ne suis pas parvenu à trouver dans les auteurs une seule observation de fracture de ce cartilage opérée au moyen de la pression digitale. A la suite de la pendaison même, les fractures du cartilage thyroïde sont extrêmement rares. On cite des cas de rupture du cartilage cricoïde: Weiss rapporte l'avoir trouvé brisé en plusieurs endroits; mais aucun auteur ne rapporte des cas de fracture du cartilage thyroïde opérée par la pression de la main.

L'élasticité du cartilage thyroïde et surtout sa position au milieu des parties molles semblent devoir le mettre dans l'impossibilité d'être fracturé. Les annales médicales ne referment même que très peu d'observations de fractures de l'os hyoïde produites par des violences exercées sur la gorge au moyen de la main. Parmi trois cas, les seuls dont j'aie connaissance, le premier a été observé en 1832 par le docteur Lalesque. Son malade, homme fort et âgé de 67 ans, avait été saisi au col par un homme pris de boisson; il a été guéri par la position seule. A cet effet, le médecin fit pencher médiocrement la tête de son malade en arrière, de façon à tendre les muscles supérieurs et inférieurs de l'os hyoïde, évitant toutefois de faire trop incliner la tête dans les sens indiqués, afin d'obvier au déplacement et à la fatigue qui auraient pu en résulter.

Le second est rapporté par le professeur Dieffenbach (année 1833). Une jeune fille, de 19 ans, d'une forte constitution, fut saisie violemment à la gorge par un homme robuste: il en résulta une fracture de la grande corne de l'os hyoïde. On eut recours à un traitement antiphlogistique pour remédier aux symptômes inflammatoires, et la guérison de la fracture eut lieu sans le secours d'aucun bandage.

Le troisième est celui cité par le docteur Auberge (année 1835). Il s'agissait d'un homme sur lequel une main vigoureuse avait opéré une fracture de la branche droite de l'os hyoïde. Ce médecin, qui n'avait pas connaissance des cas précités et qui dit n'en avoir trouvé aucun exemple dans les auteurs, déclare n'avoir pu prendre conseil que de lui-même et être parvenu, au moyen du doigt indicateur introduit dans la bouche, à pousser en dehors le fragment déplacé, tandis que extérieurement il se servait des doigts de l'autre main pour établir un point d'appui. Afin d'éviter les mouvemens de déglutition, le malade fut nourri pendant très longtemps au moyen d'une sonde placée dans l'œsophage. Ce malade guérit également par la position.

Ce qui explique dans mon observation la possibilité de la fracture, c'est que chez Coen, bien qu'il n'eût encore que 37 ans, il existait déjà une ossification extrêmement avancée de tout le cartilage thyroïde. Cet état a souvent été remarqué par Bichat qui dit que, dès l'âge de 36 à 40 ans et même bien avant, les cartillages du larynx sont osseux dans leur centre.

Je crois inutile de faire observer que l'on ne peut attribuer cette fracture à l'effet du lien; car d'abord, à cause de son extrême largeur et épaisseur, il ne pouvait donner lieu à une pression assez forte, et de plus il y avait non seulement absence de l'empreinte du lien sur la peau du cou; mais outre cela les traces des efforts exercés au moyen des mains et des ongles étaient disposées de manière à ne pouvoir laisser aucun doute.

Cette observation prouve qu'il ne suffit pas d'exercer une compression sur le cartilage thyroïde pour faire, comme on le dit, tirer la langue à une personne; car, dans le cas que je viens de rapporter, la fracture avait été opérée du vivant de l'individu, ce qui conste de l'état des fragmens et des

(1) Un fait analogue se trouve consigné dans la GAZETTE MÉDICALE, 1838. (NOTE DU RÉD.)

contusions; une seconde compression par le lien était restée permanente, et cependant la langue, exempte de toute lésion, a été trouvée entièrement derrière les arcades dentaires.

OBSERVATION DE FIÈVRE INTERMITTENTE QUARTE AVEC MANIE; par le docteur VOGEL VANGER.

Les fièvres intermittentes larvées se présentent sous tant de formes différentes, qu'on ne peut les étudier avec trop de soin, afin de ne point se laisser surprendre à l'occasion. L'observation suivante nous en offre un exemple assez rare, mais parfaitement dessiné.

OBS. — Madame Magnus ressentit un vif chagrin de la perte de son mari, et fut bientôt après atteinte d'une fièvre intermittente quarte, qu'on pourrait dire mélancolique; car chaque accès était accompagné d'une tristesse invincible, qui diminuait bien pendant l'apyrexie; mais qui cependant ne disparaît jamais complètement.

Cette fièvre, après avoir duré quatre mois, cessa entièrement, et madame Magnus se porta assez bien jusqu'au mois d'avril 1836. A cette époque, elle fut prise d'un état morbide caractérisé par des atteintes de mélancolie se changeant lentement en hilarité, qui faisait bientôt place à la colère, et se terminait toujours par un accès de fureur. Dans le principe, ces symptômes ne se présentaient et ne se succédaient que dans les périodes du froid et de la chaleur fébrile; après ils persistèrent pendant tout le temps de la fièvre, et ne quittèrent même pas la malade dans l'intervalle des accès. Ces accidens prirent une nouvelle gravité à la suite d'une nouvelle peine morale, et on fut obligé de la lier pendant les accès de manie furieuse.

L'auteur, appelé pour lui donner des soins, reconnut bien une fièvre intermittente; mais voulant s'en assurer, il assista à un des accès, et après en avoir été témoin, il ne lui resta plus de doute, et il pratiqua dans l'apyrexie une saignée de seize onces, qui se couvrit d'une couenne inflammatoire, fit appliquer vingt sangsues aux parties latérales du col; prescrivit trois pédiluves alcalisés par jour, et pour le lendemain, vingt grains de sulfate de quinine. Le premier accès revint plus tard et dura moins longtemps; mais il restait toujours de la céphalalgie. Il prescrivit un gros de jalap en poudre; douze autres sangsues à la base du crâne, et fit prendre pendant cinq jours, et deux fois par jour une poudre de vingt grains de sulfate de quinine. Depuis cette époque, elle se trouve dans un parfait état de santé.

QUELQUES FRAGMENS SUR LES FONCTIONS ET LES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX INTRA-CRANIEN; par M. le docteur PUELLURF.

Si nous rapportons encore les faits qui paraissent favorables à la doctrine de la localisation des penchans, des goûts et des facultés de l'homme dans des parties distinctes de l'encéphale, ce n'est pas qu'il nous reste des doutes sur cette question; pour nous, cette doctrine, telle qu'elle a été posée par Gall ou ses partisans, est définitivement jugée; mais elle ne l'est pas pour tout le monde; et, d'ailleurs, les faits qui, aujourd'hui, nous paraissent sans explication, peuvent en recevoir une à une époque plus ou moins éloignée. Il est donc important de les recueillir et de les mettre en évidence. Tel est le motif qui nous détermine à présenter l'analyse de quelques-uns des faits rapportés sous le titre précédent.

DÉVELOPPEMENT INCOMPLET DU CERVELET ET DES ORGANES GÉNITAUX.

OBS. I. — Le sujet est un jeune homme pubère, qui mourut à l'hôpital de la Byloke, des suites d'une maladie de poitrine. L'état rudimentaire de la verge et des testicules frappa l'attention de tous ceux qui assistaient à cette autopsie. A l'instant même on dirigea les vues sur l'état du cervelet, et on ne fut pas peu surpris de trouver une disproportion notable entre les deux lobes de cet organe cérébral; sa texture avait une consistance normale. On n'y pratiqua pas de coupe, parce que la pièce était destinée à être conservée dans le cabinet anatomique.

OBS. II. — Vers la même époque mourut dans le même hôpital, d'une arachnoïdite, une jeune fille d'environ 20 ans; elle n'avait jamais eu ni règle, ni hémorragies supplémentaires. A l'autopsie, on trouva le cerveau ramolli sur plusieurs points; toute la masse du cervelet, d'une consistance moindre qu'à l'état normal; un lobe plus grand que l'autre, mais en proportion moindre que dans l'état précédent. A l'inspection des parties génitales, on ne trouva point de matrice; le clitoris était très petit; le vagin, qui offrait deux petits culs-de-sac sur ses parties latérales, se terminait dans la vessie urinaire, au col de laquelle venaient s'implanter les uretères; les trompes sortaient de la vessie et formaient chacune un renflement derrière son bas-fond; les ovaires étaient de grandeur naturelle, contenant dans leur tissu des espèces d'hydatides; il y avait absence totale de luette; le rein gauche était atrophié.

PERTE DE LA MÉMOIRE DES NOMS PROPRES A LA SUITE D'UN COUP SUR LA PARTIE SUPÉRIEURE ET EXTERNE DE LA CAVITÉ ORBITAIRE GAUCHE.

OBS. — Dans l'automne de 1833, le sujet N..., du corps des mineurs en Hollande, fut atteint d'un éclat de bois. Le coup avait porté depuis la partie supérieure et externe de la cavité orbitaire gauche jusque vers un point au-devant du conduit auditif externe du même côté. Il n'y eut pas de lésion externe; mais le sang sortait des narines et de l'oreille gauche. La commotion cérébrale était au deuxième degré. Quoiqu'il eût récupéré l'intégrité de ses sens après un premier traitement, le malade ne parlait point.

Le lendemain, lorsqu'on voulut évacuer l'urine par le cathétérisme, il s'y refusa par des mouvemens violens. Dans la soirée, le malade voulut absolument sortir du lit, et on le vit alors, les yeux fixes et immobiles, mouvoir le bras comme s'il était à la recherche de quelque chose. On lui présenta un vase de nuit qu'il saisit avec empressement, et dans lequel il urina copieusement.

Le onzième jour, il commença à adresser quelques paroles à ses gardiens; mais, à l'étonnement de tout le monde, il nommait chacun par le mot *chose*.

Dans sa convalescence rapide, on eut l'occasion d'observer qu'il avait entièrement perdu la mémoire des noms propres. Avant l'accident, il connaissait toute sa compagnie de nom; maintenant il lui était impossible d'en nommer un seul homme. Toutes ses autres facultés intellectuelles étaient restées intactes. La mémoire lui revint insensiblement, et, après un mois de temps, il pouvait nommer de nouveau tous ses camarades; mais il avait été obligé d'apprendre leurs noms comme s'ils n'avaient jamais frappé son oreille.

En outre, on observe qu'après sa guérison le sergent N... louchait assez fortement.

HISTOIRE D'UNE HÉMÉRALOPIE HÉRÉDITAIRE, DEPUIS DEUX SIÈCLES, DANS UNE FAMILLE DE LA COMMUNE DE VENDEMIAN, PRÈS MONTPELLIER; recueillie et communiquée à la société de médecine de Gand; par le docteur FLORENT CUNIER.

Quelques rares observations démontrent que l'héméralopie peut être congéniale; mais les cas dans lesquels cette maladie était héréditaire sont bien plus rares encore. On n'en connaît jusqu'ici qu'un seul exemple rapporté dans les actes de l'académie des curieux de la nature. Le fait rapporté ici par le docteur Cunier offre donc un double intérêt; l'auteur fut conduit à l'observer par les réclamations d'un conscrit qui était entré à l'hôpital St-Eloi, de Montpellier, pour y faire constater qu'il était aveugle de nuit, et par conséquent impropre au service militaire, avait été considéré par le médecin militaire comme simulant cette infirmité, parce qu'il y voyait à la lumière des bougies. Le conscrit finit cependant par être exempté; mais il avait appris à M. Cunier qu'il appartenait à une famille dont la plupart des membres étaient héméralopes. Ce fait ayant piqué sa curiosité, l'auteur se transporta à Vendémian, où habitait la famille du conscrit, et y vit la plupart des héméralopes, qui appartiennent tous à une même race, dans laquelle la maladie est héréditaire et se perpétue. Tous ceux qui en sont atteints l'apportent en naissant, et l'anxiété des parens est sans bornes, jusqu'au moment où ils sont parvenus à s'assurer que leurs enfans ont échappé à un malheur d'autant plus cruel que ceux qui sont atteints de cette infirmité s'étudient avec le plus grand soin à la cacher à ceux avec lesquels ils ont des relations.

M. Cunier apprit par la tradition du pays:

1° Qu'un certain Nougaret, surnommé le Provençal, a apporté l'héméralopie à Vendémian, et qu'elle s'est propagée non-seulement dans cette commune, mais encore dans d'autres où se trouvent de ses descendans.

2° Que dès l'instant qu'un individu de cette race s'en est trouvé délivré, il ne l'a plus transmise à ses enfans ou descendans.

3° Que la maladie se propage beaucoup plus par les femmes que par les hommes.

4° Enfin, que jamais l'héméralopie n'a atteint les habitans de Vendémian étrangers à cette race.

Les recherches faites sur les nombreuses générations qui, depuis deux siècles, sont sorties de ce Nougaret, et qui représentent plus de six cents individus, ont prouvé à l'auteur la vérité de ces quatre propositions.

L'auteur dit avoir examiné avec attention les yeux de tous les membres de la race Nougaret, atteints d'héméralopie, et n'avoir rien pu noter de particulier. Chez un seul (le conscrit exempté), la pupille était sexangulaire; chez les autres, elle était régulière, mais toujours dilatée outre-mesure, et ne se contractait même pas quand le sujet fixait en plein midi le soleil ardent du Languedoc. La maladie offre cela de particulier à Vendémian que tous ceux qui en sont affectés y voient pendant la nuit, lorsque des flambeaux sont allumés, et parfois à la lueur de la lune lorsqu'elle est très brillante. La lumière produit alors une espèce de clignement; la pupille se contracte, et peu à peu ils distinguent de mieux en mieux les objets; toutefois, la vue reste confuse, et, dans aucun cas, ils ne voient bien distinctement. Descendent-ils dans une cave pendant la journée, ils perdent instantanément la faculté de voir; pendant la nuit, la pupille se resserre un peu, et alors seulement les mouvemens de l'iris sont appréciables, lorsqu'on expose subitement les yeux à la lumière des bougies.

V. ANNALES D'OCULISTIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE.

CAS REMARQUABLE D'HYPERTROPHIE DU CLITORIS; OPÉRATION; GUÉRISON; par M. CUNIER.

OBS. — Une femme de Charleroi et de forte constitution, mariée depuis quelques années, sans enfant, vint me consulter en mars 1834; elle avait fait qua-

torze mois auparavant un effort pour lever un fardeau et il lui était survenu depuis lors un sentiment de chaleur insupportable aux parties génitales. Peu de temps après, il y eut des douleurs à la région des lombes, au bas-ventre, aux aînes et dans la cuisse droite; constipation plus tard; l'excrétion de l'urine est accompagnée d'un sentiment douloureux. Menstrues irrégulières parfois assez copieuses et suivies de leucorrhée. Les autres fonctions sont normales. Je crus dans le moment même à une affection utérine assez grave, mais le toucher me révéla l'orifice du vagin presque obstrué par la présence d'une tumeur sèche, fortement granulée, ridée et résistante. Je passai immédiatement à une exploration plus régulière en mettant la femme au jour, couchée sur une table les jambes écartées. Le clitoris hypertrophié avait acquis le volume et la disposition des deux poings fermés; il avait pris la couleur de la peau, était très dur et n'offrait de sensibilité qu'au point d'insertion. Les nymphes participaient à ce degré de développement et étaient presque squirrheuses, surtout au bord extérieur. Le reste de l'appareil génital paraissait sain; l'orifice de l'utérus était quelque peu dilaté. L'effort que la malade disait avoir fait ne rendait nullement compte de l'état de l'organe; à force de questions, elle m'avoua qu'elle avait abusé depuis longues années des jouissances vénériennes, et qu'elle avait commencé par la masturbation excessive. Lorsque je pris la résolution d'enlever la tumeur, je me décidai en même temps à pratiquer la nymphotomie, afin d'amener une cure radicale. Je fus assisté dans cette opération par mon savant confrère, M. le docteur Piérard. Deux coups de ciseau enlevèrent les deux nymphes squirrheuses jusqu'à leur ligne d'insertion; la tumeur fut ainsi promptement isolée, et dans la crainte que l'artère clitoridienne n'eût acquis un volume considérable, je plaçai une ligature au pédicule de la tumeur et un coup de bistouri porté de bas en haut en amena l'ablation complète. Toute l'opération avait duré quelques instans.

Immédiatement après que la tumeur fut enlevée, la ligature s'échappa sans qu'il en résultât d'hémorragie. Nous attendîmes au moins pendant un quart d'heure, croyant qu'elle allait survenir; mais il n'existait pas d'autre écoulement de sang que celui provenant des nymphes enlevées qui s'en échappait en nappe. Je tamponnai et appliquai un bandage en S.

Lorsque nous quittâmes la malade, elle était dans un état on ne peut pas plus satisfaisant après une opération qui, bien que prompte, avait été très douloureuse. Je crus cependant devoir prendre la précaution de laisser, en m'éloignant, les moyens nécessaires pour combattre l'hémorragie si elle survenait.

La tumeur enlevée était du poids de trois onces des P.-B.; elle n'était point de texture fibreuse, mais constituée d'une substance blanchâtre, lisse, semblable à du lard, et comme cartilagineuse; examinée avec une loupe ordinaire, on voyait qu'elle était sillonnée d'une infinité de capillaires qui présentaient une grande quantité de petits trous. Le calibre de l'artère du clitoris était d'un diamètre de 2 à 3lll. L'opération avait eu lieu à dix heures du matin; vers une heure de relevée, on vint m'appeler en toute hâte, je trouvai mon opérée sans connaissance, d'une pâleur mortelle et baignée dans son sang. J'enlevai promptement l'appareil, et je cautérisai immédiatement l'artère divisée, ainsi que les plaies résultant de l'excision des nymphes à l'aide du nitrate d'argent fondu, sauf à en venir à l'emploi du fer rouge, si la chose devenait nécessaire. Je couvris ensuite de morceaux d'amadou avec la plus grande quantité possible de colophone, je les appliquai et j'établis au moyen d'un nouveau bandage en T une compression modérée. L'hémorragie fut arrêtée et de nouveaux secours rappelèrent la malade à la vie. Une quantité énorme de sang avait été perdue et la syncope longtemps prolongée. La convalescence fut courte. L'escarrhe se détacha au bout de quelques jours, et laissa voir une plaie de bonne nature qui se cicatrisa rapidement sans autre moyen que l'emploi de la charpie.

Après quinze jours, cette femme avait repris ses occupations habituelles.

Cette observation est intéressante sous le double rapport pathologique et thérapeutique; les tumeurs de cette espèce sont fort rares dans la région dont il s'agit, surtout du volume de celles dont on vient de lire les détails.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 30 OCTOBRE. — PRÉSIDENCE DE M. MOREAU.

LETTRE MINISTÉRIELLE SUR LES REVACCINATIONS.

La correspondance comprend une lettre de M. le ministre de l'instruction publique relative à la question des revaccinations. Peu satisfait des conclusions négatives du rapport qui lui a été dernièrement adressé par l'Académie, M. le ministre examine l'une après l'autre ces conclusions et fait voir qu'elles se contredisent. En présence des faits nombreux et importans qui se passent dans différentes nations étrangères, le gouvernement français, dit M. le ministre, ne peut rester indifférent; la question des revaccinations intéresse hautement l'humanité et la science, et M. le ministre conçoit à peine comment l'Académie a pu lui envoyer un rapport si peu motivé. L'expérience, d'ailleurs, et la logique apprennent qu'il y a beaucoup d'avantage et aucun inconvénient à revacciner. En conséquence, M. le ministre prie de nouveau l'Académie de vouloir examiner une seconde fois la question, et de lui adresser un rapport très circonstancié.

Une discussion s'engage à l'occasion de cette lettre. MM. Breschet, Bouillaud, Rochoux, et quelques autres membres demandent que la lettre ministérielle soit envoyée, non à l'ancienne commission, qui a déjà manifesté une opinion, et sur laquelle elle ne voudrait pas revenir, mais à une nouvelle, prise en dehors de celle-là. D'autres, tels que M. Dubois d'Amiens, Collineau, Desillier, veulent conserver la même commission, en ajoutant cependant un certain nombre d'autres membres, dont l'opinion serait manifestement opposée à celle de l'ancienne commission.

Ces deux propositions sont mises aux voix; la première est adoptée. La nouvelle commission se composera de onze membres, nommés au scrutin par l'Académie.

M. Pariset donne lecture du discours qu'il vient de prononcer sur la tombe de Guerbois.

MÉDECINE LÉGALE.

M. Orfila lit un travail sur cette question. Peut-on reconnaître dans le canal digestif d'un cadavre l'existence des sels de plomb, de cuivre ou de tout autre métal, et l'époque de leur ingestion? Cette question s'est présentée dernièrement à l'occasion du procès de Reitingausen, dont nous avons parlé dans l'avant dernier numéro (p. 627). Deux cas peuvent se présenter, ou le poison a été ingéré depuis peu, ou il l'a été depuis longtemps. Dans le premier cas, il est facile à reconnaître, à l'aide des réactifs ordinaires. Les sels, en effet, se trouvent dans l'estomac à l'état libre, en dissolution ou sous forme métallique. On retire exactement tout le liquide et les autres substances contenues dans ce viscère; on le lave à l'eau distillée et on le soumet à l'action des réactifs. Dans l'autre cas, les sels métalliques ne sont plus à l'état libre; ils se présentent à l'état de pénétration dans les mailles mêmes de la muqueuse et le lavage simple ne donne aucun résultat positif. Il faut, dans ce cas, faire usage de l'incinération ou de l'ébullition et traiter ensuite le produit par les réactifs appropriés. On peut donc, d'après la manière d'être des molécules salines, reconnaître approximativement si elles ont été ingérées depuis peu ou depuis longtemps; mais on ne peut, dans aucun cas, reconnaître avec précision le nombre des heures écoulées depuis l'ingestion. Pour éclairer cependant davantage cette question, l'auteur a fait quelques expériences sur les animaux à l'aide de l'acétate de plomb. Ayant laissé, pendant trente-six heures, dans l'estomac d'un chien, une solution de 30 à 40 grains d'acétate de plomb, il a trouvé à l'autopsie que la muqueuse n'était point enflammée et que le sel se présentait dans les plis de cette membrane et de celle du duodénum sous forme de traînées de points grisâtres mats, ou de points continus, comme des chapelets. En raclant avec un scalpel pendant assez longtemps ces traînées et en lavant ensuite avec de l'eau distillée, on obtient un produit qui, traité avec l'hydrogène sulfuré, donne une sulfure de plomb, avec l'acide nitrique un nitrate de plomb. Dans d'autres expériences, l'auteur n'a donné que six ou douze grains d'acétate de plomb; le résultat a été toujours le même.

Lorsque les sels de plomb n'ont été laissés que deux heures dans l'estomac, les traînées étaient très visibles à l'œil nu et s'enlevaient aisément par le grattage; si elles restaient plus longtemps, les molécules salines devenaient de moins en moins visibles à l'œil nu et de plus en plus difficiles à enlever par le scalpel. Au quatrième jour, les traînées ne sont plus apercevables qu'à la loupe. Après le dix-septième jour, rien ne paraît plus sur la muqueuse, mais l'ébullition dans une solution d'acide nitrique fait très bien découvrir le poison qui se trouve alors à l'état d'assimilation ou plutôt d'infiltration. Après un mois, l'ébullition donne le même résultat, de même que l'incinération. Il résulte des observations précédentes qu'on peut reconnaître d'une manière approximative chez les sujets morts empoisonnés par les sels de plomb l'époque de l'ingestion du poison, si l'examen a lieu dans le courant des deux premières semaines; après cette époque, la présence des sels métalliques peut être reconnue, bien qu'à l'état d'assimilation; mais la détermination de l'époque précise est impossible. Les mêmes données peuvent servir à la découverte du poison, dans les cas où les vomissemens auraient fait rejeter durant la vie tout le liquide non assimilé de l'estomac.

Nous n'avons pu saisir à la lecture que les principaux points du mémoire de M. Orfila. Les faits qu'il renferme sont trop importans pour être indiqués avec aussi peu de développemens; nous publierons dans notre prochain compte-rendu les neuf conclusions qui résument et terminent ce mémoire.

Avant de quitter la tribune, M. Orfila dépose sur le bureau un paquet cacheté contenant un fait important de médecine légale, et qu'il croit dangereux de livrer à la publicité pour le moment.

MM. Renault et Chevallier demandent que les deux mémoires que M. Orfila vient de lire soient imprimés en entier dans les fascicules de l'Académie. Cette publication devant avoir lieu dans le bulletin de l'Académie, plusieurs membres demandent que les mémoires de M. Orfila ne soient pas publiés une seconde fois dans les fascicules. Après une courte discussion, il est décidé que, vu leur importance, les communications de M. Orfila seront insérées dans les deux recueils de l'Académie.

MM. Double et Chervin demandent en même temps qu'on publie le mémoire de M. Devergie.

Cette proposition est adoptée.

ÉTIOLOGIE DES PIEDS-BOTS.

M. Cruveilhier monte à la tribune pour la discussion sur l'étiologie des pieds-bots.

M. Velpeau : Il y a déjà longtemps que cette discussion a commencé; je crois cependant me rappeler ce que j'avais dit dans la première partie de mon discours : j'étais arrivé à cette conclusion : que la théorie des arrêts de développement ne pouvait être appliquée à l'étiologie des pieds-bots, attendu que dans aucune époque de la vie embryonnaire les pieds ne présentent une pareille déviation; et, d'ailleurs, si cela était, il ne pourrait y avoir qu'une seule espèce de pieds-bots; or, l'observation démontre au contraire que ces membres peuvent se dévier de différentes manières. J'arrive à présent à l'opinion émise par M. Martin, et qui a été adoptée en partie par M. Cruveilhier. Considérée d'une manière générale, cette opinion est insoutenable. Il est impossible d'admettre que la compression de l'utérus sur le fœtus soit la cause ordinaire des pieds-bots, puisque nous voyons tous les jours ces difformités exister alors même qu'il y a abondance des eaux de l'amnios. Je ne prétends pas cependant exclure cette cause d'une manière absolue. Je conçois effectivement que dans certaines positions du fœtus, alors, par exemple, que ses pieds appuient sur la partie postérieure et inférieure de l'utérus, ces membres puissent acquérir

une direction vicieuse sous la double influence de la gravité du corps et de la résistance de la matrice. Il n'est pas besoin pour cela de supposer une absence ou une diminution des eaux de l'amnios; mais je conçois aussi que ces cas doivent être rares.

Cette idée de la pression mécanique, néanmoins, se manifeste avec plus de fréquence dans la production du pied-bot accidentel. On sait aujourd'hui qu'il suffit d'une position vicieuse du pied pendant quelque temps pour que la difformité en question se déclare, même chez l'homme adulte : on a vu des individus avoir un pied-équin à la suite d'un ulcère au talon, qui les a obligés à marcher pendant longtemps sur la pointe des orteils. L'inertie musculaire détermine dans ces cas le raccourcissement du tendon d'Achille. Il est aussi d'observation que les phlogoses sourdes et les abcès des muscles du mollet conduisent au même résultat. Cela a lieu par l'absorption de la fibrine et le raccourcissement consécutif de la trame fibreuse des muscles. J'ai observé moi-même un cas de cette dernière espèce. Ces causes locales, cependant, ne sont pas les seules qui produisent les pieds-bots. On peut dire d'une manière générale que tout ce qui produit le déséquilibre de l'action musculaire de la jambe et du pied peut occasionner le pied-bot : ne voyons-nous pas en effet cette difformité se déclarer très souvent à la suite de convulsions, de contractures, de paralysies? Dans tous ces cas, le pied-bot se forme pour ainsi dire sous nos propres yeux. Pourquoi n'en est-il pas de même durant la vie intra-utérine? Les recherches de M. J. Guérin, basées sur un grand nombre de pièces pathologiques que j'ai vues, conduisent à cette conclusion : que la cause la plus ordinaire du pied-bot congénital est une affection du système cérébro-spinal ou des nerfs. Cette doctrine rend parfaitement raison de toutes les variétés de la difformité en question; car, comme à chaque lésion des centres nerveux répond une altération particulière de tels ou tels muscles, il en résulte telle ou telle forme de déviation. Tout en regardant cependant cette cause comme la plus fréquente dans la formation du pied bot, je n'admets pas moins les autres dont je viens de parler.

Il me reste une dernière question à examiner : elle est beaucoup plus grave que la précédente, puisqu'elle se rattache à la thérapeutique. M. Cruveilhier a paru contester, ou du moins déprécier les avantages de la section du tendon d'Achille dans le traitement des pieds-bots. Je dois m'élever contre cette manière de voir. Plus de cinq cents individus atteints de pied-bot ont été jusqu'à ce jour traités à l'aide de cette méthode; ils ont tous guéris très promptement sans le moindre accident. M. Duval en a opéré près de 200; M. Diffenbach autant; MM. J. Guérin, Bouvier, Stoltz, Serre, etc. un grand nombre d'autres, toujours avec succès. Je regarde par conséquent cette méthode comme une véritable conquête pour la chirurgie. Je dirai en outre que ces faits nous ont mis à même de mieux apprécier les ruptures et les divisions accidentelles des tendons. M'étant livré à quelques recherches sur ce sujet, je me suis convaincu que ces lésions sont loin d'être aussi graves qu'on le croyait autrefois, et que les appareils et les sutures qu'on avait imaginés pour leur réunion sont tout à fait inutiles; leur guérison ayant toujours lieu parfaitement par les seules forces de la nature, avec ou sans appareil, et par une substance intermédiaire comme après l'opération dont nous venons de parler.

Je me résume en disant 1° que les causes des pieds-bots sont multiples; elles peuvent se rapporter aux maladies de l'appareil cérébro-spinal ou des nerfs, des muscles du mollet, des tendons, du derme, des os, à la compression, etc.; 2° que dans l'état actuel de nos connaissances la section du tendon d'Achille est le meilleur moyen de guérison de ces difformités.

M. Blandin : La question en discussion n'a pour sujet que l'étiologie des pieds-bots congénitaux; je ne franchirai pas les limites tracées par l'auteur du mémoire et par M. le rapporteur. Qu'a-t-il voulu soutenir M. Martin? Il a voulu soutenir que les pieds-bots pouvaient être produits par la compression qu'exerce la matrice sur le fœtus alors qu'il y a trop peu d'eau dans la poche amniotique.

On a fait différentes objections plutôt spécieuses que solides contre cette doctrine; il est très facile de les réfuter (l'orateur reproduit ici et réfute plusieurs des argumens contraires). Personne ne peut contester que le but de l'eau amniotique ne soit d'isoler le fœtus et de le défendre de la dépression des parois de l'utérus; or si, par une cause quelconque, cette condition venait à manquer, il est clair que l'enfant doit se trouver plus ou moins gêné et que ses pieds peuvent se détourner dans un sens ou dans un autre. Cette espèce de diminution amniotique peut arriver à toute époque de la gestation, puis disparaître, et pourtant l'enfant rester estropié; de sorte qu'une femme peut présenter beaucoup d'eau au moment de l'accouchement et l'enfant offrir des pieds-bots. Cette considération répond aux objections de MM. Velpeau et Capuron. Pour mon propre compte, je me range du côté de l'opinion de M. Cruveilhier qui a donné son assentiment à la doctrine de M. Martin avec quelques restrictions cependant. Je crois que M. Martin serait dans l'erreur s'il pensait que cette cause fût la seule ou la plus fréquente dans la production du pied-bot congénital.

J'arrive à un autre point sur lequel a porté principalement la discussion, à la doctrine des arrêts de développement. Je ne pense pas que cette doctrine puisse être admise dans la pathogénie de la généralité des monstres; mais je crois que sa réalité est incontestable dans certains cas, comme dans le *spina bifida* et le bec-de-lièvre, par exemple. (L'orateur s'efforce à soutenir cette dernière thèse.)

M. Capuron combat l'idée de la compression utérine dans la formation des pieds bots et présume que l'humidité dans laquelle vivent certaines femmes enceintes pourrait être considérée comme une cause de cette difformité.

M. Rochoux invoque les maladies de l'œuf ou du germe pour expliquer la déviation des pieds, et croit que la rétraction des muscles doit être considérée comme la cause principale de la difformité. Il ne comprend pas du reste comment la compression égale des parois de la matrice dont la forme est presque sphérique pourrait entraîner la déviation des pieds du fœtus.

FRACTURE DE LA ROTULE.

M. Blandin présente un malade qu'il a guéri d'une fracture transversale de la rotule à l'aide de l'appareil amidonné et dont il a obtenu une réunion immédiate. On sait que l'Académie de chirurgie avait défié impunément le monde médical de lui présenter une fracture de rotule dont la réunion aurait été opérée par un cal osseux, comme les fractures des autres os. Il serait facile de présenter aujourd'hui plusieurs faits incontestables en faveur de cette réunion.

LITHOTRIPTIE.

M. Leroy d'Etiolles présente à l'Académie l'un des enfans qu'il vient de guérir de la pierre au moyen de son système de *pression* et *percussion* combinées.

Cet enfant qui n'a pas encore quatre ans est en outre sourd et muet. Il avait deux pierres d'acide urique grosses comme des avelines. Elles ont été détruites et expulsées en quatre applications de deux minutes. M. Leroy rappelle l'opinion qu'il a émise il y a trois ans au sujet de la lithotriptie appliquée à l'enfance. Dans un mémoire qui a donné lieu au rapport de M. Velpeau et à la discussion mémorable qui s'en suivit, tout en prouvant par des faits assez nombreux la possibilité de guérir, au moyen de la lithotripsie, des enfans au-dessous de six ans, M. Leroy convenait qu'à cet âge les difficultés de cette opération étaient plus grandes que chez l'adulte, et que si la pierre était tant soi peu volumineuse et dure, il valait mieux recourir à la taille beaucoup moins dangereuse à cette époque de la vie.

La petitesse des instrumens que l'on doit mettre en usage pour pulvériser les calculs des enfans constitue l'un des principaux obstacles; car pour peu que la pierre soit dure (et l'on sait qu'elles sont alors fréquemment formées d'oxalate de chaux) l'action d'une vis et d'un écrou pourrait fausser l'instrument; une percussion légère est donc indispensable; mais pour frapper avec un marteau, il faut que le brise-pierre soit immobile, et comment s'exposer à fixer l'instrument au milieu de l'agitation et des mouvemens continuels auxquels s'abandonne le petit malade?

Cette difficulté, M. Leroy croit l'avoir fait disparaître par l'invention de son *compresseur-percuteur* au moyen duquel l'écrasement par chocs répétés s'opère sans élan, sans aide et avec une force toujours proportionnée au diamètre de l'instrument.

La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION.

EXTRAIT DES PROCÈS-VERBAUX DES SÉANCES DES 5 ET 19 SEPTEMBRE.

DIATHÈSE PURULENTE.

M. Nonat communique les détails d'un cas remarquable de diathèse purulente chez un malade qu'il vient de traiter à l'hôpital de la Pitié. Il s'agit d'un jeune homme qui à la suite d'une fièvre typhoïde grave et dont la durée a été de trente jours environ est entré en convalescence. Durant cette convalescence assez franche en apparence, des abcès multiples ont commencé à se former successivement à la surface de presque tout l'appareil cutané. Ces abcès au nombre de 80 ou plus, de volume variable depuis une noisette jusqu'à une orange, ont envahi, les uns la partie supérieure du tronc et les membres correspondans, les autres la partie inférieure, et en particulier la fosse iliaque externe et la région fessière où ils ont acquis un volume et une profondeur assez considérables. Leur développement a été de deux, trois, quatre ou plusieurs à la fois; leur marche et leur terminaison extrêmement promptes; et le pus qu'ils contenaient d'assez bonne nature. Ce qui a paru de plus remarquable à notre confrère dans ce fait, c'est qu'au milieu de cette irruption purulente à la peau, irruption qui a duré près de six semaines, l'organisme a réagi à peine; le malade ayant conservé son appétit, le pouls n'ayant presque pas été fébrile et les organes intérieurs s'étant conservés en assez bon état. Dans les derniers temps cependant le malade a présenté de la diarrhée, de la fièvre et des escarrhes produits par le décubitus; il est d'ailleurs resté toujours faible; des décollemens considérables ont eu lieu aux endroits des abcès; les escarrhes au sacrum surtout étaient très profondes.

A l'autopsie, on a trouvé tous les restes d'une ancienne affection typhoïde, savoir, des ulcérations intestinales, le développement morbide des plaques de Peyer; de ces ulcérations les unes étaient cicatrisées, les autres en marche de l'être; elles existaient principalement vers la hauteur de la valvule iléo-cœcale. L'estomac était petit et comme atrophié, ce qui s'explique par la diète prolongée à laquelle le malade avait été soumis. Les organes thoraciques étaient sains. Le larynx et ses alentours n'ont rien présenté d'anormal, malgré que le malade eût été complètement aphone dans les derniers temps de sa vie. Les systèmes artériel et veineux n'ont rien présenté de remarquable.

Il y a évidemment, dit M. Nonat, dans la répétition de ces abcès, quelque chose d'insolite et de digne de méditation. Ce n'est certainement pas un cas de phlébite, car aucun symptôme de cette maladie n'existe, les organes intérieurs et les articulations ayant été trouvés à l'état normal. Est-ce une diathèse purulente, c'est-à-dire une affection particulière du sang? M. Nonat semble pencher pour cette dernière opinion : notre confrère trouve du reste de l'analogie entre ce phénomène et celui de l'éruption varioleuse.

Abordant enfin la question du traitement, M. Nonat se demande que fallait-il faire dans ce cas? saigner; mais le malade était faible, et d'ailleurs aucune indication à son avis n'autorisait les évacuations sanguines. Il a donc pensé qu'il fallait se borner à une sage expectation, tout en employant une thérapeutique appropriée à la nature des symptômes culminans.

Une courte discussion a eu lieu à l'occasion de cette communication.

M. Vassal examine le fait sous le double point de vue pathologique et thérapeutique. Il ne voit pas dans la manifestation des abcès multiples des données suffisantes pour admettre une diathèse purulente. Pour lui ces abcès n'expriment autre chose qu'une sorte de travail irritatif vague, accidentel, sur l'organe cutané ainsi que cela s'observe, mais à un moindre degré, à la suite de plusieurs maladies aiguës et en particulier de la variole confluente. Cette considération l'autorise à prendre pour base du traitement la méthode antiphlogistique; M. Vassal n'hésiterait pas dans ce cas à saigner le malade, la saignée pouvant lui servir de moyen d'exploration ou de diagnostic.

M. Gillette compare les abcès en question à la pneumonie lobulaire et opine comme M. Nonat que la saignée serait tout à fait inutile ou même nuisible.

EMPOISONNEMENT PAR L'ARSENIC; TRITOXIDE DE FER HYDRATÉ.

L'ordre du jour appelle la discussion sur un cas d'empoisonnement par l'arsénic observé dernièrement par M. Deville. Ce fait se trouve consigné dans la Gazette Medicale (page 669). Il s'agit d'une jeune personne qui avait avalé soixante grains environ d'arsénic. Cinq heures après, M. Deville a administré le tritoxide de fer hydraté et les phénomènes ont fini par se dissiper, d'où l'on a conclu que le contre-poison avait neutralisé l'action de l'arsenic. C'est cette conclusion que plusieurs membres, entre autres MM. Maingault, Mojon, Brichcteau, Nonat, Vassal, Belhomme, Adorne, Gillette et Rognetta, ont vivement attaquée. On a soutenu avec raison que le fait ne pouvait être regardé comme concluant attendu que le tritoxide de fer avait été administré trop tard (cinq heures après l'ingestion du poison) : or l'on sait que lorsqu'un poison a déjà produit son effet général, les agens chimiques n'ont plus de prise dans l'estomac, leur action neutralisante devient nulle. Aussi M. Maingault a-t-il eu raison de dire que la malade de M. Deville serait guérie également si elle n'eût pas pris la préparation ferrée.

M. Nonat est d'autant moins disposé à admettre la conclusion de M. Deville, qu'ayant fait, conjointement à M. Souberran, des expériences sur les animaux vivans, il s'est convaincu que le tritoxide de fer hydraté ne jouissait réellement de la vertu neutralisante qu'on lui attribue qu'autant qu'il était administré immédiatement après l'ingestion de l'arsenic, ou avant que ce dernier fût résorbé. Toutes les fois que la potion ferrée était donnée quelques heures après l'arsenic, c'est-à-dire après la manifestation de l'effet général, son action était presque nulle et l'animal mourait empoisonné, un peu plus tard cependant que s'il n'eût pas pris le contre-poison.

Suivant M. Rognetta, on ne doit compter sur le tritoxide de fer hydraté qu'autant qu'on est appelé à l'instant même de l'empoisonnement. Ce moment passé l'empoisonnement doit être traité d'après les principes de Rasori, c'est-à-dire en agissant sur la vitalité de l'organisme d'une manière contraire à celle du poison. Or l'action générale de l'arsénic étant manifestement affaiblissante, c'est par les remèdes stimulans (alcooliques, éthers, etc.) qu'il faut agir alors que les évacuans et les neutralisans chimiques ne sont plus applicables. Les expériences de M. Giacomini de Padoue ne laissent plus de doute à ce sujet; et ce n'est pas sans étonnement que nous voyons encore de nos jours des médecins prescrire la saignée et les autres remèdes antiphlogistiques pour combattre l'empoisonnement en question.

Lorsque l'arsenic est encore dans l'estomac il est clair que la première indication est de le faire évacuer par la voie supérieure. Dans un cas de M. de Kergaradec cité par M. Maingault on a donné à boire du lait et l'arsenic a été rendu par le vomissement dans un caillot de lait : on est rarement aussi heureux. En général, plus le poison est délayé, plus son action est puissante et prompte sur l'organisme à cause de l'absorption plus rapide.

M. Bricheteau ne croit pas trop à l'action générale de l'arsenic. Pour lui la seule action cautérisante, locale, suffirait pour rendre raison des phénomènes de l'empoisonnement. Il pense qu'il serait dangereux d'administrer des remèdes stimulans pour combattre les effets constitutionnels de l'arsenic.

M. Mojon combat l'opinion de M. Brichéteau. L'expérience prouve que très souvent l'empoisonnement est foudroyant et pourtant on ne trouve à l'autopsie que de légères traces de phlogose dans le canal digestif; cette phlogose serait insuffisante pour produire des phénomènes aussi formidables. D'ailleurs ne sait-on pas qu'injecté dans les veines, l'arsenic comme tous les autres poisons produit des effets plus terribles encore? La pâte arsenicale appliquée sur des cancers a plusieurs fois produit un empoisonnement mortel par la simple résorption.

A l'appui de cette manière de voir, M. Vassal a cité un cas de cette dernière espèce qu'il a observé dans sa pratique.

M. Belhomme parle dans le sens de M. Mojon; il rapporte un cas d'autopsie qui lui est propre, et qui confirme pleinement les idées précédentes.

M. Adorne s'est demandé si les phénomènes d'empoisonnement par l'arsenic ne dépendraient pas de la cautérisation de la membrane interne des vaisseaux par le contact du poison résorbé et passé dans le sang.

L'observation directe détruit l'opinion de M. Adorne, ainsi que l'a fait remarquer M. Nonat. L'action générale de l'arsenic, comme celle de tous les autres poisons, se passe principalement dans le système des nerfs ganglionnaires.

USAGES DE LA TROMPE D'EUSTACHE.

A l'occasion de quelques considérations sur les sens, présentées par M. Belhomme, une discussion s'est engagée sur les véritables usages de la trompe d'Eustache dans la fonction de l'audition. On croyait autrefois que les ondes sonores pouvaient se transmettre à l'oreille interne par la bouche comme par le pavillon auriculaire : MM. Belhomme, Vassal, Adorne et Giraldès partagent encore cette opinion; ils s'appuient sur ce que pour mieux entendre on entr'ouvre souvent la bouche. Cette opinion est combattue par MM. Mojon, Nonat et Gillette.

M. Mojon : La trompe d'Eustache n'est point destinée à transmettre les ondes sonores à l'organe de l'ouïe; elle sert seulement à mettre en communication l'air de la caisse du tympan avec l'air extérieur et lui procurer une température constante. Cette condition détermine dans l'intérieur de la caisse une sorte de flux et reflux aérien à chaque vibration de la membrane du tympan. Que si, pour mieux entendre, nous entr'ouvrons quelquefois la bouche, cela n'a d'autre but que d'élargir le conduit auditif externe par le léger glissement des condyles de la mâchoire. C'est l'oreille effectivement, et non la bouche, que nous dirigeons dans cette circonstance du côté d'où émanent les rayons sonores. Une montre placée dans la bouche ne fait pas entendre ses battemens, à moins d'être serrée entre les dents : dans ce cas, ce sont les dents et les mâchoires qui transmettent les battemens à l'organe auditif, et non l'air de l'intérieur de la bouche. Il y a des sourds qui perçoivent les sons d'un piano à l'aide d'une baguette métallique, dont une extrémité est appliquée entre leurs dents ou sur la tête; l'autre sur l'instrument en action. La même baguette, appliquée sur la langue, ne transmet aucune sensation sonore. Cette expérience prouve suffisamment que la trompe d'Eustache n'est point apte à transmettre à l'oreille les sensations sonores. La situation profonde, d'ailleurs, et presque cachée de l'ouverture de ce conduit la rend incapable de remplir le rôle actif dont on veut la charger. En résumé, on peut dire que la trompe d'Eustache est un organe essentiel sans doute à l'audition, mais qui ne sert que comme moyen d'équilibration de l'air intérieur de l'oreille, et nullement à la transmission des ondes sonores.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité de physiologie considérée comme science d'observation; par C.-F. Burdach, professeur à l'université de Kœnigsberg, avec des additions de MM. les professeurs Baer, Meyer, J. Muller, Rathke, Valentin et Wagner, traduit de l'allemand sur la 2e édition, par J.-L. Jourdan, D. M. — Les 1er, 2e, 3e, 6e, 7e et 8e volumes sont en vente chez J.-B. Baillière, rue de l'École-de-Médecine, 13 bis.

La physiologie qu'on enseigne dans nos écoles et dans nos livres ne comprend, pour ainsi dire, que quelques-uns des élémens de la science et se borne aux connaissances applicables ou à celles qui conduisent à des applications peu éloignées. Elle n'est qu'une branche de cette vaste science dont elle a emprunté le nom, et qui ne s'occupe pas seulement de l'homme et de son organisation dans quelques conditions, mais de tous les êtres organisés et de leurs rapports entre eux, depuis le végétal infusoire, premier et faible rudiment d'une organisation, jusqu'à l'homme, qui en est le progrès le plus élevé et semble seul appelé à en scruter les mystères. En physiologie, comme dans toutes les sciences, et plus peut-être que dans les autres sciences, il n'est rien d'isolé, et les faits gagnent à être étudiés sous tous leurs points de vue et dans leurs rapports avec les autres faits; cette méthode est même la seule d'en obtenir une connaissance un peu complète.

Ces études, qui exigent de vastes connaissances et un esprit généralisateur, ne sont point du goût ni de la portée du plus grand nombre, et, jusqu'ici, c'est parmi les savans de l'Allemagne qu'elles ont trouvé le plus de partisans. On a peine à concevoir avec quel dévouement, avec quel désintéressement et quelle foi véritable, nos voisins d'outre Rhin se livrent à de profondes études sur les différentes branches de l'histoire naturelle; avec quelle ardeur ils se jettent dans des abstractions dont les bases ne sont pas toujours très solides. Chez nous, si nous exceptons un petit nombre d'hommes qui ne le cèdent point aux savans allemands sous les rapports précédemment indiqués, et qui leur sont souvent supérieurs sous celui de la lucidité et de la méthode, celui qui se livre à la culture des sciences, à peine arrivé à l'âge où l'on peut commencer à produire se hâte de publier un travail qui le mette en évidence; puis, quand il a obtenu une chaire publique ou un siége dans une académie, ou une place salariée par le gouvernement, il rentre dans la foule et sa carrière scientifique est terminée. Les savans allemands se fatiguent moins vite et ont voué à la science un culte plus désintéressé; les méditations et les longs travaux intellectuels semblent leur fournir leurs plus vives jouissances et les payer suffisamment des peines et des soucis qu'ils entraînent; ils ont creusé la nature dans toutes les directions et à toutes les profondeurs et paraissent se contenter de la contemplation idéale des chefs-d'œuvre qu'elle a créés, et nous devons dire aussi, pour être justes, qui sont trop souvent le fruit de leur imagination; souvent, en effet, leurs méditations se changent en des rêveries mystiques, qui ne nous paraissent, au travers de leur phraséologie compliquée et de la fécondité de leur langue, que comme ces nuages vaporeux que la vue a peine à distinguer à quelque distance.

Ces qualités et ces défauts, qui appartiennent à la plupart des auteurs allemands, se trouvent aussi dans le grand ouvrage que nous avons en ce moment sous les yeux, et dont nous allons chercher à donner quelqu'idée au lecteur. Disons cependant, avant de pénétrer dans cet examen, que cet ouvrage et la notice que nous en allons donner n'auront qu'un faible intérêt pour ceux qui ne cherchent dans les livres que des faits positifs, d'une certitude absolue, faciles à saisir et d'une application aisée. Pour lire avec agrément et utilité les travaux des naturalistes allemands, il faut aimer un peu la science pour elle-même, et nous ne dirons pas avoir une certaine dose, mais au moins sentir le prix de cette bonhomie allemande, qui n'exclut pas le génie et préside aux rapports qu'ont entre eux les savans de l'Allemagne.

Le plan qu'avait adopté Burdach ne lui permettait pas d'exécuter seul une œuvre aussi vaste. « Trop ami du vrai, dit son traducteur, pour se livrer

au mesquin calcul de la vanité, et convaincu qu'un seul écrivain ne saurait aujourd'hui embrasser un sujet aussi vaste que celui de la biologie, il a invoqué l'assistance de ceux d'entre ses compatriotes qui en avaient spécialement étudié quelques parties. MM. Baër, Meyen, Meyer, J. Muller, Rathke, Siebold, Valentin et Wagner ont répondu avec empressement à cet appel généreux, et du concours de tant d'illustrations est sortie une véritable encyclopédie, qui prendra rang dans l'histoire à côté de l'inestimable traité de Haller, dont elle est le complément nécessaire. »

Nous n'entreprendrons pas de faire l'analyse critique d'un ouvrage aussi considérable; nous ne pourrons non plus tracer le plan qu'a suivi l'auteur, ni indiquer dans quel enchaînement il a disposé les innombrables matériaux qu'il avait à mettre en œuvre; car la traduction n'est pas encore complète; six volumes seulement sont en ce moment entre nos mains, les 1er, 2e, 3e, 6e, 7e et 8e. L'auteur lui-même n'a, d'ailleurs, exposé ce plan que d'une manière trop sommaire, et dans une introduction de quelques pages, pour que nous songions à en donner ici une idée. Nous sommes donc obligé de laisser, pour une époque plus éloignée, ces considérations générales, sans lesquelles on ne peut juger, avec toute l'exactitude désirable, un travail aussi important; mais, afin d'être justes envers le traducteur et l'éditeur, qu'il est du devoir de la presse d'encourager dans des entreprises aussi importantes, nous allons faire connaître sommairement les principales questions traitées dans chacun des volumes qui sont à notre disposition.

Burdach, évitant ces longs prolégomènes, dans lesquels les auteurs entassent trop souvent généralités sur généralités, commence l'étude des êtres organisés dès leur origine, et consacre les trois premiers volumes à l'examen des divers modes suivant lesquels l'existence se développe en eux. Nous le voyons donc, suivant l'ordre de la nature, considérer d'abord la procréation ou l'éveil donné à une vie nouvelle, puis la première scène de la vie, ou la vie embryonnaire, c'est-à-dire la période du développement jusqu'à l'acquisition d'une existence indépendante; mais ces deux périodes se confondent tellement l'une avec l'autre que la vie embryonnaire nous apparaît comme une suite de la génération et qu'il est souvent difficile d'établir une limite entre elles; aussi toutes deux sont réunies par l'auteur allemand sous le titre de *procréation*, dans la première partie, où se trouvent quelques-unes des questions les plus intéressantes de la physiologie, et surtout celle de la génération spontanée. Elle est désignée ici sous le nom d'*hétérogénie*, et étudiée sous trois aspects différens, suivant qu'elle est *dominante* ou *indubitable*, comme chez les infusoires et entozoaires, *limitée* comme dans les champignons, les lichens, etc., et enfin *problématique*, comme dans quelques invertébrés des classes supérieures, qui apparaissent parfois dans des circonstances où il est impossible d'expliquer leur origine par la propagation.

Burdach admet donc la génération spontanée pour quelques-unes des classes inférieures des animaux et des végétaux; il combat les objections qui ont été élevées contre ce mode de production et s'appuie des nouvelles preuves que fournissent les recherches des microscopistes modernes, sans cependant arriver à une démonstration complète. Tous les êtres organisés qui existent aujourd'hui ne reconnaissent pas, selon lui, d'autre origine primordiale, et l'objection que la génération spontanée ne donne plus naissance de nos jours à des êtres organisés parfaits n'a pour lui aucune valeur : « car bien des choses n'arrivent plus aujourd'hui qui ont dû avoir lieu jadis; les eaux ne déposent plus de masses granitiques et il ne se forme plus de roches primitives. Nous voyons, par ce que la force naturelle de la terre peut accomplir de nos jours, ce qu'elle a pu faire jadis. Mais tout annonce qu'à l'instar des êtres organisés la terre a possédé des forces différentes aux différentes époques de son existence, qu'elle a dépassé maintenant l'âge de la jeunesse, où la vie débordait en elle, pour ainsi dire de toutes parts, et où sa force plastique s'épanchait en une diversité infinie de produits; qu'aujourd'hui à peine produit-elle encore quelque chose de nouveau, mais se borne à conserver ce qui a été produit, et que, par conséquent, elle a perdu en grande partie sa faculté procréatrice.... Si de nos jours et dans un âge aussi avancé la terre donne encore des produits aussi surprenans que les infusoires qui naissent sous nos yeux, sans parens et sans germe, pourquoi n'aurait-elle pas pu former aussi un organisme humain, alors qu'elle était dans toute la force de sa jeunesse? »

Les considérations dans lesquelles Burdach entre sur la vie et son origine l'entraînent, comme nous venons de le voir, dans ces régions élevées où toutes les sciences se touchent et se confondent, où la cosmogonie, la théologie naturelle, la philosophie, l'histoire naturelle primitive ne forment qu'une seule science, science qui n'a encore été explorée avec fruit que par un petit nombre d'hommes, mais qui n'en existe pas moins pour ceux qui cherchent toujours à s'élever de la connaissance des faits à l'étude de leurs rapports.

« La vie, nous dit Burdach, appartient non à telle ou telle des parties organiques, mais à leur ensemble en tant qu'elles forment un tout par leur réunion. Nous devons donc présumer aussi que les parties de la planète ne paraissent privées de vie et inorganiques qu'à l'état de séparation et d'isolement; qu'au contraire l'univers est un tout organique et vivant.... ainsi la génération primordiale est accomplie par les forces de la nature à laquelle ce qui n'a point de vie sert d'instrument pour produire la vie, mais seulement une vie commune, une vie inférieure, germe d'une autre plus relevée. Quand ce germe est développé la propagation a lieu par la force de l'espèce, qui agit dans les individus vivans, et qui, en s'élevant toujours de plus en plus au-dessus de l'individualité, en se manifestant d'une manière de plus en plus dynamique et spirituelle, procrée aussi une vie toujours de plus en plus parfaite, qui arrive enfin à pouvoir contempler l'ensemble de l'univers et sa cause éternelle. »

Burdach, tout en admettant des forces mystérieuses dont l'action se révèle à chaque instant autour de nous, repousse les causes occultes et aveugle de quelques philosophes. « Quelque chose d'aveugle et d'inintelligent ne peut créer des êtres dirigés vers des buts déterminés... C'est un principe éternel et idéal qui crée toutes les choses particulières et les harmonise ensemble..., tendant à établir entre elles un ordre de choses semblable à celui qui règne dans le tout, à se répéter ou à se copier elles-mêmes dans des formes plus exiguës... »

Il y a dans l'expression de ces opinions de Burdach qui représentent assez exactement celles de la plupart des savans naturalistes de l'Allemagne, un mélange de panthéisme, de vitalisme et d'animisme à la fois contre lequel il est facile d'élever de sérieuses objections et qu'il serait plus aisé encore de tourner en ridicule en raison de l'étrangeté et quelquefois de l'inintelligibilité du langage dans lequel il est exprimé; mais nous ne saurions repousser cette philosophie qui a pour effet de relever l'homme intellectuel à ses propres yeux et de l'encourager à de nouvelles recherches par la connaissance de la facilité avec laquelle à l'aide de quelques faits de plus (qui se trouveront peut-être), il saisirait tout l'ensemble de ce monde dans lequel cependant il n'occupe qu'une si petite place comme organisation matérielle.

Après l'étude de l'*hétérogénie* vient celle de la *monogénie* ou de la propagation qui est accomplie par un seul individu et qui se divise en génération accrémentitielle et génération sécrémentitielle. Le troisième mode de propagation, c'est la *dygénie* qui ne peut se faire sans le concours de deux substances génératrices, l'œuf d'une part dans lequel naît le fruit, et de l'autre le sperme qui le féconde. Ici Burdach signale entre les deux parties de l'être, ou entre les deux êtres qui se réunissent pour procréer, un antagonisme, espèce de polarité, auquel il rattache les idées de sexualité, d'espèce, de genre et de races, et fait jouer un grand rôle dans les phénomènes de la nature organique.

L'étude des organes de la génération et de leurs rapports entre eux, non seulement dans les différens sexes, mais encore dans leurs différens degrés de développement et dans leurs rapports avec la vie en général occupe le premier volume tout entier. Burdach partage ces organes en trois sphères dont chacune joue un rôle spécial dans la reproduction.

La première de ces sphères ou la sphère interne comprend les organes qui sont le point de départ de la génération et dans lesquels par conséquent se forme la substance procréatrice primordiale; elle est représentée chez le sexe féminin par l'ovaire et son produit végétal ou animal, et chez le mâle par le testicule et son produit.

Les organes compris dans la sphère médiane ont pour destination principale de transmettre à ceux de la troisième ce qui a été engendré dans la première, tout en faisant subir des perfectionnemens au produit. Les organes sexuels femelles qui le composent sont l'oviducte et la matrice; et les mâles, l'épididyme, les conduits déférens et les vésicules séminales.

Les organes de la troisième sphère ou sphère externe sont destinés chez les deux sexes à l'éjection de ce qui avait été conservé dans la sphère médiane et à l'exercice de l'action des sexes l'un sur l'autre. Les organes femelles qui se rapportent à cette sphère sont le vagin, les petites et grandes lèvres, ainsi que le clitoris; du côté des organes mâles, nous trouvons la verge, le gland et le prépuce.

La simple énumération que nous venons de faire des organes génitaux dans l'ordre de classification adopté par Burdach suffit pour donner une idée des développemens dans lesquels il entre, en comparant ces divers organes chez les deux sexes et à des époques différentes de leur évolution. On pourrait les résumer en disant que ces organes sont identiques quant à l'essence, et qu'ils ne diffèrent que sous le rapport de la forme. Le tableau qu'il trace de la sexualité et de ses caractères dans ses rapports avec l'organisme général ne peut qu'être indiqué ici; c'est un vaste travail dans lequel il passe en revue toutes les modifications que la différence des sexes imprime à l'organisme, au physique comme au moral, avec une foule de

rapprochemens et d'analogies dont quelques-uns ont une haute portée, mais dont plusieurs ne se font remarquer que par leur bizarrerie ou leur obscurité.

Le second volume contient l'histoire de la procréation et le commencement de la vie *de développement*, ou *vie embryonnaire*, qui est continuée dans le troisième et les suivans. La procréation joue un si grand rôle dans l'existence des êtres organisés, qu'il est facile de s'expliquer les développemens avec lesquels l'orateur en traite dans le deuxième volume, où elle occupe près de 400 pages. L'étude des différens mobiles de la procréation, des changemens qu'elle produit dans l'organisme, et de l'acte de la procréation lui-même, forment autant de chapitres qui contiennent eux-mêmes de nombreuses divisions et sous-divisions. Il était important de reproduire avec fidélité et clarté les plus importantes des théories qui ont été proposées pour l'explication de la génération, théories qui sont si nombreuses qu'à la fin du dix-septième siècle on en évaluait déjà le nombre à trois cents. C'est ce que Burdach a fait avec assez de bonheur, tant qu'il n'a été question que des théories des autres; mais quand il arrive à l'exposition de celle qu'il a adoptée, il retombe dans une obscurité que nous trouvons trop souvent dans cet important travail. Cependant, nous croyons pouvoir résumer ainsi qu'il suit cette théorie. Les êtres organisés ne préexistent point à la procréation, ainsi que l'admettent les partisans de l'ovisme et du spermatisme; car ils sont réellement le produit d'une formation nouvelle qui ne dépend pas uniquement de causes matérielles, mais est sous l'influence d'une cause dynamique, qui ne tombe pas sous les sens, et détermine une activité donnée; en un mot, d'une force. Mais de quelle nature est cette force? C'est ce que Burdach ne dit pas. Il affirme seulement qu'elle procède d'après les lois de l'électricité, mais ne peut pas être confondue avec cette dernière, puisqu'on n'a jamais pu féconder un œuf par l'emploi des machines électriques; il envisage l'électricité dans son idée, et comme force générale de la nature, et croit trouver dans l'antagonisme sexuel, et dans l'attraction mutuelle des deux sexes qu'il compare à des pôles opposés, les élémens d'une analogie assez frappante.

L'histoire de la vie embryonnaire embrasse tous les changemens qu'éprouve le produit de la génération, jusqu'à ce qu'il jouisse d'une forme permanente et de la spontanéité. La formation de l'œuf, son incubation, le développement de l'embryon chez les différentes classes des êtres organisés, et surtout chez l'homme, occupent la fin du deuxième volume et le troisième tout entier.

Les trois derniers volumes que nous avons en main, les sixième, septième et huitième traitent de la *vie en exercice*; c'est-à-dire décrivent l'être organisé arrivé au plein et entier exercice de ses fonctions, et à un état qu'on peut considérer comme permanent, bien qu'il n'y ait réellement rien de permanent dans la vie organique. Cette partie est en opposition avec la partie précédente, ou la *vie en développement*. Le sixième volume tout entier, et une partie du septième, sont consacrés à l'étude du sang à l'état normal et de sa circulation. Ce n'est qu'après avoir décrit les caractères et les propriétés de ce fluide, qui n'est point, dit Burdach, une espèce de substance organique particulière, mais la substance organique elle-même dans son universalité, ce n'est qu'après avoir indiqué les matériaux qui entrent dans sa composition, avoir signalé ses propriétés vitales, et l'action réciproque du sang sur l'organisme, et de l'organisme sur le sang, qu'il arrive à l'étude des métamorphoses de ce fluide, qui constituent le phénomène propre de la *vie végétative*, opposée à la *vie animale*; il définit cette vie, l'ensemble des changemens qui ont lieu dans les corps organisés, sans participation de la conscience ni de la volonté, et qui embrasse des phénomènes matériels et des phénomènes dynamiques. Nous n'entrerons pas ici dans l'examen de cette seconde partie, qui n'est point encore complète dans les volumes qui nous sont arrivés, puisque le huitième volume se termine par le résumé des considérations sur l'essence de la formation des produits matériels de l'organisme, et qu'il reste encore à étudier les phénomènes dynamiques pour que l'histoire de la vie végétative soit complète. Le travail de Burdach est trop important, il repose sur des considérations trop profondes pour que nous nous hasardions à le juger sur des documens incomplets. Nous nous réservons d'y revenir prochainement, et engageons l'éditeur à accélérer l'entière publication de cette vaste encyclopédie, qui n'est pas seulement une réunion de faits et d'opinions, comme on pourrait être porté à le croire, un simple travail d'érudition, mais qui se fait encore plus remarquer par l'enchaînement de ces faits, par le point de vue élevé dans lequel l'auteur les a toujours considérés; c'est ainsi qu'il a pu saisir le caractère général qui lie les faits, et établir un système ou une classification basée non sur des spécialités, mais sur ce qu'il y a de commun entre ces spécialités. Le passage suivant, par lequel l'auteur termine le second volume, après avoir démontré par une foule de faits que tout instinct doit reposer sur un sentiment qui lui corresponde, fera mieux comprendre qu'une sèche analyse les vues élevées qui l'ont dirigé : « Cette liaison de choses nécessaires dans l'intérêt d'un but ultérieur annonce qu'il y a une vie générale dans l'univers. Cette unité organique de l'effet produit par une cause avec l'accomplissement de plusieurs buts divers, conduit à reconnaître une cause idéale; la pénétration réciproque du présent, du passé et de l'avenir, annonce quelque chose d'infini, quelque chose de supérieur aux bornes du temps. Ainsi, nous reconnaissons la force universelle, émanée de l'idée infinie, qui partout crée, forme, anime, et qui met en mouvement ici le monde extérieur, là la formation organique, plus loin la vie morale.

»Toutes les fois que nous étudions la nature, nous devons rechercher la cause de chaque phénomène; mais il ne faut pas que nous perdions de vue la liaison avec le tout, la domination de l'idée, qui se réalise par les phénomènes particuliers. Tant que nous n'apercevons que le but d'un phénomène, sans concevoir le mécanisme au moyen duquel il a lieu, notre connaissance est assurément incomplète; mais nous restons bien plus en arrière encore du véritable savoir, lorsque, absorbés par la contemplation des phénomènes isolés, nous n'arrêtons nos regards que sur le mécanisme, sans faire attention au lien vivant qui les unit en un tout harmonique. »

Nous avons dit déjà qu'on ne trouvait point, dans le premier volume, l'exposé du plan adopté par l'auteur, nous devons dire maintenant que nous regrettons qu'il n'en soit point ainsi. Cet ouvrage est tellement vaste, la manière dont les faits y sont considérés et même interprétés est si étrangère à nos habitudes, le langage lui-même diffère tellement de celui employé généralement dans nos ouvrages de physiologie que l'ouvrage nous paraîtra incomplet si le lecteur ne trouve pas dans une courte introduction le plan qu'a suivi l'auteur, et l'exposition de son système donne une espèce de tableau; un autre motif encore nous fait insister sur cette réflexion, c'est que Burdach ayant basé sa classification sur la méthode dichotomique, il en résulte un nombre infini de divisions et de sous-divisions qui, au premier abord, n'étant point annoncées ni prévues semblent plutôt jeter de l'obscurité sur le sujet que l'éclaircir.

Si ce travail n'existe pas dans l'édition originale, ainsi que nous le pensons, nous avons lieu d'espérer que le savant traducteur consentira à se charger de cette petite addition, lui qui a déjà tant fait pour mettre à la portée du lecteur français ce travail d'une si haute valeur.

Peut-être pourrait-on désirer de lui aussi qu'il fît disparaître quelques passages tellement obscurs qu'ils sont parfois complètement inintelligibles. Nous savons bien que quelques-uns de ces passages ne sont obscurs qu'en raison de la pauvreté de notre langue pour les idées abstraites, et qui exigent de la part du traducteur l'emploi de mots dont la valeur n'est pas toujours exactement déterminée; mais il y en a un grand nombre d'autres où l'obscurité dépend de la conception elle-même. Les écrivains allemands semblent trop souvent oublier qu'ils n'écrivent que pour être lus, et que l'idée qui au moment de la conception, et entourée de toutes les circonstances qui l'ont fait naître dans leur esprit leur semble parfaitement claire, pourra, dégagée de tous ces accessoires, paraître fort obscure au lecteur. Ils écrivent trop pour eux et pas assez pour ceux qui les liront. C'est donc au traducteur à réparer autant qu'il est en lui ces négligences, et l'habileté de M. Jourdan, et son exactitude comme traducteur, nous sont assez connues pour être convaincu que les passages qui sont restés inintelligibles dans sa traduction l'étaient complètement dans le texte, et auraient pu dès-lors être retranchés, sans autre effet que d'ôter à des esprits légers, à des critiques malveillans l'occasion de tourner en ridicule le traité de physiologie le plus vaste qui ait été publié de nos jours, et l'un de ceux qui se font le plus remarquer par l'élévation des idées philosophiques.

G.

VARIÉTÉS.

— Du magnétisme animal et du somnambulisme artificiel; par Bernard Sabatier-Desarnauds, D. M.; broch. in-8, 59 pag. Montpellier, 1838.

— Histoire d'un fou qui s'est guéri deux fois malgré les médecins, et une troisième fois sans eux; br. in-8, 76 pag. Paris, 1837.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

IMPRIMERIE DE FELIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 45. (TOME VI. — 1838.) SAMEDI 10 NOVEMBRE 1838.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°.—Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 14, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

Le bureau de la GAZETTE MÉDICALE est maintenant rue Racine, n° 14.

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE INTERNE.

RECHERCHES SUR L'AUSCULTATION DU CERVEAU; par M. le docteur J. Fisher, de Boston (1).

Ce fut en 1833 que je communiquai à la société médicale de Boston mes premières recherches sur le bruit de soufflet que j'avais découvert en auscultant la tête chez quelques sujets atteints de différentes affections cérébrales. Je donnai à ce bruit le nom de *bruit de soufflet céphalique*, et j'exprimai, dès ce moment, l'espoir que l'auscultation pourrait un jour jeter sur les affections du cerveau un jour aussi vif que celui qu'elle a répandu sur les maladies de la poitrine, et que le bruit de soufflet pourrait devenir le symptôme pathognomonique de quelques maladies de l'encéphale. Depuis cette époque, j'ai constaté que l'on peut constamment distinguer certains murmures qui sont produits, soit dans l'intérieur, soit à la circonférence du cerveau, et que la tête présente, comme le thorax, toutes les conditions propres à donner une grande valeur aux signes fournis par l'auscultation. Dans ce nouveau travail, je décrirai ces murmures normaux, j'appellerai l'attention sur quelques nouveaux cas où j'ai entendu le bruit de soufflet céphalique, et enfin je chercherai à en expliquer le mécanisme. Avant de commencer la description des bruits céphaliques normaux, je ferai remarquer que toutes les instructions données par les auteurs sur la manière d'employer l'auscultation dans l'étude des maladies du thorax trouvent leur application dans l'auscultation de la tête. On peut ajouter, en outre, que, comme les bruits qui se passent dans la poitrine sont plus distincts et plus faciles à saisir que ceux de la tête, l'ausculateur doit écarter avec le plus grand soin tous les obstacles qui pourraient le gêner dans l'auscultation de cette dernière.

On peut employer l'auscultation médiate ou immédiate à la tête; mais la forme arrondie de cette dernière, qui se prête si bien à l'application de l'oreille à sa surface me fait préférer l'auscultation immédiate, qui est à la fois et plus simple et plus facile que l'application du stéthoscope.

Pour l'auscultation cérébrale, la personne à examiner doit être placée dans la position horizontale, la tête appuyée sur un coussin. Si c'est un enfant, on préférera l'examiner pendant son sommeil, parce qu'alors on ne craindra pas de l'entendre crier ou de le voir s'agiter. La tête doit être converte d'une étoffe de linge, afin de prévenir le bruit qui se formerait du frottement des cheveux contre l'oreille et la tête de l'ausculateur. Après ces précautions prises, je puis, en appliquant l'oreille sur la tête d'un enfant bien portant, distinguer un bruit qui est l'effet de la projection de l'air

(1) *The American Journal of the medical sciences.* August, 1838.

Feuilleton.

LETTRE MÉDICALE.

Mon cher confrère, vous avez ouï parler beaucoup des revaccinations : c'est la question à l'ordre du jour, non seulement en France mais encore en Europe et dans tout le monde civilisé. Son importance explique cet intérêt universel. Vous connaissez notre opinion sur ce point. Nous n'aimons pas les principes absolus, surtout en pratique. Sans vouloir donc revacciner *quand même*, nous pensons qu'il ne saurait y avoir de grands inconvéniens et qu'il peut y avoir un grand avantage à le faire. D'après les faits connus on peut dire pourtant que c'est une mesure de prudence, plutôt que de nécessité. Au reste, je n'ai rien à vous dire aujourd'hui sur la question elle-même; il s'agit seulement de l'incident singulier qu'elle a fait naître à l'Académie royale de médecine.

Vous savez que l'Académie ayant été consultée par le gouvernement sur la question de savoir s'il était opportun ou non de revacciner, a fait une sorte de réponse négative. A-t-elle eu tort ou raison? C'est ce que peu de gens seraient en état de décider sur des motifs bien concluans. Quoi qu'il en soit, cette réponse a été transmise à l'autorité supérieure dans la forme ordinaire. On croyait, et on devait croire, que tout était fini; mais voilà que tout à coup arrive une lettre officielle du ministre qui remet tout en question. Le ministre n'a pas été content, dit-il, de la réponse académique. D'après ce qu'il a appris d'ailleurs, l'Académie n'a rien entendu à l'affaire; il fait remarquer en outre à MM. les rédacteurs de la réponse que les conclusions du rapport se contredisent. En conséquence, M. le ministre invite l'Académie à recommencer sa délibération et à lui envoyer un second avis.

Il n'est pas dans notre intention de contester les allégations de M. le ministre. Il est en effet très possible que l'Académie ait fait quelque bévue en cette rencontre; cela se voit tous les jours dans les corps savans; et si un ministre de l'instruction publique nous l'assure, nous avons un motif de plus pour le craindre. Il est possible aussi que MM. les Académiciens aient eu le malheur de se contredire; c'est même probable, car c'est là le péché logique le plus familier à l'esprit humain. Nous nous en référons encore sur ce point à la grave autorité du ministre.

L'Académie, ainsi que vous devez l'avoir vu, a entendu fort paisiblement cette agréable missive; elle n'a pas paru étonnée le moins du monde ni du fond, ni de la forme de cette communication. Elle a trouvé tout simple que le ministre ne fût pas content, et s'est mise aussitôt en devoir de le satisfaire. Cela coûte si peu que l'Académie (bonne et excellente personne) n'a pas cru devoir lui rien refuser. Le ministre ne veut pas qu'on lui dise non, eh! bien il faut lui dire oui. Rien n'est plus facile. On a en conséquence chargé onze membres de rédiger un nouveau rapport dont les conclusions seront affirmatives et purgé de ces contradictions qui choquent les esprits exacts.

contre les parois des cavités nasales pendant l'acte de la respiration, avec lequel il commence et finit. Ce bruit a des caractères tout à fait particuliers et est facile à reconnaître; c'est le premier qui frappe l'attention, et il ressemble, sous tous les rapports, à l'exception de l'intensité toutefois, au murmure respiratoire causé par le passage de l'air par les narines, lorsque la bouche est fermée; on l'entend très facilement. Ce bruit, que j'appelle *bruit céphalique de la respiration*, est plus fort pendant l'expiration que durant l'inspiration, et présente quelques modifications quand la membrane pituitaire est sous l'influence d'un rhume ou de quelque autre altération morbide. Le second bruit qui frappe l'oreille paraît venir de quelque distance; c'est évidemment celui du cœur, avec lequel il correspond et varie de fréquence et d'intensité. Il ressemble au bruit léger et sourd que l'on entend lorsqu'on frappe légèrement sur les joues distendues par l'air. On peut l'appeler *bruit céphalique du cœur*. Ces deux bruits, le bruit céphalique du cœur et celui de la respiration, sont les seuls qu'on distingue en auscultant la tête d'un enfant bien portant pendant le sommeil ou dans le repos parfait. Si cependant l'enfant parlait, on criait, on avalait quelque chose pendant qu'on l'ausculterait, alors on distinguerait d'autres bruits. Lorsque l'enfant parle ou crie, le bruit de sa voix s'entend sur tous les points de la surface de sa tête; il est généralement aigu et perçant, et paraît venir du crâne lui-même, tant il semble près de l'oreille, et quand on l'écoute avec le stéthoscope, on croit l'entendre vibrer à l'embouchure et même traverser le canal de l'instrument. Ce bruit pourrait être appelé *le bruit céphalique de la voix*. Il varie un peu de ton et paraît plus ou moins proche de l'oreille sur les différens points de la tête; au niveau de la fontanelle antérieure non fermée, il est un peu moins aigu et plus sourd, plus diffus que partout ailleurs; on dirait qu'il s'éloignerait davantage de la surface.

Le quatrième bruit qui attire l'attention est celui qui accompagne l'acte de la déglutition. Au moment où l'enfant avale un fluide, on entend facilement, en appliquant l'oreille sur la tête, un bruit compliqué et que je ne puis comparer à aucun autre; il a des caractères tout à fait spéciaux et ne peut être décrit; mais, une fois qu'il a été entendu, on ne peut le confondre avec aucun autre; il a quelque chose de coulant et pourtant de lourd et massif à la fois et est évidemment produit pendant l'acte de la déglutition. Ce sera *le bruit céphalique de la déglutition*. Ce dernier bruit est surtout facile à étudier chez l'enfant au moment où il est allaité, car alors il est moins facile à être masqué ou obscurci par le bruit céphalique de la respiration ou par tout autre mouvement de la tête.

J'ai décrit ces bruits tels qu'on les observe avant l'époque de l'occlusion de la fontanelle antérieure. Plus tard ils sont modifiés sous l'influence de la croissance et de l'augmentation de densité du cerveau et du crâne. Ces changemens sont surtout remarquables dans le bruit céphalique du cœur. Dans la première enfance, et avant l'époque de la première dentition, le bruit céphalique du cœur est surtout remarquable par un moëlleux et une étendue qu'il ne présente plus ensuite. Chez le jeune homme et chez l'adulte il offre un ton plus raide et plus dur et paraît s'éloigner davantage de l'oreille. Les bruits céphaliques de la voix et de la déglutition n'éprouvent pas de changemens aussi sensibles de la croissance et de l'augmentation de densité du crâne et de son contenu. Tous les bruits que je viens de décrire sont plus faciles à distinguer au sommet de la tête, bien qu'on puisse les trouver aisément sur tout autre point de sa surface.

Tels sont les murmures ou les bruits qu'on entend constamment dans la tête pendant la santé, et que l'auscultation nous révèle et nous fait apprécier. Ils sont incontestablement le résultat des fonctions auxquelles je les ai attribués. Dans certaines maladies du cerveau ces bruits cérébraux éprouvent des changemens et peuvent fournir ainsi des symptômes propres à les faire distinguer. Cette proposition est surtout manifeste pour le bruit céphalique du cœur. *Le bruit de soufflet céphalique* que je découvris en 1832 dans quelques maladies du cerveau est une modification du bruit céphalique du cœur. Je vais maintenant appeler l'attention sur quelques cas où il s'est offert à mon observation comme un symptôme prédominant.

A. OBSERVATIONS DE BRUIT DU SOUFFLET DANS DES CAS D'HYDROCÉPHALE CHRONIQUE.

OBS. I. — Boseler, âgé de 2 ans et sept mois, était, au moment de sa naissance, fort et bien conformé, et jouit d'une bonne santé jusqu'au moment de la première dentition, qui fut pour lui une époque de souffrance et de maladies. A treize mois, il n'avait encore que deux dents, quand il eut à supporter une forte attaque de choléra; à 18 mois il ne pouvait encore marcher, et, à cette époque, sa mère crut remarquer que sa tête prenait une forme singulière et augmentait notablement de volume. On crut bien faire en l'envoyant à la campagne; mais il resta longtemps faible; sa tête continua d'augmenter de volume, et il offrit un commencement de déviation de l'épine.

Le 16 juillet 1832, il me fut présenté dans l'état suivant : maigreur notable du corps et des membres; les muscles sont flasques, la tête d'un volume considérable et le cuir chevelu qui la couvre est fortement distendu. Les fontanelles ne sont pas fermées; l'antérieure a un pouce de diamètre et est remplie par une tumeur molle, pulsative, qui fait une légère saillie au-dessus de la surface du crâne. Les sutures frontale et sagittale ne sont pas consolidées. Les sens paraissent intacts et les facultés intellectuelles ont leur développement ordinaire; mais l'enfant ne peut pas articuler et n'offre aucune disposition à imiter les sons. Depuis quelque temps, il a été sujet à de légers spasmes et il a quelquefois poussé des cris pendant son sommeil. Les forts battemens que présentait la fontanelle antérieure m'ayant excité à appliquer l'oreille sur cette partie, j'y entendis un bruit de soufflet bien distinct; ce bruit était rude, abrupt, semblable à celui d'une rape, isochrone aux battemens de la fontanelle et au pouls artériel; il se répétait 144 fois par minute; on peut l'entendre sur tous les points de la surface du crâne, mais il est plus distinct au niveau de la fontanelle antérieure que partout ailleurs. Tout en écoutant ce bruit, je puis distinguer encore un murmure qui accompagne la respiration de l'enfant et une resonnance vive de la voix lorsqu'il crie ou qu'il prononce quelques tons vocaux. Ces deux bruits sont distincts du bruit de soufflet et l'un de l'autre : ce bruit de soufflet n'existe qu'à la tête, car on n'observe rien de semblable dans le cœur, les gros vaisseaux ou nulle part ailleurs.

L'enfant resta faible et maladif jusqu'à ce que sa dentition fût avancée, et depuis je saisis avec empresssement toutes les occasions de l'observer.

Le 19 juillet 1833, voici la note que je pris sur son état :

Depuis un an la santé de l'enfant s'est graduellement améliorée sous l'influence du traitement auquel il a été soumis, et aujourd'hui on ne distingue plus de traces de l'affection hydropique. La tête est beaucoup moins grosse que l'année dernière. Les sutures et la fontanelle postérieure sont consolidées, mais l'antérieure n'est pas encore entièrement ossifiée. Les facultés intellectuelles de l'enfant n'ont point souffert de sa maladie, car il a autant d'activité qu'aucun des enfans de son âge. Il y a quatre mois qu'il a commencé à articuler quelques mots, et aujourd'hui il peut parler, et prononce très correctement. La déviation de l'épine s'est prononcée de plus en plus et l'a mis dans l'impossibilité de soutenir le poids de son corps et de marcher. A mesure que s'est opérée l'absorption du fluide intra-crânien, ce qui était indiqué par la diminution graduelle du volume de la tête et par l'oblitération des sutures, le bruit du

---

Voilà où en est l'affaire.

Ce qui nous surprend en ceci, ce n'est pas précisément la décision prise. L'Académie ne pouvait guère, telle qu'elle est, et avec ses habitudes, faire autrement. Ne soyons pas trop exigeans. Mais comment se fait-il qu'il n'y ait pas eu une voix, une seule voix pour dire : — Messieurs, prenez garde à ce que vous allez faire. L'autorité a consulté l'Académie sur une question de santé publique; l'Académie, comme c'est le devoir de son institution, a donné son avis. C'est maintenant à l'autorité, c'est-à-dire au pouvoir exécutif, à faire de cet avis l'usage que bon lui semble. Voilà le droit; voilà l'usage; voilà les convenances. Que nous propose-t-on aujourd'hui? De nous déjuger, et cela dans un espace de vingt-quatre heures? Quelle autorité pourra avoir sur l'opinion publique la décision d'aujourd'hui contredite par la décision d'hier? Et que pensera-t-on d'un corps savant qui, sur une question scientifique pour laquelle il est exclusivement compétent, change d'avis du jour au lendemain, sur l'invitation, si ce n'est l'injonction, d'un ministre? Ici les rôles sont étrangement intervertis; au lieu d'être consultés, on vous fait la leçon. On vous prescrit ce qu'il faut dire, et comment il faut le dire; on ne vous dit plus de donner *un* avis, mais *tel* avis. La dignité et l'autorité scientifique de l'Académie sont liées à son absolue indépendance dans la sphère de ses attributions. Mais j'entends dire que l'Académie, dans la circonstance actuelle, s'est trompée, et que c'est le ministre qui a raison! Cela peut être ou ne pas être, et qui en sera juge? D'ailleurs, la question n'est pas là. Il s'agit uniquement de savoir si l'Académie peut, sans compromettre sa dignité et sa légitime influence scientifique, obtempérer au vœu exprimé dans la lettre ministérielle. J'admettrais une rétractation spontanée et libre. L'Académie peut se tromper, et même (c'est un fait incontestable) elle se trompe souvent; rien n'empêche qu'elle revienne sur une erreur, après plus ample informé. Si dans un mois, dans huit jours, un membre vient nous proposer de remettre en question les revaccinations, je ne m'y opposerai pas, et l'Académie pourra alors voter pour, quoiqu'elle ait précédemment voté contre, et sans aucune espèce d'inconvénient. Mais une rétractation requise, pour ainsi dire, par ordre supérieur, perd toute sa valeur morale et scientifique, et fût-elle sincère, elle paraîtra toujours dictée par la complaisance, plutôt que par la conviction. Mais, ajoute-t-on, que répondre à la lettre officielle? Ne voilà-t-il pas un grand embarras! Le ministre nous fait l'honneur de nous écrire, il faut sans doute lui répondre. Soyons polis et même respectueux, comme il convient. Disons-lui que l'Académie a eu l'honneur déjà de lui transmettre humblement son avis sur la question dont il s'agit; qu'elle est désolée que quelques vices de rédaction aient mis de l'ambiguité dans sa première réponse, qui doit être entendue de telle et telle manière. Après quoi, on fera sentir l'impossibilité de remettre en délibération une affaire jugée. Mais répondre à l'autorité, comme il paraît qu'on va le faire, par une silencieuse obéissance, c'est mal comprendre la véritable position de l'Académie, c'est compromettre sa dignité; c'est renier son exclusive compétence en matière d'hygiène publique; c'est annuler le bienfait de son institution.

Voilà, ce nous semble, ce qu'on aurait pu très bien dire à l'Académie, et ce qui n'a été dit par personne; on semble même n'y avoir pas songé. La seule grande difficulté qui s'est élevée, c'est celle de savoir qui serait chargé de rédiger et motiver la rétractation académique. Il a paru trop dur de donner cette besogne aux rédacteurs de la première lettre; on a donc choisi d'autres commissaires, nommés *ad hoc*. Quant au principe, il n'en a pas été question.

soufflet devint de moins en moine distinct et finit même même par disparaître complètement.

Ces renseignemens sont les derniers que j'aie pris régulièrement sur l'histoire de ce cas intéressant. Cependant je me suis assuré que pendant les quatre dernières années et demie, l'enfant a joui d'une santé passable; et malgré la diffnrmité que lui cause la courbure de l'épine, il est à la fois actif et vigoureux. Depuis trois ans il a suivi l'école régulièrement et s'y est distingué par son intelligence et la rapidité de ses progrès. Cette dernière circonstance de l'histoire de cet enfant est intéressante, car elle nous donne une nonvelle prenve que l'existence pendant longtemps d'un épanchement séreux considérable antour du cerveau dans la première enfance n'est pas nécessairement un obstacle an développement des facultés intellectuelles.

J'ai encore observé le bruit de soufflet céphalique dans deux autres cas d'hydrocéphale chronique. Le suivant, qui s'est terminé par la mort, est celni dont le récit me paraît devoir offrir le plus d'intérêt.

Obs. II. — Henri Orr, âgé de 9 ans, a constamment souffert depuis son enfance d'une affection cérébrale que son médecin considérait comme une hydrocéphale.

Les symptômes les plus saillans étaient, m'a-t-on dit, une augmentation graduelle du volume de la tête, l'écartement des sutures et la non fermeture des deux fontanelles, le retard dans le développement du corps et des convulsions fréquentes ressemblant à celles de l'épilepsie. Aujourd'hui la tête a un diamètre extraordinaire et est très déprimée; les sutures et les fontanelles sont ossifiées, et le cuir chevelu est tendu avce force; les yeux sont presque hors de l'orbite; les pupilles sont très dilatées et la gauche surtout dont le diamètre est presque égal à celui de la cornée. La vue cependant est intacte, ainsi que les autres sens externes; l'intelligence est très peu développée; la mémoire et le jugement surtout ont beaucoup perdu. L'appétit est bon; les digestions se font bien, et cependant l'enfant a beaucoup maigri, et depuis longtemps il ne peut plus marcher. En appliquant le stéthoscope sur l'oreille, sur la tête, on entend un léger bruit de soufflet qui paraît plus fort vers la fontanelle antérieure et le long de la suture sagittale. Ce bruit correspond aux battemens du pouls, est abrupt et rude; on entend aussi très distinctement le bruit de la respiration; pendant l'inspiration, il semble se diriger vors mon oreille à travers l'instrument, tandis que pendant l'expiration il semble au contraire s'éloigner de mon oreille en passant à travers le stéthoscope. La résonnance de la voix semble retentir, lorsqu'il parle, autour de l'instrument; elle est forte, et son ton aigu affecte péniblement l'oreille.

Cet enfant mourut deux années et cinq mois après l'époque où je l'avais observé. J'ai appris de son médecin que pendant tout ce temps il avait été sujet aux convulsions et à des attaques d'épilepsie, et qu'il s'était plaint d'une douleur profondément située dans le côté gauche de la tête; il avait continué à maigrir, à s'affaiblir, avait perdu la vue de l'œil gauche, et à l'exception de la mémoire, conserva ses facultés intellectuelles jusqu'aux derniers instans.

A l'autopsie, on n'examina que la tête où l'on trouva les altérations suivantes :

Les os du crâne étaient fortement unis; la dure-mère leur était très adhérente et offrait un épaississement notable sur quelques points. Les circonvolutions cérébrales étaient très aplaties. L'arachnoïde et la pie-mère épaissies et fortement adhérentes l'une à l'autre et au cerveau; il n'y avait point de sérosité entre elles ni en dehors du cerveau. Cet organe lui-même était mol dans toute son étendue; l'hémisphère gauche était très altéré; quelques portions en étaient dures, ressemblaient à un tissu fibreux très dense et offraient à l'instrument tranchant la résistance du cartilage. Au milieu de ces portions indurées, il y en avait d'autres du volume de balles de fusil où la substance cérébrale était en suppuration. L'hémisphère droit, bien qu'il ne fût pas à l'état normal, offrait cependant beaucoup moins d'altérations. Les ventricules étaient énormément distendus par un fluide séreux, lactescent, montant à environ une demi-pinte; il y avait aussi une quantité considérable de sérosité à la base du cerveau, et il en sortait aussi des parties ramollies de cet organe qui avaient été incisées.

B. OBSERVATIONS DE BRUIT DE SOUFFLET CÉPHALIQUE DANS LA SIMPLE CONGESTION CÉRÉBRALE.

Obs. III. — Une petite fille, âgée de 4 ans, de Watertown, tomba de la fenêtre d'un second étage dans l'été de 1832, et se frappa la tête sur un mur de briques; elle fut relevée sans connaissance et ses amis la croyaient morte. Je la vis dans cet état sur l'invitation de son médecin et distinguai aussitôt, en auscultant la tête, un bruit de soufflet court, abrupt et rude à la fois, et qui fut aussi entendu par son médecin, le docteur Horsmer. Ce bruit était indépendant des bruits céphaliques de la respiration et de la voix, et était isochrone au pouls artériel. Des moyens actifs furent employés et continués pendant toute la nuit; et le lendemain matin, l'enfant paraissait mieux. Le bruit de soufflet s'entendait encore à la tête, mais moins fort que la veille.

Le docteur Horsmer sur ma demande continua d'ausculter la tête de cet enfant, et m'a rapporté que le bruit du soufflet continua de se faire entendre tant que l'excitation persista et qu'il disparut par degré avec les symptômes inflammatoires.

L'enfant guérit complétement et se porte bien maintenant.

Obs. IV. — Il y a peu de temps que je fus appelé pour un enfant qui venait de tomber d'un second étage sur des planches et qui s'était heurté la tête en tombant; je le vis une heure après l'accident, et déjà une partie des premiers accidens était dissipée, mais il conservait encore de la disposition au sommeil. En appliquant l'oreille sur la tête, j'entendis facilement le bruit du soufflet, comme dans le cas précédent; il correspondait au pouls pour la fréquence, était bref, dur et abrupt.

Au bout de vingt-quatre heures tous les accidens avaient disparu et le bruit du soufflet aussi.

J'ai observé bien fréquemment ce phénomène d'auscultation dans un grand nombre de cas où on ne pouvait méconnaître une congestion cérébrale manifeste. Tous les praticiens savent combien la dentition lorsqu'elle se fait longuement et avec peine détermine d'excitation cérébrale et artérielle et de disposition aux convulsions. Dans tous ces cas les organes intra-crâniens sont évidemment dans un état de congestion, car on observe le bruit de soufflet dans la plupart de ces cas, c'est-à-dire dans la proportion d'environ six cas sur dix. Il est caractéristique et ne peut point être méconnu quand une fois il a été entendu; en général, il est bref, abrupt, rude, se rapprochant un peu du bruit de rape, et s'entend par toute la tête, mais surtout au niveau de la fontanelle quand elle n'est pas entièrement oblitérée.

J'ai recueilli quelques cas intéressans où ce bruit de soufflet existait pendant que la première dentition s'opérait avec difficulté, et qui m'ont démontré que pendant ce travail il y a ordinairement une congestion cérébrale qu'on peut diminuer d'une manière notable par l'incision des gencives. Chez les enfans je n'ai jamais trouvé le bruit de soufflet avant le commencement de la dentition, à l'exception des cas de maladies cérébrales, et il cesse aussitôt que la dentition est achevée. Dans les cas même où il s'écoule un assez long intervalle entre l'apparition successive de différentes dents, le bruit de soufflet reparaît et disparaît avec le travail de la dentition. Quand la première dentition est achevée, il disparaît pour tout à fait et revient rarement pendant la deuxième dentition. Dans trois ou quatre cas, cependant, je l'ai observé durant ce second travail, mais ja-

---

Il y aurait beaucoup à dire là-dessus, mais nous laissons le tout à vos propres réflexions, et nous profiterons du peu d'espace qui nous reste pour vous donner quelques autres nouvelles et renseignemens.

La rentrée solennelle de la Faculté a eu lieu il y a quelques jours. Cette séance a été remplie par un discours de M. Marjolin et par la distribution des prix aux élèves de l'école. Le tout s'est passé très tranquillement et sans grande émotion. M. Marjolin a été, je ne sais pourquoi, chargé cette année de faire les frais de cette solennité quasi-littéraire. Il a dû être bien surpris de s'entendre lui-même lisant un éloge académique. Il s'agissait d'Alibert. M. Marjolin a un peu exagéré l'importance des travaux scientifiques de ce professeur. Mais qui pourrait blâmer une exagération due à la bienveillance naturelle du panégyriste et aux souvenirs encore tout frais d'une vieille amitié?

M. Pariset aussi a lu, il y a trois jours, quelques paroles touchantes sur la tombe de M. Guerbois, chirurgien de l'hôpital de la Charité, dont le nom n'était peut-être jamais arrivé jusqu'à vous. Il a figuré pourtant, il n'y a pas longtemps, dans un grand concours, où il était le doyen des concurrens. Il est mort d'une affection chirurgicale, la pierre, et à la suite d'une opération qui semblait, au premier moment, devoir être suivie de succès. Il était aimé et estimé de tous ses confrères.

Mais laissons ces tristes souvenirs nécrologiques.

Nous soumettons modestement à vos lumières la remarque suivante, relative devinez à quoi? Aux monstres. Ne serait-il pas à propos que le gouvernement intervînt pour faciliter les recherches de la science lorsque des cas de monstruosité se présentent? Le zèle infatigable de l'illustre naturaliste qui a attaché son nom à cette branche si importante et si curieuse de la zoologie ne peut suffire à tout. Pourquoi lorsqu'un enfant monstrueux naît quelque part, l'autorité ne prendrait-elle pas quelques mesures propres à prolonger la vie de ces misérables créatures, négligées et presque abandonnées par les parens, et à les mettre à la portée des observateurs et des savans? Combien de questions de physiologie et même de psychologie seraient éclaircies peut-être par l'observation assidue de la vie physique et intellectuelle de ces singuliers êtres!

Ceci nous est suggéré par le fait récent de monstruosité de Rambouillet qui a été l'objet d'une enquête ordonnée par l'Académie des sciences, et soumis aux observations de trois savans, MM. Geoffroy Saint-Hilaire, Serres et Breschet.

Nous terminerons ici cette conversation, déjà un peu longue. Toutefois, permettez-nous un dernier mot. La loi médicale est enfin rédigée et tout à fait arrêtée. Vous conviendrez que ce n'est pas trop tôt, et vous vous rappellerez même peut-être que c'est la cinquième ou la sixième fois que vous recevez cette agréable nouvelle. Soit; mais cette fois-ci c'est pour tout de bon; vous pouvez y compter. Le projet est irrévocablement arrêté et sera présenté aux chambres dans la prochaine session. Les extraits de ce projet, que quelques journaux politiques et médicaux ont publiés tout récemment, ne sont rien moins qu'exacts.

— M. le docteur Bouchacourt ouvrira un cours public d'anatomie descriptive et chirurgicale, le 12 novembre 1838, à une heure précise, dans l'amphithéâtre n° 1, de l'école pratique. Il le continuera tous les jours à la même heure, le jeudi et dimanche exceptés.

mais chez l'adulte, à moins qu'il ne fût atteint d'une véritable affection cérébrale.

Chez les enfans qui présentent le bruit de soufflet pendant la dentition, il suffit quelquefois d'inciser les gencives pour qu'il disparaisse. Il y a quelques jours je fus appelé pour un enfant qui avait des convulsions causées par l'apparition des dents. Quand j'arrivai près de lui il était pâle, épuisé, et venait d'avoir un long et fort accès de convulsions. Le bruit de soufflet s'entendant très fort dans toute la tête, j'incisai immédiatement les gencives qui étaient gonflées et douloureuses. L'enfant parut en éprouver un soulagement immédiat et fut bien plus calme la nuit suivante qu'il ne l'avait été auparavant. En auscultant la tête le lendemain matin, je ne retrouvai plus le bruit de soufflet qui était si fort la veille.

J'ai aussi observé le bruit de soufflet dans les cas de congestion cérébrale causée par la coqueluche. En appliquant l'oreille sur la tête de l'enfant au moment où cessait la quinte de toux, je le distinguais bien, mais il disparaissait au bout de quelques instans, probablement aussitôt que les vaisseaux du cerveau cessaient d'être distendus et engorgés. Cependant il faut quelque habitude pour distinguer le bruit de soufflet dans ces cas, car les profondes et bruyantes inspirations que fait le malade, son agitation après une forte quinte, s'opposent à ce qu'on le distingue avec la même facilité que dans l'état de calme. Probablement ce bruit, dans ces cas, commence avec la quinte et persiste tant que la respiration n'a pas recouvré sa liberté et que la circulation est gênée.

C. OBSERVATIONS DE BRUIT DE SOUFFLET DANS L'INFLAMMATION DU CERVEAU, DE SES MEMBRANES ET L'ÉPANCHEMENT SÉREUX.

Obs. V. — Je donnai des secours en même temps (en 1832) à deux enfans, l'un âgé de 3 ans et l'autre de 9, qui offraient tous les symptômes de l'hydrocéphale aiguë; tous deux offraient le bruit du souflet. Chez le plus âgé il était plus bruyant, mais chez tous deux il était doux, diffus, prolongé, ressemblant au bruit qu'on produit en frottant l'un contre l'autre deux morceaux de craie (saupstone). Quelquefois il passait de l'intermittence à l'état de murmure continu. Ce changement survenait surtout pendant les longs intervalles de la respiration, lorsque la circulation semblait devoir être un peu gênée. Chez le plus âgé, le bruit était caractérisé par une espèce de chant ou de bourdonnement semblable à celui du cousin (moschite) et aurait pu être appelé le bruit de soufflet musical de la tête. Le bruit chez les deux malades correspondait aux battemens du pouls et dura pendant plusieurs jours. La maladie du plus âgé dura douze jours, et celle du plus jeune treize. Chez le premier, je trouvai le bruit de soufflet sept jours et chez le second cinq jours avant leur mort. Chez les deux, il était faible lorsque je l'entendis pour la première fois; mais il augmenta ensuite de force graduellement et resta fort et distinct jusqu'au moment où les forces physiques commencèrent à décliner. De cette époque sa force alla en diminuant avec l'impulsion de la circulation artérielle.

A l'autopsie, on remarqua un notable applatissement des circonvolutions cérébrales. Les vaisseaux sanguins de la surface et de la base du cerveau étaient très engorgés et distendus, et il y avait une quantité considérable de sérosité entre les membranes, dans les ventricules et à la base du cerveau; tous les autres organes étaient à l'état normal.

Obs. VI. — Le 5 février 1835, je vis avec le docteur Hildreth une petite fille, âgée de onze mois, et sur laquelle il me donna les détails suivans :

Le 23, il l'avait vue pour la première fois, et l'avait trouvée avec de la fièvre, une respiration fréquente et laborieuse, et un peu de toux; le pouls donnait 147 et la respiration 55 par minute. Après l'effet d'un cathartique qui agit pendant vingt-quatre heures et quelques grains de poudre de Dover, le docteur Hildreth la trouva sans connaissance, avec intermittence dans le pouls et une respiration irrégulière et inégale. Elle semblait sous l'influence d'une trop forte dose d'opium; un émétique donné immédiatement lui fit rejeter la dernière poudre qu'elle avait prise. Quand je la vis quelque temps après, elle semblait être en léthargie, la tête appuyée sur le bras de sa nourrice. Du reste, elle était dans l'état suivant :

Chaleur et pâleur générales, immobilité complète, le cuir chevelu tendu sur le crâne. La fontanelle antérieure présente des pulsations et la peau distendue au-dessous forme une tumeur arrondie; les mouvemens de la poitrine sont libres mais très irréguliers; la respiration est fréquente et très irrégulière. L'enfant restait pendant cinq ou six secondes sans respirer, puis faisait une longue et profonde inspiration, après laquelle elle en faisait cinq ou six plus courtes, moins profondes et plus rapides; ensuite venait une intermission de cinq secondes, à laquelle succédait encore une longue et profonde inspiration, et ainsi de suite. Le pouls donnait 140 par minute, et les pulsations étaient irrégulières dans leur rhythme et inégales dans leur force. Il était vif et fort pendant que la respiration était forte et rapide; mais pendant qu'elle était suspendue il restait lent et faible et semblait également suspendu; aussitôt que l'inspiration recommençait et redevenait pleine et forte, sa rapidité augmentait pendant quatre à cinq respirations pour diminuer encore avec ces dernières. On entendait en appliquant l'oreille sur la tête un bruit de soufflet fortement prononcé. Il était beaucoup plus distinct et plus rapide que le bruit céphalique de la respiration, et était isochrone aux battemens du cœur et aux pulsations de la fontanelle; il était sujet aux mêmes variations dans sa force et sa fréquence. Ce même bruit de soufflet variait encore suivant les différentes parties de la tête où on l'examinait. Au niveau de la fontanelle, il offrait les caractères du bruit de soufflet pur avec une certaine mollesse ou expansion; mais sur les parties du crâne solides, il était dur et se rapprochait du bruit de râpe ou de scie; il semblait venir de l'os lui-même et non d'un point éloigné. Dans la région sincipitale et la partie supérieure de la région occipitale, il ressemblait, pendant que la respiration et la circulation étaient fréquentes, à une sorte de murmure musical. Quand au contraire la respiration et la circulation se faisaient avec lenteur, le bruit paraissait produit à la face interne de l'os sur lequel l'oreille appuyait, et ressemblait exactement au bruit qu'on causerait en frottant légèrement avec le doigt très sec sur la face interne de l'os. Tout en examinant la malade, je fis les remarques suivantes :

Si pendant que j'écoutais attentivement le bruit de soufflet, j'exerçais une légère pression sur la fontanelle distendue, le bruit de soufflet de doux qu'il était devenait graduellement dur, bref, semblable au bruit de rape et de moins en moins distinct; cependant il ne disparaissait jamais complétement, bien que la pression fût quelquefois extrêmement considérable. Je répétai cette expérience plusieurs fois, et toujours avec le même résultat. Elle causait de la douleur à l'enfant qui, lorsque la pression était forte, s'agitait et poussait des cris.

Je fis sur cette enfant une autre expérience que j'avais déjà faite plusieurs fois chez d'autres : je comprimai avec les doigts les deux carotides, pendant que j'écoutais pour le bruit de soufflet, et je vis qu'il cessait graduellement pendant que les artères étaient soumises à la compression; et il avait entièrement disparu quand la circulation était entièrement arrêtée. Je répétai cette expérience trois fois, et toujours avec le même résultat.

Depuis cette époque, l'enfant présenta tous les symptômes ordinaires de l'inflammation cérébrale, et le bruit de soufflet continua à des degrés différens d'intensité, jusqu'au 2 mars, la veille de sa mort, jour où je ne pus en trouver de traces.

Autopsie. La tête seule a été examinée. Une grande quantité de sérosité est épanchée sous les méninges. A la base du cerveau, il y a des adhérences assez étendues, des fausses membranes qui recouvrent toute cette portion de la surface du cerveau et une partie de celle du cervelet, et qui n'offrent pas moins d'un quart de pouce d'épaisseur sur quelques points. Ces fausses membranes s'étendent en une seule lame continue sur les lobes antérieurs du cerveau, et recouvrent au moins le tiers de la partie supérieure des hémisphères. Cette lymphe coagulée offrait à la base du cerveau la consistance de l'œuf à demi-cuit, et à la partie supérieure du lobe antérieur gauche, elle avait celle du blanc d'un œuf dur, et sa surface était si lisse et si polie qu'on l'eût dite recouverte d'une membrane extrêmement fine. Les circonvolutions cérébrales étaient un peu aplaties, et la substance elle-même un peu molle, humide et d'un gris rouge. Les ventricules contenaient de deux à trois onces d'une sérosité limpide. La cavité du rocher paraissait remplie aussi de sérosité.

D. OBSERVATION DE BRUIT DE SOUFFLET CÉPHALIQUE DANS UN CAS DE SUPPURATION DU CERVEAU.

Obs. VIII. — W. Doughty, âgé de 3 ans, a souffert depuis un an de maux d'oreille, qui ont à plusieurs reprises déterminé l'écoulement d'un pus très fétide. Les parens regardaient cette maladie comme une suite de la rougeole. Elle prit de la gravité dans les derniers jours d'octobre 1835, et l'enfant était devenu si irritable qu'on avait bien de la peine à l'examiner; la douleur de l'oreille gauche était très vive; il y avait une somnolence continuelle dont l'enfant ne sortait que pour pousser des cris; on ne put appliquer le stéthoscope sur la tête; des sangsues furent mises aux tempes et quelques doses de calomel administrées.

Le 2 novembre, il y a un peu moins d'irritabilité (vésicatoire à la nuque).

Le 23, l'enfant a éprouvé fréquemment pendant la nuit des accès de frisson pendant lesquels toute la surface du corps est froide, et il pousse des cris aigus. On peut cependant ausculter la tête, et on entend un bruit de soufflet très distinct, qui varie dans les différentes parties de la tête, et est isochrone aux battemens du cœur. Ce bruit persiste jusqu'à douze heures avant la mort de l'enfant, qui arrive le 5 décembre.

Autopsie. La substance cérébrale parait légèrement molle, et offre dans divers endroits de petits abcès du volume d'une cerise, et au-dessous; ils sont tous dans la substance grise, et ne pénètrent pas, ou seulement très peu, dans la substance blanche; ils contiennent tous du pus; dans quelques-uns sans mélange; dans d'autres mêlé avec du sang grumeleux. Il y a très peu de sérosité, soit dans les ventricules, soit à la base du cerveau. Le sinus latéral droit, au point où il va sortir du crâne, offre une altération grave. Une portion de ses parois paraît avoir été détruite au moins partiellement, et remplacée par de la lymphe à demi organisée. On dirait que le sinus se serait rupturé pendant les derniers instans de la vie; et que le contenu se serait épanché dans la cavité de l'arachnoïde. La portion pierreuse du temporal avait une couleur d'un vert foncé, mais sans ramollissement ni carie. Le conduit externe de l'oreille ayant été ouvert, on y trouve un grain de café qui y avait été enfoncé aussi avant qu'il était possible, et qui était entouré d'une couche d'une matière grumeleuse. Il était tout à fait noir, et son extrémité interne un peu gonflée. Il n'y avait plus aucune trace du tympan, ni des osselets de l'oreille interne.

E. OBSERVATIONS DE BRUIT DE SOUFFLET CÉPHALIQUE DANS L'INDURATION DU CERVEAU.

Obs. IX. — Dans la nuit du 22 janvier 1832, je fus mandé auprès de Mad. L., qui venait d'être prise pendant son sommeil d'une forte attaque de convulsions. J'appris que pendant plus de deux ans cette dame avait été sujette à de fortes palpitations, qui depuis deux mois l'avaient empêchée de faire le moindre exercice. Depuis cette époque, elle a beaucoup souffert de la tête, et accuse des tintemens ou des bruits musicaux dans les oreilles. Le jour où elle éprouva l'attaque pour laquelle j'avais été mandé, elle s'était couchée dans le même état qu'à l'ordinaire, et elle fut éveillée. Les convulsions durèrent environ vingt minutes, et à la suite il lui resta une forte oppression avec sensation dans la tête d'un bruit musical qu'elle disait être très harmonieux; appliquant l'oreille

sur la tête, j'y distinguai un bruit de soufflet très fort et très caractérisé, et correspondant aux battemens du cœur; ce bruit était prolongé et diffus, et quand la malade suspendait pour un instant sa respiration, il se changeait en un murmure broyant. Les moyens qui furent employés n'amenèrent aucun amendement; elle continua d'éprouver des convulsions plusieurs fois par jour, et de se plaindre des mêmes symptômes, et mourut au bout de six jours.

AUTOPSIE 30 HEURES APRÈS LA MORT. Le cœur est extrêmement volumineux et adhérent très fortement au péricarde. Les valvules aortiques sont épaissies et indurées, et les autres valvules sont à l'état normal. La dure-mère est épaissie sur plusieurs points. Les circonvolutions cérébrales sont aplaties et recouvertes d'une couche mince de fausses membranes. La substance cérébrale est très ferme et peut être examinée et maniée dans tous les sens, sans être déformée. La texture fibreuse y est très évidente. Il y a dans les ventricules un peu plus de sérosité qu'à l'état normal. On en trouve environ une once à la base du crâne.

J'ai encore observé le bruit de soufflet céphalique dans un autre cas d'induration de la substance cérébrale avec un léger épanchement séreux. Le sujet était un enfant âgé de 2 ans, qui avait beaucoup souffert de la coqueluche, que je ne vis que la veille de sa mort. Chez ce sujet, les circonvolutions étaient très aplaties; la substance cérébrale était ferme, et pouvait être manipulée sans perdre de sa consistance. Je pourrais citer encore un grand nombre de cas d'affections cérébrales où j'ai observé le bruit de soufflet céphalique; mais comme les sujets de quelques-uns ont guéri, et comme les autres n'ont pas été ouverts, je ne rapporterai pas d'autres observations qui ne seraient que la répétition de celles que je viens de citer. Je ferai cependant remarquer ici que, dans le petit nombre de cas où l'on devait supposer une inflammation aiguë de l'encéphale ou de ses membranes, le bruit de soufflet céphalique apparaissait et disparaissait deux ou trois fois dans le cours de la maladie, et que son apparition et sa disparition semblaient se lier à l'augmentation et à la diminution des symptômes inflammatoires. Je ne terminerai cependant pas cette première partie de mon travail sans rapporter brièvement un cas où le bruit de soufflet existait chez un sujet affecté d'une compression du cerveau.

OBS. X. — Le 24 juin 1834, un charpentier occupé à élever la charpente d'une église reçut sur la tête une forte barre de fer qui lui fractura le crâne. La fracture était étendue, et onze fragmens d'os furent enlevés de la plaie, qui présentait une ouverture de un pouce et demi de diamètre, et à travers laquelle on voyait les pulsations du cerveau. Au bout de trois ou quatre jours, une portion de substance cérébrale sortit par cette ouverture et s'éleva à plus d'un pouce au-dessus du crâne, représentant une tumeur du volume et de la forme à peu près d'un gros œuf de poule. A cette époque, et pendant que la tumeur faisait encore saillie, j'auscultai la tête du sujet, et en même temps comprimai la tumeur avec la paume de la main, de manière à la faire rentrer dans le crâne; pendant que la tumeur était soumise à cette pression, j'entendis un bruit de soufflet distinct, qui disparut aussitôt que ma main ayant été levée, la tumeur put ressortir de la cavité crânienne. En un mot, il était facile de produire ou de faire disparaître à volonté le bruit de soufflet, en augmentant ou diminuant la pression faite sur la tumeur. Le bruit ne commençait cependant à être entendu que quand la tumeur était réduite au niveau de la surface du crâne. Au commencement, ce bruit était faible, doux, diffus. Mais lorsque la pression était plus forte, et que la tumeur se trouvait à peu près au niveau de la surface du crâne, il devenait fort, court et abrupt. J'ai répété cette expérience un grand nombre de fois, et toujours avec les mêmes résultats. Quand la pression était considérable, le malade se plaignait de mal de tête; mais la plus forte pression qu'on put faire ne lui fit pas perdre connaissance, et ne lui causait qu'une douleur médiocre. Cet homme finit par guérir, et est retourné dans son pays natal en Europe.

J'ai rapporté jusqu'ici des exemples des différentes affections où j'ai observé le bruit de soufflet céphalique que je n'ai jamais trouvé chez aucune personne ni chez aucun enfant bien portant, on qui n'eût quelque symptôme d'une affection cérébrale. Il nous paraît donc rationnel de considérer ce bruit de soufflet que nous révèle l'auscultation comme un symptôme propre aux affections cérébrales. Maintenant, il nous reste à examiner dans quel organe ce bruit de soufflet prend son origine; de quelle partie du crâne il vient; et, enfin, quelle est la cause immédiate à laquelle on doit l'attribuer.

1° SIÉGE DU BRUIT DE SOUFFLET CÉPHALIQUE. Il me paraît difficile, d'après les symptômes que nous avons vu coïncider avec ce bruit de soufflet, de ne pas reconnaître qu'il est produit ou qu'il se forme dans les *artères*. D'abord, ce bruit était distinct de ceux que produit la respiration, la déglutition ou toute autre action qui se passe dans la tête, et à laquelle on pourrait l'attribuer, à l'exception du battement des artères. Ensuite il était isochrone avec les pulsations, et l'impulsion du cœur et des carotides. Enfin ce bruit disparaissait ou au moins cessait d'être entendu lorsqu'on comprimait assez fortement les artères carotides, pour y suspendre le cours du sang, et il s'affaiblissait graduellement à mesure que le malade devenait plus faible, et que la circulation perdait de sa force. On pourrait encore donner comme une autre preuve la ressemblance que ce bruit offre avec le *bruit de soufflet* du cœur et des artères qui, comme lui, se change quelquefois en un murmure continuel, ou bien est caractérisé par un rhythme musical.

Si nous admettons comme démontré que le bruit en question prend son origine dans les artères, il paraîtra probable que c'est dans celles de la base du crâne qu'il se forme, d'après la manière dont elles se distribuent au cerveau. C'est, en effet, à la base du crâne seulement que sont toutes les grosses artères du cerveau, d'où elles se distribuent bientôt à sa surface, et ne pénètrent dans son intérieur que sous la forme capillaire. Aucune des artères qui se distribuent à la surface du cerveau ou dans son intérieur n'est donc assez grosse pour fournir un bruit de soufflet aussi fort que celui dont nous avons eu des exemples dans les cas rapportés ci-dessus. La facilité avec laquelle on entend ce bruit de soufflet au sommet du cerveau n'est point contraire à l'opinion que nous soutenons ici; car le cerveau est un excellent conducteur du son, comme le prouve la facilité avec laquelle se transmet d'un côté à l'autre de la tête le battement d'une muscle.

2° MODE DE PRODUCTION DU BRUIT DE SOUFFLET. Ce mode me semble aussi facile à expliquer qu'il l'a été d'en déterminer le siége. Mais d'abord nous devons dire que nous regardons comme démontré que le bruit de soufflet du cœur et des artères est dû à un obstacle au libre passage du sang à travers ces organes. Or, il me paraît assez facile de comprendre comment il peut se former dans certains cas pathologiques un obstacle au libre cours du sang dans les artères de la base du crâne; le cerveau, qui est renfermé dans une boîte osseuse, et qui ne peut se dilater, et est lui-même entièrement incompressible, a offert dans tous les cas où il y avait un bruit de soufflet, et où l'autopsie a été faite, des traces d'une compression causée, soit par de la sérosité, soit par la congestion des vaisseaux sanguins, etc., et qui devait nécessairement porter sur les artères compressibles sur lesquelles repose l'organe. Le calibre des artères comprimées a dû nécessairement diminuer et produire un obstacle au passage libre du sang, et le bruit de soufflet céphalique qui en était l'effet.

Je vais maintenant appeler l'attention sur un autre bruit anormal, et qui est lié au bruit céphalique du cœur. Depuis trois ans, j'ai observé une modification du bruit céphalique et normal du cœur dans six cas d'apoplexie cérébrale. Dans chacun de ces cas le bruit du cœur céphalique, au lieu d'être doux et de sembler venir de loin, comme chez l'adulte, paraissait se former immédiatement au-dessous de l'oreille appliquée sur la tête, et était caractérisé par une sorte d'impulsion, comme si tout le cerveau était subitement élevé contre la voûte crânienne; ce bruit était si caractéristique que je croyais réellement sentir le cerveau frapper en masse contre mon oreille. Cinq des individus chez lesquels j'observai ce phénomène sont morts, et deux ont été ouverts. Voici l'analyse des phénomènes observés chez ces deux sujets.

OBS. XI.—Le 14 septembre 1833, mademoiselle S., âgée de 71 ans, fut frappée tout à coup d'une attaque d'apoplexie, avec perte de connaissance et paralysie du côté droit. Arrivé près d'elle, quelques instans après l'accident, je la saignai du bras droit et lui prescrivis les moyens ordinaires. Au bout de deux heures, il n'y avait point d'amélioration, et en appliquant l'oreille sur sa tête, je n'entendis rien de semblable au bruit de soufflet; mais je distinguai parfaitement le bruit du cœur. Ce bruit ne paraissait pas être produit à distance, comme dans l'état normal, et semblait au contraire formé dans la tête elle-même, et était accompagné d'une impulsion qui donnait un mouvement de totalité à la tête. On eût dit que le cerveau était poussé à chaque battement du cœur contre son enveloppe osseuse. Je ne pus, dans ce cas, séparer le bruit céphalique du cœur d'une impulsion, et de ce moment je le nommai *bruit d'impulsion*. La malade parut offrir une légère amélioration pendant deux jours, mais elle retomba bientôt, et finit par mourir le cinquième jour après l'attaque.

A l'autopsie, on trouva les méninges saines, les circonvolutions cérébrales aplaties, le cerveau lui-même de couleur et de consistance normales. Il y avait dans l'intérieur de chaque hémisphère un large épanchement de sang en partie coagulé. A droite, cet épanchement était au moins de deux onces, et la cavité qui le contenait s'étendait dans toute la longueur du ventricule latéral. La substance cérébrale elle même n'offrait d'autre altération qu'un peu de coloration et de ramollissement autour des épanchemens. Les artères de la base du crâne étaient en voie d'ossification; elles étaient blanches, opaques, et avaient perdu leur élasticité. Les carotides, au point où elles pénètrent dans le crâne, étaient elles-mêmes ossifiées et se brisaient sous la pression.

Dans le cas suivant, le bruit d'impulsion céphalique du cœur disparut après une forte saignée, et aussitôt que le malade sortit de l'état apoplectique, ce qui donne un nouvel intérêt à l'observation.

OBS. XII—Mad. B., âgée de 61 ans, fut frappée d'apoplexie le 19 mars 1833, avec paralysie du côté droit et perte de connaissance. Au bout de quelques mois elle était entièrement rétablie et put marcher et reprendre ses habitudes, jusqu'au 14 avril 1835, où elle eut une seconde attaque, qui la frappa comme la première, avec cette différence seulement qu'elle ne perdit pas connaissance. Je la vis quelques minutes après l'attaque et lui auscultai la tête. J'entendis un bruit d'impulsion très fort, isochrone aux battemens du cœur, comme si le cerveau était soudainement poussé contre la voûte du crâne, au-dessous de mon

oreille. Le bruit paraissait se passer tout près de mon oreille et ressemblait exactement à celui qu'on produit en frappant avec force de l'extrémité des doigts sur les joues distendues par de l'air. Une saignée abondante fut suivie de l'application de l'eau glacée sur la tête. Trois heures après elle pouvait parler et faire quelques mouvemens avec ses membres; appliquant alors l'oreille sur la tête, je ne pus distinguer le bruit d'impulsion dont je viens de parler. Le bruit céphalique du cœur s'entendait très bien, mais il n'avait pas le caractère d'impulsion et paraissait être produit à quelque distance de mon oreille. Douze heures après l'attaque, la malade avait recouvré l'usage libre de la parole et des membres, presque comme avant l'accident. Elle s'affaiblit cependant graduellement et mourut en septembre 1837.

A l'autopsie, on trouva le cerveau légèrement ramolli et sans autre altération appréciable qu'une petite cavité, d'une forme irrégulière, à parois, d'un jaune foncé et entièrement vide.

Je pourrais citer encore un cas d'apoplexie dans lequel je trouvai, à la suite de l'attaque, le bruit d'impulsion, lequel disparut lorsque l'état du malade s'améliora; mais il me suffit ici d'avoir signalé ce bruit, qui ne l'avait point encore été. Cependant il ne faut pas croire que ce bruit morbide soit facile à trouver et à reconnaître pour ceux qui ne seraient pas familiarisés avec l'auscultation des bruits de la tête. Mais celui qui aura donné quelque attention à l'étude des bruits normaux et anormaux de la tête distinguera facilement le bruit d'impulsion lorsqu'il auscultera la tête d'une personne qui aura été frappée récemment d'une attaque d'apoplexie. J'ai trouvé ce bruit dans tous les cas de cette maladie où j'ai ausculté la tête, et crois pouvoir le regarder comme un symptôme constant de cette maladie.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

NOUVELLES REMARQUES SUR LE MODE DE PROPAGATION ET LA NATURE DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE; communiquées par M. le docteur PUTEGNAT, de Lunéville.

Quæ sensus demonstrat, nulla ætas infirmare potest, nulla auctoritas, nisi sceptici impugnare.
(BOERHAAVE.)

Dans la séance du 19 juin dernier, il a été rendu compte à l'Académie de médecine, par M. Bricheteau, d'une note sur la fièvre typhoïde, par moi adressée à cette savante société: cette note avait deux buts: 1° de fixer de nouveau l'attention des praticiens sur le mode de propagation de cette maladie; 2° d'essayer de prouver que vouloir admettre exclusivement un seul traitement pour combattre cette affection, c'est une chose absurde: telle est du moins ma profonde conviction.

La première partie de ce mémoire ayant produit de graves discussions, qui m'ont prouvé, de nouveau, combien il est difficile de faire entendre la vérité quand on a à lutter contre une opinion profondément enracinée, et contre de grandes et justes réputations, je crois devoir revenir sur ce point important, surtout parce que je suis convaincu que tout praticien qui aurait vu et observé ce que j'ai vu et observé avec beaucoup de soin serait de mon avis, et parce que maintenant je puis encore apporter de nouvelles et très nombreuses preuves ayant eu l'occasion de soigner, cette année, une très grande quantité d'individus atteints de fièvre typhoïde.

Je vais d'abord, me conformant en cela à la doctrine de J. Hoffmann et de Morgagni, qui nous disent, l'un: *ars medica tota observationibus;* l'autre: *neque enim numerandæ sunt, sed perpendendæ... observationes;* exposer les faits, les analyser avec soin, afin de prouver que je puis affirmer avoir vu clairement cette affection se transmettre par le contact.

OBS. I. — En 1835, au mois d'octobre, la femme Humbert, résidant dans la commune de Fraimbois, où il n'existe alors que des affections chroniques, fait une visite à une sienne voisine, revenue, atteinte d'une fièvre typhoïde, du village de Lamath, où règne cette maladie, et s'alite pour la même affection. Peu de jours après, son mari et ses six enfans ont la même maladie; un seul membre de la famille reste debout et bien portant: il a 82 ans. Bientôt, trois voisines amies, une garde-malade de la famille Humbert, et une autre femme, tombent malades, et je leur donne aussi des soins.

De cet exposé, il résulte manifestement que c'est bien à la voisine de la dame Humbert que plusieurs habitans de Fraimbois sont redevables de leur fièvre typhoïde; que c'est bien elle qui l'a apportée du village de Lamath, où elle régnait. Ici la transmission de village à village est de toute évidence. La femme Humbert la gagne près de sa voisine; puis, peu après, tous les membres de cette famille ont cette maladie; la contagion est donc évidente, et elle le fut tellement pour les habitans de ce village, que les malades finirent par être abandonnés de leurs amis, de leurs parens, et qu'ils ne purent plus trouver de gardes.

Je dois faire remarquer que le seul habitant de la maison Humbert qui ne fut pas pris de la fièvre typhoïde avait 82 ans; ce qui confirme l'opinion de M. Louis; et qu'il y eut plusieurs enfans malades, fait contradictoire à ce que l'on observe journellement à Paris. J'aurai soin de revenir sur ces deux points.

OBS. II. — En 1835, je fus appelé à Gerbéviller par le docteur Marchal, pour la femme d'un riche cultivateur qui, pour être restée près de son fils pendant qu'il était alité pour une fièvre typhoïde, était atteinte de cette maladie.

Evidemment, ici, il y a eu transmission du fils à la mère; aucun individu de Gerbéviller n'ayant alors cette maladie.

OBS. III. — En 1836, à Lunéville, du 23 mars au 27 avril, le sieur Dalstein parcourut les périodes d'une fièvre typhoïde grave; à peine était-il convalescent que sa sœur, madame Annestin, fut obligée de garder le lit pour la même affection; pendant ce temps, une voisine, la femme Noiretin, succombait à la même fièvre. Une dame, du nom de Ferry, qui habite la maison Dalstein au moment que la fièvre typhoïde y règne, change de logement, et va se placer dans un quartier de la ville très éloigné de son ancienne demeure: là, au bout de quelques jours, elle me fait appeler pour une gastro-entérite aiguë, qu'elle me dit avoir rapportée de la maison Dalstein. Il y avait quatre ou cinq jours que je lui donnais des soins, lorsque son petit garçon fut pris de symptômes typhoïdiens excessivement graves, et succomba en quatre jours. J'en fis la nécropsie, et peu de jours après j'étais atteint d'une fièvre typhoïde des plus dangereuses, de laquelle cependant je sortis sauf, grâce aux soins assidus et éclairés de mes deux confrères Thomassin et Castara. Il y avait seulement une quinzaine de jours que j'étais retenu dans mon lit, quand ma sœur et son mari, qui ne me quittaient point, furent pris de douleurs abdominales et de courbature, et qu'une des domestiques de la maison eut une fièvre typhoïde qui lui dura vingt jours environ.

Tous les faits contenus dans ce dernier numéro et les précédens prouvent la transmission de la fièvre typhoïde par le contact.

Avant d'aller plus loin, je vais donner en peu de mots l'histoire de l'affection du petit Ferry.

OBS. IV. — Le 22 mai, pouls fréquent, peau chaude, céphalalgie, grande soif, dégoût pour les alimens, langue rouge et pointue, épigastre douloureux, vomissemens, coliques et constipation: traitement anti-phlogistique le 22 et le 23.

Le 24, délire taciturne, épistaxis, prostration extrême. Emolliens et révulsifs.

Le 25, selles fétides, escarre large de trois pouces et longue de cinq, siégeant sur le côté gauche du thorax. A l'extérieur, poudre de quinquina camphrée; fumigations chlorurées; à l'intérieur, sirop acide et chlorure.

Le 25 au soir, la plaque gangréneuse a envahi le dos et les lombes, surtout à droite; on voit, en outre, de petits points gangréneux sur le visage, le cou, le thorax, le ventre et les membres: la peau du scrotum est infiltrée.

Le 26, toutes ces plaques sont augmentées en superficie; la somme des aires occupe environ la moitié de la surface du corps; les yeux sont chassieux; les extrémités froides; la soif dévorante; la langue sèche; les dents et les lèvres fuligineuses. Le malade succombe à dix heures du matin; à onze heures j'en fais l'ouverture en présence de quatre confrères. Les escarres occupent toute l'épaisseur de la peau; au-dessous d'elles, les muscles, très rouges, sont gorgés d'un liquide rougeâtre, fétide. Les plaques gangréneuses commençantes sont recouvertes par l'épiderme, sous lequel on voit aussi du liquide spumeux rougeâtre. La muqueuse intestinale est boursouflée, hypérémiée; on ne rencontre pas d'arborisations manifestes; les glandes de Brunner sont nombreuses; on voit quelques plaques de Peyer gaufrées; il n'y a point encore d'ulcération.

Trois jours après cette nécropsie, pendant laquelle je ne me suis point blessé, il me survint de la céphalalgie, de la courbature; huit jours plus tard j'étais étendu dans mon lit atteint d'une fièvre typhoïde très grave.

Depuis le sieur Dalstein jusqu'au petit Ferry, les symptômes typhoïdiens se sont montrés de plus en plus dangereux; au point que chez le petit Ferry l'affection est devenue typhus mortel. A partir de ce dernier malade, l'affection s'est montrée de moins en moins dangereuse si bien qu'elle finit par ne plus consister qu'en quelques douleurs abdominales accompagnées d'une courbature.

De cet exposé il résulte évidemment une chose, c'est que la simple fièvre typhoïde peut engendrer le typhus, et que celui-ci peut donner, par contact, la fièvre typhoïde, mais très grave et de longue durée. En effet, j'ai été malade durant trois mois entiers, et en même temps j'avais une inflammation très aiguë des vaisseaux lymphatiques du membre abdominal gauche, quoique mon tempérament soit très éloigné du lymphatique. Si j'avais été usé par des excès; si, au moment de la nécropsie du petit Ferry, ma santé avait été délabrée, probablement je n'aurais pas eu une fièvre typhoïde très grave, mais bien le typhus proprement dit.

Les faits rapportés prouvent encore jusqu'à l'évidence la contagion. Nier celle-ci, ce serait ressembler au phtisique, à poumons labourés par de vastes cavernes, qui vous dit, en frappant sur son thorax: J'ai un bon creux; ma poitrine est solide.

Obs. V. — La demoiselle Gaillard, de Lunéville, était en pleine convalescence, quand son frère, qui était souvent venu passer la nuit près d'elle, s'alita pour la même cause ainsi qu'un de ses enfans, âgé de cinq ans.

Ici la transmission est palpable.

Obs. VI. — Marie F...., de Lunéville, était convalescente, quand sa consine, la petite Boulanger, de Xermaménil, village éloigné de sept kilomètres de Lunéville, est tombée malade pour avoir souvent visité sa parente. Bientôt après les deux petits frères de la demoiselle Boulanger s'alitèrent aussi pour la même maladie, tandis que leur mère se plaignait de céphalalgie, d'insomnie, de courbature et d'embarras gastro-intestinal. Pendant que la fièvre typhoïde régnait dans la maison Boulanger, un voisin qui y allait souvent fut pris d'une fièvre ataxique très grave, à laquelle il succomba en dépit et peut-être à cause d'un traitement antiphlogistique très énergique. Peu de jours après, M. Rochefort, homme colossal qui souvent était allé voir son voisin, le précédent malade, fut pris d'une fièvre adynamique qui dura vingt-huit jours, à laquelle venaient se joindre un vaste épanchement pleurétique droit, et une violente inflammation des vaisseaux lymphatiques du membre abdominal gauche (voir le n. 13). Les deux jeunes demoiselles A...., parentes de M. Rochefort, qu'elles étaient allées voir, s'alitèrent aussi pour la fièvre typhoïde et la transmirent à leur jeune cousine, la petite D.... que j'avais vu très souvent dans la maison A.... Bientôt après la maladie attaqua beaucoup d'autres habitans de Xermaménil.

Ces derniers faits confirment la possibilité de la transmission d'individus à individus, de maisons à maisons, de familles à familles, de ville à village; ils prouvent encore qu'il est très rare qu'un seul membre d'une famille soit atteint, et que l'affection est ordinairement à son summum d'intensité quand elle est parvenue au milieu de sa course, c'est-à-dire au moment où elle doit encore frapper autant d'individus que déjà elle en a atteint.

Maintenant je demande à M. Rochoux, qui ne croit pas à la contagion de la fièvre typhoïde (uniquement parce qu'il ne l'a pas observée) si ces faits ne prouvent rien. Quoi! parce que M. le professeur Bouillaud dont j'ai suivi la clinique quelque temps dit avoir vingt mille faits dans lesquels la contagion n'est pas évidente, ce serait une raison pour qu'elle n'existe pas! Avant Portal on citait des milliers de faits à l'appui de la contagion de la phthisie pulmonaire, et cependant qui oserait y croire aujourd'hui à cette contagion? Eh bien! un jour viendra où, en dépit des vingt mille faits et de la conviction du professeur de la Charité, la contagion de la fièvre typhoïde (dans les petites localités) sera aussi évidente qu'aujourd'hui est absurde l'idée de la contagion des tubercules, en faveur de laquelle naguère on avançait des masses de faits.

Telles furent les preuves que je donnai, au mois d'août 1837, à l'Académie. Depuis cette époque appelé que je fus par le conseil municipal de la commune de Bénaménil où régnait la fièvre typhoïde pour donner des soins aux habitans de ce village, j'ai pu et j'ai dû nécessairement, ainsi que le voulaient ma curiosité et le bien de l'humanité, rechercher si des faits semblables aux précédens se représenteraient; voici ce que j'ai appris.

Obs. VII. — Un jeune homme, du nom de Laurent, gagne la fièvre typhoïde à Nancy qu'il habitait depuis peu, et revient à Bénaménil, éloigné de huit lieues de Nancy, et où ne règne aucune affection, et meurt. Bientôt les voisins du sieur Laurent qui l'avaient souvent visité tombent malades: c'est le nommé Leclerc et sa femme; c'est leur fille de 17 ans qui meurt; enfin c'est une sœur de celle-ci qui, quoique n'habitant pas sous le même toit que sa famille, est prise de fièvre typhoïde pour avoir prodigué ses soins à ses parens. Toute cette famille avait visité le sieur Laurent pendant le cours de sa maladie. En même temps, le sieur Gaspard dont la maison est voisine de celle du sieur Leclerc (et cela à tel point que son entrée est aussi celle de cette dernière) est pris de fièvre typhoïde; peu à près ses deux filles s'alitent pour la même cause, ainsi que la belle-mère de Gaspard, la femme Simon qui a souvent visité son gendre.

Ainsi il est bien évident que le sieur Laurent a apporté la fièvre typhoïde de Nancy à Bénaménil; que c'est lui qui l'a transmise à ses voisins; remarquons encore que la demoiselle Leclerc, bien portante avant d'avoir donné des soins à sa famille avec laquelle elle n'habitait point, est tombée malade immédiatement après avoir porté des secours à ses parens.

Je viens de passer en revue les maisons voisines à l'ouest de celle du sieur Laurent, je passe maintenant à celles qui sont à l'est.

Immédiatement après la demeure de Laurent se trouve une maison habitée par deux familles: dans l'une, tombent malades le sieur Georget et ses trois enfans, dont un succombe; dans l'autre, Cuny, sa fille et ses deux garçons, s'alitent aussi pour la même fièvre.

Voilà donc Laurent qui communique encore sa maladie à ses voisins de l'est; bien plus, il la transmet à sa sœur qui, habitant un autre village, est venue à Bénaménil voir son frère.

Nous venons de voir Laurent donnant la fièvre typhoïde à ses voisins, ainsi qu'à sa famille; le voici maintenant répandant sa maladie dans son village.

Son parent, le sieur Richard, le visite pendant le cours de son affection, tombe atteint de la fièvre typhoïde et succombe; peu après une de ses filles meurt; son fils, habitant la commune de Donjevin, vient le voir et tombe malade à son retour chez lui; une autre fille, d'une taille élevée et d'une constitution très robuste, comme les autres membres de sa famille, en maison à Emberménil, revient dans sa famille pour aider sa mère, s'alite au bout de huit jours et succombe six semaines après.

Evidemment Laurent est l'auteur des malheurs de la famille Richard. Qu'on n'oublie point de remarquer ces deux circonstances: un fils et une fille Richard qui habitent des villages voisins viennent à la maison paternelle pendant que la fièvre typhoïde y exerce ses ravages, et sont pris de cette maladie. Nier ici la contagion, ce serait ne pas croire aux choses les plus palpables; ce serait en un mot nier par système et non plus par conviction.

Je reviens aux faits. Dans les deux maisons voisines de celle de la malheureuse famille Richard, j'ai eu à soigner, dans celle de l'est, deux petits enfans Colas, leur mère et leur grand-père; dans celle de l'ouest, la veuve Dubois, une fille et deux jeunes enfans dont un a succombé. En face de Richard, la femme Pernot a été malade ainsi que ses deux filles.

Dans la maison Zabé, un fils succombe à la fièvre typhoïde; le second, qui arrive du séminaire, s'alite pour six semaines, pendant lesquelles sa mère tombe encore malade. A l'est de cette maison se trouve la famille Cherrière, dans laquelle j'ai eu à soigner le père, la mère et deux petits enfans. A l'ouest, se trouve celle de la famille Valentin qui perdit d'abord un petit garçon de douze ans, puis la mère. La jeune domestique de cette maison tombe malade, retourne chez sa mère qui demeure à l'autre extrémité du village où je n'ai encore personne à soigner, s'alite pour six semaines, donne sa maladie à l'une de ses sœurs, puis à sa mère qui succombe. Avant l'infection de la famille Valentin, un jeune homme, alité pour une fracture de la jambe gauche, avant de succomber à la fièvre typhoïde, la donna à l'un de ses frères. Non loin de là, la femme Calame tomba malade, ainsi que deux filles Gasquard qui communiquèrent la fièvre à leur mère. Je dois dire que ces deux filles Gasquard furent malades pour avoir visité un nommé Voinot dont je parlerai bientôt.

Dans la maison en face de celle de Laurent (voir n. 21), non loin du sieur Pérette, une femme, dont le nom m'échappe, mourut de la fièvre typhoïde; peu après, Pérette, beau-frère d'un nommé Vautrin qui eut aussi la fièvre typhoïde, fut pris de cette maladie, ainsi que son gendre, le jeune Voinot, habitant la même maison. Celui-ci vint à Lunéville où il succomba. Pendant qu'il était à Lunéville son frère vint le voir, resta près de lui, gagna la maladie et mourut à Bénaménil.

Près de la maison de ce dernier, j'ai soigné Léger, sa fille et son garçon; une nommée Cherrière, une autre du nom de Stard; la famille Putegnat, composée du père, de la mère et de deux enfans; la nommée François et deux autres que je ne puis désigner par leur nom. Non loin de la fille Cherrière, j'ai trouvé un nommé Laurent qui donna sa maladie d'abord à deux filles ses proches voisines, puis à la fille Vautrin; d'ici la fièvre gagna la famille François.

De tous ces faits, il découle pour moi au moins une vérité irrécusable contre laquelle viennent se briser les vingt mille faits invoqués en faveur de la non contagion de la fièvre typhoïde; c'est que cette affection est contagieuse comme la grippe, le choléra-morbus. Autant j'ai cru, sur le dire de mes maîtres, durant les cinq années que j'ai suivi les cliniques de Paris, que la fièvre typhoïde n'était pas contagieuse, autant aujourd'hui je suis forcément revenu de cette erreur, dont chaque praticien de petites localités pourra comme moi se garer, s'il prend la peine de se dégager de tout préjugé et de voir avec ses yeux.

Du moment qu'il est bien prouvé que la fièvre typhoïde est contagieuse, on est forcé de convenir que la lésion intestinale n'est point simplement de nature inflammatoire, qu'elle ne constitue point à elle seule la maladie, mais qu'elle est tout simplement un phénomène. Qu'est-ce donc alors que la fièvre typhoïde? Je réponds: c'est une maladie générale, une affection inconnue du sang. Avec cette définition, on peut, ainsi que le dit M. Piorry, expliquer et comprendre la contagion. Ainsi une altération spéciale du sang, accompagnée d'une éruption particulière dans une certaine étendue du tube digestif constitue la fièvre typhoïde, maladie essentiellement contagieuse dans les petites localités. Parce que la contagion n'est point palpable à Paris, ce n'est point une raison pour qu'elle n'existe pas dans les petites localités, ainsi que je viens de le prouver: M. Rochoux s'est donc trompé en avançant le contraire. Bientôt j'indiquerai encore d'autres particularités niées par M. Louis ou ignorées.

Puisque, dit M. Rochoux, la fièvre typhoïde se déclare sous l'influence de causes générales, il est très-difficile de se prononcer sur son mode de propagation; il faut, dans ce cas, consulter l'expérience en grand et l'analogie : ainsi l'expérience a démontré que, quand une maladie est essentiellement contagieuse, on la multiplie en se rapprochant d'elle, et *vice-versâ*.

Il me semble que les faits que j'ai exposés ci-dessus, et que je pourrais appuyer par un grand nombre d'autres, si je voulais encore rapporter ce qui se passe maintenant dans les villages de Réglonville et d'Angéviller, répondent à la première partie de cette objection. Voici ce que j'oppose à la seconde : d'après mon conseil, les familles A...., R...., P...., etc, etc., de Bénaménil, ont évité avec soin toute relation avec les malades; aussi n'ont-elles rien éprouvé. Ainsi, la fièvre typhoïde est contagieuse, puisqu'elle réunit les conditions de la contagion voulues par les non-contagionistes, c'est-à-dire puisqu'elle se donne par le contact, et qu'elle n'est point à craindre lorsqu'on fuit les malades.

Si toutes ces bonnes raisons ne pouvaient encore suffire, je dirais encore ceci : dans le village de Fraimbois (n° 4), la contagion était tellement évidente que les malades finirent par être abandonnés de leurs parens, de leurs amis et des gardes malades; je leur dirais qu'à Bénaménil on fuyait les malades, hormis cependant le jeune pasteur, dont le zèle, les bons soins sont au-dessus de tout éloge, surtout parce qu'il était convaincu, comme moi, de la contagion; je dirais que dans les villages de Reglonville, d'Angéviller, actuellement ravagés par la fièvre typhoïde, tous les habitans, et à leur tête leur curé, sont convaincus de la contagion de la fièvre typhoïde. Il m'en souvient encore, et M. l'abbé Renaux l'a entendu comme moi, le sieur Voinot a souvent répété : « Mon frère m'a empoisonné; j'ai senti son haleine pénétrer dans ma bouche, et c'est à partir de ce moment que je suis venu malade. » Aujourd'hui, 13 septembre, je soigne M. Régal, pâtissier à Lunéville, pour une fièvre ataxo-adynamique, qu'il a gagnée près de sa mère, à laquelle j'ai refusé de donner des soins, mais que je sais avoir succombé à la fièvre typhoïde, forme putride. Ce M. Régal est allé auprès de sa mère très souvent pendant le cours de sa maladie, et il l'a embrassée maintes et maintes fois. Ce n'est pas tout, l'épouse de ce M. Régal a eu, depuis la mort de sa belle-mère, qu'elle a très souvent visitée pendant sa maladie, une gastro-entérite. Elle était convalescente lorsque son mari s'alita; depuis lors, pour être restée près de lui, et surtout pour avoir couché quatre nuits dans son lit, elle a été reprise de sa maladie, qui, cette fois, a beaucoup de symptômes typhoïdeux.

Somme totale, la fièvre typhoïde se transmet dans les petites localités par le contact répété; donc elle est contagieuse, surtout si l'on réfléchit qu'on peut assurément l'éviter en fuyant les individus qui en sont atteints: la fièvre typhoïde est une altération *sui generis* du sang, accompagnée d'une lésion intestinale toute particulière.

Quand la fièvre typhoïde règne dans une famille, si elle est grave chez un malade, elle l'est aussi très souvent chez d'autres; et réciproquement, quand elle est bénigne chez l'un, elle l'est aussi chez les autres. Ce que j'ai dit des familles Humbert (n. 3), Dalstein (n. 9), Paillard (n. 15), Boulanger (n. 17), Leclerc (n. 21), Richard (n. 25), Colas (n. 27), Zabé (id.), Valentin (id.), Voinot, Putegnat, Ferrière (28), etc., etc., sert de preuve à cette proposition.

Lorsqu'un des membres d'une famille vient à succomber, il est rare que la mort ne frappe point une autre victime. Les familles Laurent, Richard, Valentin, le prouvent : il est bien entendu que cette proposition ne s'applique qu'aux malades bien soignés, et qui ne font point des imprudences comme le fils Humbert (n. 4), qui mourut pour avoir mangé de la pâtisserie.

Jusqu'alors, je n'ai pu déterminer laquelle des formes de la fièvre typhoïde est la plus apte à se transmettre par le contact; seulement je puis dire que je n'ai observé qu'une seule ataxique, qui donna une fièvre adynamique très grave (n. 17); que c'est dans la période des ulcérations que la contagion a eu lieu; que celle-ci agit facilement sur des individus malades au moral, très robustes. Je n'ai pas remarqué que les individus usés par des excès y fussent plus sonmis que d'autres.

La fièvre typhoïde (forme muqueuse) peut transmettre le typhus gangréneux, et celui-ci causer à d'autres une fièvre adynamique très grave (n. 11 et 12).

La tuméfaction des parotides est assez rare dans les petites localités, attendu que je ne l'ai encore observée qu'une seule fois, et cela sur un malade de la commune de Rehainviller.

Les sudamines et les pétéchies sont rares aussi : je ne les ai rencontrés que sur un Voinot (n. 28), un nommé Laurent (id.), et sur une petite Mericol, de Lunéville, qui a succombé pour avoir mangé de la pâtisserie.

Si l'on s'en rapportait à ce que j'ai dit dans le n. 4, on croirait que, dans les petites localités comme à Paris, la fièvre typhoïde épargne la vieillesse. Ce serait une erreur, car à Bénaménil j'ai soigné le vieillard Perette (n. 28), et le père de madame Colas (n. 27).

Très fréquemment aussi, dans les petites localités, cette maladie, contrairement encore à ce que l'on observe à Paris, attaque les enfans : témoin la petite Merciol (n. 39), les enfans Valentin, Putegnat, Cherrière, Colas, Dubois, Boulanger, Ferry, Paillard, Ducrey, Humbert, etc., etc.

La surdité ne m'a jamais paru être un signe heureux; je l'ai rencontrée également dans des cas légers, dans des circonstances graves, et dans des mortelles : à l'appui de cette proposition, je peux citer madame Anottin, moi-même, et les Voinot, etc.

Deux fois j'ai observé l'inflammation des vaisseaux lymphatiques du membre abdominal gauche, comme complication de la fièvre typhoïde; une fois elle se termina par la suppuration; chez madame Rochefort, de Xermaménil; chez moi, elle se termina par résolution, après avoir produit un œdème considérable.

La fièvre typhoïde peut, selon un fait que j'ai observé il y a quelque temps, attaquer deux fois le même individu : le docteur Lesaing, de Blâmont, est aussi de mon avis.

Dans les petites localités, la fièvre typhoïde n'attaque pas de préférence les individus non-acclimatés, ainsi que le veulent MM. Louis, Genest, Chomel, Littré. En effet, je n'ai trouvé qu'un seul malade non-acclimaté : c'est le sieur Laurent (n. 21).

Quand cette fièvre règne épidémiquement, elle attaque indistinctement les deux sexes, de préférence les adultes, les hommes faits; puis les enfans et les vieillards, qui, ordinairement, offrent, dès le début, des symptômes graves.

Cette maladie sévit également contre les individus sobres et contre les ivrognes; elle m'a paru épargner souvent les constitutions délicates, et être dangereuse chez les personnes robustes, comme madame Rochefort, la famille Richard, etc., etc. Chez les individus pauvres, malpropres et pusillanimes surtout, cette fièvre est toujours une maladie grave.

Dans les petites localités (du moins s'il faut en juger d'après ce que j'ai vu), dix-neuf fois sur vingt, la fièvre typhoïde s'annonce par des symptômes d'intoxication : ainsi la céphalalgie, la courbature, l'insomnie, etc. Après cette forme de début, la plus commune est celle qui annonce une irritation spéciale de la muqueuse gastrique; puis enfin une qui annonce une lésion intestinale particulière. Tout le monde sait qu'à Paris celle-ci est au contraire la plus fréquente. Souvent encore, on la voit s'annoncer de la manière suivante : toux sèche, opiniâtre, quinteuse, accompagnée d'un râle sibilant tout particulier et excessivement rare, céphalalgie sus-orbitaire continuelle, résistant à tout traitement, et une courbature extrême.

Je terminerai ce travail en disant qu'un médecin sage ne doit pas adopter exclusivement un seul traitement, pas plus les toniques du docteur Petit, que les saignées coup sur coup de M. Bouillaud; pas plus les émolliens que les chlorures du professeur Chomel et les purgatifs de M. Delaroque; qu'il doit savoir que, très souvent, il faut faire la médecine des symptômes. (*Symptomata mitigantur*, aphorisme 598e de Boerhaave.)

Lunéville, le 14 septembre 1838. (Meurthe.)

Tumeur dégénérée du genou ; observation recueillie et communiquée par M. le docteur Hippolyte Larrey, chirurgien de l'hôpital du Val-de-Grâce, professeur agrégé à la Faculté de médecine.

L'histoire si complexe des tumeurs en général et des tumeurs du genou en particulier fournirait matière à d'importantes considérations d'anatomie, de pathologie et de thérapeutique chirurgicales, si elles n'avaient été émises déjà bien des fois à propos de cette vaste question. C'est pourquoi, sans préambule, je préfère exposer dans tous ses détails une observation complétée par un résultat funeste, il est vrai, mais en cela même d'une valeur pratique plus utile peut-être que s'il s'agissait d'une guérison trop souvent incertaine ou provisoire. N'est-ce pas ce que démontre chaque jour l'expérience de l'art?

Obs. — M. P..... (Laurent), âgé de 33 ans (1838), lieutenant au 42e de ligue, était d'un tempérament bilioso-sanguin, et d'une forte constitution; il n'avait jamais eu d'autre maladie qu'une légère affection vénérienne, dont la guérison, quoique assez lente, fut assurée par un traitement rationnel. Hâtons-nous de le dire, afin de détacher tout à fait de cette influence le développement de la maladie du genou, qui remontait, du reste, à une époque antérieure. Voici quelle en fut la cause prédisposante, d'après les renseignements précis que nous avons pris auprès du malade.

Cet officier, dès les premières années de sa carrière militaire, se livrait avec

un goût prononcé aux exercices gymnastiques, et surtout à l'escrime. Un jour, en faisant des armes, et dans un effort de contre-quarte, il avait ressenti en dedans du genou gauche une douleur tellement vive et brusque, qu'il perdit l'équilibre et tomba. Il voulut, en se relevant, continuer l'assaut d'armes; même effort, même sensation lancinante dans le même point. Mais mieux affermi cette fois, il supporta sans chanceler cette seconde douleur, qui fut aussi instantanée que la première, et ne laissa aucune gène ultérieure dans l'exécution des mouvemens du membre.

M. P..... en gardait tout au plus le souvenir, lorsque, en 1828, il reçut en dedans encore du genou un coup de queue de billard qui détermina une assez forte douleur. Des frictions de vinaigre camphré suffirent, avec le repos, pour guérir cette légère contusion; mais elle fut suivie de quelques autres dans le même endroit; ainsi, tantôt dans une marche, tantôt dans une manœuvre, le genou se heurtait, et à chaque contusion nouvelle, c'était une douleur vive, instantanée, absolument locale et circonscrite à la face interne de cette région. Dans aucun cas il ne survint d'inflammation appréciable.

Il y a six ou sept ans environ (c'est-à-dire vers 1831). M. le lieutenant P.. était, avec son régiment, en Vendée, lorsqu'un jour, en portant machinalement la main à son genou gauche, il sentit en dedans une grosseur à laquelle il n'avait jamais pris garde, et en l'examinant il lui trouva le volume à peu près d'un œuf de pigeon, assez dure, mobile, insensible à la pression, et sans changement de couleur à la peau. Cette tumeur ne parut pas s'accroître notablement pendant plusieurs années.

Mais voulant savoir ce qu'elle pouvait être, M. P..... la montra à son chirurgien-major, qui ne se prononça pas. Se trouvant ensuite à Strasbourg (en 1836), il négligea de consulter M. Bégin qui lui avait offert ses conseils ainsi que ses soins, et il en eut regret trop tard : des avis malencontreux l'avaient décidé à garder son mal, avec la confiance que rien de grave n'en résulterait.

Quelque temps après, c'était à Vitry-le-Français, en novembre 1836, il fait une chute dans un escalier, et le coup porta encore sur la tumeur. De là une douleur vive, profonde, plus prolongée qu'aucune autre, difficulté pour se relever, claudication, engourdissement dans le genou, mais point de plaie, point d'écorchure, un peu de rougeur seulement et de tuméfaction. M. P...., renonçant prématurément aux soins, au repos qui lui étaient prescrits, reprend les fatigues de son service et ses exercices gymnastiques jusqu'au printemps de 1837. Des douleurs, de la gène, non pas dans les mouvemens, mais par le frottement de l'autre membre, surviennent alors; on conseille une plaque de plomb, qui est faite et appliquée si mal qu'elle a plus d'inconvéniens que d'avantage; maintenue ainsi pendant trois mois, elle se perd; on ne songe plus à la remplacer.

Les accidens inflammatoires que la compression avait occasionnés dans le genou cèdent peu à peu, mais semblent se concentrer dans la tumeur : des démangeaisons douloureuses, lancinantes, s'y font sentir, en même temps qu'elle augmente de volume et de consistance, et forme déjà un relief appréciable sous le drap du pantalon. M. P.... va consulter, à Vitry, un médecin qui examine la tumeur un peu précipitamment sans doute, déclare que c'est une loupe, et qu'il faudra la percer, prescrit auparavant une application de quarante sangsues, à cause de l'inflammation superficielle, et fait, le lendemain, avec le bistouri, trois ponctions successives.

Les deux premières à la partie inférieure et déclive de la tumeur sont sans résultat; la troisième à la partie supérieure et interne donne issue, non à un liquide séro-purulent, ni à une matière graisseuse ou autre, mais, à du sang rouge, assez abondamment pour affaiblir le malade et inquiéter le médecin, qui parvient cependant à arrêter l'hémorragie par la compression.

Quelques soins et quatre ou cinq jours de repos suffisent pour rétablir à peu près les choses dans leur état précédent; c'est-à-dire que la tumeur a repris son volume, sa consistance, et présente de plus les trois petites ouvertures des ponctions.

Mais bientôt le simple frottement des cuisses fait ulcérer la plaie supérieure (celle qui avait fourni du sang), et cette ulcération tendant à s'aggraver décide le malade à se rendre à Paris, où il arrive après une route assez pénible qui avait occasionné du gonflement dans le genou, dans la jambe, ainsi qu'une augmentation douloureuse de la tumeur et une nouvelle hémorragie. M. P... entre enfin au Val-de-Grace le 29 novembre 1837; et est placé dans le service de M. Gama, au n. 10 de la salle des officiers.

Procédons avec M. le chirurgien en chef à l'examen de ce malade. Il est dans la force de l'âge avec tous les signes d'une bonne constitution, et demande déjà à être opéré, comme s'il ne s'agissait que d'une chose fort ordinaire. Peu inquiet, en apparence, il a ou plutôt il affecte la gaité insouciante d'un militaire à l'épreuve (et nous avons remarqué que cet indice n'est pas toujours une chance favorable au traitement des maladies chirurgicales).

La tumeur siége donc au genou gauche, à la face antérieure et interne de cette région, au niveau des condyles correspondans du fémur et du tibia; sa forme irrégulière, arrondie offre des bosselures et des dépressions sans rapport avec les inégalités du membre; le volume d'ensemble égale à peu près celui des deux poings réunis; la coloration de la peau est foncée à la base, rougeâtre dans quelques points et violacée au pourtour de l'ulcération; celle-ci résultant, comme nous l'avons dit, de la troisième ponction faite supérieurement existe vers le sommet de la tumeur, sous la forme d'un champignon fongueux, mou, friable, susceptible de se déchirer ou de se détacher, et laissant suinter un sang noirâtre. Deux petites cicatrices à la partie inférieure et externe indiquent les autres ponctions qui ont été faites.

Saisie entre les doigts, palpée dans tous les sens, ou comprimée légèrement, la tumeur a une mobilité assez notable, peu adhérente à la base, et qui permet d'apprécier ses rapports avec le genou et l'articulation. La consistance propre est assez ferme, résistante, un peu plus dépressible dans certains points que dans d'autres, mais sans fluctuation. La douleur presque nulle devient à peine sensible à la pression, excepté vers la face interne, un peu au-dessous de la fongosité, au niveau des contusions primitives. La rotule refoulée en haut et en dehors, vers le condyle externe du fémur, est parfaitement distincte et mobile; l'articulation est entièrement libre et exempte de toute connexité avec la tumeur.

Quant au membre, malgré le gonflement symptomatique dont il a été le siége par les fatigues et les contusions successives, il est tout à fait sain; point d'engorgement de la cuisse, de la jambe, ni même du genou, point d'amaigrissement non plus, point d'atrophie, point de varice ni d'ulcères. Les mouvemens enfin s'exécutent largement, et ne commandent le repos que par le frottement du genou malade contre l'autre.

Tel est l'état dans lequel s'offre à notre observation cette singulière tumeur. Quelle peut en être la nature? Les renseignemens étiologiques, la formation et le développement de la maladie, ainsi que le résultat fâcheux de l'une des ponctions, prouvent que nous n'avons affaire à aucune espèce de loupe, lipôme, stéatôme, méliceris ou autre. L'idée d'une tumeur fibreuse serait admissible, d'après la consistance; mais l'ulcération ferait plutôt croire à un tissu squirrheux dégénéré, si les symptômes généraux reproduisaient quelque chose d'une affection cancéreuse. Or, rien ne l'indique, le mal paraît tout à fait localisé, circonscrit. Serait-ce une tumeur sanguine? Mais alors quelle espèce de tumeur sanguine? Un simple kyste ou hygroma? non probablement, parce que son développement eût été plus rapide sa consistance moins ferme, et la ponction suffisante pour en opérer le dégorgement ou la résorption, au lieu de déterminer une ulcération fongueuse. Serait-ce donc un fongus hœmatode, une tumeur érectile? Non plus sans doute, parce que ces sortes de tumeurs se développent d'une tout autre manière et ne peuvent être ouvertes ou ulcérées sans donner lieu à des hémorragies souvent mortelles.

Reste l'existence plus vraisemblable d'un tissu fongueux proprement dit, simple ou combiné à un autre tissu dégénéré, soit fibreux soit même squirrheux. C'est enfin le diagnostic auquel nous nous arrêtons, dans une consultation convoquée par M. Gama, le 13 décembre, avec MM. Gasc, Desruelles, Soudan et Lévy, en présence de plusieurs sous-aides et élèves du Val-de-Grace. Cette consultation a lieu quinze jours après l'entrée du malade à l'hôpital; et depuis ce temps la tumeur a augmenté de volume; l'ulcération fongueuse s'est élargie en même temps que l'espèce de champignon s'est accru et saigne plus facilement au moindre contact.

M. P..., impatient d'attendre et déjà inquiet, nous sollicite vivement de le débarrasser de sa tumeur, quelque grave que soit l'opération.

Ici se présente la question essentielle : Faut-il opérer? oui, assurément parce que non seulement le malade le désire, mais parce qu'il est encore dans de bonnes conditions qui ne se maintiendraient pas, car la tumeur tend évidemment à dégénérer de plus en plus jusqu'à un résultat funeste, soit par hémorragie spontanée, soit plutôt par ulcération profonde et pénétrante dans l'articulation. Il faut donc opérer plus tôt que plus tard. Mais comment faut-il opérer? Deux moyens peuvent être employés : l'extirpation de la tumeur, ou bien l'amputation du membre. Ce premier moyen (malgré les difficultés, malgré l'incertitude de savoir si l'articulation ne sera pas comprise) est adopté de préférence à l'amputation qui enleverait d'emblée un membre sain et libre de ses mouvemens, avec toutes les chances défavorables à ce moyen extrême, et sans réserve des ressources d'une amputation secondaire. Partant de là, il n'y a plus à discuter s'il vaudrait mieux amputer dans l'articulation du genou que dans la continuité de la cuisse, puisqu'il est décidé que l'ablation de la tumeur va être faite, sauf à retrancher le membre immédiatement, si les complications du moment l'exigaient.

Il ne nous reste plus qu'à disposer le moral du malade à toutes les conséquences possibles d'une nécessité chirurgicale aussi grave, pendant que l'on prépare l'appareil complet. M. P..., résolu à tout, est transporté sur le lit d'opération et placé comme s'il devait être amputé. Un aide est préposé à la compression de l'artère fémorale, par prudence plus que par nécessité; et un autre soutient l'extrémité du membre, tandis qu'un troisième est chargé des instrumens. Enfin, M. Gama, secondé par nous, procède de la manière suivante à l'extirpation de la tumeur : elle est circonscrite à sa base par une double incision elliptique qui comprend l'ulcération fongueuse et ne divise que la peau. La douleur se fait surtout sentir vers la face interne (dans le point déjà signalé) dont les adhérences rendent la dissection difficile; et la tumeur plus saillante par la rétraction des tégumens est entamée dans sa face externe, à petits traits de bistouri, à cause de quelques fortes adhérences de nature fibreuse et de certaines lamelles simulant la capsule articulaire. La dissection abstergée à mesure se prolonge ainsi jusqu'à la face externe qui est incisée plus largement, parce qu'elle est éloignée d'autant plus de l'articulation, puis l'instrument tranchant est porté en troisième temps à la face supérieure avec précaution pour que la capsule ne soit pas ouverte; delà enfin, en quatrième temps, à la face inférieure; et la tumeur se trouve entièrement détachée. Inutile de dire que la forme des bistouris avait été changée plusieurs fois, selon le besoin.

L'énucléation aurait abrégé l'opération qui dura près d'une heure, si la force des adhérences n'avait exigé la dissection en totalité; point d'hémorragie, du reste; point de syncope, ni d'autre accident immédiat.

La surface de la plaie mise à nu et abstergée représente très bien les rapports anatomiques des condyles, de la capsule articulaire et des attaches tendineuses; mais de plus quelques rugosités de tissu fibreux paraissent dépendre des plus fortes adhérences et susceptibles de laisser des empreintes de mauvaire nature. C'est dans cette prévision que le cautère actuel rapidement appliqué sur cette surface complète l'opération. On rapproche les bords de la plaie avec des bandelettes agglutinatives, et un pansement simple maintenu par un bandage contentif forme l'appareil.

Le malade qui avait supporté l'opération avec courage quoique avec inquiétude, est reporté à son lit, placé dans la position la plus convenable pour le membre et soumis au régime sévère des cas graves.

L'examen de la tumeur incisée en différens sens nous offre un tissu dégénéré, de consistance et de nature en partie fibro-squirrheuse, en partie fongueuse, avec quelques points de ramollissement parsemés de stries sanguinolentes. La portion fibro-squirrheuse la plus ferme oppose au scalpel une résistance lardacée. Quant à l'ulcération du sommet, elle est effectivement le centre

de la dégénérescence fongueuse, qui pouvait porter à croire que la totalité de la tumeur était composée d'un produit analogue.

Le premier jour se passe avec assez de calme et de repos; il n'y a pas de fièvre; mais la nuit est un peu agitée.

Le lendemain, 14 décembre, quelques douleurs vagues se font sentir dans le membre, moins dans le foyer de la plaie que dans la continuité de la jambe et dans le genou. L'appareil est légèrement imprégné de sang. Diète continue, tisane émolliente.

Le 15, fièvre, insomnie, douleurs plus fixes, plus vives dans la jambe, au-dessous de l'appareil, avec rougeur, chaleur, gonflement. Les pièces extérieures du bandage sont relâchées; application de 35 sangsues disséminées sur la surface enflammée de la jambe. Potion calmante.

Le 16, soulagement assez notable; diminution sensible des signes inflammatoires. Potion de sulfate de quinine.

Le 17, mieux soutenu, sauf un peu de gêne par l'appareil et la position.

Le 18, état général moins satisfaisant; teinte altérée de la face; pouls plus fréquent; pesanteur et tension continues dans le membre. Application d'un bandage imbibé de décoction émolliente. Soulagement aidé par un changement de position. Prescription précédente.

Le 19, cette amélioration nouvelle ne se soutient pas; la face devient grippée; le pouls petit, concentré, nerveux; de l'embarras gastrique se manifeste par des hocquets, des nausées et le rejet de la potion de quinine. Quant à la plaie, la suppuration établie diminue la tension, le gonflement et la douleur du membre; l'inflammation locale enfin s'efface et disparait; mais les symptômes généraux s'aggravent en proportion; la fièvre revient avec de l'insomnie; l'embarras gastro-intestinal s'accompagne d'une constipation opiniâtre, avec des coliques et une teinte ictérique prononcée de plus en plus.

Le 20, à cet état se joignent des accidens cérébraux caractérisés par du délire nocturne, et les membres supérieurs sont saisis d'une raideur telle, que les deux bras fléchis machinalement sur la poitrine deviennent incapables de se soulever sous l'influence de la volonté. L'expression de la face est plus altérée; le regard fixe et inquiet du malade semble interroger toute notre pensée sur son sort.

Le 21, anxiété vive; plus rien à espérer, malgré les soins les plus empressés, les plus rationnels. L'appareil baigné de pus est renouvelé.

Le 22, affaiblissement extrême des forces; prostration des membres; affaissement du cerveau; coma profond.

Le 23, tout est fini pour notre pauvre malade; il semble se ranimer un instant et meurt.

L'autopsie cadavérique faite trente-six heures après, offre les altérations suivantes : le corps a une rigidité due en partie sans doute à la température; mais aussi aux symptômes de la dernière période. Le foyer de la plaie mis à découvert présente une couche de pus fétide, grisâtre, glutineux, répandu en nappe et infiltré sous les tégumens. La peau décollée circulairement a une teinte foncée non gangréneuse. La membrane synoviale, en rapport avec la plaie, parait légèrement injectée; mais l'articulation est intacte et lubréfiée de synovie, comme à l'état normal. Les ramifications des veines ouvertes à la surface du genou, et divisées au-delà dans une certaine étendue ne sont aucunement enflammées; leur sang est fluide, sans altération de couleur ou de consistance, et sans mélange de pus.

L'estomac conserve les traces d'une inflammation assez intense, avec injection rouge foncée de la membrane muqueuse, depuis la grande courbure jusqu'au pylore.

L'intestin grêle, cependant, est sain, ainsi que le gros intestin, qui est rempli de matières solides. Aucun viscère de l'abdomen, ni le foie, ni la rate, ni les reins, n'offrent de lésion notable. ni surtout de dépôts purulens, non plus que les poumons et le cœur qui restent sains, malgré une certaine quantité de sérosité dans la plèvre et même dans le péricarde. Le cerveau malheureusement n'a pu être examiné.

Le résumé de cette longue observation clinique suffira maintenant pour en faire apprécier les principales circonstances.

Une tumeur du genou siégeant à sa face interne, extérieurement à l'articulation, s'est développée d'une manière lente, graduelle, sans signes appréciables d'inflammation primitive, et presque à l'insu d'abord du malade, qui était un homme sain et robuste. Cette lésion, préparée en quelque sorte par un violent effort, déterminée ensuite par des contusions successives, a subi la double influence d'une cause éloignée et d'une cause occasionnelle. Les premiers accidens produits par une compression mécanique se sont aggravés par des ponctions intempestives, suivies d'hémorragie et d'ulcération. C'est alors que cette tumeur, qui primitivement avait été sans doute de nature sanguine, nous a paru formée d'un tissu dégénéré, en partie fongueux, en partie fibro-squirrheux, sans rapport direct avec l'articulation fémoro-tibiale qui se trouvait intacte, et avait conservé, ainsi que le membre, la liberté de ses mouvemens. Ces conditions locales, ainsi que les conditions générales de force et de santé, favorisaient une opération devenue urgente par l'ulcération progressive. L'extirpation partielle de la tumeur a été pratiquée de préférence à l'amputation du membre, et l'opération a été longue, difficile, douloureuse; des accidens consécutifs sont survenus: inflammation locale, fièvre, complication gastrique, réaction cérébrale, et la mort au dixième jour. L'apparence de quelques symptômes de résorption purulente n'a cependant fait découvrir à l'autopsie aucune trace de pus dans les veines, non plus que dans les viscères. Quant à l'examen anatomique de la tumeur, il avait confirmé le diagnostic.

Que conclure enfin de ce fait clinique ? C'est qu'après avoir justifié le principe chirurgical de l'opération, nous regrettons, par son funeste résultat, que l'amputation de la cuisse n'ait pas été pratiquée, de préférence à l'extirpation de la tumeur, malgré les raisons contraires les plus valables et les plus décisives.

OCCLUSION COMPLÈTE DE L'ORIFICE VAGINAL DE L'UTÉRUS CHEZ UNE FEMME EN COUCHES; INCISION DE LA MATRICE; observation communiquée par M. le docteur GALOPIN, médecin à Illiers.

J'ai l'honneur de vous adresser l'observation détaillée du fait suivant, que vous pourrez consigner dans votre excellent journal, si vous le trouvez de nature à intéresser, sinon à instruire vos lecteurs. Il s'agit d'une *occlusion complète de l'orifice vaginal de l'utérus* (museau de tanche) chez une femme en couches, qui a nécessité l'opération improprement dite *césarienne vaginale*.

Voici le fait :

OBS. — Une femme, âgée de 25 ans, bien constituée, tempérament sanguin, mariée depuis environ un an, enceinte pour la première fois, et ignorant, à douze ou quinze jours près, le terme de sa grossesse, fut prise, dans la soirée du 17 août dernier, de douleurs aux lombes et au bas-ventre, ne durant d'abord que quelques instans et revenant à des intervalles assez réguliers. Le lendemain, 18, sur les trois heures du matin, c'est-à-dire environ huit ou dix heures après leur invasion, ces douleurs étant devenues plus fortes et plus rapprochées, le mari de cette dame vint me prier de me rendre auprès d'elle. Ayant pratiqué attentivement le toucher, je pus facilement constater la bonne conformation de la vulve, du vagin, des os du bassin, mais il me fut impossible d'atteindre, au moins sur tous les points, jusqu'à la matrice, et force me fut d'attendre que de nouvelles contractions eussent suffisamment abaissé l'organe. Ce ne fut que sur les huit ou neuf heures du matin que je pus reconnaitre exactement l'état des parties, jusqu'alors inaccessibles. Voici ce que j'observai : Le fond de la cavité vaginale était passablement dilaté et formait, avec le col utérin un cul-de-sac parfait, dont il m'était aisé de parcourir avec le doigt tout le contour, même en arrière et en haut. Ce col, dont je ne pus, sur aucun point, sentir l'orifice, était très aminci, et, à sa disposition près (car, en raison du mode d'insertion du vagin sur lui, il était obliquement tendu du bas en haut et d'avant en arrière), à cette disposition près, dis-je, il simulait assez bien un petit diaphragme. Ayant cherché l'orifice avec tout le soin possible, et toujours inutilement, je pensai qu'il s'était oblitéré pendant la durée de la gestation, bien que, au dire de la femme, rien d'extraordinaire ne fût survenu à aucune époque de la grossesse.

N'ayant jamais rien vu de semblable, et ne me souvenant même pas avoir rien entendu dire, ni même lu rien de pareil, je me vis fort embarrassé, et je devais l'être d'autant plus que je ne pratique que depuis deux ans et demi environ. Pendant que je réfléchissais à la conduite que j'avais à tenir, les contractions utérines s'affaiblirent un peu et s'éloignèrent sensiblement. Je pratiquai une saignée; et, comme la femme qui me fournissait cette observation ne savait pas précisément le terme de sa grossesse, je me retirai, résolu d'attendre de nouvelles contractions plus fortes, espérant que les adhérences qui fermaient l'orifice utéro-vaginal pourraient alors être rompues, surtout si elles étaient faibles et récentes, à plus forte raison s'il n'y avait que simple agglutination.

De 9 heures du matin, moment où je quittai la femme, jusqu'à 4 heures après-midi, il y eut peu de douleurs, mais à ce moment elles redoublèrent, et je fus rappelé sur les 7 heures. On me dit que la malade avait répandu un peu d'eau. Je pensai que la matrice s'était ouverte d'elle-même. Il n'en était rien; les parties étaient dans l'état où je les avais laissées le matin, et cette prétendue eau n'était autre chose que des mucosités vaginales. Fallait-il attendre encore ? Non, sans doute, car, entre une infinité d'accidens, dont aucun n'est fort heureusement survenu, il pouvait, à la rigueur, se faire une rupture de l'organe gestateur, ailleurs que par sa partie correspondante au vagin, bien qu'en cet endroit il fût manifestement très aminci. Cependant, comme les contractions se ralentirent une seconde fois, et que, d'ailleurs, en pareil cas, j'éprouvais le besoin de m'éclairer des lumières d'une expérience plus longue que la mienne, je résolus d'attendre encore, bien disposé toutefois à opérer en cas d'imminence du moindre danger.

Dans la nuit du 18 au 19, que je passai près de la malade, les douleurs augmentèrent et diminuèrent alternativement. Enfin, le 19 au matin, sur les cinq ou six heures, des contractions plus fortes eurent lieu, et, après avoir conféré avec les parens de la patiente et l'avoir disposée elle-même, je priai M. Lannelongue, médecin à Illiers, très exercé et très expérimenté dans l'art des accouchemens, de m'aider de ses conseils. Ce médecin, après s'être livré au plus attentif et au plus minutieux examen, m'avoua ne pas avoir rencontré encore un cas pareil dans le cours d'une pratique de plus de trente années. Je lui proposai l'opération dite césarienne vaginale : ainsi qu'à moi, elle lui parut indispensable.

Comme, en raison du grand amincissement du col, le toucher ne nous apprenait rien sur le lieu précis qu'occupait l'orifice, et qu'il importait cependant d'inciser dessus autant que possible, voici la manière dont je crus devoir procéder à cette opération : J'introduisis le spéculum bivalve de mon ancien maître, M. Jobert; cet instrument nous permit de voir distinctement, vers l'union du quart postérieur avec les trois quarts antérieurs de la surface vaginale du col de la matrice, la cicatrice aplatie qui constituait l'oblitération. Dès-lors, je con-

fiai à M. Lannelongue le soin de tenir le spéculum; et, en déprimant le périnée par l'écartement inférieur des valves de l'instrument avec l'indicateur de la main gauche, dont je portai l'extrémité jusque sur la cicatrice en question, j'introduisis de la main droite un bistouri droit par l'ouverture extérieure circulaire du spéculum; puis une fois la pointe du bistouri sur le doigt indicateur gauche, je la plongeai sur la commissure droite de l'orifice oblitéré et enfonçai transversalement jusqu'à une ou deux lignes au-delà de l'angle gauche du même orifice. Je divisai du même coup et la cicatrice et les membranes. Un flot de liquide amniotique sortit aussitôt. Les instrumens furent sur le champ retirés. Quelques secondes après survint une contraction utérine extrêmement forte; je touchai, et, à ma grande satisfaction, je sentis la tête en première position par l'orifice rétabli, qui avait déjà acquis le diamètre d'un pouce et demi-coviron. Les douleurs s'étant alors ralenties, nous donnâmes le seigle ergoté, dont mon confrère s'était muni, et, une demi-heure après, l'accouchement était terminé. Au moment où j'écris (9 septembre), la mère et l'enfant, qui est un garçon, se portent bien.

Sans doute ce fait n'est point inouï; tous les auteurs s'accordent au moins à en reconnaître la possibilité. Quelques-uns, MM. Velpeau et Hatin entre autres, en citent des exemples (Velpeau, t. II, p. 217, 2e éd. —Hatin, 2e éd., p. 202 et 203). Pourtant on pourra m'objecter que j'ai pu me méprendre et que, dans les cas dont il s'agit, l'orifice du museau de tanche pouvait être simplement relevé vers l'angle sacro-vertébral, on bien que j'aurais pris la poche des eaux pour le col aminci et oblitéré; ce qui reviendrait à dire, dans la première supposition, que j'aurais pris pour une oblitération de la matrice, l'antéversion de cet organe; et, dans la deuxième, que j'aurais commis une erreur plus grossière encore. J'ai la certitude de n'être tombé ni dans l'une ni dans l'autre de ces erreurs. Ma conviction est basée :

1° Sur ce que, lors du toucher que j'ai dû répéter souvent et en donnant à la femme toutes les attitudes d'usage, mon doigt rencontrait partout le sillon circulaire formé par la membrane muqueuse au moment où elle quitte le vagin pour se porter sur le col utérin (il est clair qu'il en eût été autrement s'il y eût en antéversion);

2° Sur ce qu'en parcourant dans tous les sens la surface de ce col utérin tendu, je n'ai rencontré aucune inégalité ni saillie quelconque, que n'auraient point manqué de former les lèvres du museau de tanche, si cet orifice eût été dilaté à quelque degré que ce fût par la poche des eaux;

3° Sur ce qu'un praticien très exercé en pareille matière, après avoir scrupuleusement examiné, a senti et pensé comme moi;

4° Enfin, sur ce qu'au moyen du spéculum nous avons vu, distinctement vu, la cicatrice résultant de l'oblitération.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 29 OCTOBRE.

ANIMAUX FIGURÉS PAR LES ANCIENS.

M. Jomard, membre de l'Académie des inscriptions et belles lettres, annonce à l'Académie des sciences que la société formée à Paris pour l'exploration du territoire de Carthage, a reçu les quinze premières caisses de mosaïques recueillies par ses délégués, MM. Grenville, Temple et Fable. Ces pièces, dit M. Jomard, me paraissent présenter assez d'intérêt pour attirer l'attention des naturalistes. On y remarque, en effet, un grand nombre d'animaux de toutes les classes, et l'exécution est assez parfaite pour qu'on puisse reconnaître les caractères distinctifs. Parmi les quadrupèdes, il y a des panthères, des lièvres, des cerfs et beaucoup d'autres; il y a des reptiles et une très grande quantité de poissons de toute espèce, des coquillages, des seiches, des poulpes de différentes formes, enfin, des oiseaux aquatiques.

La section de zoologie est invitée à prendre connaissance des figures d'animaux qu'offrent les mosaïques en question.

VERS VIVANT SOUS LA MUQUEUSE QUI RECOUVRE LA PORTION ANTÉRIEURE DE L'ŒIL HUMAIN.

M. Guyon communique une observation de de M. Blot, médecin et propriétaire à la Martinique, lequel a vu chez une négresse de Guinée deux petits vers se mouvant avec beaucoup d'agilité entre la conjonctive et la sclérotique. Ces vers ont été extraits au moyen d'une incision pratiquée sur la conjonctive en un point du trajet qu'ils parcouraient. Un de ces vers, envoyé à M. de Blainville, est long de 38 millimètres, filiforme, brunâtre, se terminant en pointe par une de ses extrémités et finissant par l'autre en un mamelon dont la couleur noire tranche avec celle du reste du corps.

C'est, sans doute, à un ver de la même nature, et non au ver de Médine (*filaria medinensis*) qu'il faut rapporter ceux que Bajon et Mongin ont aussi rencontrés sous la conjonctive oculaire, le premier à Cayenne et l'autre à Saint-Domingue.

Voici l'extrait des mémoires de Bajon.

Dans le mois de juillet 1768, le capitaine d'un bateau de la Guadeloupe amena chez moi une négresse de six à sept ans, et me pria d'examiner un de ses yeux, dans lequel on voyait remuer un ver de la grosseur d'un petit fil à coudre. Je l'examinai, et j'observai, en effet ce petit animal, qui avait près de 2 pouces de long; il se promenait autour du globe de l'œil, dans le tissu cellulaire, qui unit la conjonctive avec la cornée opaque. En l'excitant à se mouvoir, je m'aperçus que ses mouvemens n'étaient pas droits, mais tortueux et obliques. La couleur de l'œil n'était point changée, et la négresse disait ne sentir aucune douleur lorsque le ver s'agitait ainsi; elle avait cependant un petit larmoiement presque continuel.

Après avoir réfléchi sur le moyen que je pourrais employer pour le tirer, je crus qu'en faisant une petite ouverture à la conjonctive, du côté de la tête de l'animal, et en l'excitant ensuite à se mouvoir, il sortirait de lui-même. J'agis donc en conséquence; mais le ver, au lieu de s'engager par l'ouverture que j'avais faite, passa à côté, et fut à l'endroit opposé à l'incision. Ainsi frustré dans mon espoir, je pris le parti de le saisir au milieu du corps avec de petites pinces, en même temps que la conjonctive; je fis ensuite, avec la pointe d'une lancette, une fort petite ouverture à côté de son corps, et, avec une aiguille ordinaire, je le tirai en double. Vingt-quatre heures suffirent pour compléter la guérison.

Voici la seconde observation :

Dans le commencement de 1771, une négresse, ménagère du gouverneur, M. de Piedmont, m'amena une jeune négresse, un peu plus âgée que la première. Je l'examinai de plus près et je vis un ver plus grand que celui dont je viens de parler, et qui, de même, se mouvait entre la cornée opaque et la conjonctive. Dans ce cas, la conjonctive se montrait enflammée et était douloureuse. Je proposai de recourir au même moyen que j'avais employé avec succès pour l'autre enfant, mais on n'y voulut point consentir. Je ne sais ce qu'il en sera arrivé.

Aux deux observations de Bajon j'en joindrai une qui m'est propre.

En 1828, me trouvant à Mompox, ville située sur la rivière de la Madelaine (Nouvelle Grenade), un pharmacien français, établi dans cette ville, me conduisit chez une négresse de vingt-cinq à trente ans, et qui était arrivée d'Afrique déjà dans l'âge adulte. Cette femme présentait du côté externe d'un œil un ver, qui se tenait le plus souvent caché entre le globe et la paroi externe de l'orbite, mais qui, de temps à autre, s'avançait en rampant entre la sclérotique et la conjonctive; lorsqu'il arrivait à la cornée transparente, dont l'adhésion à la conjonctive est plus intime, il ne pouvait continuer à avancer qu'en se contournant autour du bord de la prunelle, dont il embrassait quelquefois le quart de la circonférence, mais jamais davantage : la femme se plaignait de fourmillemens, qui étaient, disait-elle, principalement incommodes lorsque le ver était caché dans l'orbite; il y avait en quelquefois même des douleurs assez vives, qui avaient donné lieu quelquefois à des accidens nerveux; peut-être, au reste, la peur avait-elle autant de part à ces crises que la douleur.

La femme ne se rappelait pas d'avoir vu dans son pays d'autres personnes atteintes du même mal; elle ne put dire quel était le point de la côte où on l'avait amenée pour la vendre aux blancs, et le nom du lieu d'où elle avait été enlevée est inconnu aux géographes. Un chirurgien de Mompox avait voulu extraire le ver par le même moyen qu'avait employé Bajon : la malade s'y était refusée.

Pour en revenir à la note de M. Guyon, elle contient encore quelques considérations sur des vers contenus dans les tégumens du corps humain, et qui, suivant lui, devraient être rapportés à l'espèce dont nous venons de parler plutôt qu'au ver de Médine, auquel les ont assimilés plusieurs auteurs; tels sont les vers extraits du sérotum par Kœmpfer. Je me fonde, dit M. Guyon, pour ne pas y voir le ver de Médine, sur ce qu'il a suffi d'une seule traction pour les enlever. La raison est bonne pour séparer ces vers des dragonneaux, mais non pour les assimiler à ceux qui se montrent sous la conjonctive oculaire. En effet, dans le cas mentionné par Kœmpfer, on pourrait bien soupçonner qu'il s'agissait de larves d'œstres; car deux espèces au moins de ces larves, l'une qui ressemble à la larve de l'œstre du gros bétail, l'autre, notablement plus petite, se nichent assez fréquemment dans la peau de l'homme et même dans le lieu qu'indique Kœmpfer, d'où j'ai eu occasion pendant mon séjour en Amérique d'en extraire une de la première espèce.

M. Guyon fait observer que les jeunes filles qui font l'objet des observations de Bajon et de Mongin, de même que M. Blot, venaient toutes les trois d'Afrique (on a pu remarquer que c'est aussi le cas pour la malade que j'ai observée), d'où l'on serait, dit-il, induit à inférer l'origine africaine du ver qu'elles portaient. Ce serait, ajoute-t-il, un point d'analogie qu'il aurait avec le ver de Médine, lequel, comme on le sait, ne s'observe en Amérique que sur des individus venant d'Afrique. Il paraîtrait cependant, poursuit M. Guyon, qu'il y aurait une exception pour l'île de Curaçao; du moins c'est ce qu'on semblerait en droit de conclure d'un passage de la relation de Dampier et surtout du témoignage du baron Jacquin qui, au retour de ses voyages, disait à Brenner que le quart de la population de l'île souffrait du ver de Médine, et qu'il avait vu deux de ces vers chez un de ses compagnons de voyage qui n'avait jamais été ni en Asie ni en Europe.

Je connais moi-même un cas de dragonneau qui s'est développé en Amérique chez un Européen, qui n'avait jamais été non plus en Afrique ni en Asie; mais je ferai remarquer qu'il habitait une maison où s'étaient succédé en peu de mois beaucoup d'esclaves, amenés récemment de Guinée et qui presque tous avaient souffert ou souffraient encore du dragonneau.

NOUVELLE THÉORIE DE LA GÉNÉRATION DANS LES PLANTES.

M. A. de Saint-Hilaire lit l'extrait d'une lettre dans laquelle M. Wydler lui rend compte des observations qu'il a faites pour constater l'exactitude des résultats annoncés par M. Schleiden relativement à la formation de l'embryon. Les nouvelles observations qui ont été faites sur un grand nombre de familles

de plantes ont conduit, comme les premières, aux conséquences suivantes :

1° Les plantes ne sont pas pourvues de deux sexes, comme on l'a cru jusqu'à présent.

2° L'anthère, loin d'être l'organe mâle, est au contraire l'organe femelle : c'est un ovaire. Le grain de pollen est le germe d'une nouvelle plante; le boyau pollinique devient l'embryon.

3° La transformation du boyau en embryon a lieu dans le sac embryonnaire, qui paraît déterminer son organisation, et qui lui prépare en outre sa première nourriture.

4° Les tégumens de l'ovule servent à l'embryon surtout de demeure protectrice.

5° L'embryon gît librement dans le sac embryonnaire; il présente, par rapport à l'ovule, une situation inverse; sa base (extrémité radiculaire) étant dirigée vers le micropyle; son sommet (extrémité cotylédonnaire) vers le chalaze.

Après la lecture de M. Saint-Hilaire, MM. de Mirbel et Adolphe Brongniart prennent tour à tour la parole pour présenter quelques remarques sur ce qui leur semble exiger de nouvelles observations dans les faits annoncés par M. Schleiden; ainsi l'un et l'autre annoncent avoir constaté l'existence de la vésicule embryonnaire que le botaniste allemand considère comme n'étant autre chose que l'extrémité du tube pollinique dans des fleurs où la fécondation n'avait pas encore eu lieu. M. Ad. Brongniart rappelle de plus que, relativement à la formation du tube pollinique, et à la route que suit ce tube en se prolongeant vers l'ovule, il a publié depuis longtemps des observations qui ne diffèrent en rien d'essentiel de celles de M. Schleiden sur le même sujet.

RECHERCHES ANATOMIQUES ET MICROSCOPIQUES SUR LE FOIE.

MM. Dujardin et Verger adressent des recherches qu'ils ont faites en commun sur ce sujet.

On trouve dans les ouvrages des anatomistes et des physiologistes tant de contradictions sur ce qui tient à la structure intime du foie, à la distribution et aux fonctions de ses différens ordres de vaisseaux, qu'on est tenté de regarder comme insoluble la question de la formation de la bile dans cet organe. Cependant si, en s'aidant comme l'ont fait MM. Dujardin et Verger des lumières de la chimie et des secours de la micrographie, on prend la peine de répéter soigneusement toutes les injections et de répéter tous les faits anatomiques annoncés par les auteurs, on parvient à démêler les observations positives des inductions théoriques qu'on y a rattachées, et l'on reconnaît la possibilité, sinon d'arriver immédiatement à des résultats concluans sur tous les points de la question, au moins d'approcher de plus en plus de la vérité à mesure qu'on multipliera les expériences.

Voici les conditions principales auxquelles ces auteurs ont été conduits.

Ces conclusions peuvent se résumer dans les propositions suivantes :

1° Les lobules, d'une forme irrégulièrement ovalde, avec des prolongemens ou renflemens arrondis variables en nombre et en direction, sont entourés d'un réseau complexe formé par la capsule de Glisson et par les dernières ramifications de la veine porte, de l'artère hépatique et des conduits biliaires, dont aucune ne pénètre dans l'intérieur.

2° Les lobules, reposant immédiatement par leur base sur les rameaux de la veine hépatique, sont creusés au centre d'une cavité simple ou divisée en plusieurs branches, suivant le nombre de leurs prolongemens, laquelle cavité sert de racines à la veine hépatique et à elle seule.

3° Le parenchyme du lobule, absolument sans vaisseaux et sans plexus intérieur, se compose de corpuscules ovales ou globules d'une substance glutineuse, diaphane, coagulable par la chaleur, analogue à la substance vivante, que dans les animaux les plus inférieurs on a confondue mal à propos avec l'albumine, et entremêlée de petits granules, huileux pour la plupart.

4° Les corpuscules ou globules glutineux constituant les lobules sont disposés en séries rectilignes ou sinueuses, dirigées de la circonférence vers la cavité centrale, et laissent entre eux des lacunes, à travers lesquelles passent sans altération les corpuscules sanguins ou prétendus globules du sang, puisqu'on les retrouve dans le sang avant et après ce trajet. En même temps, par une action analogue aux phénomènes d'absorption et d'assimilation des animaux les plus inférieurs, ces lobules séparent du sérum les principes excrémentiels qu'ils rejettent sans cesse à la surface du lobule.

5° Le sang de la veine-porte arrive à la surface externe du lobule pour y subir, à travers les interstices du parenchyme, une sorte de filtration organique qui en sépare une portion excrémentielle résineuse ou autre, laquelle se retrouve sans altération dans les matières fécales.

6° Le sang de la veine-porte, après avoir subi l'action éliminatrice du lobule, arrive aux racines de la veine hépatique et y arrive seul, non point par des plexus vasculaires, mais par les interstices où les lacunes existant entre les globules glutineux du lobule.

7° Le sang de l'artère hépatique arrive, comme celui de la veine-porte, à la surface du lobule, par des vaisseaux d'un calibre quatre à cinq fois moindre; mais il n'y pénètre pas directement par imbibition, on de toute autre manière; il se distribue dans des réseaux et des houppes de capillaires, pour y sécréter les élémens alcalins ou autres, les seuls de la bile pouvant servir à la digestion, et préalablement devant dissoudre les matières excrémentielles séparées de la veine-porte par l'action du lobule.

8° La bile résultant de la combinaison chimique, effectuée entre ces deux sortes d'élémens sous l'influence de la vie, est absorbée par les houppes servant de racines aux conduits biliaires, lesquels, encore plus minces que les artérioles correspondantes, s'entrelacent dans les espaces intercellulaires avec les autres vaisseaux, sans avoir avec eux aucune communication vasculaire.

9° L'artère hépatique fournit donc très probablement les élémens digestifs de la bile, et la veine-porte n'en fournit que la portion excrémentielle, portion tout à fait impropre à la digestion, et qui passe inaltérée dans les excrémens. D'après cela, et en considérant les rapports de capacité de ces deux systèmes de vaisseaux, on peut dire que le foie est, pour les cinq sixièmes environ de sa masse, un organe d'hématose ou de respiration abdominale, et, pour un sixième coviron, un organe glandulaire sécrétant des sucs digestifs.

Les deux auteurs, au reste, sont loin de considérer le sujet qu'ils ont traité comme n'offrant pas lieu encore à d'intéressantes recherches; ils indiquent même quelques-uns des points qu'ils se proposent de soumettre encore à l'examen; ils veulent, par exemple, poursuivre plus loin qu'ils ne l'ont fait les filets nerveux qui leur ont paru se trouver seulement dans les capsules; répéter les injections des vaisseaux lymphatiques, ces injections ne leur ayant encore bien réussi que sur le foie du cochon; enfin examiner l'organe dans toutes les classes des vertébrés. M. Dujardin annonce avoir déjà recueilli de nombreuses observations sur le foie des reptiles et des poissons, ainsi que sur la distribution des vaisseaux lymphatiques dans cet organe.

SÉANCE DU 5 NOVEMBRE.

L'Académie procède, par voie de scrutin, à la nomination d'un membre pour la place devenue vacante dans la section de zoologie, par le décès de M. Frédéric Cuvier.

La liste présentée par la section porte les noms suivans :

1° M. Milne Edwards;
2° M. Valenciennes;
3° M. Duvernois;
4° (*Ex æquo*) MM. Deshayes, Alcide d'Orbigny;
5° M. Coste.

La section déclare qu'elle regrette de ne pouvoir porter sur cette liste M. Strauss, cadidat à l'élection précédente, et qui ne s'est pas présenté cette fois.

Avant le scrutin, le président donne lecture d'une lettre de M. Duvernoy, qui annonce renoncer à la candidature.

Le nombre des votans est de 54, majorité 28.

Au premier tour de scrutin

M. Milne Edwards obtient	33	suffrages.
M. Valenciennes,	19	
M. Strauss,	1	

Il y a eu un billet illisible.

M. Milne Edwards ayant obtenu la majorité absolue des suffrages est déclaré élu; sa nomination sera soumise à l'approbation du roi.

COLORATION EN ROUGE DE L'EAU DES MARAIS SALINS.

M. Payen adresse une note sur ce sujet. L'auteur, dans une précédente note adressée, il y a plus d'un an, et dont nous avons alors rendu compte, avait attribué la coloration en rouge qui se manifeste dans les eaux des marais salans, lorsqu'elles sont arrivées à un certain point de concentration, à la présence de petits crustacés dont M. Audonin détermina l'espèce et fit voir les affinités avec d'autres animaux vivans, dans des dissolutions salines, avec ceux des lacs de natron en particulier.

M. Turpin, ayant observé dans plusieurs des individus de cette espèce de crustacé (*Artemia salina*) des débris de ces végétaux rudimentaires que M. Payen lui-même avait reconnus être la cause des taches rouges qu'on voit apparaître à la surface de certains marbres blancs, crut que la couleur des artémia pouvait être due seulement à celle des fragmens de ce végétal (*protococcus Kermesinus*), contenues dans leur canal alimentaire.

M. Dunal crut pouvoir établir que les *protococcus Kermesinus* étaient seuls cause de la coloration des eaux des salines, et que les artemia n'y étaient pour rien. Aujourd'hui le botaniste de Montpellier reconnaît que son assertion est erronée, puisque M. Audouin ayant, il y a peu de temps, visité avec lui des salines qui présentaient ce phénomène, les deux observateurs trouvèrent des artemia salina dans des eaux fortement colorées en rouge, et ils ne purent y constater la présence d'aucun *protococcus Kermesinus*.

M. Payen, d'ailleurs, ne serait pas éloigné de croire qu'il pût exister des protoccus invisibles, parce qu'ils seraient incolores, et qui, une fois dans le canal alimentaire des artemia, prendraient la couleur rouge, et la communiqueraient aussi à ces crustacés.

MON DERNIER MOT SUR LES JUMELLES DE PRUNAY, JOINTES A TÊTES-BÊCHES; par M. GEOFFROY-SAINT-HILAIRE.

Ces merveilleux enfans doivent être venus hier soir, ou viendront aujourd'hui demeurer à Paris, hôtel de l'Athénée, rue Neuve-Saint-Roch, pour y commencer des travaux d'exhibition publique. Du moment que cesse pour moi, en ce qui les concerne, le champ des considérations scientifiques, à regret je ne puis leur continuer les soins de mon patronage; je ne le puis, sous peine de remplir près d'eux le rôle ridicule de leur cornac.

C'est plus merveilleusement encore, que les ayant doués d'une si étonnante richesse d'harmonie, la Providence les a jusqu'à présent protégés : maintenant, c'est contre l'assaut des mauvaises passions de notre état social. Nées le 7 octobre dernier, ces filles vivent toujours, aujourd'hui 5 novembre; elles dépérissaient visiblement vers la fin de leur première semaine d'existence. Marie-Louise fut atteinte d'une ophthalmie; mais après avoir pris le sein d'une bonne nourrice, elle se ranima et guérit rapidement. La gêne des parens et le souffle empesté de la spéculation ont fait recourir au fatal biberon que j'avais conseillé d'abandonner : elles vivent : sera-ce pour longtemps? Or, plus vivaces que jamais, c'est un effet du doigt de Dieu, lequel les consacrerait alors à de sublimes recherches de psycologie, à de nouvelles révélations touchant l'entendement humain.

Sous le point de vue de leur système organique et physiologique, elles arrivent fournir à notre savant confrère M. Serres, l'occasion de reprendre ses

magnifiques travaux sur *Ritta-Christina*, et d'ajouter à ses études concernant les lois de l'organisation animée; M. Serres ayant si heureusement aperçu que les phénomènes de la double monstruosité lui renouvelaient, et reproduisaient les données d'une *loi suprême*, qu'il venait de nommer *Loi de conjugaison et d'affinité*. (1)

Me pénétrant des vues transcendantes de notre grand physiologiste, je suis entré dans ses voies, en prenant la confiance d'étendre les principes de sa belle généralisation à tout ce qui est, ce qui s'organise et ce qui vit dans l'univers. J'en suis donc venu à comprendre et à formuler la règle restreinte jusqu'ici au domaine zoologique, la LOI-SERRES (*conjugaison et affinité*) à toutes les essences et matériaux, s'affrontant et se joignant dans l'univers. J'ai nommé cet ordre phénoménal, *attraction de soi pour soi*.

J'avais débuté, en janvier 1835, par la publication de mon écrit, LOI UNIVERSELLE, et là même, déjà développée sous la locution d'*attraction de soi pour soi*. Alors c'était contenu dans 64 pages in-4, qui terminaient mon ouvrage, *Etudes progressives d'un Naturaliste*. Cependant j'étais de suite passé aux développemens de ces idées, dans un livre *ex-professo*, savoir : NOTIONS DE PHILOSOPHIE NATURELLE; librairie de Pillot, rue Saint-Martin, 173.

Toujours préoccupé de ces mêmes vues, mais usant d'une réserve calculée, j'attendais que la Nature vînt à frapper quelques-uns de ses grands coups pour étonner la multitude, et pour diriger les savans dans la voie progressive ouverte devant eux; j'attendais les apparitions insolites de la double monstruosité, ne nous paraissant extraordinaires qu'au titre d'ignorées et d'inexpliquées. Mon ardeur pour la poursuite de ces cas particuliers de tératologie était proportionnelle à la grandeur de ma recherche, *la raison universelle de l'essence des choses*.

Un réglement en mon absence fut frappé : on me l'opposa judicieusement. La magistrature de nos *Comptes-rendus* voulut n'accorder à ma lecture du 22 octobre qu'une étendue de 4 pages. J'y vis un effet rétroactif dont je m'offensai, et dans ma vive susceptibilité, je m'exprimai avec ce mouvement de légèreté, *tout ou rien*. J'en fus puni, parce qu'on m'appliqua aussitôt la mauvaise partie du dilemme.

Je me retirai de cette lutte avec la résolution d'aller désormais pondre mes idées dans des nids étrangers, et du même pas je fus réclamer et j'obtins ailleurs la faveur, et comme l'aumône, d'un peu de place pour ma lecture du 22. Le samedi suivant 27, je parus dans la GAZETTE MÉDICALE. Dorénavant, si j'use encore des ressources accordées aux hommes laborieux de notre Compagnie, je serai *très* exact à me renfermer dans les dimensions prescrites de 4 pages, que je sais concédées : l'ayant fait dans la circonstance présente, je réclame l'insertion de cette note dans le *Compte-rendu* de la séance.

Je ne suis point encouragé à reprendre ici (*à l'Académie*) ces études tératologiques : je m'en ressouviendrai.

POST-SCRIPTUM.

Aujourd'hui 8 novembre, à trois heures de l'après-midi, l'enfant bicorps de Prunay vient de terminer sa bien triste existence. On était en réclamation à la police pour obtenir son agrément d'exhibition publique.

Je donnerai sous peu une lithographie très soignée du double enfant de Prunay, faite d'après le vivant; BROCHURE A PART.

G. S.-H.

POPULATION EN FRANCE.

M. Moreau de Jonnes présente un résumé des tableaux officiels des mouvemens de la population en France pendant les années 1835 et 1836.

NAISSANCES.

Années.	Enfans légitimes.	Enfans naturels.	Totaux.
1835	919,106	74,727	993,833
1836	906,318	73,502	972,820

Ainsi, en 1836, il y a eu 14,013 naissances de moins que l'année précédente, dont 12,788 légitimes et 1,225 illégitimes.

DÉCÈS.

1835	816,413
1836	771,700
	44,713 de moins en 1836 qu'en 1835.

MARIAGES.

1835	275,508
1836	274,143
	1,363 de moins en 1836 qu'en 1835.

ACCROISSEMENT DE LA POPULATION PAR LA DIFFÉRENCE ENTRE LES NAISSANCES ET LES DÉCÈS.

Naissances	993,833	979,820
Décès	816,413	771,700
Accroissement	177,420	208,120

Excédant de 1835 sur 1836, 30,700.

(1) Tome XI des *Mémoires de l'Académie des sciences*.

Population recensée	1836	33,540,910 habitans.
Population déduite	1835	33,332,790

RAPPORT DU MOUVEMENT DE LA POPULATION A LA POPULATION ANNUELLE.

		1835.	1836.
Naissance	1	sur 33	sur 34
Décès	1	41	43
Mariage	1	120	121

Il faut remonter jusqu'à une distance de 13 ans pour trouver une mortalité absolue aussi faible. Depuis 1824, le nombre des décès avait toujours excédé de beaucoup 771,700.

Quant à la mortalité ralative d'un décès sur 43 habitans, c'est la première fois qu'elle a lieu en France. La moindre de celles qu'a trouvées M. Moreau de Jonnès est celle de 1835, qui fut d'un décès sur 41,5 habitans, ou 2 sur 83.

Depuis 1816, la mortalité totale a varié de 38 à 40.

MACHINE A AMPUTER.

M. Larrey fait, en son nom et celui de M. Roux, un rapport sur l'appareil présenté par M. Casenaux, sous le nom de cilexcisteur. Les essais faits sur le cadavre par les commissaires, en présence de l'auteur, ont fait voir que la machine était plus propre à briser qu'à trancher les os, dans les cas mêmes où elle en ferait une section nette : cette ablation brusque aurait plus d'inconvéniens pour le malade qu'elle n'offrirait d'avantage par sa célérité. En résumé, les commissaires pensent qu'il faut louer dans l'auteur le désir qu'il a eu d'éviter des souffrances aux personnes obligées de se soumettre à l'amputation, mais que l'intention seule est à louer et que le moyen qu'il a préconisé serait d'une application dangereuse.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 6 NOVEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. MOREAU.

RAPPORT SUR UNE NOUVELLE ÉLECTION.

M. DESPORTES fait un rapport sur la règle à suivre dans la présentation de la liste des candidats pour la place vacante dans la section de thérapeutique générale. Le nombre des candidats inscrits est de douze; le réglement prescrit d'en présenter six au plus, trois au moins : la commission a cru devoir adopter le maximum dans cette circonstance; elle aura donc à choisir six candidats parmi les personnes inscrites et porter leur nom sur la liste de présentation qu'on doit lire en comité secret. (L'Académie adopte.)

ÉTIOLOGIE DES PIEDS-BOTS; THÉORIE DES ARRÊTS DE DÉVELOPPEMENT.

M. CRUVEILHIER: Mon rapport n'a trouvé une opposition véritable que dans la personne de M. Breschet, et cette opposition, dont la vivacité a été vraiment extraordinaire, n'a porté que sur la théorie des arrêts de développement dont mon collègue s'est constitué le défenseur. C'est donc contre l'argumentation de M. Breschet que ma réplique sera principalement dirigée; je n'ometterai pourtant pas de répondre en même temps aux objections qu'on m'a adressées par d'autres membres.

L'argumentation de M. Breschet peut se résumer en deux phrases : 1° que la formation des pieds-bots congénitaux dépend d'un arrêt de développement; 2° que la théorie des arrêts de développement est applicable à la formation de tous les vices de conformation.

En supposant que cette théorie fût vraie, on conçoit qu'il resterait toujours à savoir quelle est la cause déterminante de l'arrêt de développement; en conséquence, l'arrêt lui-même ne serait qu'un effet d'une autre cause et non la cause première de la difformité.

La théorie en question a été érigée en loi par Meckel et M. Geoffroi Saint-Hilaire; elle a trouvé un puissant appui dans les belles recherches embryogéniques de M. Serres, et est devenue une véritable science, ayant ses principes et sa technologie spéciale, par les excellens travaux de M. Isidore Saint-Hilaire. Cette théorie a pour idée fondamentale que le fœtus humain et celui des mammifères présente à certaines époques de l'évolution organique des formes analogues à celles des difformités congénitales. Suivant que l'évolution s'arrête à telle ou telle époque de la vie intra-utérine, il en résulte, dit-on, telle ou telle espèce de monstruosité.

Pour admettre cette théorie dans le cas qui nous occupe il faudrait prouver d'abord qu'il y a une époque dans la vie fœtale où les pieds offrent normalement une déviation analogue à celle qui constitue les pieds-bots. C'est ce que personne n'a jamais démontré, et que les planches mêmes de M. Breschet ni de M. Velpeau ne font voir.

Ayant eu par ma position d'enseignement l'occasion d'examiner un très grand nombre de fœtus à toutes les époques de la gestation, je me suis convaincu que la théorie des arrêts de développement n'est qu'une simple hypothèse, lo résultat d'un abus de l'induction, une erreur *a priori* en d'autres termes. Elle n'a nullement subi le contrôle de l'observation directe, et ne résiste point à l'épreuve du scalpel anatomique.

Je ne confonds pas, comme on le voit, l'arrêt de développement avec l'atrophie, ainsi que l'a fait par erreur M. Breschet.

Pour prouver à M. Breschet que son argumentation n'est qu'hypothétique, je n'ai qu'à lui demander l'explication du fait suivant : Un enfant est né par les fesses; ses pieds étaient tournés en haut et accolés aux côtés de la mâchoire; il avait les pieds et les mains bots, une luxation spontanée du genou, et manquait complètement de l'anus et du bassin. Où est-il l'arrêt de développement dans ce fait? est-ce dans la luxation du genou? mais le développement des parties était complet; est-ce dans l'absence du pelvis, etc.? Mais qui d'entre vous ne voit le vague d'une pareille présomption?

Les partisans de cette théorie vont jusqu'à dire que la femme n'est qu'un homme manqué, un homme arrêté dans son développement! (On rit.) Et qui d'entre vous peut s'empêcher de rire quand on vient vous assurer que le fœtus humain offre des branchies, l'organisation du têtard, à une certaine époque de la vie intra-utérine! (On rit.) Je ne dis pas cependant que M. Breschet pousse jusque-là sa croyance organogénique!! (On rit encore.) Quelque extraordinaires que ces assertions puissent paraître, je ne me refuserais pas de les admettre si elles étaient basées sur des faits; mais au lieu de faits je ne trouve que de simples hypothèses; aussi mon antagonisme pour la doctrine en question ne doit point vous étonner.

Qu'on regarde comme un arrêt de développement, l'occlusion de l'ouverture pupillaire, la persistance du trou de Botal, la communication chez l'adulte entre la tunique vaginale du testicule et le sac péritonéal, le manque d'oblitération de l'enveloppe séreuse du ligament rond de la matrice (ce qui donne lieu à une sorte de hernie inguinale congénitale chez la femme) l'absence de cicatrisation ombilicale (exomphale accidentel), cela se conçoit parfaitement; mais qu'on applique la même manière de voir à toutes les monstruosités, c'est là une généralisation aussi hypothétique qu'erronée. Prenons, par exemple, les monstruosités par excès, les monstres doubles, les membres surnuméraires, l'union par juxta-position, les mains palmipèdes, etc. Où est-il ici l'arrêt de développement? Il y a excès, au contraire, et M. Isidore St-Hilaire a été obligé d'admettre une loi d'*excès* de développement pour rendre raison de ces faits; M. Geoffroi St-Hilaire a eu recours à l'intervention de quelques accidens pendant la vie du fœtus, et Meckel lui-même à la supposition des maladies du germe.

Si nous passons des monstres par excès aux monstres par défaut, nous verrons que la prétendue loi des arrêts de développement n'est pas plus positive. Prenons, par exemple, la cyclopie, et les fentes qu'on rencontre sur la ligne médiane (bec-de-lièvre, extrophie vésicale, épispadias, hypospadias, exomphale, *spina bifida*). On a invoqué à ce sujet la loi organogénique de M. Serre, c'est-à-dire le développement centripède des organes. Cette loi, Messieurs, je l'ai cherchée en vain dans l'évolution des organes du fœtus humain. A quelque époque de la vie fœtale que j'aie exploré les organes, je n'ai rien trouvé d'analogue aux difformités dont il s'agit. On a dit qu'à une certaine période les viscères thoraciques et abdominaux étaient au dehors de leurs cavités, et qu'ils n'y rentraient que par les progrès du développement de l'organisme. Je n'ai absolument rien vu de pareil, malgré la multiplicité et la minutie de mes recherches, et je mets M. Breschet en demeure de me montrer la réalité des faits qu'il soutient. Si les viscères ne sont dans aucune époque de la vie fœtale en dehors des cavités qu'ils doivent occuper, les difformités en question ne peuvent pas s'expliquer par la théorie des arrêts de développement.

J'ai démontré que dans le *spina bifida* il y a toujours hernie de la moëlle. C'est cette hernie qui écarte mécaniquement les apophyses des vertèbres, et non l'arrêt de développement. Quant au bec-de-lièvre, il n'est pas plus explicable par cette théorie; car, je le répète, dans aucune époque de la vie fœtale, la lèvre n'est normalement bifide ni trifide; je dirai même à cette occasion que l'existence de l'os intermaxillaire est aussi hypothétique; si cet os se rencontre quelquefois, c'est par une sorte d'aberration rare de l'organisme, comme tant d'autres anomalies.

L'exomphale congénital n'a pas lieu dans le cordon ombilical, comme le présument les partisans de la doctrine : il se forme à travers une fente abdominale, et peut s'expliquer autrement, ainsi que nous allons le voir. D'ailleurs, dans les hernies des viscères abdominaux ou thoraciques à travers le diaphragme; dans celles du cœur et des poumons à travers les parois de la poitrine; dans les encéphalocèles, etc., où est-il l'arrêt de développement. Dans les luxations congéniales, dans les transpositions viscérales, dans les fractures intra-utérines, ainsi que Chaussier et M. Marc en ont vu des exemples, dans les absences des membres, du cerveau, de la tête, du bassin, etc., etc., où est l'arrêt de développement? Je pourrais multiplier ces exemples, si cela était nécessaire, et nous trouverions partout que la théorie dont il s'agit n'est qu'une hypothèse, une erreur *à priori*.

J'ai combattu la théorie des arrêts de développement, parce que je l'ai crue erronée; je ne suis pas pour cela obligé d'en donner une nouvelle. Tout ce que sais, d'après mes propres recherches, c'est que durant la vie intra-utérine l'enfant est sujet aux mêmes maladies que la mère, à l'inflammation, à des suppurations, à la pneumonie, et même aux affections cancéreuses. Ces maladies peuvent dénaturer, détruire les organes, et donner lieu à quelques-unes des difformités dont je viens de parler.

Je reviens actuellement au pied-bot congénital, et je persiste à dire que sa formation dépend uniquement de la compression que le fœtus éprouve dans le sein de la mère, et de la position vicieuse de ses membres. Cette idée avait déjà été avancée par Hippocrate. (L'orateur lit le passage d'Hippocrate relatif à ce sujet.)

Les objections de M. Velpeau portent en grande partie sur la théorie des arrêts de développement, elles sont par conséquent conformes à ma manière de voir. Quant au reste, M. Velpeau n'a pas nié que la compression pût être une cause de pied-bot; seulement il explique autrement son mode d'action; pour lui, c'est le poids du corps du fœtus lui-même, et non la compression de la matrice qui occasionne à la longue la déviation; pourtant les mains présentent souvent la même déviation que les pieds, ce qui ne s'accorde guère avec son idée. M. Velpeau a en même temps invoqué la rétraction musculaire avec Duverney (1); les cicatrices; et enfin l'opinion de M. J. Guérin, qui rapporte la cause des pieds-bots à des maladies de l'appareil cérébro-spinal ou des nerfs. Cela peut être admis pour les pieds-bots accidentels; mais pour les pieds-bots congénitaux, la chose ne paraît point probable. Dans les pieds-bots congénitaux, c'est toujours le pied antérieur qui est atteint de difformité, et si l'enfant offre deux pieds-bots, c'est aussi le membre antérieur qui est le plus difforme, parce que c'est sur lui que portent principalement le poids du corps et la compression de la matrice. D'ailleurs, jusqu'à ce que M. Velpeau montre qu'on peut distinguer les pieds-bots produits par les différentes causes qu'il a admises, je m'en tiendrai à la doctrine des pressions mécaniques. Je dirai enfin que j'ai contesté la nécessité, non les résultats de la section du tendon d'Achille dans le traitement du pied-bot congénital. Comme la nature de cette espèce de difformité consiste dans une déviation mécanique des os du tarse et du métatarse, j'ai dû conclure que des moyens mécaniques devaient suffire pour la combattre.

L'orateur termine en répondant aux objections de MM. Blandin, Rochoux et Capuron.

Le rapport et les conclusions sont mis aux voix et adoptés.

CAPSULES AMILACÉES.

M. Guéneau de Mussy lit un rapport officiel sur une nouvelle espèce de capsules destinées à faciliter l'ingestion de certains médicamens. Ces capsules sont composées de substances amilacées et couvertes d'une double couche de plaisir. (On rit.) L'auteur, M. Seurent, pharmacien, ne les destine que pour l'ingestion des médicamens en poudre, comme le cubèbe, etc.

TRAITEMENT MORAL DES MALADIES MENTALES.

M. Olivier d'Angers lit un rapport favorable sur un travail de M. Leuret concernant le traitement moral de la folie. Nous en avons fait connaître la substance lors de la lecture de l'auteur à l'Académie. (V. Gaz. Méd., 1838, p. 541.) La conclusion est d'adresser des remerciemens à l'auteur et envoyer son travail au comité de publication.

M. Bouillaud : Le traitement de la folie par l'intimidation jointe au raisonnement n'est pas nouveau; on le trouve conseillé dans une foule d'ouvrages, entre autres dans celui de Pinel; mais, bien qu'utile, cette méthode a l'inconvénient de ne pas guérir radicalement; on sait, en effet, que les récidives sont très fréquentes dans ces cas. Il serait à désirer, par conséquent, que la commission s'assurât d'elle-même si la guérison a été durable chez les deux malades dont vient de parler M. le rapporteur.

M. Rochoux : Le mode de traitement dont il s'agit est si peu nouveau qu'on le trouve recommandé depuis l'antiquité jusqu'à nous. Personne n'ignore, par exemple, l'histoire du traitement employé sur Georges III, roi d'Angleterre... (On rit.)

M. Dubois d'Amiens : Indépendamment de la question de la nouveauté qu'on vient de juger, il y a dans l'emploi d'une pareille méthode deux choses essentielles à éclaircir; la détermination des cas dans lesquels l'intimidation peut être employée impunément, et du degré de son intensité. Je conçois effectivement que si ce moyen peut être utile dans certaines limites, il peut être fort nuisible dans d'autres et augmenter même l'état d'aliénation.

M. Castel : Loin d'être nouveau, le traitement de la folie par l'intimidation et le raisonnement est fort ancien; on l'appelait autrefois traitement par la *diversion*. Cette méthode a été abandonnée parce que ses effets ont été quelquefois funestes; on sait en effet que la peur peut dans quelques cas produire la folie. Personne d'entre vous n'ignore l'histoire de ce fou dont parle Pinel et qui se croyait condamné à mort; il était fou par peur. Pinel le fit venir devant un tribunal formé par lui et par plusieurs de ses élèves, il fit plaider sa cause, le fit juger, on lui lut la sentence d'acquittement et il guérit. Vous voyez donc que la peur loin de guérir produit quelquefois la folie et qu'il peut être utile quelquefois d'abonder dans le sens des malades. Je ne vois pas du reste comment on peut se fonder à prodiguer tant d'éloges à la méthode de l'intimidation d'après deux seuls faits que l'auteur a présentés.

M. Londe : On vient déjà de vous prouver que la méthode de l'intimidation n'est pas nouvelle. Pinel entre autres en a parlé et Georget avait établi, comme un précepte important de pratique, de ne jamais abonder dans le sens des monomaniaques; mais il importe de dire que si l'intimidation peut être utile dans quelques cas, elle est fort nuisible ou inutile dans beaucoup d'autres. Elle est fort nuisible, car elle peut augmenter la maladie, et je sais l'histoire d'un malade connu de M. Esquirol qui mourut immédiatement après avoir été soumis à la douche forcée. J'ai eu l'occasion de traiter beaucoup de fous qui m'ont été dans un temps confiés par M. Esquirol; je me suis assuré que certains monomaniaques n'obéissaient que par la peur de la douche; en sortant de là ils revenaient à leur idée primitive et ils avouaient qu'ils n'avaient cédé qu'à la peur. Je crois par conséquent qu'il ne faut pas accorder à cette méthode plus de ce qu'elle mérite et qu'il serait dangereux d'en faire une application générale et rigoureuse.

M. le rapporteur répond aux objections précédentes. Il dit qu'il ne regarde pas la méthode en question comme tout à fait neuve ni d'une application générale; mais les deux faits de M. Leuret lui ont paru assez importans pour en proposer l'impression dans le prochain volume des mémoires de l'Académie.

Le rapport et les conclusions sont mis aux voix et adoptés.

M. Blandin présente un malade auquel il a amputé la mâchoire inférieure.

Séance levée à cinq heures.

(1) Note du R. — M. Cruveilhier attribue à tort à Duverney ou Delpech l'idée de la rétraction musculaire comme cause du pied-bot congénital. Aucun de ces auteurs n'a émis cette opinion, qui est précisément celle à laquelle mes recherches m'ont conduit. (J. G.)

ADDITION A LA SÉANCE DU 30 OCTOBRE.

CONCLUSIONS DU MÉMOIRE DE M. ORFILA SUR L'EMPOISONNEMENT PAR LES PRÉPARATIONS DE PLOMB.

Il résulte des expériences qui précèdent :

1° Qu'il suffit de *deux heures* pour que l'acétate et l'azotate de plomb, donnés à petite dose, développent sur la membrane muqueuse de l'estomac des chiens *vivans*, et quelquefois même sur celle des intestins, une altération *particulière* visible à l'œil nu, et qui consiste en une série de petits points d'un blanc mat, tantôt réunis dans le sens de la longueur et formant des espèces de traînées sur les plis de la membrane, tantôt disséminées sur toute la surface du tissu. Ces points, évidemment composés de matière organique et d'une préparation de plomb, adhèrent intimement à la membrane muqueuse, dont on ne peut pas les séparer, même en grattant pendant longtemps avec un scalpel ; ils fournissent instantanément et à froid, par l'acide sulfurique, du sulfure noir de plomb ; ils sont insolubles dans l'eau distillée froide ou bouillante, décomposables à la température ordinaire par l'acide azotique faible, avec production d'azotate de plomb.

2° Que l'on remarque la même altération chez les chiens qui ont vécu *quatre jours*, et qui avaient été sous l'influence des mêmes sels de plomb et aux mêmes doses que pendant *deux heures* ; que toutefois les points blancs, évidemment moins nombreux, ne sont plus visibles qu'à la loupe : d'où il suit que, s'ils ont été en partie décomposés ou absorbés par un acte vital, il n'a pas suffi de quatre jours pour les faire disparaître complètement ; qu'en tout cas l'acide sulfhydrique les noircit à l'instant même, et il ne faut pas plus d'une demi-heure d'ébullition avec de l'acide azotique à 30 degrés, étendu de son volume d'eau, pour former avec l'estomac et les intestins une quantité notable d'azotate de plomb.

3° Qu'en laissant vivre, pendant *dix-sept* jours, des chiens soumis, pendant *deux heures* seulement, à l'action de ces poisons, donnés aux mêmes doses, on ne découvre plus la moindre trace de *points blancs*, et que l'immersion du canal digestif dans un bain d'acide sulfhydrique ne développe plus de points noirs, même au bout de quatre heures ; mais qu'alors encore, si l'on fait bouillir les tissus pendant une demi-heure avec de l'acide azotique à 30 degrés étendu de son volume d'eau, il se produit une assez grande quantité d'azotate de plomb pour qu'il soit permis de conclure qu'on aurait pu retrouver une partie du plomb ingéré, même un mois après l'empoisonnement, en employant l'acide azotique.

4° Qu'il est dès-lors incontestable que le composé blanc de plomb et de matière organique qui s'était d'abord formé disparaissait au bout d'un certain temps, probablement après avoir été décomposé ; qu'en tout cas une portion du plomb qu'il renfermait reste combinée avec les tissus de l'estomac pendant un temps plus ou moins long.

5° Que l'on peut, d'après les caractères que présente l'estomac des chiens soumis pendant *deux heures* seulement à l'action de 36 grains d'acétate de plomb, et que l'on a laissés vivre, sinon déterminer rigoureusement l'époque à laquelle l'empoisonnement a eu lieu, du moins indiquer approximativement cette époque ; en effet, suivant que la vie des animaux empoisonnés s'est plus ou moins prolongée, on trouve dans la *première période* de la maladie des traînées et des points blancs visibles à l'œil nu. Dans la *deuxième période*, ces points ne sont visibles qu'à la loupe, et noircissent par l'acide sulphydrique. Ils sont en outre moins nombreux ; enfin, le caractère de la *troisième période* consiste dans la disparition des points blancs, dans l'absence de coloration noire par l'acide sulfhydrique, et dans la possibilité d'obtenir de l'azotate de plomb en faisant bouillir pendant une demi-heure l'estomac avec de l'acide azotique étendu de son volume d'eau.

6° Que si la dose d'acétate de plomb était plus forte ou plus faible que celle qui vient d'être indiquée (V. 5°), et que l'animal eût été sous l'influence du sel plus ou moins de deux heures, on observerait également les trois périodes dont j'ai parlé ; mais alors leur durée ne serait pas la même que dans l'espèce qui fait l'objet de ce mémoire.

7° Que l'altération dont il s'agit se forme indépendamment de tout acte vital, puisqu'elle s'est développée dans un estomac détaché du corps et déjà froid (V. expérience 8e).

8° Qu'elle a été constatée par nous une fois au bout de 17 jours d'inhumation et une autre fois 38 jours après l'exposition de l'estomac à l'air, et qu'elle était tellement visible dans les deux cas, qu'il n'est pas douteux qu'on ne puisse l'apercevoir plusieurs mois plus tard.

9° Qu'en admettant avec M. Devergie que les tissus du canal digestif à l'état normal contiennent une petite quantité de plomb, il devient extrêmement facile de distinguer si le plomb obtenu dans une expertise médico légale provient d'un sel introduit comme médicament ou dans l'intention de nuire, ou bien s'il appartient naturellement aux tissus ; en effet dans le premier cas, la présence de points blancs, semblables à ceux qui ont été décrits, ne laisse aucun doute ; et à défaut de ces points, on acquiert la même conviction en traitant le tissu pendant une demi-heure avec de l'acide azotique étendu d'eau bouillante, puisqu'il se forme de l'azotate de plomb ; caractères que ne présentent jamais les tissus du canal digestif lorsqu'ils ne renferment que le *plomb normal*.

10° Que l'on chercherait à tort à résoudre ce problème de médecine légale en s'appuyant sur les quantités de plomb que fournirait l'analyse ; car indépendamment de l'impossibilité où l'on sera d'indiquer, même d'une manière approximative, la proportion moyenne de *plomb normal* qui existe dans ces tissus, proportion qui, pour être ordinairement faible, pourra quelquefois être assez notable, il est une difficulté tout à fait insurmontable dans beaucoup de cas ; en effet, l'observateur nous apprend que souvent dans l'empoisonnement produit par des doses de poison susceptibles d'occasionner une mort prompte, les malades peuvent tellement vomir, qu'il ne reste après la mort, dans le canal digestif, que les *traces* de la substance vénéneuse ingérée, c'est-à-dire des quantités à peu près égales à celles que contient l'estomac à *l'état normal*. A quel mécompte ne s'exposerait-on pas alors, si, au lieu de recourir aux caractères positifs et tranchés que j'ai donnés, on se bornait à constater la proportion de la substance vénéneuse trouvée ?

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ PRATIQUE DE LA PHTHISIE LARYNGÉE, DE LA LARYNGITE CHRONIQUE ET DES MALADIES DE LA VOIX ; par MM. TROUSSEAU et BELLOC, docteurs en médecine de la Faculté de Paris ; accompagné de neuf planches gravées ; ouvrage couronné par l'Académie royale de médecine. — Paris, 1837. 480 pages in-8°. Chez J.-B. Baillière, rue de l'École-de-Médecine, 13 bis.

Le mot phthisie a conservé, dans le travail de MM. Trousseau et Belloc, tout le vague et toute l'extension qu'on lui accorde assez habituellement ; ainsi la phthisie laryngée n'est pas pour eux, comme on pourrait le croire, une maladie spéciale dépendant du développement des tubercules, mais comprend toute altération chronique du larynx pouvant amener la consomption ou la mort. Aussi nous regrettons qu'ils n'aient pas donné à leur volume, au lieu du titre vague et compliqué qu'il porte, celui plus simple et plus intelligible de Traité des maladies chroniques du Larynx, qui, nous pensons, lui aurait beaucoup mieux convenu.

Le nombre des travaux publiés sur ce sujet est assez restreint pour que l'historique de la maladie, que n'ont point oubliée les auteurs, n'occupe qu'un petit nombre de pages. Aux noms de Morgagni, de MM. Sauvée, Laignelet, Cayol, Papillon et Pravas, auxquels les auteurs auraient pu peut-être joindre celui du docteur Cheyne, se rattachent les principaux travaux publiés sur ce sujet.

Les altérations que présentent les sujets qui meurent à la suite d'une altération chronique du larynx sont de diverses natures ; les unes occupent la muqueuse ou les tissus sous-muqueux et les autres les cartilages. Nous ne suivrons pas les auteurs dans l'énumération de ces différentes altérations qui comprennent tous les états morbides que le larynx peut offrir, depuis la plus simple érosion jusqu'aux ulcérations les plus profondes et du caractère le plus fâcheux, à la nécrose, à la carie, ou à l'ossification des cartilages de l'organe et, enfin, jusqu'aux polypes, aux calculs, aux hydatides et autres produits anormaux développés dans le larynx ; nous ne trouverions rien de neuf à y signaler, et nous en dirons autant de l'étude des causes, qui sont trop nombreuses et trop variées pour que les auteurs aient pu en tirer quelques considérations importantes ; c'est sur cette variété des causes que sont basées les différentes espèces des phthisies laryngées qu'ils admettent et qui sont au nombre de quatre.

1° PHTHISIE LARYNGÉE SIMPLE. Elle est produite par les causes communes des phlegmasies en général, et n'est pas admise par tous les praticiens ; plusieurs pensent, en effet, qu'une partie des cas que l'on cite comme des exemples de cette espèce se rattachent à la phthisie pulmonaire, et nous devons convenir, nous aussi, que, de tous les cas cités dans ce travail comme étant des exemples de phthisie laryngée simple, un seul nous paraît mériter réellement ce titre ; et encore même, dans ce cas, la lésion ne se développa-t-elle qu'à la suite d'un coup violent reçu sur la partie ; toutes les autres observations ont été recueillies avant les belles et exactes recherches dont la phthisie pulmonaire a été l'objet de nos jours.

2° PHTHISIE LARYNGÉE SYPHILITIQUE. Cette espèce est trop généralement admise et repose sur des faits trop authentiques pour qu'elle puisse être un instant l'objet du doute ; il en est de même des deux suivantes :

3° PHTHISIE LARYNGÉE CANCÉREUSE. 4° PHTHISIE LARYNGÉE TUBERCULEUSE. Les symptômes de la phthisie laryngée sont fournis par les altérations de la voix, la toux, l'expectoration, la douleur, ou sont perçus par la vue, par le toucher. Ces symptômes sont, à peu d'exceptions près, les mêmes pour toutes les espèces ; aussi c'est plutôt dans les circonstances qui sont en-dehors de l'altération anatomique du larynx qu'on doit chercher le moyen de reconnaître chacune de ces espèces que dans les symptômes eux-mêmes. Nous nous bornerons à dire que l'emploi du *speculum laryngis* et le toucher paraissent aux auteurs ne devoir être que d'une très faible utilité dans la plupart des cas.

Nous passerons rapidement sur ce que les auteurs disent des modes de terminaison de la phthisie laryngée, car il est évident que la guérison n'est guère possible que dans deux espèces : la phthisie laryngée simple, qui est très rare, et la phthisie laryngée syphilitique, qui n'est pas très com-

mune, pour arriver au traitement, la seule partie où les travaux des auteurs aient ajouté à la science.

Nous ne nous arrêterons pas sur les antiphlogistiques, les révulsifs, les narcotiques, qui sont employés journellement, pour passer à la médication topique, à laquelle les auteurs attachent une grande importance, et qu'ils ont enrichie de quelques moyens nouveaux. Depuis longtemps, les médecins conseillent, dans les cas de phthisie laryngée, l'emploi des fumigations simples ou médicamenteuses; les auteurs, plus hardis, portent sur la muqueuse du larynx des médicamens liquides, doués de propriétés actives, et même des caustiques énergiques, tels que les solutions de nitrate d'argent, de sublimé, de sulfate de cuivre, de nitrate acide de mercure; mais le nitrate d'argent est celui qu'ils préfèrent, à cause de la rapidité de son action, de son innocuité constante et de son efficacité, éprouvée dans le traitement de presque toutes les maladies externes.

Pour porter le caustique dans le larynx, ils se servent d'une petite flèche de papier, roulée, et dont l'extrémité a été trempée dans la solution caustique, de manière à en retenir au moins une goutte, ou bien d'une baleine recourbée et armée d'un petit morceau d'éponge. Dans d'autres cas, ils se servent d'une petite seringue d'argent, semblable à celle d'Anel, dont le siphon a cinq pouces de longueur et se recourbe fortement à son extrémité.

Les collyres secs sont un autre moyen tonique, qui a été fréquemment employé par les auteurs et avec succès; ces collyres sont le sucre en poudre, le sous-nitrate de bismuth, le calomel, le précipité rouge, le sulfate de zinc, le sulfate de cuivre, l'alun, l'acétate de plomb et surtout le nitrate d'argent. Toutes ces substances sont, à l'exception du sous-nitrate de bismuth, mêlées avec des quantités de sucre en poudre, qui varient suivant leur énergie.

Quand ces différens moyens ont échoué, quand l'altération du larynx a fait tant de progrès que cet organe n'envoie plus aux poumons qu'une insuffisante quantité d'air, la trachéotomie est la seule ressource qui permette de prolonger les jours des malades, quelquefois même elle suffit pour amener une guérison complète. Les auteurs entrent dans quelques développemens sur le mode opératoire et sur certaines circonstances que leur expérience personnelle leur a permis d'apprécier; «car aujourd'hui, disent-ils, nous avons déjà pratiqué soixante-dix-huit trachéotomies, savoir : soixante-treize pour des cas de croup et cinq pour des cas de phthisie laryngée.» L'opération de la trachéotomie n'est vraiment qu'un moyen dilatoire; s'il existe dans le larynx et les poumons des désordres tels que toute guérison soit impossible, l'opération prolongera les jours des malades. Mais quand le larynx n'est atteint que d'ulcérations et de gonflement, et que les cartilages ne sont pas nécrosés, il y a encore lieu d'espérer la guérison. Nous renvoyons à l'ouvrage lui-même pour les détails de l'opération et les soins qui doivent la suivre, car cette partie de l'ouvrage est la plus importante et ne pourrait être analysée. Quant aux résultats obtenus par les auteurs, ce n'est pas ici l'occasion de nous en occuper; mais nous ne craignons pas de dire que, si ces résultats sont confirmés par ceux d'autres praticiens, ils auront réellement mérité de la science et de l'humanité. Leur travail aurait pu, il est vrai, être réduit aux dimensions d'un fort mémoire, s'il n'avait pas été imprimé avec un caractère d'une grosseur extraordinaire et tout-à-fait inusité pour les ouvrages de médecine; mais nous aimons à croire que les auteurs sont étrangers au motif d'intérêt qui a pu faire doubler ainsi la grosseur de leur volume. D'ailleurs, les neuf planches qui se trouvent à la fin de l'ouvrage, et qui ont toutes été dessinées par M. Chazal, ajoutent encore à sa valeur et pourront faire oublier cette circonstance, que nous avons cependant dû signaler, dans l'intérêt à la fois, et de la librairie médicale, et de ceux qui en consomment les produits.

VARIÉTÉS.

— On nous écrit de la Pointe-à-Pitre, 1er septembre 1838 :

«Nous avons la fièvre jaune depuis le 27 juin dernier. Elle a fait des victimes dans tous les rangs. La magistrature a perdu deux conseillers et le procureur du roi de *Marie-Galante*, plus un greffier de juge de paix. Plusieurs de nous avons été atteints de cette fièvre, mais les prompts secours en ont changé les caractères. La saison ne nous permet pas d'espérer que le fléau disparaisse de sitôt. La troupe fournit le plus de victimes, surtout l'artillerie. Dans une compagnie de 84 hommes, plus de 50 sont morts. La ville est dans la consternation. La maladie est dans dans tous les quartiers de la colonie.»

— La fièvre jaune exerce à Charleston (Etats-Unis) des ravages tels qu'on n'en avait pas vu depuis plus de vingt années. Des lettres de cette ville, en date du 12 octobre, annoncent que le fléau enlève chaque jour un grand nombre d'habitans.

— La séance annuelle pour la distribution des prix a en lieu lundi à la Faculté de médecine, sous la présidence de M. Orfila.

Après le discours prononcé par M. le professeur Marjolin, les noms des lauréats ont été proclamés dans l'ordre suivant :

PRIX DE L'ÉCOLE PRATIQUE.

Premier prix : Médaille d'or. — M. Becquerel (Alfred), de Paris (Seine).

Second premier prix : Médaille d'argent. — M. Barther (Charles-Ernest) de Narbonne (Aude).

Troisième premier prix : Médaille d'argent. — M. Ponchel (Pierre-Louis), de Marek (Nord).

Premier second prix : Médaille d'argent. — M. Rendu (Alphonse) de Maisons-Alfort (Seine).

PRIX MONTYON (Médaille d'or).

M. Landouzy (Hector), d'Epernay (Marne).

PRIX CORVISART.

Premier prix, partagé *ex æquo* entre MM. Joire (Ange-Marie), de Sceaux (Seine).

Deuxième prix : Médaille d'argent. — M. le docteur Andry (Félix).

— FACULTÉ DE MÉDECINE. La Faculté a ouvert ses cours d'hiver le samedi 3 novembre 1838. Ils auront lieu dans l'ordre suivant :

Anatomie: M. Breschet. Mardi, jeudi, vendredi, à dix heures et demie.

Chimie médicale : M. Orfila. Lundi, mercredi, samedi, à dix heures et demie.

Médecine légale : M. Adelon. Lundi, mercredi, vendredi, à midi.

Pathologie chirurgicale : MM. Marjolin et Gerdy. Lundi, mercredi, vendredi, à trois heures.

Pathologie médicale: MM. Duméril et Andral. Mardi, jeudi, samedi, à trois heures.

Opérations et appareils : M. Richerand. Mardi, jeudi, samedi, à midi.

Clinique chirurgicale : MM. Roux, à l'Hôtel-Dieu; Jules Cloquet, à l'hôpital de la Faculté; Velpeau, à la Charité; Sanson aîné, à la Pitié. Tous les jours le matin, de six heures à dix.

Clinique médicale : MM. Fouquier, Bouillaud, à la Charité; Chomel, à l'Hôtel-Dieu; Rostan, à l'hôpital de la Faculté. Tous les jours le matin, de six heures à dix.

Clinique d'accouchemens; M. Dubois (Paul), à l'hôpital de la Faculté. Tous les jours le matin, de six heures à dix.

MM. les étudians sont prévenus que le registre des inscriptions pour le premier trimestre de l'année scolaire 1838 1839 sera ouvert le samedi 15 décembre 1838, et clos le samedi 29 du même mois; que l'inscription ne sera donnée qu'à ceux des élèves qui auront fait acte de présence du 2 au 7 novembre inclusivement, conformément à l'arrêté de l'Université, en date du 26 septembre 1837.

Les élèves qui commenceront leur cours d'études ne seront admis à prendre leur première inscription qu'en présentant et déposant au secrétariat leur acte de naissance en bonne forme, un certificat de bonne vie et mœurs, le diplôme de bachelier ès-lettres, ou le certificat d'admission pour l'obtenir; et, s'ils sont mineurs, le consentement de leurs parens ou tuteurs. Ceux d'entre eux dont les parens ou tuteurs ne résident point à Paris devront en outre être présentés par une personne domiciliée à Paris, laquelle sera tenue d'inscrire elle-même son nom et son adresse sur un registre ouvert à cet effet.

Les étudians sont également prévenus qu'aux termes de l'art 8 de l'ordonnance du roi du 4 octobre 1820, la première inscription ne peut être prise qu'au commencement de l'année scolaire, c'est à dire pour le trimestre de novembre, et qu'en conséquence l'élève commençant son cours d'études, qui n'aurait pas pris l'inscription de ce trimestre, ne pourra s'inscrire que pour le trimestre de novembre suivant.

Les portes de l'amphithéâtre seront ouvertes à dix heures vingt-cinq minutes.

Le jour de l'ouverture de chaque cours sera annoncé par une affiche particulière.

—M. le docteur DONNÉ commencera chez lui, mardi prochain, 13, un cours particulier d'observations microscopiques; ces leçons pratiques, destinées à répandre de plus en plus les utiles applications du microscope aux études médicales, ne seront faites que pour un petit nombre de personnes à la fois; elles comprendront les divers élémens organiques des tissus et des liquides de l'économie; M. Donné se propose de faire un certain nombre d'expériences au moyen du microscope solaire.

— COMPENDIUM DE MÉDECINE PRATIQUE; par MM. LOUIS DELABERGE et MONNERET, docteurs-médecins, professeurs agrégés à la Faculté de médecine de Paris.

Huitième livraison, qui complète le deuxième volume.

Le conseil royal de l'instruction publique vient d'adopter cet ouvrage pour l'usage des écoles secondaires et des facultés de médecine, et pense qu'il y aurait lieu de souscrire pour un certain nombre d'exemplaires de cet ouvrage qui serait envoyé aux bibliothèques des villes où siègent les écoles secondaires et les facultés.

On souscrit à Paris, chez Béchet jeune, place de l'Ecole-de-Médecine, 4.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE DE FELIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 46. (TOME VI. — 1838.) SAMEDI 17 NOVEMBRE 1838.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°.—Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 14, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

Le bureau de la GAZETTE MÉDICALE est maintenant rue Racine, n° 14.

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE INTERNE.

NOTE SUR LE DIAGNOSTIC DE LA PÉRITONITE PRODUITE PAR LA PERFORATION DE L'ILÉUM; par Aug. Judas, médecin-adjoint à l'hopital militaire du Gros-Caillou.

La Gazette Médicale peut revendiquer le mérite d'avoir appelé l'attention des praticiens français sur le traitement par l'opium à haute dose dans la péritonite produite par une perforation intestinale, traitement éminemment rationnel, dont l'honneur appartient aux médecins anglais. Elle a traduit, en effet, en 1835, un article remarquable publié sur ce sujet dans l'Encyclopédie de médecine pratique, par M. Stokes, de Dublin. En 1837, M. le docteur Pétrequin a fait paraître un autre article dans lequel il rappelle le précédent et y ajoute d'importantes considérations.

Il résulte des faits rapportés par ces auteurs que les perforations intestinales sont curables, parce que l'humeur plastique épanchée par suite de l'inflammation du péritoine tend à oblitérer la solution de continuité. Il s'agit, pour concourir à ce but, de gagner du temps en soutenant les forces du malade, tout en modérant l'intensité de la phlegmasie, et d'immobiliser l'intestin, de paralyser le mouvement péristaltique, ce que la nature tente elle-même au moyen des adhérences.

L'emploi de l'opium administré à très hautes doses, à l'exemple de MM. Graves et Stokes, paraît remplir cette indication, comme tendent à le prouver de véritables succès. Il y a quatorze ans que le docteur Graves, de Dublin, a guéri par cette méthode et sans tirer une seule goutte de sang, deux sujets atteints d'une péritonite excessivement intense, développée à la suite d'une paracentèse. M. Stokes cite aussi plusieurs exemples de guérison. M. Pétrequin rapporte un fait qui n'est peut-être pas aussi concluant, car il ne me paraît pas démontré qu'il y ait eu, dans ce cas, perforation du péritoine.

La principale condition de réussite, c'est d'agir le plus tôt possible après l'accident. Si jamais il a été urgent de saisir l'opportunité, si jamais l'occasion a été prompte à s'évanouir, si jamais l'hésitation a été pernicieuse, c'est dans un danger aussi pressant. Que la péritonite soit simple, ou produite par une perforation, le temps est également précieux et il est d'autant plus nécessaire de porter un jugement prompt et sûr que non seulement les indications sont différentes, mais que la médication qui convient dans un cas dans l'autre est nuisible. On a remarqué, en effet, que les évacuations sanguines, si utiles dans la péritonite ordinaire, peuvent, dans l'autre circonstance, hâter la terminaison funeste. Or, chaque traitement étant maintenant bien différencié, toute la difficulté gît donc dans le diagnostic. C'est la question qui laisse encore le plus à désirer; c'es

Feuilleton.

DE L'IMAGINATION COMME CAUSE DU PROGRÈS SCIENTIFIQUE.

SECONDE LETTRE AU DOCTEUR V....

(Suite. — Voir le numéro du 3 novembre.)

Si je ne m'abuse, mon ami, il me semble que l'imagination, considérée sous le point de vue de la science, doit avoir gagné quelque chose dans votre esprit. Vous avouerez du moins qu'elle est une base aussi indispensable dans toute découverte, ou dans une grande composition scientifique, qu'un jugement profond et exquis dans un poëme ou le tableau d'un grand maître. On a dit avec raison qu'Archimède avait autant d'imagination qu'Homère; on peut également poser en principe que le tableau de la *Transfiguration* est un chef d'œuvre de logique aussi bien que d'imagination; il n'y a rien de grand, de complet, de parfait, de durable sans ces deux élémens fondus avec art dans une grande et sublime unité. Ce principe me paraît incontestable.

Dans ma lettre précédente, je vous ai entretenu du pouvoir de l'imagination quand il s'agit de découvertes, et le véritable progrès consiste dans l'invention; puis je vous ai fait voir que même dans l'art d'expérimenter, cette faculté a sa part d'action et d'influence; en sorte qu'elle donne toujours la première et la plus forte impression. Mais ce n'est pas tout, les données de chaque problème scientifique lui appartiennent également, parce que c'est elle qui les met en œuvre, qui leur assigne une valeur quelconque; et savez-vous pourquoi? c'est qu'il n'est donné qu'à l'imagination de concevoir les rapports les plus éloignés comme les plus multipliés des faits, de les coordonner, de les réunir dans une synthèse, d'établir le fait primitif de mille faits et qui les relie. C'est là conclure et achever, but auquel il faut tendre sans cesse, car à quoi serviront les faits les plus saisissans d'exactitude et de vérité si on les isole. Toutefois conclure demande une portée d'esprit, une puissance de raison, une profondeur d'observation, une sûreté de jugement qui n'appartiennent qu'à très peu de personnes; l'induction, c'est l'*esprit* qui anime le *verbe*, mais où sont les hommes qui possèdent cet esprit? Ne cherchez pas plus loin, mon ami, la cause qui fait que dans les sciences et surtout en médecine, il est si aisé d'observer, de rechercher, d'examiner, et si difficile de poser des principes solides; en tout il faut bien accorder l'initiative au fait sensible, matériel, mais au-delà il y a le *sens général* ou l'entendement qui plane au-dessus du monde de la contingence. Après l'expérience se trouve la science qui a son point d'appui dans la première, mais qui la dépasse et la complète; or, cette science consiste dans les rapports des faits; parvenir à les combiner, à les lier, pour établir des lois,

le point qu'il reste à élucider. On n'a été guidé jusqu'à présent que par des signes rationnels ; on n'a été éclairé par aucun caractère pathognomonique, et j'ai lieu de croire qu'il en est souvent résulté de fatales erreurs. Cette conviction, malheureusement acquise par mon propre fait, me décide à publier l'observation suivante, récemment recueillie dans mon service, quoique mon diagnostic ait failli sur le point capital, et que je n'aie point appliqué la médication indiquée, la seule qui offrît chance de salut. Ce revers, par une consolante compensation, m'a conduit à une observation que je crois nouvelle, et à l'aide de laquelle, si elle se confirme, le diagnostic pourra, dorénavant, je pense, se prononcer avec quelque certitude dans les cas les plus fréquens; c'est-à-dire dans ceux de perforation de l'iléom.

Obs. I.—Valme, âgé de 23 ans, fusilier au 33e de ligne, est entré à l'hôpital militaire du Gros Caillou, le 26 septembre dernier. Je l'ai vu pour la première fois le 27. Il était malade depuis cinq jours; il avait été deux fois saigné à la caserne. La veille au soir, on lui avait appliqué 30 sangsues à l'hypogastre. Il éprouvait à cette région une douleur extrêmement vive, circonscrite dans un très petit espace au-dessous du pubis. La moindre pression, le moindre contact lui arrachait des cris. Il se plaignait en même temps du besoin et de l'impossibilité d'uriner : cependant la vessie ne faisait point saillie ; la partie inférieure du bas-ventre était un peu tuméfiée, mais uniformément. Le visage était pâle, grippé; le pouls serré. Il y avait diarrhée; les ouvertures produites par les sangsues appliquées la veille donnaient encore du sang. Je prescrivis qu'on entretînt cet écoulement à l'aide de lotions tièdes et de fomentations émollientes; je fis appliquer 12 autres sangsues au pourtour de l'anus. Tisane de graines de lin dans la journée; le chirurgien de garde, appelé par le malade, le sonda, mais n'obtint point d'urine; il le fit placer pendant un quart-d'heure dans un bain de siége.

Le lendemain matin, même état général; l'hypogastre était plus soulevé et très douloureux encore; persistance de la dysurie et de la diarrhée. 10 sangsues sur chaque région iliaque, et recommandation d'entretenir, après leur chute, des fomentations émollientes; demi-lavement émollient. Mort dans la journée.

Autopsie. Dès que le scalpel eût pénétré dans la cavité péritonéale, il s'échappa de celle-ci un liquide séreux, teint en jaune par la suspension d'une matière stercorale très divisée. Les intestins étaient distendus par des gaz; le péritoine qui les recouvrait était d'autant plus injecté qu'on approchait davantage du bassin; là il était enduit d'une couche membraniforme qui faisait adhérer entre elles les anses des intestins et les fixait en masse à la ceinture pelvienne. En retirant avec précaution ce paquet intestinal, je remarquai vers la partie inférieure de l'iléum, sur un point correspondant à la face postérieure du pubis, un pertuis d'une ligne de diamètre au centre d'une couche épaisse de lymphe coagulée. Je retins cette portion et détachai le reste du tube digestif : il ne se présenta aucune autre ouverture. Je fis alors diviser soigneusement le canal alimentaire. L'intérieur du colon était légèrement phlogosé. L'iléum présentait plusieurs taches d'injection brune, et au point de la perforation de la tunique séreuse existait dans toute l'épaisseur de la paroi de l'intestin une perte de substance de quatre lignes de diamètre. Nous ne trouvâmes aucune autre ulcération. La vessie très contractée était enfoncée dans le bassin, et ne contenait point d'urine; ses parois étaient épaissies par le seul effet du resserrement; sa membrane muqueuse était très blanche. Les autres organes n'ont rien offert de remarquable.

On voit combien était avancé déjà chez ce malheureux malade le travail de la nature; on saisit jusqu'à l'évidence le procédé qu'elle a suivi, et l'on ne peut s'empêcher d'admettre qu'elle aurait probablement atteint le but si l'art lui était à propos venu en aide. Mais n'ayant pu obtenir aucun renseignement sur l'invasion de la maladie, ni sur la marche qu'elle avait suivie pendant les cinq jours qui avaient précédé ma première visite, j'ai pensé, et d'autres peut-être auraient pensé comme moi, n'avoir affaire qu'à une cysto-péritonite ordinaire qu'il était urgent d'entraver par un traitement antiphlogistique. L'autopsie m'a détrompé, hélas ! trop tard; mais elle m'a en même temps inspiré une appréciation plus rigoureuse des circonstances de cet accident, et je crois en avoir déduit des signes pathognomoniques dont la connaissance fera à l'avenir éviter un pareil malheur.

Suivant le docteur Stokes, les principaux caractères de la péritonite par perforation sont la soudaineté de l'attaque, la rapidité et la violence avec lesquelles la maladie marche vers une terminaison fatale et sa résistance à tous les moyens de traitement qui peuvent lui être opposés.

Les deux derniers caractères n'ont aucune valeur séméiologique, puisque ce sont des preuves *à posteriori*, des preuves posthumes, et que c'est précisément le résultat qu'elles impliquent qu'il s'agit d'éviter. Le dernier d'ailleurs établi, par une singulière inconséquence, sur l'inefficacité de tous les moyens de traitement, est virtuellement détruit par le fond même de l'article qui préconise avec raison une médication spéciale et souveraine. Le médecin de Dublin ne reconnaît donc en réalité qu'un signe, la soudaineté de l'attaque.

Cette circonstance doit être en effet prise en considération; seule cependant elle aurait peu de signification; car on ne doit pas oublier que c'est aussi le propre des autres phlegmasies des membranes séreuses de se manifester le plus souvent par une explosion subite. Elle n'emprunte une importance positive qu'aux coïncidences dont elle est accompagnée, telles que l'absence d'une cause appréciable ou la préexistence d'une altération qui a pu amener la rupture du péritoine : ainsi l'on a vu des cancers de l'estomac se terminer tout à coup par une perforation; dans ce cas les symptômes antécédens jettent une grande lumière sur le diagnostic; mais il n'en est pas ainsi des ulcérations de la moitié inférieure de l'iléum, celles dont j'ai déclaré m'occuper ici exclusivement. En effet, de l'aveu même de M. Stokes, elles ne suivent une marche lente que chez les phthisiques : le plus souvent la maladie est récente et a suivi une marche aiguë; ainsi pour ces accidens qui sont incomparablement les plus nombreux, vous n'avez qu'un indice équivoque, la soudaineté de l'attaque. Encore cet indice échappe-t-il quelquefois ! Nous y sommes surtout exposés, nous qui dans la pratique militaire avons souvent à traiter des Alsaciens ou des Bretons avec lesquels il nous est impossible d'entrer en communication orale.

Il faut donc chercher ailleurs, il faut chercher parmi les symptômes eux-mêmes des témoignages constamment aptes à déposer des désordres intérieurs.

En rapprochant les phénomènes morbides observés pendant la vie des documens fournis par l'inspection cadavérique, on ne peut s'empêcher de reconnaître dans le travail de l'organisme un grand effort pour parer au danger : tel est évidemment le but de cette couche plastique qui avait déjà presque entièrement fermé l'ouverture du péritoine et qui est un produit de l'inflammation instantanément excitée. Ainsi la péritonite, ce cri d'alarme si aigu, est en même temps un héroïque moyen de salut : *Adéoque et morbus et medicina est* (Vogel); c'est une fonction extraordinaire qui s'improvise dans une crise aussi grave.

Or la nature est toujours conséquente, toujours judicieuse, toujours prévoyante dans l'emploi de ses moyens quand elle marche vers un but

---

n'est-ce pas arriver au point culminant de la philosophie scientifique ? Ainsi plus on a d'imagination, plus on aperçoit de rapports des faits; plus ces rapports sont multipliés, plus il est aisé d'en saisir les analogies; plus ces dernières seront saillantes, plus aussi il sera facile de les rapprocher, d'en former un tout, d'arriver à cette doctrine parfaite dont *le principe contient toutes les conséquences et dont chaque conséquence fait reparaître le principe*. Le radical de toute synthèse féconde me semble par cela même une puissante imagination, parce qu'elle contient le plus grand nombre possible de faits, d'idées et de rapports. Ainsi cette faculté, par un rare privilége, peut donner l'évidence *intuitive* et l'évidence *déductive*, ces deux colonnes de toute science; mais sans la connaissance des rapports, il faut renoncer à l'une et à l'autre. Un philosophe étranger a donc raison de dire : « Avec l'esprit d'observation à un très haut degré, l'infini de l'univers en grand peut vous échapper; mais avec cet esprit et celui d'intuition, vous apercevrez l'infini dans une mitte, dans une poussière, dans une goutte d'eau. » Quoi de plus facile à concevoir ? Newton n'a-t-il pas démontré que la même force qui fait retomber une pierre ou une pomme sur la terre, retient les astres dans leurs orbites ? Le Titien ne trouva-t-il pas toute l'harmonie du coloris et du clair obscur en considérant avec soin les reflets de la lumière sur une grappe de raisin ? C'est donc uniquement par une suite infinie de rapports, par le fil non interrompu des analogies, qu'on obtient de tels résultats; et comment y parviendrait-on sans la magicienne qui voit ce qui est et ce qui peut être, qui, comme l'espace et le temps, contient dans son ample sein les faits et les idées, la certitude et le possible, les vérités acquises et les vérités pressenties.

Vous le voyez, mon ami, l'imagination à qui est réservé le droit d'inventer, sait aussi féconder avec patience, disposer avec sagesse, enchaîner avec habileté; le jugement seul ne saurait suffire, il ne voit pas assez loin. L'induction *ascendante* de Bacon, ce qu'il nomme si bien *scala intellectus*, méthode vantée de nos jours comme la véritable philosophie, celle des faits et de l'observation, reste dans le domaine de l'imagination. De Maistre a dit : « Il faut que deux vérités s'épousent pour en produire une troisième. » Sans doute, mais la méthode analytique uniquement employée serait inféconde. En raison de ses procédés fractionnaires, il y a incapacité d'embrasser un ensemble, et par là faiblesse capitale de déduction.

A la vérité toutes les sciences ne sont pas susceptibles d'une telle rigueur. Il en est où en passant d'une proposition à d'autres propositions, on sent toujours l'ordre qui les enchaîne, les liaisons qui les rapprochent, l'identité qui les confond, et pour tout dire l'unité de l'objet sur lequel elles reposent; ainsi, comme on l'a observé, en mathématiques tout se lie; il y a une *première* vérité, une *seconde*, une *troisième*, etc.; on trouve la cinquième vérité dans la quatrième, la quatrième dans la troisième, etc.; mais dans aucune autre science, il n'est guère possible de procéder avec cette régularité, car la chaîne se rompt à chaque instant. C'est surtout en médecine où il est plus difficile de tendre à l'unité, à des principes fortement déduits, parce que les données de chaque problème sont trop multipliées. Avec la plus rare exactitude on ne peut arriver qu'à des approximations, et il est toujours à craindre que les quantités négligées n'aient une influence inappréciable pour nous. Il n'en est pas moins vrai cependant que ceux qui ont le plus d'imagination, saisissant par là le plus de rapports et d'affinités dans les phénomènes, sont seuls capables de fonder une synthèse, une théorie, une doctrine et de prendre rang parmi les législateurs de

déterminé: tout concourt, tout conspire à ses fins, surtout quand elle tend à un grand résultat. Ici cependant où la vie est en péril, elle serait en défaut si, cherchant à oblitérer la perforation par une couche de lymphe coagulable, elle abandonnait l'intestin mobile aux continuels déplacemens auxquels il est exposé à cause de sa propre péristole et du jeu des parois abdominales. Cet intestin devra donc, par un mécanisme facile à expliquer, être poussé dans le bassin dont la ceinture osseuse n'exerce aucune réaction, aucune pression, et fournir un point fixe aux adhérences. Voilà pourquoi l'inflammation a son point de départ dans le bassin; pourquoi la douleur se manifeste d'abord dans un espace très circonscrit à la partie inférieure de l'hypogastre et derrière le pubis: voilà pourquoi c'est en ce point qu'à l'autopsie on trouve la perforation.

Mais dans cet asile même il y aurait encore une cause incessante de déplacement si la vessie, soumise aux alternatives d'ampliation et de resserrement par suite de sa plénitude ou de sa vacuité, continuait à recevoir de l'urine: or c'est ici que la puissance médicatrice se manifeste avec le plus d'éclat. L'action des reins est tout à coup enchaînée; la sécrétion de l'urine est supprimée: le malade se plaint de ne pas uriner, et si l'on sonde on ne trouve pas de liquide dans la vessie; cette poche contractée sur elle-même occupe dans un coin du bassin le plus petit espace possible. C'est avec la même sagesse que dans une hémorragie traumatique, en même temps que d'un côté le caillot bouche la lumière du vaisseau divisé, d'un autre côté le mouvement du cœur est arrêté par la syncope et le cours du sang est suspendu.

Voilà donc deux symptômes, *le point de départ de la douleur péritonéale à l'hypogastre et la suppression d'urine*, qui sont corrélatifs; ils sont étroitement liés l'un à l'autre, comme étant soumis à la même cause et concourant au même résultat: ce sont les conditions indispensables à l'accomplissement de l'œuvre entreprise par la nature: ils sont donc nécessaires; ils sont constans; ils se reproduiront identiquement dans tous les cas analogues: c'est ce qui constitue leur titre pathognomonique.

Cette prévision a en effet été confirmée par l'observation et par les recherches auxquelles je me suis livré. Le docteur Barthélemy, chirurgien aide-major à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, m'a raconté un fait de sa pratique civile exactement semblable, et pour les symptômes et pour les phénomènes cadavériques, à celui que j'ai rapporté plus haut. Il y a peu de jours, et pendant que je travaillais à cette note, j'ai annoncé chez un malade traité par le docteur Camille-Piron, médecin ordinaire, une péritonite produite par perforation de l'iléum, et l'autopsie a justifié mon diagnostic.

Voici l'observation que mon obligeant collègue a fait rédiger à ce sujet.

Obs. II. — Mangeot, fusilier au 53e de ligne, est entré le 18 octobre dernier avec une pleuro-pneumonite aiguë dont les symptômes sont intenses et parfaitement caractérisés. Quatre saignées pratiquées successivement dans les premiers jours, une diète sévère et l'emploi des boissons adoucissantes joint à celui des révulsifs, apportent une amélioration rapide à son état.

Du côté de l'abdomen, il n'y a point de douleur; seulement un peu de constipation qui fut combattue avantageusement par quelques lavemens émolliens.

Mais en même temps que par cette médication active les symptômes de la pleuro-pneumonite disparaissent, le malade ressent dans l'abdomen une douleur vive, fixe, circonscrite d'abord dans la région hypogastrique, avec suppression complète d'urine. Malgré l'emploi des antiphlogistiques, cette douleur s'aggrave; des nausées, des vomissemens et la diarrhée surviennent; la face se grippe; la respiration est courte; les extrémités sont froides, et le malade expire le 31 à midi.

Autopsie. — La poitrine n'offre point d'altérations; la résolution est parfaite, seulement quelques adhérences à la partie inférieure gauche.

Dans l'abdomen et près de la valvule iléo-cœcale, on remarque une perforation dont l'ouverture plus large à l'intérieur par la destruction de la membrane muqueuse laisserait à peine passer à l'extérieur une tête d'épingle. La membrane séreuse dans la région hypogastrique offre les traces d'une péritonite aiguë provoquée par l'épanchement du liquide intestinal qui remplit la cavité péritonéale. Autour de la perforation se fait remarquer une exsudation membraniforme avec commencement d'organisation et d'adhérence. La vessie est vide, enfoncée dans le bassin et réduite à la grosseur d'un œuf de pigeon.

Ce malade avait été aussi cathétérisé; mais la sonde, introduite dans la vessie, ne put être abaissée, et l'on n'amena en la retirant que quelques gouttes d'une urine claire et sans altération d'odeur.

M. Stokes avait déjà signalé, sans en saisir toute la portée et sans en comprendre la nature, l'état de la vessie. Voici comment il s'exprime: « Un autre phénomène remarquable, c'est l'irritation de la vessie qui se manifeste subitement par l'impossibilité de rendre les urines et par le besoin continuel d'uriner. Cette irritation des organes urinaires a été observée dans la plupart des cas, et dans deux elle a été le premier symptôme qui s'est manifesté. » Ce qui a *empêché* l'auteur anglais d'attribuer à cette observation son véritable sens, c'est qu'il s'est placé dans un faux point de vue: il croit qu'il y a *irritation* de la vessie; il regarde par conséquent ce phénomène comme une complication qui peut être fréquente, mais qui n'est pas nécessaire. qui n'est pas constante; elle a tout au plus pour lui l'importance du coryza et de l'angine qui précèdent la rougeole et la scarlatine. Mais dans un moment aussi décisif la valeur douteuse de ces prodromes est-elle suffisante? Il n'y a point irritation de la vessie; cet organe est intact; sa membrane muqueuse est très blanche; le peu d'urine qu'il contient n'a éprouvé aucune altération de couleur ni d'odeur. Ce n'est point à la vessie qu'il faut s'arrêter; il faut remonter jusqu'aux reins: ce sont eux qui, influencés *synergiquement*, ont suspendu leur action sécrétoire. M. Stokes n'a point remarqué que cette coïncidence n'existe que lorsque la perforation a lieu dans la partie inférieure de l'iléum; il ne l'a point rattachée à la tendance réparatrice de l'organisme; il n'en a point vu la corrélation avec cet autre signe, *la naissance de la douleur dans le bassin*, et cependant ce trait est bien dessiné à son insu dans l'observation qu'il a donnée à la suite du passage que je viens de transcrire: le malade se plaignait d'une douleur vive et continuelle dans la région de la vessie, c'est-à-dire dans le bassin.

Ainsi l'observation, d'accord avec le raisonnement, m'autorise à poser comme un principe la proposition suivante: chaque fois que le péritoine est perforé à la suite d'une ulcération de l'iléum, et qu'il y a épanchement, la partie lésée se réfugie dans le bassin, la douleur part de cette cavité, et se fait d'abord sentir derrière le pubis et à l'hypogastre; il y a en même temps suppression d'urine et besoin trompeur d'uriner.

Cet énoncé résume toute la maladie: il en est peu dont la marche soit aussi constante, aussi uniforme, et dont le diagnostic, j'espère qu'on pourra dorénavant le dire, soit par conséquent aussi facile. Je crois qu'il est aussi permis d'ajouter qu'en adoptant la méthode de Dublin il n'en est pas dont le traitement soit plus rationnel.

---

la science. Voilà pourquoi ces derniers sont si rares, tandis que les simples observateurs sont si communs; voilà pourquoi il y a tant de *travailleurs* et réellement si peu de *producteurs*. Ceci explique en outre comment les mêmes objets semblent se prêter à des interprétations si diverses; toutes les vérités sont incarnées dans les faits; cependant la manière de les en faire sortir diffère selon les esprits; aussi voit-on beaucoup de propositions qui émanent moins du sujet observé que du sujet observateur; mais quiconque, par une vue perçante de l'imagination, verra le plus de rapports dans les phénomènes, pourra fonder avec certitude, poser de profondes et solides assises. Pourquoi cette affligeante polysynodie médicale actuelle? Pourquoi tant d'essais infructueux de théories, à l'exception de celle de l'irritation, qui a réellement ébranlé la science? C'est qu'il n'est donné qu'à très peu d'esprits d'avoir une imagination hardie et créatrice, même quand il s'agit de grandes erreurs. On s'en tient aux faits, et tel observateur qui les accumule, sent aussitôt brouiller sa petite collection d'idées, dès qu'il veut, par la méthode philosophique, procéder du concret à l'abstrait, en un mot formuler son expérience en théorie. Et pourtant le besoin le plus urgent de la science est un besoin d'édification; de l'aveu même des praticiens, quel est de nos jours le *desideratum* le plus grave de la médecine, c'est évidemment la synthèse. La plaie la plus dangereuse qui menace la science, n'est-ce pas en effet cette analyse exagérée produisant si l'on veut des parties admirables, d'importantes spécialités, mais qui détruit l'unité, autrement dit, ce qui constitue la science et lui assigne un rang dans la hiérarchie des connaissances humaines? Maintenant les faits sont nombreux, la terre est riche et bien remuée, mais qui fera la moisson? Encore une fois l'homme qui verra le mieux le point de réunion où les vérités se touchent, car la vérité universelle n'est elle-même que le point de convergence des faits et la chaîne de tous les rapports.

Vous avez un esprit trop éclairé, mon ami, pour ne pas voir qu'il ne s'agit point ici de l'art de souffler ces folles bulles de savon qu'on nomme hypothèses, mais d'une théorie à base large, véritable expression, autant que possible, des phénomènes observés. Il ne faut pourtant pas trop s'effrayer de toute tentative. Quant à moi, je le redis hautement, sans l'hypothèse, l'effroi des petits esprits, la science se serait éternellement traînée dans un empirisme étroit; elle ne se fût pas exercée aux systèmes de toute sorte, qui, sans être la vérité, en étaient la préparation et comme la condition préalable. Mais toujours voir, toujours palper, toujours flairer, toujours mesurer, toujours analyser, toujours s'en rapporter aux sens, c'est se livrer à des guides incompétens, c'est s'arrêter aux apparences, et déserter la philosophie de la science (1). Et pourtant les hautes abstractions de la science de l'homme ne sont pas à négliger, comme on ne cesse de le redire; en effet, idéaliser ou abstraire, c'est comprendre la réalité plus profondément que les esprits vulgaires; car c'est saisir

(1) Hobbes, qui attaqua constamment la méthode de Bacon, et se moqua du physicien Boyle, faisait très peu de cas de la philosophie expérimentale. « S'il faut, disait-il, donner le nom de philosophe à un faiseur d'expériences, le cuisinier, le parfumeur, le distillateur, sont aussi de vrais philosophes. » Mais, de nos jours, *l'hobbisme*, ce grand et bizarre système, est tout à fait en défaveur, et le célèbre auteur du Leviathan n'a pu faire dominer ses idées sur celles de ses adversaires.

Il faut l'employer sur le champ : on administre une pilule d'un grain d'opium toutes les heures. On peut en faire prendre 24 le premier jour; on diminue graduellement les jours suivans. L'emploi de l'opium donné par les Anglais à de très hautes doses dans plusieurs maladies n'a souvent déterminé aucun des effets qui en rendent l'usage si difficile dans les circonstances ordinaires.

M. Pétrequin conseille judicieusement de s'abstenir de tout lavement et de remplacer la tisane par de petits glaçons que le malade laissera lentement fondre dans sa bouche. Je crois qu'on devrait en outre, lorsque les localités le permettraient, saturer l'air ambiant de vapeur aqueuse.

Si l'inflammation du péritoine était trop violente, on pourrait chercher à la modérer, sinon par quelques applications de sangsues, du moins par des onctions mercurielles.

La constipation opiniâtre, comme le fait observer M. Pétrequin, est un inconvénient de ce traitement contre lequel le praticien doit être en garde: les Anglais, pour avoir donné trop tôt des purgatifs, ont vu reparaître tous les accidens. Il faut d'abord recourir aux suppositoires, puis aux lavemens émolliens, et plus tard aux lavemens huileux et laxatifs. On se gardera d'administrer par la bouche aucun cathartique.

THÉRAPEUTIQUE.

EXPÉRIENCES CLINIQUES SUR LE KERMÈS MINÉRAL OU OXIDO-SULFURE HYDRATÉ D'ANTIMOINE, COMME AGENT VOMITIF OU PURGATIF; par M. A. TOULMOUCHE, docteur-médecin à Rennes, membre correspondant de l'Académie royale de médecine, etc., etc.

La médication vomitive étant l'une des plus importantes en thérapeutique, j'ai cru qu'il pouvait être utile d'essayer comparativement les divers agens médicamenteux propres à la produire, et de chercher par un grand nombre d'essais à dissiper les incertitudes qui se font remarquer relativement à la fixation de leurs doses, dans les divers traités de matière médicale. En conséquence, après avoir longuement expérimenté sur l'action du tartre stibié, donné, soit seul, soit associé à d'autres substances, et surtout à celles qui passaient pour en annihiler constamment les effets, et en avoir publié les résultats (GAZ. MÉD., n. du 22 mai 1838), j'ai entrepris une suite d'expériences sur le kermès minéral, puis sur le soufre doré d'antimoine, le sulfate de zinc, celui de cuivre, comparativement, et considérés comme vomitifs. Il ne sera question, quant à présent, que de celles faites sur le premier.

Le kermès minéral, regardé par M. Berzelius comme un sulfure d'antimoine hydraté, ne contenant de l'oxide qu'autant qu'il retient de l'hypo-antimonite de potasse, est employé depuis le dix-septième siècle. Il fut découvert par un chartreux, en 1714, prescrit avec succès par Lemery, en 1718; et enfin acheté deux années après par le gouvernement qui en divulgua le secret.

Ayant consulté tous les auteurs qui ont traité de l'action de ce médicament, et ayant constaté que la plupart n'ont fait que répéter ce qu'avaient écrit leurs devanciers, et parler vaguement ou avec incertitude de l'infidélité de son action vomitive comme incontestable, malgré qu'ils ne s'appuient aucunement d'expériences cliniques précises, et en nombre suffisant pour éclaircir ce point de thérapeutique, j'ai cru qu'il y avait dans la science lacune à cet égard, et je me suis mis à expérimenter.

Je dirai plus bas les résultats concluans auxquels on peut s'arrêter; mais avant j'établirai la preuve de ce que je viens d'avancer.

Emery et Geoffroy n'ont guères parlé du kermès que sous le rapport de sa composition et de ses propriétés chimiques.

Desbois de Rochefort regardait la dose de deux grains du même sel antimonial comme forte. Cependant on le donnait, dit-il, comme émétique à celle de quatre, six et huit. Mais c'est un vomitif infidèle et incertain, et il est légèrement purgatif.

Alibert, dans ses NOUVEAUX ÉLÉMENS DE THÉRAPEUTIQUE ne considère cet agent que comme béchique ou expectorant.

M. Barbier, dans son TRAITÉ DE MATIÈRE MÉDICALE, décrit d'abord les divers modes de préparation du kermès, et dit que pris à la dose de 4 à 6 grains en une seule fois, il irrite les voies intestinales, provoque les vomissemens; mais que son action vomitive est moins certaine et moins fidèle que celle de l'ipécacuanha et du tartre stibié : il a raison.

M. Winslow, éditeur de la dernière édition de la MATIÈRE MÉDICALE de Desbois de Rochefort, dit avoir souvent employé ce médicament comme vomitif, et ne l'avoir jamais trouvé infidèle. Je le crois aisément. Il le donnait à la dose de 6 à 10 grains, associé à 3 ou 4 onces de sirop d'ipécacuanha. Comment, dans ce cas, reconnaître auquel de ces deux vomitifs était due l'action produite, et comment pouvait-il expérimenter d'une manière aussi peu logique?

Dans le premier dictionnaire des sciences médicales, M. Pelletan, qui probablement n'avait que peu essayé cliniquement le sous-hydro-sulfate d'antimoine, dit qu'il agit comme purgatif, à la dose de 2 à 4 grains.

Dans celui publié en 1825 par MM. Adelon, Béclard, etc., M. Orfila, dans un article qui traite du kermès, avance qu'à la dose d'1 à 2 grains il augmente souvent un peu les sécrétions alvines; et qu'à plus forte (qu'il n'indique point), *il agit en émétique, surtout associé à 3 ou 4 onces de sirop d'ipécacuanha* (mais pour cette méthode d'expérimenter, je lui adresserai le même reproche que M. Winslow), et qu'enfin son action est peu constante.

Dans un troisième, publié en 1829, sous le patronage de MM. Andral, Begin, etc., sous le nom de DICTIONNAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUE, M. Guibourt, auteur de l'article oxide d'antimoine hydrosulfuré brun, en indique seulement les diverses préparations, les caractères physiques.

M. Alphonse Devergie, dans un second l'étudie également sous le rapport clinique, reconnaît qu'il agit sur l'économie animale à la manière de l'émétique, *et probablement avec la même intensité.* (Il n'avait donc pas expérimenté par lui-même.)

Enfin, M. Rayer, dans un troisième, après avoir indiqué que le kermès pouvait être prescrit à des doses élevées, fractionnées dans la pneumonie et le rhumatisme aigu, et dit qu'*elles occasionneraient des accidens graves, si on les administrait en une seule fois à des individus atteints d'autres affections* (ce qui est contestable, comme on le verra par la suite de ce travail), établit qu'à la dose de 4 à 8 grains il provoque tantôt des vomissemens, tantôt des déjections alvines ou aucun effet (proposition plus vraie); qu'à celle de deux, il détermine chez les adultes, quelquefois des coliques passagères, des gargouillemens avec ou sans

---

le lien caché des choses et des faits. Toutefois, ce mot d'imagination inspire de la méfiance, parce qu'on en conçoit à peine la valeur dans la science. On croit toujours qu'il s'agit d'absurdes visions, *nebulæ per inane volantes*, tirées de cette sphère extrême d'où l'on ne tire rien de durable; il n'y a pas de plus grande erreur. Je conviens qu'il n'est rien de plus funeste à la science que de systématiser de première vue, de généraliser par supposition; mais ne pas généraliser du tout, ou à peu près, rester accroupi dans le fait matériel, a bien aussi son péril. Je ne l'ai pas nié : les utopies, les chimères, les rêves, sont de la famille des systèmes, mais aussi les grandes vues, les principes, les axiômes fondamentaux, l'action, le mouvement, le progrès. L'imagination se jette quelquefois sans trop de mesure et de méthode dans le champ de la conjecture; mais l'expérimentalisme seul, avec son infatuation de lui-même, avec sa logique bornée, flanqué de sophismes et de statistique, bien souvent, ou ne découvre pas la vérité, ou la travestit, ou la noie dans des colonnes de chiffres.

Mais pourquoi systématiser, direz-vous, les faits sont-ils tous connus? A cela je réponds que non; mais s'il fallait attendre la possession absolue de tous les faits pour formuler des principes, il est évident que non-seulement on ne découvrirait pas la vérité, mais que ce serait temps perdu de se mettre en route pour l'atteindre. Il convient donc, tout en cherchant à augmenter la somme de nos connaissances, de se servir des faits connus, sans quoi il n'existerait pas de science. La philosophie sur chaque chose n'est-elle pas le dernier mot de l'humanité? Ne doit-on pas arriver par l'échelle des inductions, des abstractions, sinon à la vérité absolue, au moins à la vérité relative? L'histoire de la médecine, considérée à toutes les époques, prouve aisément ces assertions. Qu'est-ce, en effet, que cette histoire? Pas autre chose que l'exposé des doctrines ou systèmes enfantés par des hommes qui, doués d'une puissante imagination, et apercevant le plus de rapports dans les faits *connus de leur temps*, en ont opéré la meilleure coordination. Je ne suis point le partisan des systématiques, je les ai même combattus dans l'occasion; mais il faut aussi leur rendre justice. Pesez les grands noms des dynasties hippocratique, galenique, helmontienne, boerhaavienne, stahlienne, etc. Que trouvez vous? De puissantes intelligences qui fondent des systèmes ou doctrines. Tenez-donc pour certain, mon ami, qu'il n'y a que les systèmes bien faits qui remuent, qui agitent les esprits et forment la science. Les simples observateurs ne sont que les manœuvres, et la plupart restent dans l'obscurité (1). Ce qu'il y a de singulier, c'est que les médecins-praticiens, si fiers, avec raison, de leur position, ne sont, en définitive, que les très humbles disciples des systématiques. Ils en adoptent les principes, ils en suivent les bannières, ils en parlent la langue. Ce sont les systématiques qui les font ce qu'ils sont; beaucoup d'entre eux se traînent le lendemain dans le sillon de la veille, jusqu'à ce que le mouvement de la science ait changé *systématiquement* de direction. Pourquoi s'en étonner : une pratique active et une pratique éclairée ne sont pas toujours synonymes, soit par ignorance, soit à cause de paralysie d'attention; j'en excepte toutefois nos médecins les plus distingués. D'ailleurs, il est toujours plus aisé de remuer des faits, que de remuer et de féconder des idées; ajoutez que quand la science se fait art et que l'art devient *gagne-pain*, il est bien difficile, à moins d'une vocation irrésistible, de

(1) Quel médecin d'aujourd'hui se rappelle Haygarth, qui avait rassemblé dix mille cinq cent quarante neuf observations de sa pratique?

diarrhée, et à cinq des effets plus marqués, souvent accompagnés de nausées et de vomissemens, et qu'on l'emploie bien rarement comme vomitif à cause de son action moins fidèle et moins certaine que celle des substances auxquelles on a recours ordinairement pour remplir cette médication.

Dans le quatrième et dernier dictionnaire, qui n'est qu'une seconde édition de celui de médecine par MM. Adelon, Béclard, etc., et qui paraît depuis 1833, M. Trousseau, dans le long article antimoine, ne décrit guère que les effets physiologiques du kermès administré à haute dose dans la pneumonie et le rhumatisme aigu, et ses résultats thérapeutiques. Il ne traite point de son action vomitive.

Enfin, MM. Merat et Delens qui ont cherché dans leur DICTIONNAIRE UNIVERSEL DE MATIÈRE MÉDICALE ET DE THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE, à présenter l'état actuel de la science, n'ont fait que répéter les opinions de tous les auteurs précédens, en établissant que le sous-hydro-sulfate d'antimoine à 4, 8, 12 grains ou plus, était émétique ou exuto-cathartique, mais que ses effets étaient peu constans, et qu'il était rarement employé comme tel.

Mon travail a donc pour but d'établir : 1° A quelle dose précise le kermès minéral agit le plus constamment comme vomitif, dans l'un et l'autre sexe ; 2° s'il est un vomitif incertain ; 3° enfin, s'il peut être administré impunément à des doses élevées dans des maladies autres que la pneumonie et le rhumatisme articulaire chronique.

Relativement aux doses auxquelles cet agent thérapeutique agit le plus constamment comme vomitif, je dirai ce que les expériences cliniques auxquelles je me suis livré m'ont appris. Administré à 33 femmes qui étaient atteintes la plupart d'embarras gastrique (comme on le voit par le tableau ci-après), à la dose d'abord d'un grain, le kermès a provoqué onze fois, ou dans le tiers des cas, des vomissemens au nombre de cinq à six pour la moitié ; et dix fois ou à peu près la même proportion des évacuations alvines, ordinairement au nombre de quatre à douze.

Ainsi à cette dose il agirait aussi souvent comme laxatif que comme vomitif, et son action serait peu sûre pour remplir l'une ou l'autre de ces médications. La plupart des sujets sur lesquels j'expérimentai étaient âgés de 21 à 45 ans.

Chez les hommes, la même dose administrée à neuf d'entre eux, âgés depuis 19 jusqu'à 48 ans, provoqua cinq fois, ou chez un peu plus de la moitié, des vomissemens qui varièrent de cinq à quatorze; et sept fois sur neuf, ou dans les quatre cinquièmes des cas, des évacuations alvines peu nombreuses.

Je faisais administrer chaque dose dans une once d'eau distillée, qu'on agitait et faisait prendre de suite.

On voit que chez les hommes la même dose de sel antimonial semble agir davantage comme laxatif que comme vomitif. La plupart étaient atteints d'embarras gastriques légers, un seul de bronchite.

Le même médicament donné, à la dose de deux grains à la fois, à 34 femmes, âgées de 18 à 49 ans, sur lesquelles cinq avaient des bronchites simples, fit vomir dix-sept fois ou dans la moitié des cas. La moyenne des vomissemens varia entre quatre et huit. La même quantité provoqua quinze fois, ou un peu moins de la moitié, des selles liquides, dont le nombre fut communément de six à douze. Ainsi donc, à cette dose, on pourrait compter, dans la moitié des cas, sur la constance d'un effet vomitif, tandis que celui purgatif serait moins fréquent.

Chez les hommes, donné, à neuf d'entre eux qui étaient âgés de 26 à 38 ans, à la même dose de deux grains, il ne provoqua qu'une fois des vomissemens et trois fois des selles, ce qui ferait prédominer encore l'effet laxatif.

Administré à trois et le plus souvent à quatre grains à la fois, à treize femmes, dont sept étaient atteintes d'embarras gastriques, deux d'érysipèle, trois de bronchites sur-aiguës doubles et une de rhumatisme, et dont la plupart étaient âgées de 23 à 48 ans, le kermès produisit six fois, ou dans presque la moitié des cas, des vomissemens au nombre de quatre à six; et huit fois, ou dans plus des deux tiers, des selles liquides au nombre de quatre à huit. L'effet purgatif aurait donc été plus prononcé à cette dose que celui vomitif.

Chez les hommes, la même quantité du sel minéral donnée à quatre d'entre eux, âgés de plus de 20 ans, produisit deux fois, ou la moitié du temps, des vomissemens, et trois fois ou les trois quarts des évacuations alvines liquides, d'où toujours prédominance de l'action purgative.

Administré trois fois à cinq grains, à trois femmes, dont deux étaient atteintes de catarrhe suffocant et la dernière d'embarras gastriques, il y eut trois fois de quatre à six vomissemens, et le même nombre de fois de cinq à six selles.

Donné à six grains à cinq autres, dont deux avaient des pneumonies, la troisième une bronchite, et les deux autres un embarras gastrique, le kermès ne détermina que, dans deux cas ou le tiers, des vomissemens, et dans trois ou la moitié un effet purgatif. L'âge moyen des unes et des autres était celui relaté dans les alinéas ci-dessus.

Ingéré de la même dose de six grains dans l'estomac de deux hommes affectés, l'un de bronchite, l'autre de phthisie pulmonaire, le même sel n'eut aucun effet vomitif, et chez un seul un légèrement purgatif.

En sorte qu'à cinq grains il aurait une action vomitive et purgative plus constante qu'à six grains. On verra que plus les doses augmentent, plus elle semble diminuer; ainsi cet agent donné à huit grains à trois femmes admises à l'infirmerie pour embarras gastrique et âgées de 26 à 40 ans, ne fit vomir qu'une fois et encore faiblement, tandis que dans les trois cas il purgea.

Administré à la même dose à trois hommes atteints de bronchites chroniques et âgés de plus de 30 ans, il fit vomir deux fois abondamment, et dans un seul cas il provoqua des évacuations alvines, en sorte que sur six fois il n'agit que trois comme vomitif.

Le même, pris à douze grains à la fois par six femmes, âgées de 37 à 45 ans et ayant des bronchites, ne fit vomir qu'une fois et ne purgea que deux.

Donné à seize grains à une autre détenue, âgée de 37 ans et qui avait une bronchite, de même qu'à un homme dans le même cas, il produisit chez la première trois vomissemens et aucun chez le second, mais seulement six selles.

Administré à vingt-quatre grains en une fois à quatre femmes, dont deux étaient affectées de rhumatisme général, la troisième de catarrhe suffocant, la dernière d'embarras gastrique, et qui étaient âgées de 42 à 48 ans, le kermès ne fit faiblement vomir qu'une fois, et dans aucun cas il n'eut d'effet purgatif.

Enfin, chez une femme, âgée de 48 ans et ayant un rhumatisme chronique, le même agent thérapeutique put être administré à dose progressivement croissante, depuis trente grains jusqu'à soixante-douze par jour, sans qu'il en résultât aucun effet. Cette observation intéressante sera rapportée ci-après.

---

planer dans les autres régions de la philosophie scientifique. En définitive, les hommes à idées mènent toujours ceux qui n'ont que les faits pour eux.

Que les praticiens par trop exclusifs ne se figurent donc pas qu'ils sont les rois de la médecine. Ignorent-ils qu'Hippocrate n'a jamais vu qu'un petit nombre de malades; Van Helmont, le vrai fondateur de la médecine *dynamique*, qui règne encore, et assurément bien supérieure à la médecine *organique*, qu'on nous vante sans cesse, n'a peut-être pas traité cinquante malades. Cet homme illustre et à tant de titres, ne connaissait que l'étude ; il refusa même un canonicat, « *Ne peccata populi comederem* », disait-il; Stahl, Brown, ont été dans le même cas, ainsi que Boerhaave, qui ne fut consulté de toutes parts qu'après la publication de ses livres et de sa doctrine. Or, quel fut le secret de ces grands hommes pour dominer la science de si haut? Ils avaient cette puissance de réflexion, heureux supplément de l'activité matérielle; à une imagination féconde et hardie, ils joignaient une raison analytique profonde, admirable accord qui constitue le levier à l'aide duquel on déplace et on dirige le monde.

Quelques personnes croient néanmoins que ce partage ne reste pas longtemps égal. Leur opinion est que l'imagination séduit et égare toujours le jugement. Quant à moi, qui suis persuadé que les erreurs des systématiques viennent plus de l'abus du raisonnement que de la faculté imaginative, je crains plutôt que la raison, la prétendue sage du logis, ne finisse par entraver l'imagination, ne parvienne à l'affaiblir et à la comprimer pour l'*assagir*. Je n'en veux pour preuve que l'état actuel des choses, où l'on trouve tant de gens raisonnables, tant de grands raisonneurs, et si peu d'hommes à conceptions élevées, si peu de médecins qui aient une certaine audace inventive, et osent arriver à telle rêverie, qui n'est parfois que l'enveloppe d'une vérité. On préfère de beaucoup se traîner d'observation en observation, d'expérience en expérience, et accueillir tout ce qui sort de la routine scolastique d'un dédaigneux *à quoi bon?* Mais, mon ami, comme on ne change point la nature des choses, la science reste stationnaire ou à peu près. Il faut bien se persuader que l'imagination non seulement trouve et découvre, mais qu'elle assemble et jette en moule; c'est donc à elle qu'on doit demander l'unique moyen de fonder une grande et bonne doctrine. Quel est ce moyen? La concordance ternaire de l'observation des faits, de leur méditation, de leurs résultats positifs et progressifs.

Il est encore un autre don réservé à l'éminente faculté dont nous parlons, et que je ne veux pas oublier, c'est celui de la *forme*. Je le déclare un des plus importans; car sans lui, tous les autres peuvent être regardés comme non avenus. Une idée ne se révèle, en effet, dans toute son étendue, que par la forme qu'on lui donne. Combien de découvertes, de faits, d'opinions importantes, de vues profondes, passent inaperçus, restent enfouis dans les catacombes de l'oubli, *quia carent vate sacro*, si l'on peut ainsi s'exprimer? Qu'on présente ces idées et ces faits comme ils doivent l'être, et vous les verrez frapper les plus indifférens, quelquefois même régénérer la science. N'est-il pas vrai que le complément du génie se trouve dans l'énergie, comme dans la justesse de l'expression; en un mot, dans la forme? Chamfort, je crois (car manquant de livres, je suis obligé de citer de mémoire), Chamfort a dit avec raison : « Pour qu'une idée neuve entre dans la circulation, il faut qu'elle passe sous le balancier de l'homme éloquent, qu'elle y soit marquée d'une empreinte ineffaçable, frappante pour tous les yeux, et garante de son aloi. » Ceci est aussi vrai pour l'ordre scientifique que pour toute composition littéraire ou philosophique. Je dirai à quiconque ose énoncer publiquement ses idées; s'il n'existe pas en vous

On peut donc déjà conclure de l'incertitude et de la diminution croissante des effets vomitif et purgatif :

1° Que le kermès, pour agir de la manière la plus sûre comme sel vomitif, ne doit pas dépasser la dose de quatre à cinq grains, et que même à deux on obtiendrait encore plus constamment cet effet, résultat contradictoire à celui relaté par tous les auteurs ;

2° Que son effet purgatif l'emporterait sur son action vomitive, puisque dans 119 expériences il provoqua soixante-cinq fois des évacuations alvines, et cinquante-quatre fois seulement un effet vomitif ;

3° Que ce dernier serait incertain, puisqu'on ne pourrait compter sur lui que dans un peu moins de la moitié des cas, dans lesquels on serait obligé d'y recourir ;

4° Qu'enfin, le kermès minéral, contradictoirement à l'assertion opposée de la plupart des auteurs, peut être impunément administré à des doses élevées dans des maladies autres que le rhumatisme aigu et la pneumonie, puisque dans vingt-deux cas il fut donné à celles de 8, 12, 20 et 24 grains, sans aucune espèce d'effets, soit immédiats soit consécutifs, nuisibles, et même dans un cas à celle de soixante-douze, tout aussi impunément. Il y a plus, les effets physiologiques furent toujours d'autant plus nuls que les doses étaient plus élevées, comme on pourra s'en convaincre en jetant les yeux sur les deux tableaux qui suivent.

J'ajouterai que je n'ai jamais vu l'administration du sous-hydro-sulfate d'antimoine, chez le grand nombre de sujets sur lesquels je l'ai essayé, le plus souvent à des doses élevées, être suivie de gastrite, d'entérite ou même de la moindre irritation. Ses effets ont toujours été bornés à douze ou vingt-quatre heures. Dans les cas assez rares où il y eut des superpurgations, la même remarque put encore être faite. Je n'observai jamais de ralentissement dans les pulsations artérielles, comme l'ont prétendu divers auteurs, pas plus que d'effet sudorifique à la suite de l'ingestion dans l'estomac, du même agent thérapeutique.

FEMMES.

AGE.	NATURE DE LA MALADIE.	DOSE.	VOMISSEMENS.	SELLES.
		Grains		
23	Embarras gastrique	1	0	8
44	Idem	1	10	0
28	Bronchite	1	5	0
33	Embarras gastrique	1	3	0
33	Phthisie pulmonaire	1	1	2
34	Embarras gastrique	1	0	0
56	Idem	1	0	4
23	Idem	1	0	0
28	Idem	1	8	4
42	Idem	1	0	0
21	Idem	1	0	0
32	Idem	1	1	5
37	Idem	1	0	17
34	Idem	1	0	0
21	Idem	1	6	0
30	Idem	1	0	0
4t	Bronchite	1	0	0
2t	Embarras gastrique	1	2	12

AGE.	NATURE DE LA MALADIE.	DOSE.	VOMISSEMENS.	SELLES.
		Grains		
26	Idem	1	0	0
23	Idem	1	0	0
40	Idem	1	0	0
30	Idem	1	0	0
36	Idem	1	5	1
36	Idem	1	5	5
40	Idem	1	0	6
2t	Idem	1	0	0
23	Idem	1	0	0
43	Idem	1	0	0
23	Idem	1	5	2
33	Idem	1	0	0
27	Fièvre tierce	1	0	0
27	Embarras gastrique	1	0	0
35	Idem	1	0	0
—	———	—	11	—
33			7	
22	Embarras gastrique	2	3	0
24	Idem	2	2	0
32	Idem	2	1	0
22	Idem	2	3	2
34	Idem	2	2	12
56	Idem	2	4	12
23	Idem	2	4	3
42	Idem	2	0	0
21	Idem	2	1	12
27	Idem	2	0	0
34	Idem	2	0	4
30	Idem	2	0	0
33	Idem	2	0	0
44	Bronchite et emphys. pulmon	2	8	3
32	Emphys. pulmon	2	0	0
32	Idem	2	1	4
26	Embarras gastrique	2	0	8
20	Idem	2	0	0
20	Idem	2	0	4
18	Idem	2	0	0
18	Idem	2	1	0
23	Idem	2	0	0
23	Idem	2	3	1
4t	Idem	2	0	0
4t	Idem	2	0	0
40	Idem	2	0	0
49	Idem	2	0	0
49	Idem	2	1	6
4t	Bronchite	2	0	4
40	Embarras gastrique	2	6	1
2t	Idem	2	0	0
33	Idem	2	1	0
27	Fièvre tierce	2	5	0
42	Catarrhe suffocant	2	9	9
—	———	—	—	—
34			17	15
36	Erysipèle	4	4	5
46	Embarras gastrique	3	0	6

un sentiment profond et lucide de ce qui vous semble la vérité; si par un puissant effort d'imagination et de logique, vous n'avez pas sans cesse présens à l'esprit, l'ensemble et les détails de votre travail; si vous ne savez pas en poser avec évidence le principe générateur, puis en déduire avec méthode et clarté les conséquences les plus prochaines comme les plus éloignées; si vous ignorez l'art de mettre au service de la vérité les grâces de l'esprit et les ornemens d'un style convenable; si, étranger à cette originalité de formes, à cette touche vive et ferme qui grave à jamais la pensée, à cette plénitude et force de sens qui séduit et captive la raison du lecteur, vos idées ne s'écoulent que péniblement, votre phrase ne s'échappe que lourde et brute, louche et somnifère, vous pourrez être savant, dire de bonnes choses, avoir même une sorte d'esprit; mais n'espérez jamais élucider une vaste synthèse, fonder une de ces théories qui ébranlent les opinions arrêtées, saisissent fortement la conviction des contemporains, et sillonnent la science quelquefois pour des siècles. Dans ce cas, il faut se contenter d'observations ramassées une à une, de petites expériences à grand appareil, et du pâle reflet de quelques rayons de lumière qui en émanent... Mais à quoi bon tant de préceptes, diront quelques personnes; en faut-il tant dans la science pour exposer ses opinions et ses travaux; de la méthode dans les idées, de la simplicité, de la clarté dans le style, cela suffit. Rien de plus vrai, il n'en faut pas davantage; mais croyez-vous qu'il soit si aisé d'être simple et clair, choses qu'il ne faut pas confondre avec le style lourd, pédant et *terre-à-terre*, comme dit Montaigne. Ce qui ne doit être embelli qu'à une certaine mesure, est ce qui coûte le *plus* à embellir; ce précepte du goût, proclamé depuis longtemps par un grand maître, est particulièrement applicable aux questions scientifiques. La véritable simplicité du style consiste à mettre toujours le meilleur mot dans la meilleure place, à ce qu'il y ait un accord parfait entre le signe et la pensée; elle suppose nécessairement de la richesse sans luxe, de la magnificence sans pompe, de la sobriété sans sécheresse, de la précision sans obscurité, et surtout une sorte d'abandon également éloigné de la contrainte et du désordre, de l'apprêt et de la négligence. Or, pense-t-on que cela soit facile et commun? Une chose certaine, c'est que le jugement seul, sans une pointe d'imagination qui anime et colore l'expression, ne pourra jamais bien exposer les bases et l'ensemble d'une doctrine. La justesse du raisonnement, aidée de la connaissance complète du sujet, peut convaincre jusqu'à un certain point; mais l'art de pénétrer l'esprit, de le persuader, de le subjuguer, appartient incontestablement à l'imagination. Il faut qu'une pensée active et en quelque sorte passionnée, fruit d'une conviction profonde, dirige la plume, alors *rem verba sequuntur*; tout prend un aspect analogue, alors on peut dire que la science des mots est aussi la science des choses. Les hommes les plus remarquables dans tous les genres de savoir ont été doués de cette heureuse faculté; tous ont pensé que la doctrine la plus exacte, la plus positive, doit beaucoup aux formes du langage, et qu'on peut lui appliquer ce qui a été dit de la vertu, qu'elle a plus de charmes dans un beau corps. Il n'est pas de science qui puisse se soustraire à cette nécessité; un mathématicien célèbre a durement reproché à d'Alembert de manquer *d'élégance* dans ses formules algébriques.

Faut-il vous rappeler, mon ami, que les plus grands médecins ont aussi été d'éminens écrivains, à commencer par Hippocrate. Et pour en citer un exemple pris dans notre époque, qui peut ignorer que, sans cette qualité, le grand hiérophante de la doctrine de l'irritation n'eût pas remué le sol médical, comme il l'a fait pendant plusieurs années ? Mais, avec sa logique hardie et véhémente,

AGE.	NATURE DE LA MALADIE.	DOSE.	VOMISSEMENS.	SELLES.
		Grains		
48	Bronchite	4	6	4
46	Erysipèle	4	5	2
45	Catarrhe suffocant	4	0	0
26	Embarras gastrique	3	4	0
42	Idem	4	0	0
48	Rhume chronique	4	0	0
34	Embarras gastrique	4	2	1
23	Idem	4	3	0
54	Bronchite	4	0	4
25	Embarras gastrique	3	0	4
45	Idem	3	0	2
13			6	8
37	Bronchite	6	0	0
38	Idem	6	3	0
42	Catarrhe suffocant	5	4	1
42	Idem	5	4	5
24	Pneumonie	6	0	6
27	Idem	6	2	4
30	Embarras gastrique	5	6	8
21	Idem	6	0	4
8			5	6
26	Embarras gastrique	8	0	4
33	Idem	8	4	1
40	Idem	8	0	4
3			1	3
37	Bronchite	10	0	0
41	Idem	12	0	0
45	Idem	12	5	5
45	Catarrhe suffocant	12	0	0
42	Embarras gastrique	12	0	0
24	Pneumonie	12	0	6
6			1	2
37	Bronchite	16	3	0
48	Rhume génér	20	0	0
48	Idem	24	0	0
45	Catarrhe suffocant	24	2	0
42	Embarras gastrique	24	0	0
5			2	0
48	Rhume général	30	0	0
48	Idem	40	0	0
48	Idem	50	0	0
48	Idem	60	0	0
48	Idem	72	0	0
5			0	

HOMMES.

AGE.	NATURE DE LA MALADIE.	DOSE.	VOMISSEMENS.	SELLES.
		Grains		
39	Embarras gastrique	1	4	1
55	Idem	1	0	1
38	Idem	1	3	0
38	Idem	1	0	1
19	Idem	1	0	3
48	Idem	1	14	1
35	Embarras gastrique	1	2	2
34	Bronchite chronique	1	11	4
26	Embarras gastrique	1	0	0
9			5	7
35	Embarras gastrique	2	0	0
38	Idem	2	0	3
35	Idem	2	0	0
56	Idem	2	0	3
56	Idem	2	0	0
28	Idem	2	0	0
28	Idem	2	0	0
35	Idem	2	8	8
26	Idem	2	0	0
9			1	3
25	Embarras gastrique	3	2	2
20	Idem	4	0	3
35	Idem	4	8	2
41	Bronchite chronique	4	0	0
4				3
54	Bronchite double	6	0	4
25	Phthisie pulmonaire	6	0	0
2				1
59	Catarrhe pituit.	8	14	0
20	Embarras gastrique	8	13	2
41	Bronchite chronique	8	0	0
3			2	1
41	Bronchite chronique	26	0	6

Je pourrais rapporter les 119 observations qui font la base de ce mémoire, mais ce serait en rendre la lecture fastidieuse. Je me contenterai d'en choisir deux ou trois pour chaque section, afin de faire connaître la manière dont j'expérimentais.

avec sa fougue et sa verve, avec le ton d'inspiration et d'impétueuse obstination que lui donnait le vieux sang armoricain qui coule dans ses veines, il a entraîné bien des esprits raisonneurs, bien des praticiens qui se croyaient solidement assurés sur le pivot de leur expérience. Croyez-le donc, mon ami, pour une doctrine, la forme est souvent une question de vie et de mort. Je sais bien qu'il y a ici une perfide industrie de mots et de phrases, une redoutable illusion d'éloquence, dont il faut se méfier; qu'on peut, en un mot, orner le sophisme, lui donner avec art la contexture et l'apparence de la vérité; mais laissez faire au temps, il saura bien démêler cette même vérité de la vraisemblance, et le succès ne sera pas de longue durée. Il est inutile de vous dire qu'en parlant de la forme, il ne s'agit point de ces vulgarités prétentieuses du style, ni de la recherche pénible et tourmentée de l'expression qu'affectent certains auteurs médecins, avec un pareil bagage phraséologique on ne va pas loin; mais d'une composition forte, digne d'une haute intelligence, dont le style s'empreint de l'élévation de son sujet. J'ajoute que la puissante intervention de l'imagination dans la forme n'exclut point cette lente et laborieuse maturité d'un ouvrage qui en fait l'excellence et en soutient la vie; loin de là, outre ses inspirations, sa force d'attraction logique, elle fait sentir son influence jusque dans les détails qui sont le produit d'un tranquille labeur.

Je m'arrête, mon ami; le temps me presse, et il s'en faut que j'aie épuisé le grand et beau sujet de ma lettre. Dans cette esquisse, j'ai essayé de faire considérer l'imagination sous les rapports les plus vrais, dans l'ordre scientifique; j'ai voulu aussi venger cette belle faculté de la hautaine pitié de quelques expérimentateurs, qui, selon moi, s'attachent trop au fait matériel, et restent à jamais dans une sphère circonscrite. Cette discussion tient plus à l'avancement de la science qu'on ne croit. Parce que dans son vol l'imagination s'est parfois égarée, devons-nous mépriser ses vues hardies, ses vives lumières? Orgueilleusement sceptiques, déserterons-nous les hautes régions de l'intelligence, au-dessous desquelles il n'y a qu'incertitude, abaissement et stérilité? Pour moi, je pense que ce serait se placer en-dehors de toute civilisation médicale, renoncer au progrès, à faire un pas de quelque importance dans l'infini de la science. J'ose me flatter que vous partagerez cette manière de voir, dégagée assurément de tout esprit systématique. Si pourtant vous prétendiez qu'en définitive mon opinion ne vous semble qu'un paradoxe, je vous répondrai que le paradoxe est souvent le puits où s'est réfugiée la vérité, le temps et l'expérience l'ont plus d'une fois démontré. *Vale.*

Fontenay, en Vexin (Eure), ce 14 septembre 1838.

R. P.

— TRAITÉ DES MALADIES DES ENFANS (depuis l'époque de la première dentition jusqu'à l'âge de la puberté), avec notes de M. BARON, médecin de l'hôpital des Enfans-Trouvés; par M. le docteur A. BERTON. — Paris, chez J.-B. Baillière. Prix: 1 fr. 80 c.

PREMIÈRE SECTION.

Obs. I. — Foucault, femme âgée de 36 ans, admise à l'infirmerie pour un embarras gastrique, prit en une fois et délayé dans une once d'eau un grain de kermès. Une heure après elle eut un vomissement verdâtre, suivi de quatre autres abondans et d'une couleur jaune. En outre, elle eut cinq selles accompagnées de coliques. Le pouls n'éprouva aucun ralentissement.

Dans toutes mes expériences j'avais soin qu'on ne provoquât pas l'action vomitive par de l'eau chaude, avant qu'elle se fût complètement développée.

Obs. II. — Paulequin, âgée de 42 ans, entra, le 5 juin 1836, dans les salles de pathologie interne, pour un catarrhe suffocant. Je fis administrer, le matin à jeun, un grain du sel antimonial. Elle vomit trois fois et n'eut pas de selles. Un second fut donné à midi et provoqua six vomissemens plus abondans, qui furent suivis de neuf selles liquides, accompagnées de coliques. L'oppression diminua, de même que le râle muqueux, et le lendemain il y eut un mieux marqué.

Obs. III. — Coetmeur, fille âgée de 35 ans, ayant un embarras gastrique, prit à jeun et en une dose un grain de sous-hydro-sulfate sulfuré d'antimoine et n'en éprouva rien. Dans l'après midi, un autre fut donné; il n'en advint rien, pas même de selles.

Je fis prendre comparativement le lendemain deux grains d'émétique. Une demi-heure après, il survint un premier vomissement abondant qui fut suivi d'un autre liquide verdâtre, amer.

DEUXIÈME SECTION.

Obs. IV. — La femme Legras, âgée de 56 ans, ayant un embarras gastrique, se laissa administrer à jeun deux grains de kermès. Une demi-heure après, elle eut un vomissement, suivi de trois autres abondans, très amers, et de douze selles liquides avec coliques. Nul autre effet consécutif ne fut remarqué, et le surlendemain la malade sortit guérie.

Obs. V. — Grandvalé, âgée de 21 ans, admise dans les salles pour la même indisposition que la précédente, et à laquelle on avait fait prendre inutilement, le matin à jeun, un grain de sous-hydro-sulfate d'antimoine, consentit à en avaler deux à la fois dans l'après-midi. Elle n'en éprouva pas davantage d'effet vomitif, mais une demi-heure après elle eut douze selles liquides, noirâtres, avec coliques.

TROISIÈME SECTION.

Obs. VI. — Bossard, femme âgée de 48 ans, prit en une fois quatre grains de kermès minéral; un quart d'heure après, il survint un premier vomissement suivi de cinq autres, de matières liquides, verdâtres, amères. Elle eut, en outre, quatre selles sans coliques. Cette malade était affectée de bronchite.

Obs. VII. — Je fis avaler le soir à Hirel, femme âgée de 54 ans, n'ayant qu'un simple embarras gastrique, pour lequel j'avais déjà donné, le matin à jeun et sans succès, deux grains d'oxide sulfuré hydraté d'antimoine, quatre grains du même sel; il en résulta deux vomissemens peu abondans et une évacuation alvine.

Le surlendemain, je fis donner comparativement deux grains de tartre stibié, qui provoquèrent quatre vomissemens et le même nombre de selles.

QUATRIÈME SECTION.

Obs. VIII. — Plessi, jeune fille âgée de 24 ans, atteinte de pneumonie des lobes moyen et inférieur du poumon droit, prit en une dose six grains de kermès. Une heure après elle eut un vomissement, suivi d'un second verdâtre et de quatre selles liquides avec coliques. La fièvre ne fut pas diminuée. On fut obligé de suspendre le kermès, à cause de son effet purgatif, les jours suivans.

Obs. IX. — Champagne, aliéné, âgé de 54 ans, qui avait été monté à l'infirmerie gravement malade d'une pneumonie du poumon gauche, compliquée d'une double bronchite sur-aiguë, avala six grains du même sel, en une fois. Il n'en résulta aucun vomissement, mais une heure après trois à quatre selles liquides. La fièvre persista, et en dépit des médications les plus énergiques, cet homme succomba.

CINQUIÈME SECTION.

Obs. X. — Je fis administrer au nommé Tanguy, âgé de 39 ans, qui avait un catarrhe fistuleux avec emphysème pulmonaire, huit grains de sous-hydro-sulfate d'antimoine, en une fois et dans une once d'eau. Peu d'instans après, ce prisonnier, qui était très gourmand, parvint, en se cachant, à manger des alimens. Immédiatement après, il les vomit en totalité, et il eut ensuite en outre douze à quatorze vomissemens abondans de matières liquides, jaunâtres, bilieuses.

Obs. XI. — Quevelec, femme âgée de 37 ans, chez laquelle on avait tenté de combattre un embarras gastrique, par l'administration d'abord de deux grains de kermès, qui n'ayant produit aucun effet avaient été suivis de deux autres sans aucun résultat, prit, le lendemain, dans une once d'eau distillée, huit grains du même médicament. Une demi-heure après, elle eut un vomissement de matières liquides, bilieuses, qui fut suivi de trois autres et d'une évacuation alvine, dyarrhéique, sans colique.

SIXIÈME SECTION.

Obs. XII. — Je fis prendre à Caustic, femme âgée de 41 ans, qui était atteinte d'un catarrhe chronique, douze grains d'oxide d'antimoine hydro-sulfuré brun, en une seule dose, dans deux onces d'eau: elle eut cinq vomissemens et trois selles.

Obs. XIII. — Nabasque, femme âgée de 45 ans, qui était entrée à la clinique pour un catarrhe suffocant, et qui avait pris quatre grains de kermès minéral sans en rien éprouver, avala, le lendemain, douze grains sans en ressentir aucun effet.

SEPTIÈME SECTION.

Obs. XIV. — Je constatai chez le nommé Lamarre, âgé de 41 ans, qui était atteint de bronchite chronique, et qui la veille avait inutilement pris huit grains de sous-hydro-sulfate sulfuré d'antimoine à la fois, que seize autres ne provoquèrent pas la moindre envie de vomir, mais seulement cinq à six selles liquides, jaunes, sans coliques.

Obs. XV. — Je décidai la femme Nabasque déjà citée, que douze grains du même sel pris en une seule dose n'avaient pu faire vomir, à en avaler vingt-quatre à la fois. Un quart d'heure après elle eut deux vomissemens bilieux verts.

HUITIÈME SECTION.

Les observations de cette dernière section tendraient à prouver que certains individus sont tout à fait insensibles à l'action du kermès minéral, ou que tout au moins on peut le leur administrer impunément et sans production d'aucun effet, à des doses très élevées.

Obs. XVI. — Lepape, femme âgée de 42 ans, ayant un simple embarras gastrique, prit à jeun en une fois un grain de sel antimonial et n'en éprouva rien. Vers quatre heures de l'après-midi, elle en avala deux sans plus d'effets.

Le lendemain, il en fut encore de même avec quatre. Le jour suivant avec douze donnés à la fois.

J'en fis administrer vingt-quatre de la même manière; mais je n'en obtins rien, tandis que la même détenue, à laquelle je fis prendre le lendemain devant moi et par comparaison, deux grains de tartre stibié, vomit abondamment de la bile.

Cette malade n'éprouva aucune suite fâcheuse de ces expériences.

Obs. XVII. — Nolis, âgée de 48 ans, atteinte d'un rhumatisme général chronique qui avait résisté à toutes les médications, même aux bains de vapeurs, prit, le 10 avril 1832, et à la fois, quatre grains de kermès que j'augmentai de deux par jour jusqu'au 20.

18. Je portai la dose à vingt-cinq grains. La malade n'eut pas la moindre envie de vomir, ni selles, ni douleurs soit à l'épigastre, soit au ventre, mais seulement un peu de ptyalisme.

19. Je la portai à quarante grains, et les jours suivans je fis augmenter les doses de dix autres.

23. Elle monta à un gros pour cinq onces de véhicule, et fut prise dans les douze heures. Il n'eo résulta aucune évacuation.

Les 24 et 25, la même dose fut continuée. La faculté de se lever et de marcher avait fait des progrès. Bientôt la malade put se promener presque toute la journée dans les salles et manger les trois quarts.

Plus tard, elle éprouva une toux spasmodique analogue, par son caractère et ses quintes, à celle de la coqueluche qui dura près de quinze à vingt jours, diminua peu à peu sous l'influence des préparations de belladone, et permit enfin à cette malade de sortir complètement guérie dans les premiers jours du mois de mai.

Depuis, cette détenue que j'ai été à même d'observer dans la maison n'a jamais éprouvé de suites fâcheuses de l'énergique médication à laquelle elle avait été soumise.

Obs. XVIII. — Kerrero, âgée de 52 ans, très adonnée, peu de temps avant son incarcération, à l'eau-de-vie, était entrée à plusieurs reprises dans les salles de médecine, pour un rhumatisme chronique général, accompagné de tremblement, qu'on combattit alternativement par les sudorifiques, l'extrait aqueux d'opium à haute dose et les bains de vapeurs. Il en résulta quelque diminution dans les douleurs, plus d'assurance dans la marche.

La malade était sortie, mais avait été ramenée plusieurs fois à la clinique. J'avais, en outre, observé chez cette femme, qui était apathique, paresseuse, d'un caractère irascible, tous les signes d'un emphysème des poumons, compliqué de bronchite.

Montée de nouveau, le 9 mai 1837, à l'infirmerie, pour les mêmes douleurs accompagnées de tremblement des membres supérieurs, je me décidai à essayer le kermès minéral à haute dose. En conséquence, j'en prescrivis quatre grains.

Le lendemain, huit.

Les jours suivans, 12, 16, 20, 40, 50 et enfin 60, en augmentant chaque

jour de dix grains. A cette dernière dose, le remède ne fut plus pris qu'avec dégoût, occasiona des nausées, des efforts pour vomir et du ptyalisme.

18. Il fallut réduire la quantité à 30 grains, et le lendemain à 20.

Les symptômes d'irritation gastrique persistant, je fis supprimer complétement le remède.

Sous l'influence de cette médication, les douleurs rhumatismales et le tremblemens avaicot notablement diminué.

21. Rougeur et piqueture de la langue, inappétence, sensibilité de l'épigastre, douleurs de ventre. (Application de douze sangsues sur le creux de l'estomac, diète, limonade gommeuse.) Ces symptômes diminuèrent progressivement.

Cette femme succomba, beaucoup plus tard, à des lésions multiples consistant dans un épanchement pleurétique à droite, avec splenification du poumon, une apoplexie du gauche, une ascite provenant d'une cyrrhose du foie et d'un gonflement énorme de la rate, et une gastro-entérite chronique.

Dans le cas actuel, tout porte à croire que le sous-hydro-sulfate d'antimoine provoqua de l'irritation dans l'estomac; cela fut dû à ce que cet organe était atteint déjà d'une phlegmasie produite probablement par les excès continuels d'eau-de-vie faits par cette malade. Car dans tous les autres où on l'administrait à haute dose, il ne provoqua jamais rien de semblable.

J'aurais pu ajouter aux exemples ci-dessus une foule d'autres du même genre, mais c'eût été donner trop d'extension à ce mémoire.

J'ai eu occasion d'essayer le même sel antimonial à haute dose, un grand nombre de fois dans la pneumonie. Il a toujours agi de préférence sur le tube intestinal, et n'a point provoqué de vomissemens. Souvent j'ai même été obligé de le suspendre ou de le supprimer, à cause de la diarrhée débilitante qu'il déterminait.

Parmi le nombre considérable d'observations que je possède, je choisirai et terminerai par l'exemple suivant, dans lequel il fallut diminuer rapidement la dose du kermès qui avait été portée à 30 grains, et bientôt la suspendre, à cause des évacuations alvines débilitantes qu'il provoquait. Cependant, à l'ouverture du cadavre, je ne trouvai aucunes traces de phlegmasie gastrique ou intestinale, ce qui porterait à croire que cet agent médicamenteux peut être donné pendant longtemps, à des doses élevées, sans produire d'effets toxiques.

Obs. XVIII.—Jacob, détenue, âgée de 48 ans, entra à l'infirmerie le 21 octobre 1835, époque à laquelle régnait à Rennes et dans la maison centrale de détention, une épidémie de grippe.

La malade se plaignait d'un point de côté à droite, toussait, était très oppressée, expectorant des crachats muqueux, offrait tous les symptômes de la grippe. (Application de 15 sangsues sur la partie.)

Le lendemain matin, je fis administrer une potion vomitive, et le soir un lavement laxatif, pour combattre la constipation qui existait. (Julep calmant, infusion de plantes dites pectorales.)

La fièvre et l'oppression persistaient, je soupçonnai une lésion des poumons.

En conséquence, le 26 octobre, j'auscultai la poitrine, et obtins à droite les signes d'une pleuro-pneumonie, en même temps que la percussion donnait un son mat de toute la partie moyenne et inférieure de ce côté du thorax. A gauche, je constatai également une pneumonie de la partie postérieure et inférieure du poumon correspondant.

Les crachats, quoique muqueux et abondans, avaient un aspect jaunâtre et louche. (Saignée de 14 onces, 10 grains de kermès; le soir, 15 sangsues appliquées sur le côté, cataplasmes, infusion de capillaire.)

27. Le sous-hydro-sulfate d'antimoine fut continué à 15 grains. Il n'y eut pas de diminution notable dans les symptômes : la fièvre et la toux continuaient.

28. La douleur de côté se faisait encore sentir profondément; mais la faiblesse de Jacob ne permettant pas de revenir à d'autres émissions sanguines, je fis appliquer un large emplâtre épispastique sur le côté droit. La dose du kermès fut portée à 20 grains et bien supportée.

29. Affaiblissement et amaigrissement, crachats légèrement jaunâtres, quoique toujours muqueux; impossibilité de rester couchée sur le côté droit; fièvre continue; 30 grains du sel antimonial furent donnés. Il survint de la diarrhée.

30. Il fallut réduire le médicament à 6 grains, à cause du grand nombre d'évacuations. (Eau de riz, tiers de lavement avec un grain d'opium.)

Le dévoiement céda le lendemain; la toux et l'oppression restèrent les mêmes.

2 nov. La malade s'affaiblissant de plus en plus et les symptômes étant aussi graves, je substituai au kermès, qui ne produisait aucun effet avantageux, une solution de 8 grains de tartre stibié. Je fis pratiquer en outre une saignée de 12 onces, et donner une infusion de capillaire avec l'oxymel scillitique.

3. Elle ne put supporter la solution. Je la fis supprimer.

5. Je trouvai Jacob presque assise dans son lit, les traits profondément altérés, le pouls fréquent et d'une fréquence extrême, offrant, en un mot, tous les signes d'une mort prochaine, qui eut lieu le 7 à 8 heures du matin.

Autopsie cadavérique faite 24 heures après. Le cadavre était encore assez musclé. Le cerveau ne fut pas examiné, aucun trouble n'étant survenu dans les facultés intellectuelles.

Thorax. Le poumon droit était généralement très adhérent, surtout dans toute la face externe et diaphragmatique de son lobe inférieur, par une pseudo-membrane assez dense et de formation récente, tandis que celle du lobe supérieur était tout à fait cellulaire et ancienne.

Ce dernier était gorgé de sérosité très spumeuse qui en ruisselait abondamment à la section. Un point de la portion du lobe moyen en contact avec l'inférieur était atteint de pneumonie au second degré.

On voyait, vers la partie antérieure et interne du sommet, une dépression irrégulière, comme étoilée, qui aboutissait à une espèce de cicatrice fibro-cartilagineuse, à laquelle venaient se rendre quelques tuyaux bronchiques. (Exemple de guérison d'une ancienne excavation tuberculeuse.) Le tissu pulmonaire ne renfermait pas un seul tubercule.

Tout le lobe inférieur était atteint d'hépatisation grise avec infiltration purulente.

Le poumon gauche n'était adhérent qu'à sa partie postérieure. Son lobe supérieur offrait, par endroits, des portions de tissu plus rouges que de coutume, et était infiltré d'une énorme quantité de sérosité très spumeuse. La partie postérieure du lobe inférieur, et celle contiguë du supérieur, étaient atteintes de pneumonie au premier degré avec infiltration séro-sanguine.

Le péricarde renfermait à peu près une once de sérosité limpide. L'oreillette droite était très distendue par une concrétion polypiforme très dense, qui s'introduisait dans le ventricule du même côté, s'intriguait dans ses colonnes charnues, et se perdait enfin dans l'artère pulmonaire. Ce dernier était comme pratiqué dans le gauche, qui constituait à lui seul les trois quarts du volume du cœur, et présentait des parois fermes, rouges, d'un demi-pouce d'épaisseur. (Hypertrophie.)

Abdomen. Sa cavité contenait, dans le fond de l'excavation du petit bassin, à peu près 2 onces d'une sérosité blanchâtre trouble. L'estomac était sain, légèrement marbré au-dessous du cardia : tous les intestins étaient dans l'état normal.

Le foie était de volume ordinaire; ses vaisseaux gorgés de sang veineux; son tissu sain; sa vésicule petite presque vide.

La rate était peu volumineuse, d'une couleur rougeâtre, peu fermé; le pancréas sain, de même que les reins et la vessie, qui était contractée et ne renfermait que peu d'urine. L'utérus était dans l'état normal.

Avant d'aborder les conclusions de ce mémoire, je dois déclarer que le kermès minéral avec lequel j'expérimentais avait été parfaitement préparé par la voie humide, et qu'il provenait de la pharmacie de M. Robiquet.

CONCLUSIONS.

Je me crois en droit de conclure des nombreuses expériences cliniques auxquelles je me suis livré;

1° Que le kermès provoque plus sûrement l'effet vomitif à deux ou trois grains, qu'à quatre ou cinq;

2° Qu'il produit un peu plus souvent un effet purgatif que vomitif.

3° Que son action vomitive est incertaine, puisqu'on ne peut compter sur elle que dans un peu moins de la moitié des cas.

4° Que le même agent thérapeutique peut être impunément donné à des doses très-élevées dans des maladies autres que le rhumatisme aigu et la pneumonie; et que, dans ces cas, l'action vomitive et purgative semble diminuer avec l'augmentation des quantités de sel antimonial.

CLINIQUE MÉDICALE.

Observation de morve aigue chez l'homme; recueillie dans le service de M. Husson, et communiquée par M. Nivet, interne des hôpitaux, membre honoraire de la Société anatomique.

Le grand nombre de médecins et de chirurgiens des hôpitaux, et de médecins vétérinaires qui ont observé le malade qui fait le sujet de cette observation, donne à ce fait un degré d'authenticité que n'ont peut-être aucun de ceux qui ont été publiés jusqu'à présent.

J'aurais voulu, avant de publier l'histoire de Dondelignère, être à même d'indiquer les résultats de l'inoculation du mucus nasal recueilli sur ce malade; mais j'ai dû me hâter de rendre public le récit d'un fait important, qui a été raconté d'une manière inexacte et incomplète dans un autre journal de médecine.

Je me propose, du reste, d'adresser plus tard à M. le rédacteur de la Gazette Médicale une note sur les résultats des inoculations faites à Paris par M. Leblanc, médecin-vétérinaire, et à Alfort, par M. Bouley fils, chef de service.

Obs.—Le 29 septembre 1838, le nommé Dondelignère, âgé de 25 ans, est entré à l'Hôtel-Dieu, au n. 37 de la salle St-Bernard. Ce jeune homme, qui est fort et bien musclé, d'une bonne constitution, d'un tempérament sanguin, est

attaché depuis le 15 juillet 1838, en qualité de palefrenier à l'établissement des *Dames-Blanches*, situé à la barrière de la Villette (1).

Interrogé sur les maladies antécédentes qu'il a éprouvées, il nous assure qu'il n'a jamais eu ni maladies vénériennes, ni maladies dartreuses. A l'époque de la dernière épidémie de grippe, il a été atteint d'une bronchite légère qui s'est dissipée spontanément.

A son entrée à l'hôpital, il nous a raconté que le 16 septembre il se portait bien, qu'il se livrait sans fatigue à ses occupations ordinaires; mais qu'il était tourmenté depuis quelque temps *par un coryza assez intense* (2).

Le 17, sans cause connue, il est pris de malaise général, de céphalalgie, et le lendemain d'une douleur assez vive dans l'épaule droite; cependant il continue de travailler jusqu'au 19 septembre; mais alors l'épaule devient tellement douloureuse qu'il est obligé de cesser de travailler.

Les jours suivans, l'état de faiblesse et de malaise devient très considérable, et cet homme est obligé de s'aliter.

Le 29 septembre, jour de son entrée à l'hôpital, nous l'avons trouvé dans l'état suivant : la figure est fortement colorée; le pouls fréquent, médiocrement large et fort; la peau est chaude et la tête douloureuse. Dondelignère se plaint d'éprouver des étourdissemens lorsqu'il se met sur son séant; mais il fixe surtout notre attention sur l'épaule droite qui est très douloureuse, un peu tuméfiée et manifestement plus volumineuse que celle du côté opposé. Les mouvemens imprimés au bras et la palpation de la paroi antérieure de l'aisselle rendent les douleurs plus vives. La peau qui recouvre cette région présente sa couleur naturelle, et le tissu cellulaire placé au-dessous de cette membrane ne paraît pas engorgé.

La poitrine, sonore dans toute son étendue, se dilate largement, et l'auscultation ne fait entendre aucun bruit anormal.

Les fonctions du tube digestif se font normalement, et l'on ne remarque sur le tronc et les membres aucune trace de boutons ou de pustules.

Le 30, à la visite du matin, ce malade offre les mêmes symptômes que la veille; on diagnostique un rhumatisme articulaire aigu, et l'on prescrit une saignée de trois palettes, de la bourrache nitrée et un grain d'ext. d'opium en 2 pilules.

Le soir, les symptômes n'ayant pas diminué, 20 sangsues sont appliquées sur l'épaule malade.

Dans la nuit du 30 septembre au 1er octobre, une épistaxis assez abondante se déclare, et à l'heure de la visite du matin, on trouve le fond du crachoir de cet homme couvert de sang noir, mêlé de mucosités brunâtres. Les symptômes généraux paraissent un peu amendés. La saignée médiocrement séreuse offre un caillot à bords un peu relevés, couvert d'une couenne grisâtre, demi-transparente, de l'épaisseur d'une ligne environ.

Le 2, une nouvelle saignée de deux palettes est ordonnée, et l'on continue la même prescription que la veille.

Le soir, la douleur dont l'épaule est le siége est redevenue très vive. Le pouls est médiocrement fort; mais toujours aussi fréquent.

Le lendemain, l'état du malade n'a pas beaucoup varié. Le sang retiré offre les mêmes caractères que celui de la saignée précédente. Il est seulement un peu plus séreux.

Les mucosités nasales sont toujours brunâtres et mêlées d'un peu de sang noir.

Le 4, on s'aperçoit que les parties du membre thoracique droit qui avoisinent le coude sont très tuméfiées, que la peau est rouge et qu'il existe au niveau de l'olécrâne une tache noirâtre, de la largeur d'une pièce de 5 fr., dont le centre est privé d'épiderme.

On ouvre de nouveau la veine, et le bras et l'épaule sont enveloppés d'un cataplasme de farine de lin.

Le 5, à la visite du matin, les symptômes locaux sont les mêmes que la veille; mais comme le pouls est très faible, on se contente de faire des applications émollientes sur les parties douloureuses.

A la visite du soir, je remarque au-dessous de la mamelle droite une tumeur dure, du volume d'une grosse noix, dont le centre est occupé par une petite tache violacée, et je trouve sur la face externe de l'avant bras gauche une grosse pustule non ombiliquée, entourée d'une auréole inflammatoire, et qui ressemble aux pustules de la varioloïde.

L'escarre du coude m'avait paru fort extraordinaire; mais les phénomènes dont je viens de parler, joints à l'altération de la sécrétion de la muqueuse nasale, me font reconnaître l'erreur de diagnostic qui avait été commise, et je soupçonne que Dondelignère est affecté d'une morve aiguë.

6 octobre. M. Husson, auquel je fais part de mes craintes le lendemain, partage mes soupçons et me charge de prier M. Blandin de venir examiner notre malade. Il prescrit en suite de la décoction de quina une potion contenant un gros d'extrait de quina, 4 onces de vin de Bordeaux et des potages. De nouvelles interrogations sont adressées à Dondelignère, et j'apprends que ce jeune homme, avant son entrée à l'Hôtel-Dieu, a soigné pendant plus de deux mois des chevaux morveux, et qu'il couchait dans la même écurie que ces animaux. Il m'affirme que depuis son arrivée dans l'établissement des *Dames-Blanches*, on a abattu plusieurs de ces animaux qui étaient affectés de morve.

A dater du 6, l'état de notre malade est noté chaque jour avec le plus grand soin. Les bruits du cœur sont normaux; le pouls est toujours fréquent (112), un peu faible, et la peau est chaude et sèche.

Cet homme nous dit qu'il n'a plus de céphalalgie; mais qu'il éprouve des étourdissemens quand il se met sur son séant. La face est plus pâle que la veille; le pourtour du nez est un peu jaune; l'ouïe est dure; les réponses sont lentes, et la figure présente une expression de stupeur bien marquée.

La bouche n'est pas mauvaise, la langue est couverte à sa base d'un enduit jaunâtre; ses bords ne sont pas plus rouges que dans l'état naturel. Le ventre est indolent; mais une garderobe liquide a été évacuée pendant la nuit.

L'écoulement de mucus brunâtre sécrété par la pituitaire persiste; mais comme Dondelignère est continuellement couché sur le dos, les mucosités tombent dans l'arrière-gorge et sont rejetées par expiration.

L'air expiré est très fétide; la respiration ne paraît pas gênée, ni plus fréquente que dans l'état naturel. La poitrine est sonore en avant et sur les côtés, et l'oreille appliquée sur ces différentes régions ne perçoit aucun bruit anormal.

Une tumeur du volume de la moitié d'une petite orange existe au-devant de la paroi antérieure de l'aisselle droite; la peau qui recouvre est rouge foncé, tuméfiée et plus dure que dans le voisinage de la tumeur. L'engorgement s'étend au tissu cellulaire sous-cutané. On voit à son centre plusieurs petites taches violacées de formes variées.

Une nouvelle tumeur s'est montrée en dehors de celle qui existait déjà au-dessous du sein droit. Ces deux saillies sont unies par un cordon dur et noueux.

La tension et la rougeur du bras et de l'extrémité supérieure de l'avant-bras n'ont pas diminué; l'escarre du coude est plus étendue; ses dimensions sont de deux pouces dans le sens transversal, de deux pouces et demi dans le sens longitudinal; sa surface est inégale, comme creusée d'aréoles; vers ses limites l'épiderme est soulevé par une sérosité brunâtre, et, plus en dehors, la peau est d'une couleur rouge foncé.

Trois nouvelles pustules se sont formées sur le bras gauche; mais sur la poitrine et les membres inférieurs on remarque : 1° de petites papules rouges, d'une demi-ligne à une ligne de diamètre; 2° des pustules de différentes dimensions, non ombiliquées et entourées d'une auréole rouge.

Le 7, on continue la prescription tonique, qui a été faite la veille.

Dans la matinée, M. Blandin, en examinant les fosses nasales, reconnaît l'existence d'une perforation de la cloison, et des ciseaux courbes introduits dans la narine gauche passent avec la plus grande facilité dans la narine du côté opposé.

Dans la soirée, le malade est pris de délire, cependant on obtient de lui des réponses raisonnables quand on fixe son attention. La figure est pâle et amaigrie et l'expression de stupeur est plus marquée que les jours précédens. La sécrétion de la pituitaire offre toujours les mêmes caractères.

Le 8, on nous avertit que Dondelignère a cherché plusieurs fois à se lever pendant la nuit, qu'il délire presque continuellement depuis la veille; cependant il répond assez exactement quand on l'interroge. La langue est toujours jaune, mais elle a de la tendance à se sécher; les lèvres et les dents sont couvertes de petites croûtes brunâtres peu nombreuses; la diarrhée continue, mais n'est pas plus abondante. Le pouls est toujours faible, mais sa fréquence est plus grande (120); des bulles purulentes couvrent les tumeurs du sein. Une large tache violacée occupe le centre de la tumeur de l'épaule. Plusieurs petits noyaux ecchymotiques se sont développés sur la jambe gauche et le front.

A la visite du soir on reconnaît que *les parois de la narine droite sont tuméfiées* et que ses bords sont rouges. Quand on comprime le nez, on voit s'écouler sur la lèvre supérieure *une sérosité visqueuse, jaune rougeâtre*. L'air expiré est très fétide, la poitrine n'est point mate, mais on entend en avant et sur les côtés un râle muqueux à petites bulles, assez abondant; et, en examinant les crachats avec soin, on reconnaît que les mucosités brunâtres, provenant des fosses nasales, sont mêlées de crachats aérés, de couleur de rouille. La partie postérieure du thorax n'a pas été auscultée. La fièvre est toujours aussi vive, l'état de stupeur très marqué, les yeux sont fixes, le délire continuel; des pressentimens sinistres tourmentent le malade; il nous demande si sa maladie est grave, s'il va bientôt mourir; plus tard il nous exprime la crainte qu'on ne le traduise devant les tribunaux parce qu'il a soigné des chevaux morveux.

L'épaule droite considérablement tuméfiée présente en-dehors une fluctuation manifeste. *Les ganglions sous-maxillaires du côté droit paraissent plus volumineux que ceux du côté opposé.*

Dans la soirée, la stupeur s'est transformée en coma, et le malade est mort à quatre heures et demie du soir, le 10 octobre 1838.

Pendant sa maladie, Dondelignère a été visité par MM. Breschet, Honoré, Blandin, Rayer, Cruveilhier, Fouquier et Michon, médecins ou chirurgiens des hôpitaux de Paris, et par MM. Bouley jeune, Barthélemy, Leblanc et Granet, médecins vétérinaires. Tous ont reconnu que notre malade offrait les symptômes de la morve aiguë du cheval, et les altérations pathologiques trouvées dans les fosses nasales ont confirmé ce diagnostic. M. Barthélemy est le seul qui n'ait pas été complètement convaincu. J'ajouterai que les informations que j'ai prises ultérieurement avec MM. Rayer, Leblanc, Bouley et Barthélemy ont pleinement confirmé les renseignemens fournis par le malade.

Le lundi, 8 octobre, je me suis rendu avec M. Rayer, médecin de l'hôpital de la Charité, et M. Leblanc, vétérinaire, à la barrière de la Villette, où nous avons appris que Dondelignère avait été attaché à l'écurie des chevaux morveux de l'établissement des *Dames-Blanches*, et que, pendant son séjour, on avait abattu plusieurs de ces animaux, dont un certain nombre était atteint de morve aiguë.

M. Leblanc ajouta qu'il était à sa connaissance que deux chevaux affectés de morve chronique avaient été sacrifiés.

Comme il ne m'avait pas été permis de visiter l'établissement des *Dames-Blanches*, ces renseignemens ne me parurent pas suffisans, et le 13 octobre, je me transportai à la Villette avec MM. Bouley jeune et Barthélemy, médecins vétérinaires, et Bouley, interne des hôpitaux. Il résulta des renseignemens recueillis auprès des différens employés de l'établissement des *Dames-Blanches*, et de la visite générale que nous avons faite dans les écories, que Dondelignère était un homme fort tranquille, nullement ivrogne, d'un caractère un peu triste; qu'il couchait dans un lit en planches, peu élevé, placé dans une petite écurie, où sont traités habituellement 7 à 8 chevaux morveux; que le lit, situé

(1) Cet homme nous avait dit qu'il était entré le 13 ou le 14 juillet; mais il résulte de la déclaration de M. Draps, employé de l'administration, qu'il est entré le 15.

(2) M. Granet, médecin-vétérinaire de l'établissement des *Dames-Blanches*, nous a assuré que quelques jours avant de devenir malade, Dondelignère lui avait dit qu'il jetait comme ses chevaux et craignait de devenir morveux.

an-dessous d'une fenêtre mal close, était abrité par une toile cirée (1). *Toutes les portes et les fenêtres, qui, du reste, sont mal closes, sont percées du côté de la cour.*

Le médecin vétérinaire de la maison répéta ensuite, en présence de MM. Bouley et Barthélemy, ce qu'il m'avait déjà dit lorsque j'étais allé le voir avec MM. Rayer et Leblanc. Il nous assura que, depuis deux mois, douze chevaux morveux avaient été sacrifiés; que presque tous étaient atteints de morve chronique et n'avaient été tués que parce que leur maladie s'était compliquée d'épistaxis, d'éruption farcineuse, de morve aiguë, que quatre au moins avaient été abattus, parce qu'ils étaient affectés de morve aiguë.

Dans la note extraite des registres de l'administration des *Dames-Blanches*, et qui a été signée par M. Granet, en date du 13 octobre, et remise entre les mains de M. Rayer, je trouve que, du 30 juillet 1838 au 23 septembre de la même année, 12 chevaux sont morts ou ont été abattus parce qu'ils étaient morveux ou farcineux. Voici, du reste, le résumé de cette note:

Les deux jumens des n. 33 et 397 ont été abattues, parce qu'elles étaient affectées de morve et de farcin aigus.

La jument du n. 437, qui a succombé le 20 septembre, avait la même maladie.

Les trois jumens des n. 401, 319 et 431, ont été sacrifiées; elles avaient la morve aiguë.

Chez la jument du n. 311, qui est morte le 8 septembre, de la même affection, il y avait, en outre, *des tumeurs gangréneuses à la tête.*

La jument du n. 333 avait un farcin et une morve chroniques.

Le cheval et les jumens des n. 400, 233, 302, 317 ont été abattus. Ils étaient affectés de morve chronique.

Je dois ajouter cependant que trois palefreniers ont couché pendant plusieurs mois, et l'un d'eux pendant trois ans, dans l'écurie où se trouvait le lit de Dondelignère, sans devenir malades. Mais tous les jours on observe des faits négatifs de ce genre pour les maladies que tout le monde sait être contagieuses.

L'AUTOPSIE de Dondelignère a été faite le 10 octobre 1838, à deux heures du soir, en présence de MM. Husson, Breschet, Villermé, Cornac, Cruveilhier, Rayer, Blandin, Patissier, Michon, Deville, Nonat, Leblanc, et de plusieurs autres médecins ou internes des hôpitaux, par MM. Nivet, Burgnière et Vigla, internes à l'Hôtel-Dieu (2).

1° ALTÉRATIONS DE LA PEAU ET DU TISSU CELLULAIRE SOUS-JACENT.

A. Des boutons assez nombreux, offrant deux à trois lignes de diamètre, sont répandus sur le cuir chevelu. Trois seulement se sont développés sur la figure. Des pustules nombreuses existent au contraire sur le thorax, le ventre, les bras et les membres inférieurs; mais toutes ne présentent pas le même degré de développement.

1° On voit sur diverses parties de petites papules blanches, d'une demi-ligne à une ligne de diamètre qui étaient d'un rouge vif pendant la vie et au niveau desquelles les couches superficielles du derme sont épaissies.

2° Des pustules bien développées qui sont très nombreuses, et dont le diamètre varie entre trois lignes et une ligne.

Ces petites collections ne sont point ombiliquées, et en incisant successivement à leur niveau les différentes couches qui entrent dans la composition de la peau, on voit que le pus est placé au-dessous de l'épiderme; qu'il repose sur une couche mince de pus concret, ressemblant à une pseudo-membrane; que la superficie du derme est déprimée dans ce point; que ses aréoles sont agrandies; son épaisseur augmentée. Au niveau de l'auréole inflammatoire qui environne la pustule pendant la vie, la peau est épaissie et injectée de sang noir.

3° Quelques-unes des pustules qui existent sur l'avant-bras sont arrivées à la période de dessiccation; leur centre est déprimé, occupé par une croûte brunâtre, qui s'enfonce profondément dans le derme, mais ne va pas au-delà de sa couche la plus profonde. La peau épaissie et d'une couleur rouge foncé forme autour de la croûte un bourrelet arrondi assez saillant.

B. TUMEURS ECCHYMOTIQUES ET GANGRENEUSES.

Leur volume est très variable, mais elles présentent cela de commun qu'elles s'étendent toutes à la peau et au tissu cellulaire sous-cutané.

Nous avons compté cinq petites tumeurs ecchymotiques sur les membres inférieurs; elles étaient situées, l'une en arrière de la malléole interne du côté gauche, l'autre sur la face externe de la jambe correspondante, la troisième sur sa face interne, la quatrième en-dedans de la rotule, la cinquième sur la face antérieure du gros orteil droit.

La petite tumeur développée au-dessus de la bosse frontale gauche présente une pustule à son centre. L'épiderme qui couvre les deux premiers noyaux de la jambe gauche est soulevé par de la sérosité roussâtre qui forme de petites phlyctènes de diverses dimensions.

Quand on incise ces petites tumeurs on reconnaît que la couche vasculaire de la peau est fortement injectée et de couleur violacée, que le derme est épaissi, et que les aréoles sont distendues par un sang noir ou lie de vin, et dans les endroits où les altérations sont plus avancées, on en fait suinter par la pression de petites gouttelettes de pus. Le tissu cellulaire sous-cutané est engorgé, dur, pénétré de pus et de sang, qu'on fait sortir de ses aréoles quand on le comprime. En général, ces altérations ne dépassent pas les enveloppes fibreuses des muscles.

Les tumeurs bleuâtres qui occupent la partie antérieure de l'épaule, et le côté droit du thorax, ne sont que des degrés plus avancés de la même maladie.

Au niveau du coude droit, la peau dans l'étendue de deux pouces est complètement détruite et transformée en un détritus filamenteux grisâtre, qui tient par quelques prolongemens aux tissus sous-jacens. Ces filamens sont pénétrés de pus grisâtre. Le tissu cellulaire sous-cutané est infiltré de pus et de sang. Vers les limites de l'escarre la peau est de couleur violacée et couverte de phlyctènes remplies de sérosité brunâtre. Plus en dehors, elle est rouge-foncé. Du reste, ces altérations ne s'étendent pas au-delà du tissu cellulaire. L'articulation du coude est saine.

La tumeur placée au-dessous du sein est large de quatre pouces, haute de deux; elle est violacée et couverte de phlyctènes, contenant les unes une sérosité brunâtre, les autres de la sérosité purulente. Elle est réunie à celle de l'épaule par une série de petites tumeurs semblables à celles des membres pelviens.

Au niveau de la partie antérieure de cette saillie, les altérations sont plus profondes que partout ailleurs. Les fibres du grand pectoral sont infiltrées de pus, et l'on remarque au-dessous de ce muscle un abcès, sur lequel nous reviendrons plus loin.

C. De petites taches, offrant la teinte de la peau cyanosée, donnent aux faces antérieure et externe des cuisses un aspect marbré.

Les faces postérieures du col, du tronc et des membres, et les parties déclives de la verge sont couvertes de lividités cadavériques.

D. Le tissu cellulaire sous-cutané de l'avant-bras droit contient dans ses aréoles une grande quantité de sérosité opaline.

E. Deux petits abcès du volume et de la forme d'un œuf de pigeon se sont développés dans le tissu cellulaire sous-cutané; l'un à la partie externe et moyenne du bras, l'autre à la partie supérieure et externe de l'avant-bras gauche. La peau qui les recouvre offre sa couleur et sa densité normales.

2° MEMBRANES MUQUEUSES.

La narine gauche un peu moins volumineuse que celle du côté opposé est saine en avant jusqu'au niveau de la partie antérieure du cornet inférieur. Immédiatement en avant et au-dessus de cet os, on voit une pustule d'une ligne et demie de diamètre. Le cornet sous-ethmoïdal est tellement gonflé qu'il remplit toute la partie inférieure de la fosse nasale. La membrane muqueuse, le tissu cellulaire et le périoste qui recouvrent cette lame osseuse sont épaissis et injectés de sang. Presque toute la surface du cornet est couverte de petites ulcérations, au niveau desquelles la pituitaire est complètement détruite. Le fond de ces petites solutions de continuité est tapissé par des pseudo-membranes blanchâtres, très minces, qui reposent sur le périoste ou le tissu cellulaire, car nulle part on ne trouve l'os à nu.

On remarque sur le cornet moyen des altérations semblables, mais moins avancées et moins étendues. Les bords de l'ouverture du sinus maxillaire sont garnis de pustules ulcérées.

La muqueuse de la fosse nasale gauche est en général rouge, injectée, épaissie; mais ces altérations sont plus prononcées autour des ulcérations et des pustules.

La fosse nasale droite présente sur sa paroi inférieure et externe une ulcération allongée qui occupe toute l'étendue comprise entre le bord de la narine et l'extrémité antérieure du cornet inférieur.

Toute la partie postérieure de ce cornet est tuméfiée et couverte d'ulcérations dont le fond est caché par une pseudo-membrane d'une demi-ligne d'épaisseur, de couleur blanc-jaunâtre. Une large pustule existe en avant sur le bord inférieur du cornet moyen. Plus en arrière, la muqueuse offre un grand nombre de petites pertes de substance semblables à celles du cornet inférieur.

Si l'on excepte la portion de la pituitaire qui tapisse la partie antérieure et supérieure de la fosse nasale droite, cette membrane dans tout le reste de son étendue est rouge, injectée, épaissie. La rougeur et le gonflement, de même que du côté opposé, sont plus grands autour des ulcérations.

La cloison nasale est perforée immédiatement au-devant du vomer. L'ouverture qui existe dans cet endroit est de forme ovalaire; sa longueur est de six lignes dans le sens antéro-postérieur, de trois lignes et demie dans le sens vertical. A gauche, la muqueuse, détruite dans une étendue plus considérable que le cartilage, laisse ce dernier à nu dans l'étendue de deux à trois lignes. A droite, des ulcérations nombreuses couvrent la cloison en arrière de la perforation.

Nulle part on n'a remarqué des traces de gangrène dans les fosses nasales.

On trouve dans le sinus frontal gauche trois petites pustules entourées d'une auréole d'un rouge vif.

Les sinus sphénoïdaux et maxillaires contiennent une grande quantité de mucosités très épaisses et jaunâtres.

La muqueuse qui couvre la paroi interne du sinus maxillaire gauche est rouge, injectée, parsemée de pustules miliaires. Un petit kyste rempli de matière gélatiniforme et un petit abcès sous-muqueux du volume d'une petite fève soulèvent la membrane qui recouvre les parois inférieure et externe.

Dans le sinus droit la paroi interne est également injectée, et l'on voit sur la paroi externe deux petits abcès du volume d'un pois.

Les orifices des trompes d'Eustache sont entourés de pustules ulcérées qui sont plus nombreuses à droite qu'à gauche. Toute la voûte et les parties latérales du pharynx sont couvertes d'ulcérations et de pustules, qui ne descendent à droite que jusqu'au niveau de l'amygdale, tandis qu'à gauche elles se prolongent jusqu'à l'ouverture supérieure de l'œsophage; mais elles sont peu nombreuses dans le voisinage du larynx. Près du côté gauche de l'épiglotte, on remarque trois ou quatre pustules de différentes dimensions qui ne sont pas encore ulcérées.

Une seule pustule existe sur le ligament aryténo-épiglottique droit.

La membrane qui tapisse l'épiglotte, le larynx et la trachée est rouge, injec-

(1) Ce lit est détruit et les palefreniers ne couchent plus dans l'écurie des chevaux morveux.

(2) Les fosses nasales ont été examinées plus tard par MM. Bouley jeune, Barthélemy et Lafond, médecins vétérinaires.

tée; mais n'est point ramollie ni ulcérée. La membrane interne des divisions bronchiques est rouge-foncée et même brunâtre dans quelques endroits.

En étudiant avec soin les pustules et les ulcérations des membranes muqueuses, on reconnaît que les premières ont leur siége dans le tissu cellulaire; car en enlevant la membrane muqueuse, on n'enlève point la pustule dont le sommet seul est entamé et que les secondes sont le résultat de l'érosion et de l'agrandissement des pustules.

La cavité buccale et l'œsophage sont sains; une seule pustule se remarque sur le voile du palais.

On rencontre vers le grand cul-de-sac de l'estomac une injection violacée très étendue, et de petites ecchymoses sur le trajet des vaisseaux. La muqueuse au niveau de ces infiltrations sanguines est un peu ramollie.

On ne trouve aucune altération remarquable dans l'intestin grêle. La membrane interne du cœcum est injectée d'une couleur livide; mais n'est ni ramollie ni ulcérée. Le reste du gros intestin ne présente rien d'anormal.

3° GANGLIONS LYMPHATIQUES.

Les ganglions sous-maxillaires du côté droit sont d'une couleur brunâtre, plus friables que dans l'état normal, et plus volumineux que ceux du côté opposé. Ceux qui existent derrière l'angle de la mâchoire inférieure, et ceux que l'on rencontre sur le trajet des deux veines jugulaires internes, sont également un peu gonflés, brunâtres et plus mous que d'habitude.

Les ganglions des deux aines et de l'aisselle offrent des altérations semblables. Aucun d'eux ne contient de la matière tuberculeuse.

4° VAISSEAUX.

Les artères sont saines.

Les veines caves sont pleines de sang noir, sirupeux, en partie coagulé, en partie liquide. Un caillot à moitié noir, à moitié jaunâtre, ferme incomplètement la veine sous-clavière droite, et se prolonge jusque dans le cœur.

La veine céphalique droite, qui a été saignée une seule fois, est remplie par un caillot fibrineux, dur, noirâtre, renflé au niveau de la piqûre et enveloppé dans cet endroit d'une membrane blanchâtre, assez résistante, qui la sépare des parois de la veine, et qu'on sépare assez facilement du caillot.

L'ouverture de la veine est cicatrisée; mais ce vaisseau est entouré de pus, qui communique avec une petite plaie de la peau qui est ulcérée. Le caillot s'arrête dans la médiane céphalique inférieurement et supérieurement à un pouce de la veine sous-clavière.

La céphalique gauche contient un caillot moins étendu, et les deux piqûres qui ont été faites pendant la vie ne sont pas ulcérées. Il n'en est pas de même des petites plaies de la peau, qui reçoivent le pus infiltré dans les aréoles du tissu cellulaire qui les environnent.

Les autres veines n'ont offert aucune altération remarquable; il faut en excepter les veinules qui rampent dans l'épaisseur des parois des abcès musculaires. Plusieurs, en effet, ont offert dans leur cavité de petits caillots adhérens; mais nulle part nous n'avons trouvé du pus.

5° MUSCLE ET TISSU CELLULAIRE INTER-MUSCULAIRE.

Des abcès nombreux, remplis pour la plupart de pus épais, de couleur lie de vin, existaient dans un grand nombre de muscles et dans le tissu cellulaire inter-musculaire.

On en a trouvé dans le grand pectoral droit, le deltoïde, le triceps brachial, le brachial antérieur et le biceps du côté gauche.

Le biceps droit ne présentait que deux collections purulentes très petites; mais il en existait un très grand nombre dans les muscles de la partie externe et postérieure des deux avant-bras, et dans les muscles profonds des deux jambes.

Les parois de ces petits abcès étaient injectées, et plusieurs veinules étaient oblitérées.

L'abcès le plus remarquable et le plus étendu s'est développé au-dessous de la partie antérieure du muscle deltoïde, du côté droit, et se prolonge jusque dans le creux de l'aisselle, en passant entre l'humérus et les muscles qui s'attachent à l'apophyse caracoïde. Il remonte au-dessous du petit pectoral jusqu'à un pouce de la clavicule, et descend jusqu'au bord inférieur du muscle grand pectoral. Il contient environ deux verres et demi de pus épais, blanc-jaunâtre, mêlé de flocons. Une pseudo-membrane, molle et assez épaisse, tapisse les parois de cette cavité. La paroi antérieure de cet abcès est formée par le deltoïde, le biceps, le coraco-brachial, le petit et le grand pectoral; la postérieure par l'humérus, le grand dorsal, le grand dentelé, le grand rond et le faisceau nerveux-vasculaire de l'aisselle. Les parois du foyer sont rouges et injectées.

6° ARTICULATIONS.

L'articulation scapulo-humérale du côté droit contient une cuillerée de synovie épaisse, purulente, et une couche peu épaisse de pseudo-membrane tapisse la face interne du ligament orbiculaire. Les vaisseaux du tissu cellulaire sous synovial sont injectés; l'injection s'arrête vers les limites des cartilages.

Les articulations fémoro-tibiale droite, huméro-cubitale et radio-carpienne gauches renferment une assez grande quantité de synovie jaunâtre et gluante, légèrement opaque et plus abondante que dans l'état naturel.

Les autres articulations sont saines.

7° CAVITÉ CRANIENNE.

Les sinus gorgés de sang noir contiennent quelques caillots peu consistans. Les meninges ne sont pas infiltrées et le cerveau ne paraît pas malade.

8° CAVITÉ THORACIQUE.

Les plèvres offrent une teinte rouge, leur surface est inégale et rugueuse; la plèvre droite renferme une petite quantité de sérosité rougeâtre.

Au niveau du cinquième espace intercostal du côté droit, immédiatement en dehors des cartilages costaux, on voit un abcès du volume de la moitié d'un œuf, qui soulève le feuillet parietal de la séreuse pulmonaire.

Les muscles qui remplissent l'espace qui sépare les cinquième et sixième côtes étant détruits dans l'étendue d'un pouce et demi, le pus de l'abcès sous-pleural, qui est blanc-jaunâtre, très épais, communique, par cette ouverture, avec une collection purulente assez considérable, placée au-dessous du muscle grand pectoral. Ce dernier abcès ne communique pas avec celui de l'aisselle.

Les poumons, fortement injectés et engoués, sont encore un peu crépitans; mais ils sont parsemés dans tous leurs points de petits noyaux blancs et brunâtres, dont un grand nombre font relief à leur surface. Ces petites pneumonies lobulaires offrent un volume qui varie entre celui d'une petite noix et celui d'une graine de chenevis; la plupart ont la grosseur d'une noisette.

Quelques-unes se présentent sous la forme de noyaux brunâtres, durs et friables, offrant les caractères de l'hépatisation au second degré. Presque toutes les autres offrent une couleur blanchâtre, une surface inégale; elles paraissent constituées par de très petites granulations blanches, qui ne sont probablement autre chose que les vésicules pulmonaires infiltrées de pus ou de sérosité. Du reste, il n'existe aucune collection de pus dans les poumons.

Quand on comprime les organes, on fait sortir par les bronches un mucus spumeux, de couleur de rouille.

Le cœur paraît sain; on remarque à sa surface deux ou trois petites plaques blanches, qui sont sans doute des traces d'une péricardite ancienne.

8° CAVITÉ ABDOMINALE.

Le foie est volumineux et sain.

La rate ne présente également aucune altération.

Les reins, les uretères et la vessie sont sains; ce dernier organe est distendu par une grande quantité d'urine.

Les testicules ne sont pas malades.

En résumé, un jeune homme sobre, bien portant, d'une bonne constitution, d'un tempérament sanguin, d'un caractère triste, s'est trouvé pendant un certain temps continuellement en rapport avec des chevaux atteints de morve aiguë ou de morve chronique. L'écurie était mal close, il est vrai; mais elle était aussi mal aérée, car les portes et les fenêtres étaient toutes placées du même côté, disposition qui favorise peu l'établissement des courans d'air. Il vivait au milieu des animaux confiés à ses soins, couchait dans la même écurie qu'eux, et touchait nécessairement aux objets salis par la morve qui s'écoulait de leurs narines (1).

Après deux mois de séjour, ce jeune homme est pris d'un catarrhe de la muqueuse nasale, et plus tard de fièvre et d'une douleur rhumatismale dans l'épaule droite.

A ces symptômes succèdent des tumeurs ecchymotiques et gangreneuses, des pustules phlysaciées de la peau, des abcès dans les muscles et le tissu cellulaire, une épistaxis et une altération de la sécrétion du mucus nasal.

Ce malade succombe, et à l'autopsie l'on trouve dans ces fosses nasales des ulcérations semblables à celles qui existent sur les cornets et la cloison des chevaux morts de la morve aiguë, et dans les poumons des pneumonies lobulaires.

Examinons maintenant sous le point de vue clinique chacune des circonstances que je viens d'indiquer. Je ferai remarquer, avec M. Rochoux (2), que certaines maladies ne se développent jamais spontanément chez l'homme. Telles sont la rage et la vaccine; ces affections sont toujours transmises par contagion des animaux à l'homme. Tout porte à croire jusqu'à présent que la morve est dans le même cas que les maladies que je viens de citer.

Parmi les causes auxquelles on attribue plus spécialement la morve des chevaux, je citerai l'accumulation de ces animaux dans des écuries malsaines et mal aérées, les mauvais fourrages, les courses longues et les travaux pénibles.

Il est une classe d'hommes qui sont souvent exposés à des causes analogues, et qui cependant ne sont point atteints par des maladies qui offrent les caractères de la morve; je veux parler des galériens, des esclaves, des militaires. Eux aussi sont fréquemment mal nourris, mal logés, réunis en grand nombre dans des dortoirs qui sont loin d'être toujours bien aérés et bien sains; ils sont exposés à faire des marches forcées et des travaux pénibles.

(1) Personne, je pense, n'élèvera des doutes sur ces renseignemens, quand on saura qu'ils ont été vérifiés, comme je l'ai dit précédemment, par MM. Rayer, Leblanc, Bouley jeune et Barthélemy.

(2) GAZETTE MÉDICALE, 1837, pag. 173.

Jusqu'à présent, tous les hommes qui ont été affectés de la morve se sont trouvés en rapport avec des chevaux morveux; et chez quelques-uns même la maladie paraît avoir été le résultat de l'inoculation; ct qu'on ne dise pas que la morve s'est développée spontanément chez les individus affectés, parce qu'ils se trouvaient exposés aux mêmes causes que les chevaux; car, dans quelques cas, les rapports n'ont été que très passagers (1).

On peut conclure de l'examen de ces faits, que Dondelignère, comme les autres malades morveux, a contracté sa maladie en soignant les animaux confiés à ses soins.

Arrivons maintenant aux symptômes de la maladie : MM. Granet et Leblanc, en examinant notre malade, ont reconnu que l'écoulement séro-muqueux de la fosse nasale droite, et le gonflement des parois de la narine étaient entièrement semblables à ce qu'on observe chez les chevaux.

MM. Rayer, Leblanc, Bouley jeune et Barthélemy, après avoir examiné les altérations pathologiques qui existaient dans les fosses nasales, ont reconnu qu'elles étaient semblables à celles qu'on rencontre sur la pituitaire des chevaux affectés de morve aiguë pustuleuse (2). Je crois inutile, après cela, de m'étendre plus longuement sur ce sujet. Je ferai seulement remarquer que plusieurs ulcérations étaient couvertes d'une couche pseudo-membraneuse semblable à celle qui a été indiquée par M. Delafond chez les chevaux (3).

La perforation des cornets et des autres points des parois des fosses nasales se rencontre aussi quelquefois chez le cheval; nous ne devons donc pas être étonnés si nous avons rencontré une perforation de la cloison nasale chez l'homme.

M. Barthélemy a particulièrement insisté sur les caractères différens de la pustule de l'homme et de celle du cheval. Il a fait remarquer que chez le second le pus agglutine les poils qui forment un pinceau qui se détache ensuite et met à nu une petite ulcération.

L'absence de poils chez notre malade a empêché la formation du pinceau, et comme les pustules n'étaient point encore arrivées à l'époque où les croûtes devaient tomber, on ne peut pas décider si leur chute aurait mis à nu une cicatrice ou une ulcération. Il est même probable que la chute de ces croûtes aurait laissé une ulcération à la peau, car les aréoles de cette membrane étaient enflammées et dans quelques endroits pénétrées de pus.

On a dit aussi que les escarrhes étendues s'observaient rarement chez les solipèdes. Cependant on a avoué qu'on voyait quelquefois des gangrènes du fourreau. M. Granet m'a assuré qu'il a vu des gangrènes assez étendues de la peau de la tête chez des chevaux affectés de morve aiguë (4).

M. Rayer (5) a donné à mon avis une excellente explication du peu de fréquence des altérations des ganglions chez l'homme; du reste, elle était inutile pour notre malade, car les ganglions sous-maxillaires qui correspondaient à la narine la plus malade étaient tuméfiés, brunâtres et ramollis.

Les abcès des muscles étaient très petits comme ceux dont M. Barthélemy a avoué l'existence chez le cheval; mais trois collections volumineuses avaient leur siége dans le tissu cellulaire sous-cutané ou inter-musculaire.

M. Rayer, qui dit avoir rencontré des abcès dans le tissu cellulaire sous-cutané et inter-musculaire, n'indique pas quel était leur volume (6). Dans la visite que j'ai faite à Alfort avec MM. Leblanc, Rayer et Bouley jeune, M. Bouley fils nous a montré deux chevaux affectés, l'un de morve chronique, l'autre de farcin, qui avaient eu des abcès du tissu cellulaire sous-cutané qui avaient nécessité des incisions de cinq à huit pouces de longueur.

La pneumonie lobulaire existe également chez les chevaux atteints de morve aiguë. MM. Rayer, Leblanc, Delafond en ont constaté l'existence chez ces animaux, et si on ne la rencontre pas plus souvent chez eux, cela tient peut-être à ce qu'on les sacrifie avant qu'elle se soit développée.

Nous pouvons conclure des faits qui précèdent que la maladie de Dondelignère a présenté les symptômes, la marche, la terminaison et les altérations pathologiques que l'on observe dans la morve aiguë du cheval. Les douleurs articulaires elles-mêmes se retrouvent aussi chez les solipèdes; plusieurs vétérinaires, parmi lesquels je citerai MM. Granet et Leblanc, m'ont assuré qu'une légère claudication précède quelquefois l'apparition du jetage. Je ne puis terminer ces réflexions sans remercier MM. Rayer, Leblanc, Bouley et Barthélemy de la bienveillance avec laquelle ils m'ont accueilli et de l'empressement qu'ils ont mis à s'enquérir avec moi de toutes les circonstances qui pouvaient éclairer l'étiologie de la maladie de Dondelignère.

(1) Obs. XIII de M. Rayer.

(2) Je puis affirmer ici, pour répondre à M. Barthélemy, qui a invoqué mon témoignage au sein de l'Académie, que ce savant médecin-vétérinaire, après avoir examiné les fosses nasales de Dondeliguère, m'a dit que les altérations que présentaient les parois de ces cavités étaient semblables à celles qu'on voit dans les fosses nasales des chevaux affectés de morve aiguë; mais il ne s'est pas prononcé sur l'ensemble des symptômes offerts par notre malade.

(3) *Traité de police sanitaire des animaux domestiques.*

(4) M. Bouley jeune a également observé cette complication. (Bull. de l'Ac. de méd., t. 1, p. 469). Voyez plus haut dans le rapport de M. Granet la jument du n. 511.

(5) Gazette Médicale, 1838, p. 687.

(6) Mémoires de l'Académie de médecine, t. vi, p. 742, 1837.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 12 NOVEMBRE.

CONJECTURES SUR LE RÔLE QUE PEUVENT JOUER LES CORPS GRAISSEUX DANS LA FORMATION DES LAMES DU TISSU CELLULAIRE.

M. de Humboldt présente un mémoire de M. Askerson sur ce sujet.

Les expériences rapportées dans ce mémoire ont conduit l'auteur, dit M. de Humboldt, aux résultats suivans :

1° Le contact de l'albumine et des corps gras liquides provoque la formation instantanée d'une membrane.

2° Une membrane est produite par la juxta-position d'une infinité de particules que l'on peut observer en ralentissant sa formation par un procédé indiqué dans le mémoire.

3° Une goutte d'huile qui ne se trouve qu'un instant entourée d'un fluide albumineux est aussitôt enfermée par une membrane, ce qui permet de faire à volonté des cellules factices.

4° On trouve dans les ovaires des mammifères et des oiseaux de grandes cellules remplies d'huile, qui ressemblent par leur forme et leurs propriétés physiques aux cellules factices.

5° Toutes les gouttes de graisse et d'huile que l'on trouve dans les plantes et les animaux sont renfermées dans des cellules que l'on peut appeler élémentaires.

6° Les tissus de l'organisme animal se composent de cellules qui ne sont qu'une métamorphose des cellules élémentaires.

7° Les globules ou vésicules du sang sont des cellules qui contiennent de la graisse liquide; et c'est leur fonction de transporter et de distribuer ce fluide partout où la formation des cellules doit avoir lieu.

8° L'état primitif de l'ovule des animaux est celui d'une goutte d'huile, et cet amas de globules, qui se trouve toujours dans la vésicule germinative (la couche germinative primordiale de Wagner) est le résidu de cette goutte.

9° Les cellules des végétaux sont aussi formées à l'aide d'un fluide hétérogène; mais il reste à déterminer si ce n'est que de l'huile; si, en outre, d'autres fluides sont chargés de ce rôle.

PROPAGATION DE LA VARIOLE.

M. Moreau de Jonnès communique à l'Académie des données statistiques, extraites des rapports officiels des directeurs de l'hôpital de la variole à Londres (l'hôpital Saint-Pancrace).

Le nombre des individus atteints de la variole qui se sont présentés à cet établissement pour y être traités s'est élevé, année moyenne, aux termes suivans :

Pendant les 25 années qui ont précédé la découverte de la vaccine, ce nombre était de	286
De 1800 à 1824, pendant la première période de l'usage de la vaccination	143
En 1825, de	419
De 1826 à 1838	270
De 1837 à 1838	740

Il résulte de ces nombres :

1° Que dans les 25 années qui ont suivi l'usage de la vaccine, le nombre des varioles a diminué de moitié;

2° Que ce nombre a triplé soudainement en 1825, époque qui coïncide, suivant M. Moreau de Jonnès, avec celle de l'introduction de la varioloïde en Europe par les navires venant des Etats-Unis;

3° Que de 1826 à 1838 le nombre moyen des varioles a été annuellement de 270, nombre presque double de celui des varioles qui avaient lieu de 1800 à 1820, sous l'influence bienfaisante des premières vaccinations;

4° Et enfin, que de 1837 à 1838 le nombre des varioles a été quintuple de celui qui avait lieu, année moyenne, de 1800 à 1824.

Il paraît qu'il excède encore cette proportion; car les directeurs de Saint-Pancrace déclarent que cet hôpital n'ayant plus de places disponibles, il a fallu en refuser l'entrée à un certain nombre de malades.

Il est essentiel de remarquer que la mortalité causée par la variole n'a pas suivi à Londres la même proportion que la propagation de cette maladie.

PROPAGATION DE LA CHALEUR.

M. Despretz lit un mémoire ayant pour titre : *Recherches expérimentales sur le passage de la chaleur d'un corps dans un autre.*

La théorie mathématique de la chaleur réclamait sur ce sujet des données que la physique ne possédait pas encore, et il était curieux de rechercher si la chaleur éprouve, comme l'électricité, une résistance, en pénétrant d'un corps dans un autre.

Pour arriver à la solution de la question, l'auteur a suivi deux voies différentes. Dans le premier procédé, il avait fait choix d'une barre d'étain et d'une barre de cuivre réunies par pression; dans le second, il a pris un petit cylindre creux en cuivre mince destiné à être placé dans un second cylindre plein d'eau.

Le premier procédé est le seul dont M. Despretz s'occupe dans le mémoire dont nous rendons compte ici.

Les deux barres étaient disposées bout à bout et maintenues dans un contact parfait par le contact d'une vis en bois. On a conservé aux barres leur poli métallique, qui était le même pour les deux. On les chauffait au moyen d'une lampe alimentée par l'huile et munie de son verre; ce verre était échancré de manière à embrasser un cylindre en bronze qui communiquait par contact la chaleur aux barres métalliques. Un écran opaque les défendait de l'action de la chaleur directe de la lampe; des moyens particuliers maintenaient d'ailleurs la salle à une température sensiblement constante.

Les barres étaient carrées; elles avaient 20m,5 de côté, et 4 décimètres environ de longueur. Le diamètre des cavités dans lesquelles plongeaient les thermomètres était de 4m,95. La distance des thermomètres, comptée du centre du réservoir, était de 79m,5. Les réservoirs étaient très petits et cylindriques; ils occupaient l'épaisseur de la barre, moins 3 mètres en bas et en haut.

Quoiqu'on eût cherché à donner au réservoir la forme et le volume même des cavités, puisqu'on les soufflait avec les barres sous les yeux, néanmoins le contact ne pouvait être complet. On achevait de l'établir avec un peu d'huile d'olive. La quantité d'huile que retenaient les thermomètres après leur immersion dans ce liquide suffisait à cet objet.

Ces thermomètres étaient assez sensibles, malgré la petitesse des réservoirs. On connaissait les températures des barres par le moyen de deux thermomètres, cinq pour chaque barre. La barre qui recevait directement la chaleur s'échauffait graduellement; et quand le thermomètre le plus près de la source avait atteint à peu près la température maximum, ce qui arrivait au bout de trois heures, plus ou moins, on prenait de cinq en cinq minutes les températures indiquées par les deux thermomètres extrêmes; et quand ces deux températures ne subissaient qu'une variation insensible, on notait pendant deux à trois heures, de dix à dix minutes, les températures de tous les thermomètres. On avait ainsi différentes séries de nombres. On prenait la moyenne des quatre, des six ou des huit dernières séries, selon les circonstances de l'expérience. On notait, en même temps, la température de l'air. Cette température atteignait aussi son maximum, et ne variait pas d'un vingtième de degré vers l'état stationnaire de la barre.

M. Despretz s'est occupé d'abord de vérifier cette loi remarquable donnée par l'analyse; si l'on compare à la température de l'air les températures de trois points équidistans de la barre, la somme des excès des deux températures extrêmes, par l'excès intermédiaire, donne un quotient constant. Une erreur peu considérable sur ces quotiens en produirait une très grande sur le calcul des températures. De là nécessité de comparer alternativement les nombres des diverses séries et de prendre les moyennes entre un grand nombre d'observations.

Il n'était pas possible de déterminer directement la température au contact; mais seulement de la calculer, en faisant usage des relations analytiques entre les diverses températures observées et la température inconnue de la jonction. Ces relations sont établies dans le mémoire de M. Poisson. On peut encore les calculer par une formule qu'on tire du rapport constant qu'on vient de rappeler. M. Despretz a obtenu les températures du contact par cette double méthode, et il a été conduit aux mêmes résultats, sauf une très légère différence, qui n'est que de treize centièmes de degré. L'excès moyen du cuivre par lequel arrivait la chaleur sur l'étain qui la recevait a été de 1° 47.

Comme dans les premiers essais l'auteur n'avait pas obtenu des résultats tout à fait satisfaisans, il voulut, pour s'assurer de l'existence d'un obstacle au passage de la chaleur d'un corps dans un autre, exagérer l'effet du contact, dans une autre série d'expériences, en interposant une feuille de papier à lettre entre les deux barres. Les expériences furent conduites de la même manière. Il y eut, entre les températures, de chaque côté de la feuille de papier une différence égale à 5°, 5.

Le calcul complet de l'expérience exigeait la connaissance de la conductibilité intérieure ou extérieure de l'une des barres. M. Despretz a cherché la conductibilité extérieure, et pour cela il a observé le refroidissement de deux sphères d'un pouce de diamètre. Ces sphères étaient semblables aux barres pour la nature et pour le poli. La conductibilité extérieure a été calculée d'après les formules tirées de l'ouvrage de Fourrier. Comme la densité entre dans ces relations, l'auteur a cru devoir prendre la densité même des sphères employées dans ces expériences. Les temps du refroidissement étaient mesurés avec une montre à secondes et l'expérience répétée quatre fois. Les sphères étaient suspendues dans l'air par un cordon de soie délié.

Chaque sphère présentait une cavité de la grandeur de celle des barres. On la chauffait par de l'air chaud dans un vase fermé, afin que le poli ne fût point altéré par les matières légères qui auraient pu se déposer à la surface. On portait la température à environ vingt degrés plus haut que le point à partir duquel on voulait observer le refroidissement. On observait donc ce refroidissement à des températures différentes, et on reconnaissait de cette manière, si, dans une expérience, il se trouvait une erreur d'observation.

En résumé, ce travail constate une propriété nouvelle de la chaleur, et offre encore une preuve de l'accord qui règne entre des expériences faites avec soin, et la rigueur de l'analyse mathématique; enfin il établit une analogie de plus entre la chaleur et l'électricité en mouvement.

L'Académie procède par voie de scrutin à l'élection d'un candidat pour la chaire de chimie vacante à l'école polytechnique, par suite de la démission de M. Dumas.

La section de chimie présente comme candidat unique M. Pelouze.

Le résultat du scrutin est que M. Pelouze est nommé à l'unanimité.

L'Académie avait encore à nommer un correspondant pour la section d'astronomie. La liste des candidats présentée pour la section portait :

1° M. Nel de Bréauté, à La Chapelle, près Dieppe;
2° M. Santini, à Padoue;
3° M. Hansen, à Gotha;
4° M. Robinson, à Armagh;
5° M. Rosenberg, à Bonn.

Au premier tour de scrutin, M. Nel de Bréauté réunit 42 suffrages sur 44 votans, et est en conséquence déclaré élu.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SEANCE DU 13 NOVEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. MOREAU.

MONSTRE BI-CORPS.

M. Villeneuve lit une note sur l'enfant-monstre bi-corps, né à Prunay, près de Rambouillet, et que M. Villeneuve a observé quelques heures après la mort. L'Académie des sciences ayant nommé une commission pour lui rendre compte de cette monstruosité, nous en ferons bientôt connaître les détails.

ASPHYXIE PAR DES GAZ DÉLÉTÈRES.

M. Piorry fait un rapport sur une observation de M. Foudreton, relative à dix individus qui ont été asphyxiés en nettoyant un égout. M. Foudreton les a fait mettre chacun dans un bain chaud et frictionner avec de l'eau de vie, en même temps qu'on leur faisait flairer de l'éther. Ces moyens les ont promptement ranimés et la saignée n'a été nécessaire que chez l'un d'eux seulement, qui offrait des signes de congestion cérébrale. D'où l'auteur conclut que le bain chaud est le meilleur remède contre l'asphyxie. M. le rapporteur fait voir combien ce mot asphyxie est vague, et le peu de fondement de la conclusion précédente. L'asphyxie n'étant qu'un vice de l'hématose, c'est à ce vice qu'il faut d'abord remédier pour la combattre. En conséquence, le bain ne paraît ici remplir aucune indication ; il pourrait être nuisible si le sujet présentait des signes d'une congestion cérébrale. (Remercimens à l'auteur. Dépôt du manuscrit aux archives.)

M. Martin Solon. Trois des individus dont vient de parler M. le rapporteur ont été transportés à l'hôpital Beaujon. Le lendemain ils étaient bien portans. Dans le cas en question, l'efficacité du bain est plus que douteuse; mais on peut concevoir, d'ailleurs, que ce moyen peut être utile en raison de l'action du calorique qu'il transmet à l'organe cutané.

M. Villermé : L'auteur de l'observation ne dit point à quel degré de chaleur le bain a été administré. Si le bain n'était que tiède, il a pu plutôt refroidir le corps, car la température normale est, comme on sait, de 30 à 32 degrés.

M. Marc : Le mot asphyxie est générique ; il exprime un état particulier de l'organisme et peut dépendre d'une foule de causes diverses. Le traitement que cet état réclame est variable selon la nature même de la cause. Ce serait, d'après moi, une grave erreur de dire que le bain est utile ou nuisible dans l'asphyxie, sans spécifier dequelle variété d'asphyxie on veut parler. Il est clair que dans l'asphxie causée par le froid, par exemple, le bain chaud est très utile, tandis qu'il est fort nuisible dans celle qui dépend de l'action des alcooliques ; dans cette dernière c'est le bain froid, au contraire, qui convient. Dans l'asphyxie produite par le manque d'air, il est évident que le secours le plus essentiel n'est point le bain, etc. Il y a donc un traitement particulier à faire dans chaque espèce d'asphyxie ; en conséquence, il ne faut rien admettre ni rejeter d'une manière absolue.

M. Chevallier : Il ne faut pas se méprendre sur les effets de certains remèdes qu'on administre aux asphyxiés. Souvent ils n'ont besoin que du grand air pour revenir à la vie ; les médicamens sont inutiles. Nous avons eu dernièrement, M. Pelletier et moi, un grand nombre d'ouvriers à secourir contre cet accident ; ils travaillaient dans un égout donnant dans le canal Saint-Martin ; il y en avait tous les jours cinq, six, qu'on retirait dans un état d'asphyxie ; nous les avons tous guéris en les exposant à l'air libre ; chez quelques-uns on jetait un verre d'eau fraîche à la figure pour les ranimer, et chez d'autres nous avons donné une très légère solution de sulfate de zinc pour exciter les vomissemens.

Ces faits démontrent que, dans le cas dont vient de parler M. le rapporteur, c'est plutôt à l'air libre qu'à l'action du bain qu'on doit attribuer la guérison.

M. Bouillaud parle dans le sens du préopinant.

Le rapport est mis aux voix et adopté.

STÉTOSCOPE MODIFIÉ; PLESSIMÈTRE EN CAOUTCHOUC.

M. Piorry fait un rapport sur un stétoscope modifié par M. Vallet. Cette

modification consiste dans l'addition d'un thermomètre au stétoscope ordinaire. On trouve de la sorte sur un même instrument le moyen d'ausculter, de percuter les lorganes et de mesurer le degré de chaleur. Des expériences nombreuses ayant été faites avec cet instrument, M. le rapporteur a trouvé dans certaines maladies une chaleur de trente-sept degrés. Il propose des remercîmens à l'auteur.

Le même médecin avait présenté un plessimètre en caoutchouc; M. Piorry ne pense pas que cette substance doive être préférée aux plaques ordinaires en ivoire.

M. Bouillaud: Les expériences dont on vient de parler sur le degré de chaleur dans les maladies n'ont pas été assez multipliées pour donner des résultats concluans. Depuis plusieurs années que nous nous occupons de ce sujet à la Charité, nous avons pris note du degré de chaleur de la surface du corps sur plusieurs milliers de malades, et nous avons trouvé que dans toutes les affections fébriles il y a une augmentation de trois, cinq, huit et même neuf degrés de chaleur de l'état normal. Le thermomètre nous a donné de trente-trois à quarante-un degrés centigrades selon l'intensité de la fièvre. Nous nous sommes servis d'un thermomètre centigrade fait exprès, et avons pris pour point fixe la région abdominale. Ces résultats sont si constans, que nous reconnaissons aujourd'hui aux seules variations thermométriques les changemens en mieux ou en pis de la maladie. Toujours le thermomètre baisse lorsque la maladie décline; cela est devenu pour nous une loi invariable.

M. Villermé: Nous avons fait, M. Robiquet et moi, des expériences sur la température du corps chez les animaux; nous avons introduit le thermomètre dans les cavités de certains viscères, entre autres dans le rectum sain ou enflammé, et nous n'avons jamais eu une différence de plus de quatre à cinq degrés entre les cavités viscérales et la surface du corps.

M. Rochoux: Les recherches que M. Edward a faites sur ce sujet l'ont conduit à cette conclusion, que chez les animaux une température de sept degrés au-dessus de l'état normal produit inévitablement la mort si elle dure longtemps.

M. Ségalas: Chez les animaux la température de la surface du corps est variable, non seulement dans les différentes régions, mais encore sur différens points d'une même région. Je me suis assuré qu'au tronc par exemple la température de la partie antérieure est de deux degrés au-dessus de celle de la partie postérieure.

Le rapport est mis aux voix et adopté.

M. Henry lit un travail fait en commun avec M. Cap sur la présence de l'acide lactique dans les urines et les produits auxquels il peut donner naissance.

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité de pathologie externe et de médecine opératoire; par M. Aug. Vidal (de Cassis), professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, etc., etc. — 2 vol. in-8° de 500 pages chacun. Chez J.-B. Baillière.

Avant d'ouvrir ce livre et d'en examiner le contenu, on peut, sur le titre seul, lui accorder d'avance un mérite, ou, si l'on aime mieux, un bonheur, celui de l'opportunité et même de la nécessité. Jamais la chirurgie n'a été aussi ardemment cultivée que de nos jours; jamais elle n'a été si honorée; jamais elle n'a eu une plus large part dans l'enseignement public et privé, et pourtant jamais la littérature de cette branche de la médecine n'a été si pauvre en traités classiques, généraux et complets, comme celui-ci paraît être *ex facie libri*. La chirurgie, comprise dans le sens large du mot, ne compte guère, depuis plus de vingt ans, qu'un très petit nombre d'ouvrages (trois ou quatre) où les élèves puissent trouver un cours complet de science et les praticiens un guide éclairé et sûr. Parmi ces ouvrages (qu'il est inutile de citer, et que je suis loin de vouloir rabaisser) il en est dont le prix n'est pas en proportion avec les facultés de la majorité des lecteurs, et cette considération matérielle n'est pas sans importance quand il s'agit d'un livre classique; il en est dont la forme et le plan ne s'accommodent pas assez, quel que soit leur mérite intrinsèque, aux jeunes intelligences, qui ont besoin d'ordre et de méthode. Enfin, la plupart de ces livres sont déjà d'une date assez ancienne pour offrir des lacunes importantes et de nombreux *desiderata*.

Ces raisons devaient, *à priori*, attirer l'attention sur l'ouvrage que nous annonçons. Le nom seul de l'auteur, connu depuis longtemps parmi les praticiens, suffisait d'ailleurs pour recommander cette publication.

L'examen de l'ouvrage n'a pas démenti, fort heureusement, comme il arrive quelquefois, ces présomptions favorables; et, après avoir lu les deux premiers volumes, nous n'hésitons pas à dire que la lacune que nous signalions dans notre littérature chirurgicale est remplie. Nous croyons que ce livre atteint également son but, soit qu'on le considère comme un *manuel* complet d'enseignement, destiné aux élèves, soit qu'on le prenne pour un *traité ex professo* de chirurgie théorique et pratique, destiné aux maîtres. Par le plan, par la méthode, par les détails de la composition, il semblerait plus spécialement approprié à servir de guide aux études; tandis que par l'abondance des faits, par l'importance des questions, par l'originalité des vues, il sort des conditions ordinaires des livres de cette nature.

Il n'est pas dans notre intention d'entrer aujourd'hui dans une critique de détail; car dans un livre de pratique les détails sont, comme on sait, infinis. Ce n'est pas que nous reculions devant la tâche de signaler les particularités les plus importantes du travail de M. Vidal, d'examiner ses vues et principes propres sur divers points essentiels, et de louer et reprendre, avec une entière indépendance, ce qui, selon nous, méritera d'être loué ou blâmé; mais nous préférons, pour le moment, prendre son livre, pour ainsi dire, en bloc et l'examiner dans son ensemble. Convaincus comme nous le sommes que cet ouvrage sera compté au nombre des travaux les plus sérieux et les plus distingués de notre époque chirurgicale, et qu'en outre son utilité immédiate est manifeste, nous nous en tiendrons aujourd'hui à cette appréciation sommaire. Il nous suffira de la justifier par une courte analyse de l'ouvrage, considéré d'une manière générale.

M. Vidal a expliqué avec tant de clarté et de précision le plan et le but de son livre, dans sa *préface*, que nous ne pouvons mieux faire que d'analyser son analyse.

La chirurgie, selon M. Vidal, n'est pas distincte de la médecine. Il n'est point, dit-il, de science chirurgicale; car l'histoire et la théorie des maladies constituent une science unique, et la division reçue entre les maladies externes et les maladies internes est une division purement nominale et non réelle. Mais s'il n'y a pas de science chirurgicale proprement dite, il y a un *art* chirurgical. Il est évident que le diagnostic et surtout le traitement chirurgical offrent des conditions toutes spéciales, qui réclament des études, des habitudes d'esprit et de corps, et des procédés à part. « Comme le médecin, dit M. Vidal, le chirurgien doit être homme de méditation et de plus homme d'action. Il lui faut donc une nature plus complète. »

Il y a donc un art chirurgical ayant ses règles, ses méthodes, ses conditions propres, et pouvant, par conséquent, être enseigné. C'est là proprement ce qui distingue la chirurgie de la médecine, et en fait comme deux branches séparées de *l'art de guérir*. Mais *l'art*, c'est-à-dire la pratique, fondée sur des principes, ne peut être séparé de la science, car c'est la science qui fournit les règles et les raisons des règles. Ce serait donc réduire la chirurgie à une simple routine *manuelle* que de l'isoler de la pathologie. Voilà pourquoi M. Vidal a réuni les deux choses dans son ouvrage. Il a même essayé d'indiquer, autant qu'il était possible, cette double vue dans le titre de son livre; mais ce titre, comme on voit, ne donne pas tout; car la *pathologie externe* et la *médecine opératoire* ne remplissent pas tout le cadre de la chirurgie; ces termes laissent en dehors tout ce qui, dans le diagnostic et le traitement, n'exige pas le secours de la main et des instrumens. Il suffit de savoir que ce que l'auteur n'a pu mettre dans le titre se trouve dans le livre.

Ces vues générales sur la nature et la compréhension de la chirurgie nous paraissent éminemment philosophiques et justes.

La division générale adoptée par M. Vidal lui attirera des censures; mais ce qui doit le consoler, c'est que les mêmes censures ne lui auraient pas manqué s'il en eût adopté une autre. Il serait d'autant plus facile de blâmer sa classification qu'il en signale lui-même les défauts avec une sagacité qui ferait honneur au meilleur critique. « Il faut prendre, dit-il, les choses pour ce qu'elles valent. Les classifications sont des créations de l'esprit, des moyens artificiels dont la nature se joue souvent... Les faits se multiplient tellement et avec des caractères d'une si prodigieuse diversité, que rien n'est plus difficile que leur coordination. Aussi, au lieu d'être esclave d'une classification, l'auteur fait quelquefois de l'arbitraire, et il a raison. » Nous partageons entièrement cette manière de voir. Une classification complètement *naturelle* et rigoureusement *logique* est, en médecine, une entreprise chimérique. On ne peut sortir en ceci de l'à peu près.

Cependant, tout n'est pas non plus arbitraire. Le but étant bien connu, les moyens ne sauraient être entièrement indifférens. Il est des conditions d'ordre, de clarté, de subordination relative, qu'il n'est pas permis de violer, quoique deux classifications puissent être également bonnes, bien que fondées sur des principes différens. Il suffit, dans un ouvrage didactique, de remplir quelques conditions essentielles, telles que la clarté de l'exposition, et la facilité des recherches. La classification de M. Vidal nous paraît satisfaire très bien à ce double but, sans préjudice de sa valeur comme enchaînement scientifique. Son ouvrage se divise donc en trois partie.

1° Sous le titre de *Chirurgie générale*, il traite des maladies chirurgicales dont tous les tissus organiques peuvent être affectés.

2° La *Chirurgie des tissus* comprend les maladies chirurgicales considérées dans les divers tissus organiques.

3° La *Chirurgie des régions* traite des maladies chirurgicales étudiées dans les diverses régions.

Les deux premiers volumes publiés contiennent la première et la deuxième section. Comme division secondaire M. Vidal adopte la distinction des maladies en lésions *physiques*, *vitales* et *dégénérescences;* distinction depuis longtemps consacrée par l'usage, et qui est une des moins arbitraires qu'on ait inventées.

Enfin, sous le titre de *Prolégomènes*, M. Vidal traite d'une manière générale du *diagnostic chirurgical* et de la *médecine opératoire*. Cette partie de son travail présente sous une forme claire, précise et rapide, les principes généraux et essentiels de *l'art chirurgical*. Cette introduction n'offre que des généralités; mais elle n'en sera pas moins utile aux chirurgiens; ils y puiseront une idée exacte, complète et philosophique de la nature, du but et des moyens de leur art. Quant aux élèves, qu'il importe avant tout de former à des habitudes de réflexion, et dont la raison doit être exercée autant et plus que la main, ils trouveront dans ces *prolégomènes* un excellent point de départ pour leurs études ultérieures.

Nous ne pouvons donc qu'approuver sans restriction ce préambule dont l'idée est heureuse, et qui est exécuté en outre avec un véritable talent. On lira surtout avec beaucoup de fruit un chapitre plein d'intérêt sur *l'emploi des sens dans le diagnostic chirurgical*.

Bien que nous nous soyons interdit pour aujourd'hui tout examen de détail, nous ne saurions, sans être injuste envers l'auteur, négliger de signaler brièvement à l'attention les points suivans, qui nous ont paru mieux traités qu'on ne l'avait fait.

Dans le chapitre sur *l'inflammation*, M. Vidal a étudié cet important phénomène pathologique d'un point de vue plus élevé que la plupart des chirurgiens. Cet article pourra être consulté, même par les médecins.

Nous avons vu avec satisfaction que les maladies les plus fréquentes ou communes avaient reçu dans ce livre de M. Vidal un grand développement relatif. C'est ainsi que l'érysipèle et les abcès sont traités, sinon avec plus de soin, du moins avec plus d'étendue et de détail que les lésions plus rares. On sait combien le diagnostic des abcès offre de difficultés, même aux praticiens les plus habiles, et combien les erreurs peuvent être graves. M. Vidal a examiné cette question avec le plus grand soin. Il donne les règles les plus minutieuses pour diriger l'esprit et la main dans ces recherches si délicates. On remarquera surtout les détails relatifs à la manière de constater la fluctuation, soit dans les abcès superficiels, soit dans les abcès profonds.

On peut rapprocher de ces vues ingénieuses sur le diagnostic des abcès, les règles données par M. Vidal pour rencontrer sûrement le vaisseau dans l'opération de la ligature des artères. Dans ces détails essentiellement pratiques, M. Vidal, nous aimons à le dire, déploie, en général, des connaissances spéciales très solides, et une sagacité rare.

Le diagnostic chirurgical n'est pas moins difficile que le diagnostic médical, bien qu'un préjugé assez commun fasse croire le contraire. Le chirurgien a de plus ce désavantage qu'il est rare que son erreur, s'il se trompe, ne soit pas constatée, tandis qu'en pathologie interne, il en est autrement. Nous ne pouvons en conséquence qu'approuver l'attention particulière accordée par M. Vidal aux questions de diagnostic.

Parmi les points les plus saillans qu'une première lecture nous a permis de reconnaître, nous citerons encore le grand article *Fractures*, où se trouvent des recherches propres à l'auteur sur la fréquence des fractures du radius. Dans l'article *Luxations*, se trouvent plusieurs faits intéressans et une théorie nouvelle sur la luxation du pouce.

Un des chapitres les mieux traités est celui des ankyloses, lésions dont M. Vidal a établi une nouvelle classification fondée non plus sur le degré du dérangement fonctionnel, qui offrait trop de vague; mais sur l'anatomie pathologique, qui donne des espèces fixes et bien déterminées. M. Vidal n'admet donc que deux grandes classes d'ankyloses: *l'intra-capsulaire* et *l'extra-capsulaire*. Il sous-divise la première en *membraneuse* et *osseuse*.

Nous trouverions aussi beaucoup à louer dans le chapitre du deuxième volume consacré aux *rétractions*. Dans aucun ouvrage de chirurgie ce sujet, peu exploré jusqu'ici, n'est traité avec tant de développement.

Nous devons borner là nos citations et dire un mot de la composition générale de ce nouveau traité de chirurgie. Autant qu'il nous est permis d'en juger, l'exécution en est aussi satisfaisante que le plan. Ceux qui connaissent les difficultés qu'il y a à exprimer clairement les détails techniques dont se compose l'art chirurgical et en particulier la médecine opératoire, n'hésiteront pas à reconnaître dans le livre de M. Vidal un talent tout à fait au niveau de sa tâche. Ce mérite, quoique secondaire dans un ouvrage scientifique, n'est cependant rien moins que vulgaire; car il a suffi seul quelquefois pour soutenir et faire lire des livres de chirurgie qui, sous le rapport de la science, laissaient beaucoup à désirer. La clarté des divisions, l'ordre logique des matières, la netteté et la précision des détails descriptifs sont surtout nécessaires pour les jeunes gens qui, privés de toute expérience, ne peuvent ni deviner ni compléter une idée ou une description. Pour ceux qui, même dans un traité spécial de science et de pratique, ne sont pas fâchés de trouver une certaine élaboration littéraire, le livre de M. Vidal ne sera pas sans intérêt. Sa manière vive, rapide et concise a de l'originalité. L'ouvrage est d'un chirurgien, mais aussi d'un homme d'esprit; et l'une de ces qualités ne saurait jamais nuire à l'autre.

Quoique obligé de terminer ici cette très insuffisante appréciation, nous devons en finissant dire quelque chose de l'esprit général du livre de M. Vidal. Cette considération n'est pas sans importance quand il s'agit d'un ouvrage qui sera beaucoup lu et consulté par les jeunes chirurgiens. Nous dirons donc que sous ce rapport encore, on n'aura rien à y reprendre. Ses idées sur la haute responsabilité du chirurgien; son opposition déclarée à tout ce qui, en pratique, sort des limites d'une extrême prudence, et sa tendance à proscrire en fait d'opérations tout ce qui n'est pas rigoureusement nécessaire, sont dignes d'éloges dans un chirurgien jeune encore, et qui aurait lui-même assez d'invention et de hardiesse pour tenter avec succès ce qu'on pourrait appeler les *aventures* chirurgicales. Toutefois n'oublions pas que si cette réserve est à la fois sensée et humaine, il ne faut pas l'exagérer et provoquer, comme le dit M. Vidal lui-même avec un bonheur d'expression qu'il rencontre souvent, le *désarmement* de la chirurgie.

Un dernier mot. La chirurgie est déjà assez vieille, même la bonne; et la part de connaissance qu'un chirurgien doit à son expérience personnelle, quelque vastes qu'aient pu être sa pratique et ses observations, est relativement très minime en comparaison de ce qu'il a appris de celle de ses confrères morts ou vivans. M. Vidal donc n'est pas le seul auteur de son livre; car, nous le répétons, un livre de chirurgie appartient nécessairement à beaucoup de gens. Il faut toujours pour une œuvre de ce genre beaucoup emprunter; mais il faut rendre, et c'est ce qu'on néglige souvent de faire. M. Vidal a donné sur ce point un exemple littéraire des plus honorables.

Nous désirons vivement la prompte publication des derniers volumes consacrés en grande partie à l'étude des maladies considérées dans chaque région. Il sera temps alors d'analyser et de discuter plus en détail cet ouvrage important.

L. P.

VARIÉTÉS.

— TRAITÉ PRATIQUE DES ACCOUCHEMENS; par F.-J. MOREAU, professeur d'accouchemens, des maladies des femmes et des enfans, à la Faculté de médecine de Paris; 9e livraison de l'Atlas, contenant les rapports de la tête du fœtus avec le détroit abdominal du bassin dans les quatre positions directes et obliques: la forme, le volume, la situation de l'utérus complètement développé par le produit de la conception, et les rapports qu'il offre avec les différens organes contenus dans la cavité abdominale: une coupe de l'utérus pour faire voir une des attitudes du fœtus à terme dans le sein de sa mère.

Prix, figures noires, 4 fr.; figures coloriées, 8 fr.

Tous les souscripteurs à l'Atlas avant son entière publication recevront gratis les 2 vol. in-8° de texte.

— LETTRES SUR LES ULCÉRATIONS DE LA MATRICE (MÉTRELKOSES) ET LEUR TRAITEMENT; par S.-J. OTTERBURG, docteur en médecine et en chirurgie. In-8° br., 2 fr.

Ces deux ouvrages se trouvent à la librairie médicale de Germer Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17, à Paris.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE DE FELIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°.—Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 14, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

Le bureau de la GAZETTE MÉDICALE est maintenant rue Racine, n° 14, près de l'Odéon.

SOMMAIRE.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

NOUVEAU POINT DE SUTURE POUR L'OPÉRATION DU BEC-DE-LIÈVRE; par M. le docteur Mayor, de Lausanne.

On lit, dans la Gazette Médicale du 29 septembre dernier, l'observation d'un bec-de-lièvre, pour la guérison duquel on a cru devoir recourir à deux moyens assez insolites : le gilet de force et le narcotisme. Il est possible qu'à côté de ces deux accessoires (et dont le dernier ne peut guère être envisagé comme exempt de tout inconvénient), le prudent M. Parisse n'aura négligé aucune des nombreuses pièces de pansement qui sont recommandées, dans les cas de réunion et de coaptation difficiles des bords de la division labiale, et, en particulier, qu'il n'aura pas manqué d'appliquer d'épaisses compresses sur les joues, ainsi que l'on des bandages unissans si bien connus. Qui sait même si l'on n'aura pas trouvé convenable de faire intervenir encore quelques bandelettes agglutinatives? Tout cela est du moins assez dans les règles et n'aura pas échappé à l'exquise prévoyance de l'habile docteur américain. C'est qu'il sait bien que, si l'opération du bec-de-lièvre réussit, le plus ordinairement, les opérateurs les plus babiles sont cependant, parfois encore, témoins de déchirures, d'écartemens consécutifs, d'insuccès enfin, et que ce n'est donc pas

Feuilleton.

BROUSSAIS.

La mort, en quelque sorte inattendue, de M. Bronssais, a frappé les esprits comme un événement public. Nous avons eu plus d'une fois occasion de remarquer que c'est par le retentissement de la mort qu'il faut mesurer l'importance de la vie d'un homme : c'est la célébrité après la mort qui fait la gloire. La célébrité pendant la vie n'est qu'un bruit. Ces deux choses ne vont pas toujours ensemble, et loin que l'une soit la mesure exacte de l'autre, rien de plus variable que leur proportion. Mais cette proportion elle-même, ce n'est pas la génération contemporaine qui peut définitivement la fixer; ce droit appartient aux générations suivantes, c'est-à-dire à la postérité. Ce n'est pas l'opinion contemporaine qui règle le jugement de l'avenir; c'est, au contraire, le jugement de l'avenir qui donne sa valeur à la voix du présent.

Le nom de Broussais suggère naturellement ces pensées. Quel nom, en effet, a été plus battu du vent des opinions contraires? Quel nom a été plus souvent proféré, ici avec des cris d'admiration, là avec l'accent de la haine ou du dédain? Comment démêler la vérité au milieu de ce tumulte? Ce n'est qu'en hésitant que la critique la plus sincère et la plus éclairée peut se hasarder à faire entendre quelques paroles sur cette cendre encore chaude.

Ce n'est pas à nous qu'il appartient de faire le panégyrique de cet homme célèbre. Il a déjà été prononcé sur sa tombe par son élève le plus fidèle, et il le sera plus tard encore par un orateur spécialement chargé de ce soin. Nous applaudissons à ces témoignages dictés par une pieuse reconnaissance et par un devoir public. Mais notre rôle n'est pas le même. On ne doit exiger de nous que la justice.

Nous pouvons dire de Broussais ce que nous disions, il n'y a pas longtemps, de Dubois, de Portal et de quelques autres célébrités médicales récemment éteintes, que sa vie scientifique était depuis longtemps finie, et que la mort n'a atteint que l'homme. Nous n'osons pas, en effet, faire une mention sérieuse de ses tardives excursions dans la philosophie. Les amis de sa gloire s'en attristaient, comme il arriva à ceux de Newton, lorsqu'ils virent ce grand homme écrire sur des matières théologiques; car pour Broussais la métaphysique fut, à la lettre, une véritable apocalypse. Laissant donc de côté ce triste épilogue, nous trouverons que la carrière scientifique de Broussais, commença en 1808 par le Traité des Phlegmasies chroniques, et se termina vers 1830 avec le livre De l'Irritation et de la Folie (1828), et la troisième édition de l'Examen. C'est pendant ces vingt années que nous avons vu naître, grandir et mourir le système médical auquel est attaché son nom, et qui lui assure une place dans l'histoire de la science. C'est pendant ce court espace de temps que nous avons vu aussi s'élever rapidement, au milieu des acclamations passionnées de la foule, et disparaître bientôt dans la solitude et le silence une renommée gigantesque; exemple fort ordinaire, sans doute, sur ce vaste théâtre des affaires hu-

en vain qu'on cherche à s'en prémunir, par l'accumulation, autour des aiguilles, d'autres moyens contentifs, malgré qu'ils soient aussi incommodes qu'embarrassans.

Tous ces objets seront, non seulement tout à fait inutiles avec le procédé que je vais exposer, mais l'homme de l'art aura, en outre, et moins de difficultés de rapprocher les lèvres de la plaie, et plus de certitude de les maintenir exactement réunies.

Il est bien évident que le point important qui domine cette réunion exacte, se trouve vers le bord libre de la lèvre et aux angles inférieurs qui dessinent le plus grand écartement de la division. C'est là, en effet, que les muscles de la face font leurs principaux efforts, et qu'ils peuvent les déployer avec le plus d'avantage, pour tendre et tirailler violemment la lèvre dans les actes variés des pleurs, des cris, du rire, de la toux et de l'éternuement. C'est surtout dans ces contractions fortes et brusques que gît le danger de voir échouer une opération d'ailleurs très bien faite, et c'est aussi vers les deux angles inférieurs de la division qu'il importe de faire coopérer les moyens d'union les plus énergiques, et ceux sur lesquels on peut le mieux compter. Assurez-vous donc bien de cet endroit-là, et tout le reste ne sera plus qu'un jeu. Aussi, voyez ce que deviennent toutes les contractions musculaires les mieux saccadées sur la ligne médiane de la lèvre supérieure, dès que vous pincez seulement cette région avec le bout de deux doigts. C'est ainsi encore qu'après avoir écarté deux de vos doigts en forme de V, le bon sens vous dira que, pour les rapprocher et les maintenir en rapport, c'est vers leur bout qu'il faudra presser. Je sais bien que ce dernier exemple n'est pas très bien choisi, puisque les doigts sont solides, et qu'ils obéissent comme s'ils étaient d'une seule pièce ; mais les tissus les plus souples, le papier même, quand on les a échancrés à la façon du bec-de-lièvre, se rétablissent aussitôt qu'on affronte leurs deux angles divergens et qu'on les tend même légèrement. Je n'ignore pas non plus que c'est aussi dans ce sens qu'on se conduit aujourd'hui, en face d'un bec-de-lièvre dont on vient de rafraîchir les bords, et qu'en faisant choix de la suture entortillée, on commence, tout d'abord, par fixer bien l'aiguille inférieure ; mais la manière dont cette aiguille est introduite et placée, celle en laquelle on l'a fait agir, et les parties qu'elle embrasse, voilà tout autant de points qui sont évidemment défectueux et qui pèchent contre les saines idées de la mécanique. Examinons rapidement ces trois objets :

1° L'aiguille, dans la suture entortillée, a cela de particulier, qu'elle est toujours dirigée de manière à parcourir *l'intérieur* seulement des parois de l'une et de l'autre divisions de la lèvre, qu'il s'agit de réunir ; que, par conséquent, elle ne les traverse jamais ; qu'elle est donc forcée d'entrer et de ressortir par le même côté externe ; et que, par cela même, elle n'embrasse qu'une partie des tissus, qu'elle est chargée de rapprocher les uns des autres. Ce mode, s'il n'est pas vicieux à tous égards, choque du moins toutes les idées qu'on se fait d'une suture bien et solidement faite ; car c'est directement et d'une des faces de la lèvre à l'autre qu'il convient de pousser l'aiguille, si l'on veut que le point ait de la consistance ; et l'on ne comprendrait pas un artisan quelconque (tailleur, cordonnier, sellier, etc.) qui s'aviserait de coudre de la sorte un tissu, même fort épais et résistant. Ne lui reprocherait-on pas, avec quelque raison, d'un côté, que la couture sera sujette à céder et, de l'autre, qu'il se donne à plaisir beaucoup de peine pour n'être qu'un franc maladroit ?

2° La position singulière de l'aiguille, qui occupe un trajet oblique et intérieur, long de 5 lignes environ, et sur laquelle on devra faire glisser, l'une contre l'autre, les lèvres de la division labiale, est loin de s'accommoder avec une traction franche et nette, destinée à rapprocher deux parties, toujours disposées à s'écarter violemment. Car il arrivera nécessairement que le fil, si singulièrement entortillé et qui est chargé de provoquer et de maintenir ce rapprochement, devra agir avec beaucoup plus de force que s'il tirait simplement en travers de l'écartement qu'il doit faire disparaître. Cette force excédante s'exerce, d'ailleurs, trop particulièrement, pour ne pas dire exclusivement, sur les deux points qui correspondent à l'entrée et à la sortie de l'instrument ; et comme celui-ci est mince et très dur, on conçoit qu'une pareille réunion de circonstances doit singulièrement favoriser le déchirement des tissus faibles et délicats, sur lesquels s'appuie si violemment le métal filiforme.

3° Cette rupture, en tout ou en partie, est encore facilitée, par la raison que l'aiguille n'embrasse qu'une portion de la lèvre, et qu'on est obligé de ne pas la faire trop grosse, afin que puisse mieux avoir lieu, de chaque côté de la division, la mise en rapport exact de la surface externe.

Si, comme je l'ai déjà dit, ces considérations sont peu en harmonie avec les principes de la mécanique, lesquels on ne doit cependant jamais perdre de vue, chaque fois qu'il s'agit de l'application des agens techniques chirurgicaux, il est un quatrième point, dans l'opération du bec-de-lièvre, qui est purement physiologique et qui pèche contre les lois de la physique animale : il me suffira de l'énoncer pour en faire sentir l'importance.

« On cherche à faire adhérer entre elles deux surfaces, et on commence par les traverser, avec deux ou trois fortes aiguilles violemment serrées, précisément dans l'endroit même qu'on se propose de réunir cette plaie. »

A ces trois ou quatre fautes manifestes que commet encore la chirurgie la plus moderne, par l'application de la suture entortillée aux solutions de continuité de la lèvre supérieure, il faut ajouter encore l'usage parfois des bandelettes agglutinatives, celui du bandage unissant, des compresses, de la fronde, de plumasseaux divers, etc. ; tout autant d'objets qui viennent surcharger et irriter le petit visage d'un malheureux enfant, et qui, certes, sont bien faits pour légitimer le recours à la camisole de force et aux perfides bienfaits de l'opium.

Si pourtant, la réunion de moyens aussi vicieux que nombreux était absolument indispensable au succès de l'opération, rien de mieux, assurément, que de les préconiser et d'y tenir *mordicus* ; mais il n'existe pas, à beaucoup près, un cas aussi extrême, et c'est ce qu'il me reste à démontrer.

Chacune des sutures, en usage en chirurgie, a été essayée dans l'opération du bec-de-lièvre ; mais c'est Ambroise Paré qui, le premier, je crois, a proposé l'entortillée, vu que toutes les autres furent successivement reconnues insuffisantes ou peu propres, dans une foule de cas, au but qu'on cherchait d'atteindre. Cette nouvelle suture fut loin cependant d'être envisagée comme exempte d'inconvéniens, à en juger du moins par la quantité et la variété des appareils et des bandages unissans, que les plus habiles opérateurs de tous les pays se sont efforcés, à l'envi et jusqu'à ces derniers temps, de lui associer ; sans compter la dissidence des hommes de l'art sur la forme et la nature des aiguilles et sur le mode de pansement. Malgré ces accessoires divers, la suture de Paré n'en est pas moins restée attachée, presque exclusivement, à l'opération dont il s'agit maintenant, si bien qu'elle porte aussi le nom de suture pour le bec-de-lièvre, et que

---

maines, mais qui surprend toujours, comme si c'était une nouveauté ou une anomalie. C'est, enfin, dans cet intervalle, que Broussais a publié ses plus importans écrits (1) et propagé par la parole dans sa chaire du Val-de-Grâce un enseignement qui éclipsa, pendant longtemps, celui de la Faculté tout entière.

Nous ferons une revue rapide de ces différentes phases.

Sous le rapport des événemens, la biographie de Broussais est, comme en général celle des savans, extrêmement simple. Né à St-Malô, le 17 décembre 1772, il partit à l'âge de 20 ans pour l'armée. Fils d'un médecin, il avait reçu dans la maison paternelle quelques principes, ou plutôt quelques exemples de médecine, et ce précédent suffit pour le faire admettre au nombre des apprentis-chirurgiens qui apprenaient leur métier sur le champ de bataille. Son éducation littéraire avait d'ailleurs été fort négligée ; car il paraît n'avoir fait aucunes études classiques. Il servit dix ans comme chirurgien dans la marine militaire. Reçu docteur à Paris en l'an II, il y resta jusqu'en 1805, époque à laquelle il reprit du service dans l'armée de terre. Il fit diverses campagnes en Allemagne, en Hollande, en Espagne et en Italie jusqu'en 1814. Il fut alors nommé professeur à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce. Il fut un des membres de la fondation de l'Académie de médecine. En 1831, il demanda et obtint une chaire à cette même Faculté, contre laquelle il avait élevé une école rivale, et il s'y absorba. Le caractère systématique de ses travaux le fit

(1) THÈSE SUR LA FIÈVRE HECTIQUE (1805). HISTOIRE DES PHLEGMASIES CHRONIQUES (1808), réimprimée quatre fois ; la dernière édition est de 1838. EXAMEN DE LA DOCTRINE MÉDICALE GÉNÉRALEMENT ADOPTÉE ; 1re édition, 1816, 2e édition en 1821, sous le titre d'EXAMEN DES SYSTÈMES DE NOSOLOGIE, PRÉCÉDÉ DE PROPOSITIONS RENFERMANT LA SUBSTANCE DE LA MÉDECINE PHYSIOLOGIQUE ; 3e édition, en 4 volumes (1829-1834). TRAITÉ DE PHYSIOLOGIE APPLIQUÉE A LA PATHOLOGIE (182) ; 2e édit. en 1834. CATÉCHISME DE LA MÉDECINE PHYSIOLOGIQUE (1824), publié sans nom d'auteur, mais attribué à M. Broussais, qui ne l'a jamais désavoué. DE L'IRRITATION ET DE LA FOLIE ; 1828. (Une deuxième édition en deux volumes était sous presse au moment de la mort de l'auteur.) COMMENTAIRES DES PROPOSITIONS DE PATHOLOGIE CONSIGNÉES DANS L'EXAMEN, 1829 ; 2 vol. in-8°. COURS DE PATHOLOGIE ET DE THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALES, 5 vol. in-8°, 1835. Ce sont ses leçons de professeur à la Faculté.

On peut ajouter à ces ouvrages quelques opuscules. MÉMOIRES SUR LA PHILOSOPHIE DE LA MÉDECINE ET SUR L'INFLUENCE DES MÉDECINS PHYSIOLOGISTES ; 1832. DU CHOLÉRA-MORBUS ÉPIDÉMIQUE ; 1832. DE LA THÉORIE MÉDICALE, DITE PATHOLOGIQUE, contre un ouvrage de M. Fruss (1826). RÉPONSE AUX CRITIQUES de l'ouvrage sur L'IRRITATION ET LA FOLIE (1829).

Les ouvrages philosophiques de Broussais sont (outre son TRAITÉ DE L'IRRITATION ET DE LA FOLIE, qui est en grande partie consacré à des discussions psychologiques) heureusement peu nombreux : MÉMOIRE SUR L'ASSOCIATION DU PHYSIQUE ET DU MORAL. Lu à l'Académie des sciences morales et politiques, en 1834 ; imprimé dans le 1er vol. des MÉMOIRES DE L'ACADÉMIE. COURS DE PHRÉNOLOGIE (1836). 1 vol. in-8°.

Pour compléter cette liste, il faut citer le recueil intitulé : ANNALES DE LA MÉDECINE PHYSIOLOGIQUE (1822-1834), journal fondé par Broussais, et dans lequel il a beaucoup écrit. On peut lire aussi plusieurs articles de lui dans le JOURNAL DE PHRÉNOLOGIE.

l'illustre chirurgien français a eu la gloire de l'imposer, durant plus de trois siècles, à ses nombreux et dociles confrères de toutes les nations.

Ce qui doit toutefois porter tout d'abord à douter qu'il ait eu une heureuse inspiration, c'est que son procédé extraordinaire, pour ne pas dire bizarre, ne se trouve nulle part dans les arts, et qu'il n'y en a jamais été fait, que je sache, aucune application. Cette circonstance est d'une certaine gravité, et ne fait certes pas honneur à l'invention; car s'il y avait, dans ce moyen particulier de contention, quelque idée avantageuse, il est à croire qu'on se serait empressé d'en tirer parti, dans quelques-uns de ces cas nombreux et importans, où l'homme a besoin de toutes les ressources que les liens spéciaux et variés peuvent mettre à sa disposition. Au lieu de se donner la peine de créer un moyen aussi exceptionnel et fautif, l'auteur de la suture entortillée aurait mieux fait peut-être, de chercher dans les coutures déjà en usage, dans les points déjà connus, et dans les divers modes d'union déjà usités partout, de quoi satisfaire à l'indication qu'il avait sous les yeux. Or, sans porter ses investigations au-delà du premier individu qu'il aurait vu manier une aiguille, il se serait bien vite aperçu: qu'*un seul point*, celui tout simple et en quelque sorte rudimentaire de toute couture, était précisément ce qu'il fallait, et qu'il lui suffirait *d'en grossir les deux bouts ou les deux nœuds terminaux*, pour les arrêter solidement et les accommoder, très bien surtout, à la nature des tégumens délicats et sensibles de l'homme vivant. Ce point type, normal (j'allais presque dire si ingénu) est répété à l'infini par les couturières et les tailleurs; il est utilisé fort adroitement par les matelassiers et les carrossiers, sous le nom de *point piqué*; et les maréchaux ainsi que les serruriers l'ont largement mis en pratique, sous la forme de boulons, de clous à deux têtes, etc. Quand un seul point de fil est arrêté par un premier nœud à son entrée, et par un second, immédiatement à sa sortie, il ne ressemble pas mal, en effet, quant à son action, à *un clou rivé*; et l'on sait assez que ce genre de lien est un des plus vigoureux qu'on connaisse.

C'est donc quelque chose de tout à fait analogue que je voudrais introduire dans l'art chirurgical, pour les cas de difficile réunion, et que je propose d'appliquer, spécialement et en lieu et place de la suture entortillée, pour le traitement des échancrures considérables de l'une et de l'autre lèvres, auquel ce point si simple semble être tout particulièrement applicable. Je vais en simuler l'application, et j'en analyserai les avantages au fur et à mesure que je le décrirai et le ferai fonctionner. J'invite d'ailleurs le lecteur à me suivre et à répéter, sur le cadavre ou simplement sur une pièce d'épais tissu, ce que je vais formuler ici, après leur avoir donné, préliminairement, la forme triangulaire du bec-de-lièvre.

Soit donc donné un écartement considérable de la lèvre supérieure, dont on vient de disséquer au besoin, et de rafraîchir largement et convenablement les bords, afin qu'ils soient parfaitement en état d'être mis en contact et de se souder exactement l'un à l'autre. Il m'importe alors, tout premièrement, d'après ce que j'ai dit plus haut, de m'assurer de l'angle inférieur de chaque plaie; et, pour cet effet, je me sers d'une aiguille enfilée d'un fil doublé, au bout duquel, *et en place du nœud simple et ordinaire des couturières*, j'ai attaché d'avance un tampon de coton, de charpie, ou d'éponge du volume d'un gros pois (1). Je plonge d'abord cette aiguille, perpendiculairement et d'avant en arrière, près de l'angle gauche labial, au niveau de l'extrémité inférieure de la plaie, et à une petite ligne de son bord antérieur; puis je lui fais traverser la face interne et buccale de la lèvre, à la même distance de cet angle et du bord libre de cette partie. Je tire ensuite le fil jusqu'à ce que le tampon, qui fait ici l'office de nœud, appuie exactement contre le petit trou que l'aiguille a fait en entrant. Je tiens alors si vigoureusement cet angle labial gauche, que je pourrais le tirer en tout sens et avec beaucoup de force, sans aucune crainte *de le déchirer*. C'est que j'embrasse la lèvre *tout entière* avec le fil, et qu'en tirant dessus, l'effort s'exercera, pour la plus grande partie du moins, directement sur le point que touche le nœud de coton, et seulement par ce dernier. Or, celui-ci est, comme on sait, très *volumineux* et mol; deux circonstances qui s'opposent à ce qu'il puisse ni facilement céder ni blesser les tégumens sous-jacens.

Confiant donc en mon lien, du côté gauche, je procède immédiatement au placement d'un tout pareil au côté opposé; ce que j'obtiens de suite, en perçant avec la même aiguille l'angle de la division de droite, *mais de dedans en dehors*, et aux mêmes distances respectives que j'ai observées pour l'introduction inverse au côté gauche. L'aiguille ayant ainsi traversé la lèvre droite, j'en coupe le fil; or, comme il est doublé, je le sépare en deux, et après avoir fait repousser et froncer les deux fragmens de la lèvre supérieure vers la ligne médiane, je tire d'abord sur le lien, afin de bien affronter les bords de la division; puis faisant placer, entre les deux bouts de ce même fil, une boulette de coton, d'éponge ou de charpie, semblable à celle qui arcboute contre le côté gauche, je forme par dessus un nœud simple, lequel, à mesure qu'il est serré, pousse devant lui la boulette, et la presse successivement contre la lèvre jusqu'au degré nécessaire à un heureux rapprochement des surfaces saignantes. Ce dernier étant ainsi obtenu, j'arrête la boulette, en faisant un second nœud, et je tiens alors si bien et si solidement rapprochée toute la partie inférieure de la division labiale, que je puis procéder au reste du pansement, tout comme s'il ne s'agissait d'autre chose que d'une simple plaie tégumentaire. On le conçoit aisément, d'après tout ce que je viens de dire, de sorte qu'on pourra se décider maintenant, soit pour une ou deux épingles à insectes, ou un ou deux points de suture entrecoupée, soit seulement pour quelques bandelettes d'emplâtre agglunatif ou de taffetas à l'ichtyocolle. Dans tous les cas possibles, il ne pourra plus être question d'aucune autre pièce d'appareil, et le petit malade, aussi rapidement que facilement pansé, ne tardera pas à se calmer et à se laisser distraire.

J'ai traité de cette manière un enfant de dix-huit mois, qui n'a pas cessé de manger et de boire comme en santé, et qui s'est amusé et à même ri peu d'heures après l'opération. Je m'étais servi de deux boulettes d'éponge pour former mes nœuds, de sorte que ce petit *turbulent* avait déjà l'air de porter fièrement une blonde moustache, et qu'elle ne lui allait point mal.

L'attention que j'ai de faire pénétrer et sortir l'aiguille au, ce qui revient au même, de placer mes gros nœuds au bas et au bord des surfaces saignantes, donne lieu à un rapport aussi exact que possible entre elles. Si cependant les lèvres de la division n'étaient pas parfaitement rapprochées sur leur face externe, par les simples pressions en sens inverses des boulettes, il conviendrait de donner à l'action de ces dernières une direction plus favorable, c'est-à-dire, un peu plus de dehors en dedans. Il suffirait alors d'exercer un léger degré de pression sur elles, en cherchant en

(1) On fait d'abord un nœud simple avec l'extrémité du double fil, on y place ensuite le petit tampon, et on le serre par un double nœud.

échouer à l'Académie des sciences, où sont accueillies de préférence les recherches exécutées au point de vue de l'observation. Par la même raison il fut admis (en 1833), avec un peu trop de facilité, à l'Académie des sciences morales et politiques.

Telle est la biographie en quelque sorte extérieure de Broussais. Sa biographie intérieure, c'est-à-dire l'histoire de son enseignement, de ses idées et de ses écrits offre plus d'intérêt, parce qu'elle manifeste sa personnalité, et fait partie en outre de l'histoire de la science médicale. Sa vie, cependant, peut jeter quelque lumière sur le caractère général de ses travaux et de ses écrits.

Broussais était Breton. C'est de cette ancienne province que sont sortis Abeilard, Descartes, Châteanbriand, La Mennais; esprits vifs, ardens, aimant le combat et le bruit qui en résulte; hardis jusqu'à la témérité, fermes jusqu'à l'obstination, passionnés jusqu'au fanatisme, absolus jusqu'à la contradiction et à l'injustice; essentiellement hommes de parti, mais subordonnant volontiers la vérité à leur système, et leur système à leur personne; hommes d'action dans le monde des idées, mais fort enclins à l'intolérance, c'est-à-dire à la tyrannie. Ces traits de caractère national se retrouvent dans le fondateur de l'école physiologique; ils se sont révélés en lui avec toute toute leur rudesse native, n'ayant pas été contrebalancés par une éducation littéraire et des études libérales. Le séjour des camps n'était guère propre à réparer cette première lacune. Tout son esprit, son intelligence et son talent ne purent suppléer à ce qui lui manquait du côté de la haute culture morale et intellectuelle. Il eut en partage la force, l'énergie, l'audace; mais ces grandes qualités se montrèrent souvent trop à nu dans ses écrits et dans ses discours. Il les mit plus souvent au service des passions qu'à celui des idées; et il semblait qu'il tenait moins à réformer la science qu'à revolutionner l'école. Il parlait bien plus en sectaire qu'en législateur, et s'adressait plus volontiers à la foule qu'aux esprits d'élite. Avec plus de connaissance des livres, avec plus de portée et d'étendue d'intelligence, avec plus de distinction dans l'esprit et le goût, il aurait peut-être moins agité la masse médicale, car la popularité ne va jamais sans une certaine dose de vulgarité. Peut-être, sans ces défauts, le fonds de raison et de vérité, qui fit la force de sa polémique, n'aurait pas passé dans la généralité des esprits. S'il en est ainsi, ne nous plaignons pas de ces défauts; contentons-nous de les constater.

La doctrine *physiologique*, considérée comme systématisation scientifique, et dans sa partie dogmatique, est une conception extrêmement faible; et on a lieu de s'étonner qu'elle ait pu être imposée avec tant de facilité et presque de toutes pièces à l'immense majorité des médecins français, et qu'elle ait même modifié la médecine européenne. Elle dut en partie son succès à l'extrême simplicité de ses principes, et à l'apparente facilité qu'elle introduisait dans la pratique. Son plus grand mérite fut son caractère libéral et réformateur. L'auteur la donnait comme une protestation de l'esprit moderne contre l'esprit ancien. Il la mit sous la protection du mouvement politique alors en progrès; il rattacha sa destinée à celle des plus chères espérances de la nation; il lui donna pour escorte la popularité qui s'attachait alors aux idées de liberté, d'indépendance, d'hostilité à l'ancien régime. L'embrasser, c'était faire acte de libéralisme, d'indépendance, de lumières, de progrès. La combattre, c'était se ranger sous la bannière de l'obscurantisme, du jésuitisme, du parti rétrograde. Cette doctrine étant devenue une des faces de l'opposition fut ainsi un peu portée sur les épaules de tout le monde.

même temps à les rapprocher l'une de l'autre. Cet effet sera facilement et exactement obtenu si, au lieu de couper le fil tout près de ses nœuds, on en ménage de chaque côté un bout long de quelques pouces. On n'aura alors qu'à croiser et nouer ces deux fils au-devant de la plaie, sur laquelle on pourra au besoin étendre un peu de coton ou de fine et molle charpie, afin de produire une pression efficace et plus douce. Ce moyen simple remplacera, bien exactement et plus facilement, l'action compressive du fil qu'on fait passer et repasser en huit de chiffres nombreux sur les deux bords de la division, dans la suture entortillée, et n'aura d'ailleurs pas les mêmes inconvéniens que présente ce fil, par ses superpositions inutiles et par sa trop forte pression derrière l'aiguille.

On voit, du reste, que nous retrouvons ici la confirmation de ce précepte pratique, sur lequel je ne cesserai d'insister : « Que, pour analyser un appareil quelconque et avoir une idée claire et juste de ses exigences, de sa manière d'agir et de son effet, il convient de le formuler avec un instrument intelligent, je veux dire avec les doigts. » Ainsi, dans l'objet qui nous occupe, il est incontestable que le simple pincement d'une lèvre et avec le bout de deux doigts seulement indique très bien tout ce qu'il s'agit de faire et sous quel point de vue il importe d'envisager la partie purement mécanique du pansement. L'homme de l'art s'empressera donc de remplacer la pulpe des doigts par de gros nœuds mollets, et la partie dynamique de ces mêmes doigts par un fil fortement tendu de l'un des nœuds à l'autre. Ce mode d'investigation et d'imitation est d'autant plus précieux qu'il est simple, facile, à la portée de toutes les intelligences, *et qu'il ne trompe jamais.*

Il résulte de ces explications :

1° Qu'au moyen d'un seul point piqué, muni de deux gros nœuds mollets, on peut tirer, en sens inverses, à volonté et sans crainte, les deux angles de la division labiale dans l'opération du bec-de-lièvre ;

2° Que ce point bien établi sera toujours suffisant, pour maintenir le rapport exact de cette partie tont le temps qui sera jugé nécessaire à la cicatrisation ;

3° Que celle-ci ne sera pas entravée par la présence, dans la plaie, même de corps étrangers ;

4° Que la partie supérieure de la division se trouvera déjà presque entièrement réunie, par le fait seul de ce moyen préliminaire ;

5° Qu'il suffira alors, pour que la cicatrice soit linéaire et presque imperceptible, d'avoir recours aux agens les plus simples de réunion immédiate ;

6° En un mot, que toute opération de bec-de-lièvre sera d'abord assurée, puis accélérée, simplifiée et beaucoup moins douloureuse.

Mais il résulte encore que ce même procédé opératoire pourra s'appliquer aux lésions de la levre inférieure, à celles assez analogues du périnée et, en général, à toutes les affections où il importe d'exercer une traction sûre et forte, dans le but d'opérer le rapprochement de lambeaux de peau, lors d'une vaste déperdition de ce tégument commun.

Si, toutefois et en dépit de ce que je viens d'exposer, les praticiens tenaient toujours à ne pas faire traverser la lèvre de part en part par leur aiguille, mais à lui faire labourer, *en travers*, l'intérieur même des parois labiales et à l'y laisser séjourner pendant quatre ou cinq jours, je crois devoir leur donner encore le conseil suivant : « De substituer du moins le fil au métal, et de fixer le premier avec mes deux gros nœuds formés d'une substance inoffensive et molle. » Ce procédé n'est sans doute pas aussi rationnel, ni aussi positivement sûr que celui que je viens de décrire ; mais il l'est davantage, sous ces deux rapports, que celui de la suture entortillée. Ce sera donc, tout à la fois, une concession, un progrès et un véritable acheminement vers un mode de faire plus parfait. Une pareille transition est peut-être nécessaire et résout, du reste assez souvent, vis-à-vis de certains esprits.

Si les réflexions auxquelles j'ai cru devoir me livrer dans ce peu de lignes sont trouvées justes, elles devront faire naître quelque défiance, au sujet des doctrines les mieux établies et des procédés opératoires les plus généralement admis en chirurgie ; ou aura du moins un motif de plus de se mettre en garde contre l'esprit de routine, d'appeler la révision sur nos appareils ; ainsi que le libre examen sur la manière dont on continue à en faire usage. Tout marche autour de nous, et la chirurgie n'est certes pas faite pour reculer devant une réforme sagement entreprise et prudemment dirigée.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS TRIMESTRIELS.

I. THE MEDICO-CHIRURGICAL REVIEW.

Le cahier du troisième trimestre contient les articles suivans : 1° *Tumeur hydatique du foie traitée avec succès à l'aide de la ponction ;* par M. William Travers Cox ; 2° *De l'usage de l'arsenic dans quelques affections de l'utérus ;* par M. Henry Hunt ; 3° *Ablation de toute la mâchoire inférieure ;* par M. J. Perry ; 4° *Des affections nerveuses particulières aux jeunes femmes ;* par M. Wilson, médecin à l'hôpital Middlesex ; 5° *Extirpation d'un œil pour une tumeur développée dans la gaîne du nerf optique ;* par M. Middlemore ; 6° *Cas remarquable de grenouillette,* opéré par M. Malcolmson ; 7° *Cas d'ulcération à œsophage communiquant avec la trachée ;* par M. Lindesay ; 8° *Abcès volumineux au foie ouvert avec succès ;* par M. Archibald Colquhoun ; 9° *Diabète sucré chez un enfant de neuf ans ;* par M. James Johnson ; 10° *Expériences et observations sur les fluides albumineux ;* par M. Babington ; 11° *Sur le varicocèle du cordon spermatique ;* par sir A. Cooper ; 12° *Compression des bronches du côté gauche, produite par la dilatation de l'oreillette du même côté ;* par M. W. King ; 13° *Calcul fort volumineux sorti spontanément de la vessie d'une femme ;* par M. Harris ; 14° *De l'hémorrhagie utérine hors du temps de la grossesse ;* par M. Ashwell ; 15° *Compte-rendu des malades traités à Birmingham town infirmary pendant l'année 1835-36 ;* par M. Ryland's ; 16° *Relation des maladies traités à Birmingham dispensary pendant l'année 1837-38 ;* par M. Ogier Ward ; 17° *Rapports entre l'épilepsie et l'apoplexie ;* fait pratique ; 18° *De l'ulcération simple de l'estomac ;* par M. Langston Parker ; 19° *Du traitement du rhumatisme aigu à l'hôpital St-Georges ;* par M. E. Seymour ; 20° *Faits chirurgicaux observés à*

Mais il faut aussi ajouter que sa force, comme instrument critique, était grande ; et son inventeur s'en servait avec une vigueur sans égale et un rare talent. L'édifice de la médecine française, représenté par l'ouvrage de Pinel, ne pouvait certes offrir une grande résistance à une attaque régulière. Il y avait sans doute dans le corps médical d'alors de grandes lumières, et un fonds de connaissances pratiques auxquelles la médecine physiologique n'a que très peu ajouté ; mais la science médicale manquait de systématisation philosophique et d'unité. Elle était partout et nulle part ; de sorte que lorsque M. Broussais vint demander à son époque ce qu'elle savait en médecine, son époque ne sut que lui répondre. Il avait sa solution toute prête ; elle fut aussitôt acceptée, non point tant parce qu'elle était bonne que parce qu'elle était une solution.

Enfin, cette doctrine a eu de la puissance, parce que malgré toute son insuffisance elle avait une certaine généralité philosophique. Elle mettait en question les principes même de la science, et non plus quelques détails de la pratique. Elle était très tranchée, et entrait par tous les côtés dans les esprits.

Quant à sa valeur propre, elle était d'un ordre inférieur. Ce n'est pas ici le lieu de réfuter une théorie depuis longtemps jugée, et qui appartient à l'histoire. Il suffit de dire que de toutes les hypothèses qui ont été mises au jour depuis Themison jusqu'à Brown, il n'y en a pas une peut-être qui ne suppose dans son inventeur plus de force de tête, et qui ne présente plus de probabilité comme explication des phénomènes. La doctrine de Brown, dont le système physiologique n'est qu'un rameau, et les systèmes mécaniques et chimiques du dernier siècle valaient peut-être mieux sous ce rapport.

Sous le rapport pratique, son influence n'a pas été moins grande. Mais il n'est pas facile de dire si cette influence a été bonne ou mauvaise. On sait que le hasard servait assez mal ce réformateur dans sa pratique publique, mais nous n'arguerons pas de cette circonstance toute fortuite. En somme, cette médecine a eu au moins le mérite négatif de détruire la polypharmacie un peu confuse du siècle précédent, et de prémunir contre l'abus des excitans où conduisait l'école de Brown. D'un autre côté, cet avantage a dû être bien compensé par l'absurde simplicité de sa thérapeutique, réduite aux émissions sanguines et aux délayans, et par la proscription des médications spécifiques. Elle a pendant longtemps mis littéralement en interdit la matière médicale.

C'est par le nombre et la variété des applications ; c'est par la quantité et l'utilité des travaux qu'elle provoque, qu'une doctrine prouve surtout sa puissance et sa valeur. Toutes les grandes doctrines médicales ont produit de beaux travaux ; tous les grands chefs d'école ont eu des disciples célèbres. Jugée à cette mesure, l'école physiologique est bien pauvre. Elle n'a produit ni un livre, ni un homme. Ses disciples n'ont été que des médiocrités dévouées, qui n'ont fait que répéter la parole du chef ; tous les ouvrages qui en sont sortis, et le nombre en est grand, ne sont que des compilations ou des commentaires de ceux du maître. Broussais remplit à lui seul son règne, qui fut court, mais violent. Son école a commencé et fini avec lui ; car personne ne s'imaginera qu'elle subsiste encore, parce qu'on saigne beaucoup dans les salles de quelques hôpitaux. Cette disette de travaux et de recherches originales est extrêmement remarquable. Sous ce rapport, l'école dont Laennec est le plus grand maître a été bien plus riche ; et à ce seul signe, on peut assurer que son idée était plus profonde et plus vraie. Quoique moins retentissante, elle a eu plus de fruits.

Si ces observations ont quelque justesse et quelque vérité, on ne s'étonnera

Clare infirmary; par M. O'Brien (rien de bien neuf); 21° *Cas de rupture du cœur*; par M. Stephan.

TUMEUR HYDATIQUE AU FOIE, TRAITÉE AVEC SUCCÈS A L'AIDE DE LA PONCTION; par M. WILLIAM TRAVERS COX.

OBS. — Un charbonnier, âgé de 32 ans, très robuste, éprouva en janvier 1832 une douleur à l'épigastre avec envies de vomir. Deux ou trois mois après, il se fit recevoir à *Norfolk hospital* pour la même maladie, qui s'était compliquée d'ascite. On lui fit un traitement mercuriel et son ventre diminua à vue d'œil; mais bientôt après, l'hydropisie se reproduisit. Il consulta M. Cox et présentait l'état suivant :

Jaunisse; pouls 75, assez fort; dérangement des voies gastriques; langue couverte et humide; pas de douleur, excepté à la région ombilicale et aux lombes, lorsqu'on presse fortement.

On lui prescrit calomel et scille; frictions de pommade stibiée; boissons diurétiques; pas de mieux. Le ventre prend un développement énorme. On le ponctionne le 24 octobre, et l'on tire 21 pintes d'eau bilieuse. Une once de ce liquide ayant été soumise à l'évaporation a donné demi-once de fibrine coagulée et de matière colorante, soluble en grande partie dans l'esprit du vin.

L'examen fait après la ponction a fait reconnaître le foie dans un état d'hypertrophie considérable. M. Cox met le malade à l'usage intérieur de l'iode et des frictions externes de la même substance sur la région hépatique. L'iode a été donné conjointement au nitrate de potasse et à des boissons diurétiques; on lui a donné en même temps de petits purgatifs et un régime plus substantiel. L'urine est devenue abondante et fort claire, de sédimenteuse qu'elle était; elle ne se trouble pas à l'action du calorique. L'abdomen ne fait plus de progrès. Quelques semaines après, le foie paraît moins volumineux; les selles sont teintes de bile; les reins fonctionnent toujours activement et régulièrement; pas de sensibilité abdominale à la pression; le malade prend de la force, a de l'appétit, devient aussi bien portant qu'auparavant, et reprend son état de charbonnier.

En avril 1836, il réclame de nouveau les soins de M. Cox. Il dit s'être bien porté jusqu'aux deux derniers mois, lorsqu'il a été saisi de douleur intense à l'hypochondre droit, avec toux, expectoration noire et fièvre. Il expectore de gros coagulum noirs, fétides, quelquefois puriformes, et aussi du sang noir, liquide. Pouls mou, plein et plutôt fréquent; frissons et sueurs habituels, maigreur. La percussion au thorax donne généralement un son clair; mat vers la partie inférieure du côté droit. Respiration puérile, profonde à gauche, avec râle sibilant à droite et en haut; gargouillement en arrière dans un espace circonscrit vers la racine du poumon. Résonnance caverneuse de la voix et de la respiration. M. Cox diagnostique une solution de continuité vers la partie postérieure de la base du poumon droit, jointe probablement à une altération de la face supérieure du foie. On lui fait subir un traitement en conséquence, et ces symptômes se dissipent; sa santé s'améliore au point qu'il peut reprendre les occupations de son état.

Deux ou trois mois après, l'hémoptysie reparaît: nouveau traitement, nouvelle guérison; autre rechute; il vomit tout d'un coup deux grands bassins de sang, et meurt le 4 novembre 1837.

NÉCROPSIE. Poumons un peu affaissés. Tubercule à la partie supérieure des poumons, surtout à gauche. Fluide sanguinolent et écumeux dans le parenchyme pulmonaire, excepté à la base qui est dure, non crépitante et adhérente au diaphragme à l'aide de brides ligamenteuses. En disséquant cette partie du poumon, on découvre une petite cavité, redoublée d'une membrane dure, presque cartilagineuse, contenant des grumeux sanguins noirs, de la matière puriforme et des morceaux de fibrine coagulée. Cette cavité offre le diamètre de deux travers de doigt, et se continue avec une bronche dilatée dont la muqueuse est épaissie et ulcérée. Un ou deux vaisseaux sanguins s'ouvrent dans cette cavité. La portion environnante du poumon est épaissie, de couleur jaune grisâtre, mais ne contient pas de tubercule.

En ouvrant l'abdomen, le premier objet qui se présente est un énorme kyste, à surface lisse, occupant la région de la vésicule biliaire, et offrant les apparences de cette poche morbidement dilatée; la dissection attentive a fait connaître que c'était un kyste à part, adhérant seulement par un point à la face externe de la vésicule biliaire; par un autre à la fissure du foie. La vésicule biliaire n'offre elle-même rien d'anormal; le foie est un peu hypertrophié et pénétré de sang veineux. En continuant la dissection du kyste, on trouve qu'il adhère au foie par un cinquième de son étendue; dans le reste il est libre, son enveloppe est fibreuse, distensible, et en le développant, il couvre la vésicule biliaire. Ses adhérences ne sont pas très fortes. Ayant été enlevé, il a une figure ovale, est quatre fois plus grand que la vésicule biliaire; vers son milieu, il est contracté et présente un point cartilagineux. Il est élastique, semi-transparent lorsqu'il est regardé contre la lumière. Dans son intérieur, il contient de la matière molle, gélatineuse, jaune et transparente, moulée sur la forme même du kyste.

Les parois résultent de plusieurs couches concentriques faciles à disséquer : leur épaisseur est de deux lignes; les couches externes sont plus transparentes que les autres. Vers l'intérieur, elles deviennent opaques, jaunes, moins consistantes et disséquables. Entre ces couches, il existe un fluide bilieux. Les couches externes sont si résistantes qu'on ne peut les déchirer aisément : la chaleur augmente cette résistance, elles deviennent molles et plus transparentes par leur immersion dans les acides nitrique et sulfurique, et reprennent ensuite leur consistance en les plongeant dans l'eau. Entre ces couches on rencontre aussi des dépôts de matière adipocireuse et biliaire adhérens, de couleur vermeil brillant. La face interne du kyste est lisse et séreuse, tachée sur quelques points par de la matière biliaire que la macération aqueuse ni alcoolique n'ont point enlevée.

L'auteur de cette observation présume, ainsi que le titre l'exprime suffisamment, que l'hydropisie ascite qu'il a ponctionnée n'était autre chose que le kyste hydatique dont on a trouvé les restes dans un état de ratatinement tout particulier. Il déduit de là et d'autres faits analogues publiés par MM. Brodie et Haukins, les avantages qu'on peut retirer de la paracentèse dans le traitement des tumeurs hydatiques du foie. Il est assez remarquable que ces sortes de kystes sont beaucoup plus fréquentes au nord et chez les habitans des lieux maritimes froids que dans nos climats. Plusieurs mémoires intéressans ont été publiés dans ces derniers temps en Angleterre sur cette matière.

NÉCROSE DE TOUTE LA MACHOIRE INFÉRIEURE; ABLATION; GUÉRISON SANS REPRODUCTION; par M. PERRY.

OBS.—Maria Pitelford, âgée de 20 ans, souffrait depuis l'âge de 14 ans de douleurs intenses dans le côté droit de la face, principalement dans toutes les dents du même côté, l'empêchant de dormir et de mâcher. La douleur s'est bientôt étendue à l'autre côté, mais sans rougeur ni gonflement. Quelques mois plus tard la partie inférieure de la face s'est gonflée : cet état est allé en augmentant, et en peu d'années le mal est devenu considérable; des accès répétés de douleur et d'inflammation ont eu lieu. Des abcès se sont formés qui se sont ouverts spontanément, et ont laissé des fistules.

Dernièrement elle a été reçue à l'infirmerie *Marylebone*, dans le service de M. Perry, présentant tous les signes d'une nécrose générale de la mâchoire inférieure. Gonflement considérable, fistules, sinus, purulens : le stylet fait reconnaître la présence de l'os nécrosé dans une étendue considérable.

On prépare d'abord la malade à l'aide d'un traitement fortifiant. Pour mieux explorer l'os mortifié, on élargit un des sinus; on trouve le nouvel os lui-même nécrosé, et le périoste malade. M. Perry attaque la maladie en divisant l'os en trois parties. La malade est couchée en supination, la tête penchée autant que possible en arrière; il pratique une incision à la base de la mâchoire inférieure près du masseter droit, et la conduit horizontalement au même point du côté

---

pas que le système médical de Broussais ait pu être à la fois si bruyant et si peu durable. La rapidité de ses succès et celle de sa chute s'expliquent par les mêmes causes.

Du système, passons à l'homme. Nous avons déjà esquissé quelques traits de sa physionomie morale, qui avait quelques belles parties fort gâtées par d'autres. Ses contemporains ont eu beaucoup à souffrir des insatiables désirs de son ambition, des prétentions excessives de son amour-propre, du despotisme de ses opinions, et de l'intempérance de ses paroles. Mais il est juste de dire, en son honneur et en celui de l'esprit humain, que cet homme si difficile, si impérieux, si exigeant, si indomptable, si injuste même, n'était tel qu'en matière de science et de spéculation. Profondément convaincu, il ne comprenait ni ne souffrait la contradiction. Ce n'est que dans les choses d'esprit qu'il portait cette fougue et cette impatience. L'expérience de ces dernières années a prouvé qu'il défendait les opinions des autres avec le même zèle, la même intolérance, la même hostilité que les siennes propres, témoin la phrénologie. Il a été disciple fanatique, après avoir été maître absolu. Quels que soient les inconvéniens d'une telle organisation, le principe est bon, car c'est en définitive l'amour de la vérité, ou de ce qu'on croit la vérité. Hors de ce terrain, toujours brûlant, Broussais était d'une douceur, d'une simplicité et d'une facilité pleines de charmes. Ces qualités, par malheur, s'exercèrent nécessairement dans un cercle fort étroit, tandis que ses facultés moins aimables se répandaient sur le plus vaste théâtre.

Comme professeur, Broussais eût été tout à fait nul s'il n'avait eu la qualité spéciale recommandée par Cicéron, l'action. Rien de plus pauvre, de plus pénible, de plus trivial, et de plus embarrassé que son élocution. Il débitait aussi mal que possible les choses qu'il savait le mieux, et pourtant ses leçons ont captivé pendant longtemps la multitude des élèves; elles soulevaient l'enthousiasme et entraînaient les esprits. Par quel moyen? par un seul, mais qui est infaillible, par la passion. Personne n'a mieux accentué un sarcasme, une épigramme ou même une injure. Il y avait dans ses paroles (nous parlons des beaux temps du Val-de-Grâce) une espèce de feu intérieur qui les soutenait; c'est moins par ce qu'il disait que par la manière dont il le disait qu'il put intéresser et dominer tant de jeunes intelligences. Quand ce feu a été éteint ou qu'il n'a plus rien eu à dévorer, Broussais a perdu toute sa puissance. Ses cours à la Faculté et ses leçons de phrénologie ont constaté la plus complète décadence.

Son mérite comme écrivain est moins contestable. Nous ne ferons que répéter ce que nous disions à une époque déjà très éloignée (1); car malgré nos querelles avec M. Broussais, nous n'avons pas attendu qu'il fût mort pour lui rendre justice.

Les ouvrages de M. Broussais ont de l'originalité. Tout y appartient à l'auteur, idées et style. Personne n'a mieux justifié la maxime que le style est l'homme même. Le sien en effet est essentiellement personnel si l'on peut s'exprimer ainsi. Il ne faut y chercher ni élaboration littéraire, ni aucune de ces qualités raffinées des écrivains polis par l'étude des modèles; c'est la nature toute seule qui lui a créé une manière et non point l'art ni la rhétorique. Comme Bichat, M. Broussais avait passé sa vie dans les hôpitaux ou dans les camps, écoles meilleures pour le praticien que pour l'écrivain. Mais il n'avait pas comme

(1) GAZETTE MÉDICALE; t. III, p. 36 (1832).

opposé, ayant soin de ménager les artères faciales, et d'y comprendre deux des orifices fistuleux. L'os malade est de la sorte mis à découvert, on le divise avec une scie et des tenailles tranchantes aussi près que possible des angles de la plaie, et on l'enlève. La plaie a été pansée régulièrement. Le lendemain, la portion restante à droite se trouve un peu descendue par le manque de l'appui central; on l'enlève sans difficulté; la malade est très soulagée, la suppuration ayant beaucoup diminué. Trois semaines après, M. Perry a attaqué la moitié gauche qui adhérait très intimement. A l'aide de quelques manœuvres bien entendues et ménagées, elle a été ébranlée et enlevée sans beaucoup élargir la plaie. L'écoulement de sang a été peu abondant dans ces opérations, on en conçoit aisément la raison, d'après l'ancienneté de la maladie. Dans chacune de ces manœuvres, M. Perry a eu grand soin de ne pas blesser la muqueuse buccale; il a ménagé autant que possible les quelques dents qui étaient restées un peu adhérentes aux gencives, afin que le nouveau travail les renforçât et les rendît en quelque sorte serviables. La plaie a été réunie, elle s'est cicatrisée, et quelques semaines après, la malade est sortie guérie.

Depuis sa sortie de l'infirmerie, j'ai souvent vu la malade, dit l'auteur. Elle peut mâcher les alimens solides à l'aide de la langue qui frotte contre les dents supérieures. Comme cependant aucun os nouveau ne s'est formé, les dents restées dans les gencives inférieures sont inutiles. Ces dents se trouvent affermies par des tissus fibreux accidentels, mais elles se sont enfoncées faute d'un nouvel appui osseux : l'arcade dentaire inférieure s'est beaucoup rétrécie par la même raison, et ne répond pas convenablement à la supérieure. La face est beaucoup moins difforme qu'on n'aurait pu le présumer. M. Perry présume qu'attendu la position anormale des dents permanentes, la maladie de l'os a pris naissance avant la seconde dentition.

Le nouvel os a été, selon lui, nécrosé à son tour par les mêmes causes que le premier.

Une première circonstance qui rend ce fait remarquable, c'est l'ancienneté de la maladie. La malade faisait dater son affection de six ans; M. Perry cependant la présume bien plus ancienne, puisque, selon lui, elle aurait précédé la seconde dentition. Il est rare de rencontrer des nécroses aussi anciennes à la mâchoire, en supposant même que le mal ne datât que de six ans; mais, ce qui rend le fait plus intéressant encore, c'est la mortification du nouvel os. On pourrait peut-être demander comment l'auteur a pu s'assurer que la mâchoire qu'il a enlevée était de seconde formation. Il ne s'explique pas à ce sujet. Nous le croyons pourtant, tout en désirant quelques détails à cet égard. L'opération que M. Perry a pratiquée n'est pas moins digne de remarque : l'idée qu'il a eue de scier la mâchoire en deux endroits, de ménager la muqueuse buccale et les dents, et de n'agir qu'en trois temps pour enlever tout l'os malade, est heureuse. La circonstance enfin du manque absolu de reproduction osseuse après l'opération, manque dépendant, sans doute, de l'état maladif du périoste et des tissus environnans, ajoute un nouveau prix à l'observation.

EXTIRPATION D'UN ŒIL POUR UNE TUMEUR DÉVELOPPÉE DANS LA GAÎNE DU NERF OPTIQUE ; par M. MIDDLEMORE.

OBS. — Un bel enfant, âgé de trois ans, a été présenté à M. Middlemore. Il offre un léger strabisme à l'œil gauche, avec perte de la vision de ce côté et un certain degré d'exorbitisme. Les parens se sont aperçus de cet état depuis deux mois. La cornée est légèrement nuageuse. Trois mois plus tard, l'exophthalmie a fait de grands progrès; l'œil est enflammé; cornée couverte d'albugos; l'iris est poussé vers la cornée, sans être enflammé; pupille paresseuse, matte; pas de taches brillantes dans le fond; le globe lui-même ne paraît pas augmenté de volume. Les tissus interorbitaires cependant offrent un certain degré de boursoufllement circulaire, surtout en haut et en-dehors, visible principalement lorsqu'on ouvre fortement les paupières.

L'enfant souffrait considérablement; l'extirpation de l'œil a donc paru nécessaire.

OPÉRATION. Ayant élargi, dit l'auteur, la fente palpébrale à l'aide d'une incision à l'angle externe, j'ai vidé les humeurs de l'œil, passé une forte ligature à travers la sclérotique, un peu derrière le bord de la cornée de chaque côté; j'ai tiré la coque oculaire un peu en haut et en avant, divisé la conjonctive circulairement, puis disséqué l'œil jusqu'à sa racine, etc. J'ai rencontré une tumeur fort volumineuse, s'étendant jusqu'au trou optique; je l'ai disséquée et enlevée à coups de ciseaux courbes. L'orbite a été nettoyée, mais une portion de la tumeur est restée dans le trou optique, où elle se prolongeait. Cette circonstance a rendu l'opération longue et douloureuse. L'enfant a perdu beaucoup de sang et s'est beaucoup affaibli. La plaie a été pansée à l'aide d'une compresse trempée dans de l'eau fraîche.

DISSECTION DE LA TUMEUR. L'œil est sain, seulement ses humeurs sont troubles; cornée opaque; sclérotique un peu érosée en arrière par la compression qu'elle a éprouvée de la tumeur. Gaîne du nerf optique un peu épaissie et très dilatée par la tumeur, surtout près du trou optique. Le tissu cellulaire qui unit ensemble les fibres du nerf optique se trouve placé entre la tumeur et la gaîne du même nerf; il est de couleur jaunâtre, épaissie et disposée par couches. La tumeur est couverte par ce tissu cellulaire et par la gaîne du nerf; elle a un volume considérable, son gros bout répond en arrière; sa substance est de couleur jaune; sa structure ressemble à celle des polypes nasaux mucilagineux, mais plutôt fibreuse. Par l'immersion dans l'alcool, elle est devenue fibreuse et blanchâtre.

Les suites de l'opération ont été heureuses; l'enfant a guéri.

La science possède déjà plusieurs exemples de tumeurs formées dans la gaîne du nerf optique, produisant tantôt l'amaurose simple, tantôt la cécité et l'exorbitisme; mais ces exemples ne sont qu'en petit nombre. Le précédent, bien qu'il manque de détails suffisans d'anatomie pathologique, ne laisse pas que d'être intéressant sous plusieurs rapports. La nature de la tumeur d'abord, que l'auteur compare aux polypes mucilagineux, a quelque chose d'insolite; elle ne ressemble à aucune des tumeurs qu'on a rencontrées jusqu'à ce jour dans la gaîne du nerf optique. Ensuite il est vraisemblable, d'après la description un peu obscure, il est vrai, de l'auteur que la pulpe du nerf optique avait disparu sur le point comprimé par la tumeur. Cela rend raison de quelques phénomènes que le malade avait présentés durant la maladie, et pourtant, notez bien, le globe oculaire était parfaitement nourri, nouvelle preuve qui vient à l'appui de l'opinion de M. Morgagni, savoir, que le nerf optique et l'artère qui le traverse ne concourent en rien à la nutrition de l'organe; il en est autrement, comme on sait, des lésions des nerfs de la cinquième paire. Quant au procédé opératoire suivi par M. Middlemore, il offre aussi quelque chose d'insolite ou plutôt de barbare : il a vidé d'abord le globe oculaire, puis embroché de part en part la coque avec une aiguille et un fil, afin de la mieux disséquer. Ce procédé nous rappelle les temps des chirurgiens arabes, alors que l'art était encore dans son enfance. C'est un reproche qu'on peut adresser souvent avec raison aux oculistes exclusifs.

CAS REMARQUABLE DE GRENOUILLETTE; opéré par M. MALCOLMSON.

OBS. — Un enfant, âgé de 9 ans, de mauvaise constitution, présentait une

---

Bichat cette grande et brillante imagination d'artiste, et ce goût natif pour le beau qui, chez lui, triomphèrent du prosaïsme de l'éducation et des habitudes. Aussi dans les meilleures pages de Broussais on sent toujours quelque chose de cru, d'inculte et d'inachevé, la forme en est saillante, vive et tout à fait libre, mais incorrecte et dure. C'est un écrivain maître de sa langue; mais il la manie avec si peu de délicatesse et de précaution que souvent il la brise et la déforme. Au reste dans ses défauts comme dans ses qualités, une chose surtout domine, c'est son individualité profondément tranchée et originale. Il est toujours lui et jamais que lui. Soit qu'il décrive, soit qu'il raisonne, soit qu'il attaque, la pensée est tout et le style rien; il n'y songe pas. Passionné il ne voit que son but et il y va pas par le chemin le plus court. Aussi ses écrits sont principalement remarquables par l'absence de toute prétention littéraire.

Broussais a rendu plus de services à la langue médicale qu'à la médecine théorique et pratique. Ses écrits, malgré leurs défauts, sont en général d'une grande lucidité (sauf dans les matières philosophiques où il est inintelligible faute de s'entendre lui-même). Personne n'a plus contribué à décréditer les systèmes vagues et obscurs, la phraséologie pédantesque et souvent creuse des anciennes écoles, et à mettre en honneur la précision du langage, comme synonyme de celle des idées. C'est par la critique du langage qu'il a eu tant d'avantage sur les systématiques anciens et modernes : et c'est en suivant ses principes de discussion, en pratiquant ses maximes d'indépendance et sa méthode critique, qu'on a pu contrôler sa propre autorité en fait de doctrine et ne pas se laisser dominer par le point de vue exclusif de son système.

Voilà ce que nous disions, il y a quelques années, et nous ne le rétractons point. C'est par cette observation que nous terminons cet article. Si l'on s'étonnait que nous accordions tant de valeur aux écrits d'un homme dont nous avons si constamment combattu la doctrine et les prétentions, nous répondrons que ce n'est ni ses théories spéciales, ni ses préceptes thérapeutiques que nous recommandons, mais seulement l'esprit d'indépendance et d'examen qu'il a si vigoureusement implanté dans l'école de Paris, et dont il a été la première victime.

Nous avons cru aussi, en présence d'une tombe encore entr'ouverte, faire taire tout autre sentiment que celui de la plus parfaite équité, au risque même d'empiéter un peu sur le terrain des panégyristes. C'est pour cette raison encore que nous n'avons rien dit des travaux philosophiques de Broussais, dont la nouvelle édition du TRAITÉ DE L'IRRITATION ET DE LA FOLIE ne nous donnera que trop tôt occasion de parler. Aujourd'hui, les convenances les plus impérieuses, et notre propre sentiment, nous obligeaient à rendre avec respect ce dernier devoir à un des hommes qui ont, au 19e siècle, jeté le plus d'éclat sur notre science et notre profession.

— M. SERRES, membre de l'Académie des sciences, vient d'être élu, à l'unanimité des membres présens, par l'assemblée des professeurs du Jardin des Plantes, candidat à la chaire d'anatomie humaine du muséum d'histoire naturelle, en remplacement de M. Flourens, passé récemment à la chaire de physiologie. L'Académie des sciences doit nommer un candidat de son côté; il n'est pas à douter que la candidature de M. Serres n'obtienne autant de succès à l'Académie qu'au Jardin des Plantes.

tumeur au cou, s'étendant d'une oreille à l'autre, passant sur les angles de la mâchoire et se prolongeant jusqu'au sternum. Son plus grand volume était près du sternum, où il pendait et pouvait être relevé avec les mains. Sa consistance est molle; son intérieur est plein de liquide. Le mal a commencé depuis un an, au-dessous de la mâchoire, à gauche du menton, et avait augmenté par degrés dans tous les sens. Quelquefois avant l'apparition de la tumeur, le malade avait rendu du pus par la bouche, précisément par l'ouverture du conduit de la glande sous-maxillaire gauche, où l'on voyait encore une cicatrice déprimée, d'une ligne de diamètre : c'est par là que la tumeur avait commencé. Il n'y avait pas de gonflement dans la bouche; on sentait seulement une dureté au-dessous de la mâchoire, un peu à gauche. Plusieurs escarrhes se voyaient dans le milieu de la tumeur, produites par des applications d'un cautère actuel.

M. Malcolmson a déduit de cet état de choses que probablement les conduits sous-maxillaires avaient été enflammés par l'irritation de quelque dent, et que le passage de la salive en avait été interrompu, d'où un épanchement de ce liquide dans le tissu cellulaire du cou, dont la collection avait formé la tumeur.

Il pratique une ponction sur l'endroit le plus saillant de la tumeur : écoulement de 20 onces de liquide glaireux et transparent, d'une teinte brune claire, et d'une substance dure, résultant de la consolidation du même liquide. L'ouverture a été maintenue et l'on a exprimé par là du liquide tous les jours. Deux fois cette ouverture s'est fermée et a été rouverte; une tente y a été introduite; il s'est suivi de l'inflammation et de la suppuration mêlée à du fluide glaireux; la peau s'est contractée un peu, mais il a été évident que la guérison ne pouvait avoir lieu par ce seul moyen.

«Ayant pris, dit l'auteur, une sonde très fine, je l'ai introduite dans le conduit de la glande; elle a donné lieu à un écoulement de salive, ce qui a diminué la confiance que j'avais dans mon diagnostic. J'ai compris que la guérison ne pouvait se faire par le rétablissement de l'écoulement de la salive dans la bouche. J'ai, en conséquence, pensé qu'il fallait enlever une partie du sac morbide, afin de m'assurer si le fluide venait de la glande et me régler en conséquence pour la guérison. J'ai donc ponctionné la tumeur à trois pouces au-dessus du sternum, et après que le fluide a été évacué, j'ai excisé un ovale de peau de la largeur de deux pouces et demi, laquelle était très épaissie par les cicatrices dont elle était couverte. Le cou offre maintenant une apparence extraordinaire : depuis les oreilles jusqu'aux angles de la mâchoire et de là jusqu'au sternum, les parties semblent disséquées comme pour une préparation anatomique; les veines bleues et les glandes parotides brillent à travers le tissu cellulaire. J'ai cherché en vain une ouverture quelconque pour me rendre raison de la source du liquide. J'ai eu l'idée que le liquide pouvait émaner de la parotide gauche, ou bien qu'il dépendait tout simplement d'un kyste. La dureté dont je viens de parler était formée par du tissu cellulaire épaissi. Je l'ai enlevé. »

Examiné attentivement, le corps rond qui était sorti au milieu, le liquide n'était autre chose qu'un ganglion lymphatique. Ce ganglion adhérait à la glande sous-maxillaire. Une observation attentive sur ce point a fait ensuite distinguer un petit pertuis communiquant avec la glande; la pression faisait jaillir la salive. Alors la source du liquide n'a plus été douteuse. La glande a été disséquée en grande partie; mais arrivé dans le creux de la mâchoire inférieure, le bistouri n'a pu aller plus loin sans danger; en conséquence la glande a été liée, tirée et excisée; il s'est écoulé beaucoup de sang; plusieurs gros vaisseaux ont dû être liés; l'artère maxillaire inférieure a donné énormément de sang; il a fallu comprimer la carotide pour l'arrêter et porter les doigts dans la bouche pendant assez longtemps. Toute la glande a été enlevée à l'exception d'une petite partie qui s'étendait entre les muscles digastriques et anglo-hyoïdiens, et se joignait à la glande sublinguale. Sur ce point on a appliqué le cautère actuel.

La plaie a été réunie à l'aide de plusieurs points de suture et de bandelettes agglutinatives : elle s'est réunie presque totalement par première intention. Un abcès s'est formé consécutivement à la partie inférieure du cou; la cicatrice du côté de la bouche s'est rouverte, et a donné beaucoup de pus. Toutes ces plaies se sont cicatrisées dans l'espace d'un mois.

L'auteur déduit de ce fait la nécessité et la possibilité d'extirper la glande sous-maxillaire. Bien que cet organe n'ait pas été extirpé en totalité, l'opération n'a pas moins été heureuse. « Quant à l'origine de la tumeur, elle a été, dit-il, très manifeste. Le petit ganglion bien offrait une ouverture centrale qui servait de filtre à la salive; ce liquide s'épanchait dans le tissu cellulaire du cou et finit par former un kyste; dans ce kyste aboutissaient plusieurs parties de la glande comme autant de conduits. Ce fait démontre jusqu'à l'évidence l'opinion de Dupuytren qui regardait la grenouillette comme un kyste formé par des conduits accidentels de la glande dans le tissu cellulaire. » Cette opinion sur l'origine de la grenouillette a été, il est vrai, émise par Dupuytren, mais elle appartient véritablement à Fabrice d'Acquapendente. Dupuytren disait à ce sujet qu'il donnait cette idée comme une simple conjecture n'ayant jamais eu l'opportunité de disséquer sur le cadavre la tumeur en question.

PERFORATION ULCÉRATIVE A L'ŒSOPHAGE COMMUNIQUANT AVEC LA TRACHÉE; par M. LINDESAY.

Obs. — Sergeant, 53 ans, était tombé durant un état d'ivresse, et avait senti comme si sa poitrine eût été frappée par un corps dur et pointu. Depuis lors il sentit une douleur légère et vague à la partie supérieure du thorax et perdit par degré la facilité de déglutir. Les poumons, le cœur et les côtes sont à l'état normal. Sangsues, vésicatoires; mieux; mais la difficulté de déglutir persiste. On sonde le pharynx avec une sonde élastique; on trouve de la résistance vers la hauteur du sternum; le bout de la sonde est plein de pus et de stries sanguins.

On soulage le malade par le cathétérisme répété.

La dysphagie fait des progrès; le malade ne peut avaler pour toute nourriture que du lait et quelques miettes de pain trempées dans ce liquide. On force l'obstacle avec la sonde; puis avec une petite éponge fixée à un long stylet courbe. On y passe ensuite la pierre infernale en solution, à l'aide de la même éponge cachée dans une sonde. Cela n'a pas empêché le mal de faire des progrès; bientôt après on n'a pu rien y faire passer. Différens moyens ont été essayés pour élargir le rétrécissement. Une toux convulsive avec expectoration de matière séreuse, purulente et sanguine, a bientôt compliqué son état, et il finit par succomber.

Nécropsie. Emaciation extrême. Restes d'inflammation récente de la plèvre et des poumons. Muqueuse stomacale enflammée; celle du colon également. Pharynx très vasculairisé, couvert de mucus vert. Le larynx et le devant de la trachée sont à l'état normal. A ses côtés, autour de l'œsophage et de l'arc de l'aorte, il y a une augmentation considérable de tissus. L'œsophage est épaissi et adhère à la gaîne de l'aorte. En coupant la trachée en avant, on observe une ouverture communiquant avec l'œsophage; cette ouverture est irrégulière, circulaire, du diamètre d'un schilling, située entre le cartilage cricoïde et la bifurcation. La muqueuse trachéale est vascularisée et couverte de matière purulente. La muqueuse de l'œsophage est épaissie et ulcérée circulairement au niveau de la bifurcation de la trachée. Cette ulcération occupe quatre pouces d'étendue du canal, est couverte de pus épais, à surface très irrégulière, et de dépositions lymphatiques et cartilagineuses. Ce canal est plus large au-dessus qu'au-dessous du rétrécissement qui peut, du reste, admettre le passage du petit doigt.

L'auteur ne s'explique point sur la nature du rétrécissement de l'œsophage; il est probable cependant qu'il s'agit tout simplement d'une coarctation squirrheuse, quoi qu'eu soit de la chute que le malade avait faite; mais ce qui offre un véritable intérêt pratique dans ce fait, c'est d'un côté l'inutilité des moyens employés pour combattre le rétrécissement; de l'autre, le danger des manœuvres chirurgicales en pareille occurrence; nous ne voulons pas dire par là que la perforation de l'œsophage et de la trachée ait été immédiatement produite par les instrumens dilatateurs qu'on a mis en usage.

ABCÈS FORT VOLUMINEUX AU FOIE; OUVERTURE; GUÉRISON; par M. ARCHIBALD COLQUHOUN.

Obs. — Le nommé Grath était entré à l'hôpital plusieurs fois depuis le 30 janvier jusqu'au 23 mai pour différentes indispositions. Il était très faible; pouls très petit et fréquent; douleur au côté droit, augmentant par la pression et par une grande inspiration. On lui applique souvent des sangsues, des vésicatoires et un cautère. Du calomel par petites doses jusqu'à salivation. Pas d'amélioration.

Le 6 mai, le côté droit se gonfle et forme manifestement une tumeur qui augmente de jour en jour sous l'application des cataplasmes et des ventouses. La fluctuation est manifeste dans la région du foie.

Le 13, on l'ouvre. On pratique une incision de deux pouces, immédiatement au-dessous des côtés et sur la partie la plus saillante de la tumeur; on arrive jusqu'au péritoine qu'on ponctionne avec une lancette. Il s'écoule une quantité immense de pus jaune-rougeâtre (sept pintes et demi dans l'espace d'une demi-heure). On panse la plaie simplement. Le malade a été fort soulagé, et a pu dormir après.

A neuf heure du soir, le malade est froid, sans pouls; il est près de la mort. Cet état a été causé par une hémorragie provenant de quelques vaisseaux des parois abdominales qui avaient été divisées. On comprime les vaisseaux à l'aide de compresses trempées dans de la térébenthine et avec la main; le sang a été arrêté et le malade a guéri.

Les abcès du foie n'offrent pas ordinairement de très grandes dimensions; mais quel que soit leur volume ils peuvent être suivis d'accideus formidables, si au moment de l'ouverture externe la nature n'a pas opéré les adhérences salutaires qui doivent prévenir l'épanchement dans le péritoine. Dans tous les faits connus cependant l'accident de l'hémorragie cutanée n'avait pas encore été rencontré. Cette observation est par conséquent précieuse en ce qu'elle apprend que dans l'ouverture des abcès hépatiques il est utile de se prémunir contre un pareil accident à l'aide d'une conduite facile à deviner.

CALCUL FORT VOLUMINEUX SORTI SPONTANÉMENT DE LA VESSIE D'UNE FEMME; par M. HARRIS.

Obs. — Marie, âgée de 18 ans, présentait depuis sept ans les symptômes de la pierre dans la vessie. Au bout de ce temps ses souffrances augmentèrent considérablement, et elle rendait du pus avec les urines. Sa santé était très altérée. C'est dans cet état qu'elle s'est confiée aux soins de M. Harris.

Un jour, elle est prise de grandes envies d'uriner; elle se met sur le pot et fait des efforts inouis par la difficulté qu'elle éprouvait. Après dix minutes d'efforts continus, elle rend un calcul qui est expulsé avec violence par le méat urinaire.

Depuis ce moment sa santé s'est améliorée, les souffrances vésicales ont disparu, mais elle n'a été tout à fait bien portante qu'un an après. Trois mois après les règles se sont déclarées pour la première fois.

Le calcul pesait 651 grains. Il offrait 2 3/8 pouces de longueur, 1 3/8 pouce de largeur, 1 1/8 pouce d'épaisseur. Il était d'oxalate de chaux.

La science possède déjà quelques faits analogues au précédent, mais en petit nombre, en égard au volume considérable de la pierre. Il démontre les ressources heureuses que la nature sait trouver dans ces cas, grâce à la dilatabilité considérable de l'urètre chez la femme.

INFLUENCE DES EXHALAISONS PUTRIDES SUR LE DÉVELOPPEMENT DES FIÈVRES CONTINUES (FIÈVRES TYPHOÏDES); par le docteur OGIER WARD, médecin du dispensaire de Birmingham.

L'influence des exhalaisons et des miasmes sur la production des fièvres n'est pas généralement admise. Il est peu de praticiens, il est vrai, qui nient que les fièvres intermittentes ne dépendent des miasmes produits par la décomposition des matières végétales, sous l'influence d'un soleil ardent; mais il n'est pas également démontré que les fièvres soient le produit de l'action sur l'économie des exhalaisons résultant de la décomposition des substances animales; on connaît l'opinion de Parent-Duchâtelet sur l'innocuité qu'il accordait à ces exhalaisons dans le plus grand nombre des cas, opinion qui, bien que vivement et fréquemment attaquée, n'en conserve pas moins encore une apparence de probabilité. Les documens suivans sur une fièvre épidémique qui a régné à Birmingham en 1837, et que l'auteur n'a pas balancé à attribuer à l'influence des exhalaisons putrides fournies par une petite rivière qui reçoit toutes les immondices des quartiers de la ville où elle passe, ne trancheront pas la question, mais au moins tendront à l'éclairer.

La rivière Rea, qui sépare Birmingham de son faubourg Badeley, et sert d'égout (*cloaca maxima*) à tous deux, alimente à la fois plusieurs moulins, et court parallèlement à une rue qu'elle sépare d'un étang auquel elle fournit des eaux. Pendant la sécheresse, qui fut si forte l'année précédente, l'eau resta très basse dans le principal courant et dans l'étang et les moulins, ne tournant que d'une manière très irrégulière, l'eau y était presque stagnante, et dégageait une odeur extrêmement fétide. Ce ruisseau finit même par sécher complètement sur plusieurs points, laissant à nu ses bords et son fond vaseux, qui n'étaient plus humectés que par les pluies qui tombaient sur la ville, ou par l'eau que lâchaient les moulins lorsqu'ils tournaient. Les exhalaisons fournies par la partie du ruisseau desséché, ou par les eaux stagnantes qu'il contenait, étaient si fétides, surtout la nuit, qu'elles incommodaient fortement les personnes délicates qui habitaient les rues voisines, et aussitôt apparut sur les lieux une maladie à forme typhoïde et à caractère épidémique. Le docteur Ward dit que le nombre de ceux qui en furent atteints fut d'environ cinquante, dont dix-sept réclamèrent ses soins, et étaient distribués ainsi qu'il suit: dans une cour qui était sur le ruisseau, il y avait trois cas légers dans une seule maison, et tous chez des enfans. Deux cas graves dans une autre maison: le père et le fils, dont le dernier a succombé. Dans une troisième maison, située au haut de la même cour, on compta cinq malades, chez l'un desquels la maladie s'est terminée par la mort. Un enfant fut encore gravement malade, qui demeurait à peu de distance du ruisseau; et enfin, six autres cas furent observés, à des degrés différens de gravité, et dont un encore s'est terminé par la mort. Vers la partie inférieure du cours du ruisseau où l'eau était noire comme de l'encre, il y avait aussi beaucoup de malades sur toute la ligne. On en comptait treize pauvres dans une seule cour. De l'autre côté de la ville où il y avait aussi les mêmes causes, la fièvre s'est montrée en même temps et sous une forme extrêmement grave.

Nous regrettons que le docteur Ward ne nous ait pas indiqué de quelle nature sont les immondices versées dans le lit de la rivière Rea. Mais afin de prouver que c'est réellement à l'influence des exhalaisons fournies par cette rivière qu'est due le développement de la fièvre continue dont il parle, il entre dans quelques détails sur l'état hygiénique et sanitaire de la ville de Birmingham, qui viennent bien à l'appui de son opinion: ainsi chaque famille, à peu d'exception près, y occupe une maison à part. Comme les points les plus élevés de la ville sont au moins à 600 pieds au-dessus du niveau de la mer, et qu'entre ces points et les plus bas il y a une différence d'au moins 200 pieds les rues sont toujours sèches. Les rues et les cours ou yards où demeurent les ouvriers sont larges et en général très aérées; le combustible y est à plus bas prix qu'en aucune autre ville de l'Angleterre; l'eau, qui sert de boisson et pour les usages culinaires, y est d'excellente qualité, et l'an dernier, les travaux ont été assez abondans pour qu'il y eût peu de malheureux.

Le type de la fièvre dont parle le docteur Ward, et qu'il attribue aux exhalaisons putrides était le *typhus mitior* de Cullen, ou l'affection typhoïde des auteurs français. Ses symptômes les plus urgens étaient la toux et la diarrhée. Des dix-sept cas dont il a parlé ci-dessus, dans onze, les sujets étaient âgés de moins de douze ans. Les trois qui ont succombé étaient âgés, l'un de 23 ans; l'autre de 11; et le dernier de 1 an et demi; et chez tous on observa exactement les mêmes lésions après la mort, savoir: forte congestion des poumons qui étaient un peu ramollis dans toute leur étendue et hépatisés sur quelques points. Les bronches étaient rouges, épaissies et remplies d'un mucus épais. La muqueuse gastrique était injectée, épaissie et ramollie; chez les deux sujets les plus âgés, les follicules intestinaux étaient très développés; les glandes de Peyer saillantes et converties d'escarrhes ulcéreuses, surtout près de la valvule cæcale. Les glandes mésentériques correspondant aux ulcérations étaient engorgées. Les glandes de Brunner très saillantes et très ulcérées. Tous les autres viscères étaient à l'état normal, mais congestionnés. La rate seule était en outre ramollie.

RAPPORT SUR LA MÉDICATION LA PLUS EFFICACE DANS LE TRAITEMENT DU RHUMATISME ARTICULAIRE PENDANT LES HUIT DERNIÈRES ANNÉES; par le docteur ED. SEYMOUR, médecin de l'hôpital Saint-Georges.

L'auteur dit avoir observé, pendant les huit années qui se sont écoulées depuis 1830, cent soixante-douze cas de rhumatisme dont l'histoire a été recueillie exactement et qu'il distribue ainsi: cent cas de rhumatisme fibreux aigu ou de fièvre rhumatismale simple; soixante cas d'inflammation aiguë des bourses synoviales et des articulations, et enfin douze cas où ces deux espèces de rhumatisme co-existaient à la fois chez les mêmes personnes.

Le moyen qui a paru le plus utile à l'auteur, c'est la résine de gayac qui avait déjà été employée anciennement contre la même maladie; mais il n'y a recours qu'après avoir saigné le malade une fois et rarement plus; et après l'emploi de quelques purgatifs. Sur cent cas où il dit avoir employé cette résine à l'hôpital, il n'en est pas un seul qui ait résisté au-delà de quelques jours, même dans les cas les plus graves; les malades qui ne pouvaient imprimer le second mouvement à leurs articulations, en raison du gonflement très fort et des douleurs très aiguës dont elles étaient le siége, se trouvaient débarrassés de toute espèce de douleurs en moins de huit jours, et quittaient l'hôpital quelques jours plus tard. Il administre la résine réduite en poudre avec du sucre, de l'eau distillée et de la cannelle.

Comme la dissolution de gayac dans l'ammoniaque qu'on emploie généralement dans le traitement du rhumatisme chronique, est une préparation stimulante, on s'est demandé comment avec la résine seule qu'on croit également stimulante, on pouvait espérer combattre une maladie inflammatoire aiguë par les stimulans. Mais si l'on examine avec soin les effets de cette résine, on reconnaîtra qu'elle n'agit pas comme stimulant mais comme évacuant, provoquant, avec une violence quelquefois extraordinaire, des selles nombreuses, ou une transpiration abondante ou une sécrétion considérable d'urine; quelquefois même on obtient tous ces effets à la fois. L'action purgative surtout est si prononcée qu'il est souvent utile de donner un grain d'opium le soir pour en modérer l'effet.

Plus le cas est aigu et plus on se hâte d'employer la résine de gayac, après toutefois qu'on a pratiqué au moins une saignée, et quelquefois plus; la guérison sera à la fois prompte et certaine. Quand la maladie dure déjà depuis longtemps, que les forces du malade sont anéanties, et que cependant la rougeur, la douleur et le gonflement persistent encore à un certain degré, alors on doit redouter de ne pas obtenir de soulagement de l'emploi de la résine de gayac. Dans ce cas, dit le docteur Seymour, un grain d'opium administré toutes les quatre heures enlevera souvent la douleur et les autres symptômes comme par enchantement; preuve que la maladie, qui, au commencement, était plutôt inflammatoire que spasmodique, a changé, et est devenue plutôt spasmodique qu'inflammatoire, puisqu'elle cède à l'agent le plus puissant avec lequel on puisse combattre l'irritabilité ou la sensibilité exagérée sur tous les points de l'économie.

Le docteur Seymour ne se dissimule pas que le moyen qu'il vante a déjà été employé depuis longtemps dans le traitement des rhumatismes chroniques, mais il pense qu'on avait eu tort de l'abandonner.

OBSERVATION D'UN CAS DE PARALYSIE DE LA PORTION DURE DE LA SEPTIÈME PAIRE TRAITÉE PAR LA STRYCHNINE; par le docteur O'BRIEN.

Cette observation n'est pas intéressante, seulement sous le point de vue

de l'efficacité du traitement par la strychnine, mais encore pour les circonstances au milieu desquelles la maladie a apparu.

Obs. — Roslevy, âgé de 43 ans, maigre, adonné à l'intempérance, raccommodeur de pompes. Un jour, qu'étant au fond d'un puits, il voulait allumer une chandelle à un feu de charbon de terre, il fut obligé de souffler avec une force extraordinaire en raison de l'impureté de l'air au milieu duquel il se trouvait, et aussitôt il fut pris de tournoiemens de tête, sa vue s'obscurcit, et il ressentit une vive douleur dans le sourcil et la tempe du côté droit. Aussitôt qu'il fut sorti du puits, il fut pris de vomissemens qui continuèrent quelque temps ensuite.

Le lendemain matin, il s'aperçut pour la première fois qu'il avait le côté droit de la face paralysé et que la vision de l'œil droit était très affaiblie. Un médecin qu'il appela pendant plusieurs jours le purgea et lui appliqua un vésicatoire sur la tempe; ce qui n'empêcha pas la douleur et l'affaiblissement de la vue d'augmenter.

Lorsqu'il est admis à l'infirmerie, on reconnaît que tous les muscles superficiels du côté droit sont immobiles. Il parle d'une manière très indistincte, bien qu'il n'y ait pas de paralysie de la langue ni d'aucun des muscles qui ne reçoivent pas l'influence nerveuse de la portion dure. Il se plaint d'une vive douleur dans l'œil et le sourcil droit. La sensibilité de la face est intacte. La pression dans l'espace qui se trouve entre l'angle de la mâchoire et l'apophyse mastoïde est très douloureuse; langue chargée, anorexie; pouls 100, dur; constipation. (Un purgatif, la diète et douze sangsues sur la région parotidienne.)

Le lendemain (18 juillet 1835), le malade dit avoir été beaucoup soulagé par les sangsues; il lui semble qu'il peut imprimer quelques mouvemens aux muscles paralysés; la douleur est moins vive; le pouls est toujours dur. (Saignée, *usque ad deliq.*, purgatif.)

19. La douleur a encore beaucoup diminué. (Purgatif, vésicatoire sur la région parotidienne.)

20. Il ne reste plus du tout de douleur et l'état de la vue est bien amélioré. On panse le vésicatoire avec la pommade suivante :

Prenez : Axonge, 1 dragme.
Strychnine, 1 grain.

Le 26, on a employé environ six grains de strychnine. Les paupières du côté droit peuvent presque se toucher, mais le reste de la face est presque dans son immobilité première. Les douleurs ont entièrement disparu.

Prenez : Teinture de strychnine, 6 grains (formule de Magendie),
Eau distillée de cannelle, 1 once.
Pour prendre trois fois par jour.

Le 4 avril, les lignes naturelles causées par les muscles du côté droit de la face sont beaucoup plus distinctes, et l'angle droit de la bouche est beaucoup plus relevé qu'il ne l'était. Les paupières peuvent être presque fermées et le sourcil presque déprimé. Le malade se plaint de souffrir des dents. (Prendra dix gouttes de teinture trois fois par jour.)

Le 6, il a bien plus de pouvoir sur les muscles; la bouche paraît à l'état normal; les paupières peuvent être fermées complètement. Une dent a été arrachée sans soulagement. (Prendre douze gouttes de teinture trois fois par jour.)

Le 8, la douleur, qui était accompagnée de salivation, était si vive qu'on a discontinué l'usage de la teinture. Tous les muscles à la fois, à l'exception du sourcil, ont recouvré leur mobilité.

Le 11, la douleur et la salivation ont disparu.

Le 14, les muscles de la joue semblent recommencer à perdre de leur mobilité. Pas de douleur. (Teinture de strychnine, huit gouttes, trois fois par jour.)

Le 20, il ne reste plus de traces de paralysie; la douleur n'a point reparu. Le malade quitte l'hôpital parfaitement rétabli.

II. THE EDIMBURGH MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL.

Le cahier du troisième trimestre contient les articles originaux suivans : 1° *Recherches sur l'histoire du cordon ombilical dans l'espèce humaine;* par M. Churchill; 2° *Sur les formes graves de l'hystérie;* par M. Laycock; 3° *Observations de lithotritie;* par M. Graham (rien de neuf); 4° *Considérations sur la lithotritie;* par M. Fergusson (article critique, mais pas concluant); 5° *Faits chirurgicaux;* par M. Syme; 6° *Recherches sur la pathologie intra-utérine, en particulier sur la péritonite chez le fœtus;* par M. Simpson; 7° *Cas de chorée;* par M. Kennedy; 8° *Décollement considérable de la peau;* par M. James Weir.

FAITS CHIRURGICAUX OBSERVÉS A LA CLINIQUE DE M. JAMES SYME.

RUPTURE DE L'ARTÈRE AXILLAIRE; LIGATURE DE LA SOUS-CLAVIÈRE; AMPUTATION DE L'ÉPAULE; GUÉRISON.

Obs. I. — Le 23 septembre, un jeune homme, âgé de 23 ans, tombe de cabriolet avec une grande violence, et se frappe à l'épaule gauche. En se relevant, il est pris de douleur et de gonflement dans l'aisselle. Le premier chirurgien qui l'a vu croit d'abord que l'humérus est luxé en bas; mais un examen plus attentif fait reconnaître que cet os est à sa place et que la tumeur qu'on croyait formée par la tête humérale résultait d'une collection de sang. Le malade est couché, tenu dans le repos, des fomentations froides sont appliquées à l'épaule. Pendant un ou deux jours, la tumeur fait des progrès, s'étend au bras, au côté du corps et la peau se décolore. Ensuite l'état du malade paraît s'améliorer par degrés.

Le dixième jour après l'accident, le malade éprouve la sensation d'un ruissellement dans l'aisselle, la douleur et la tension reparaissent et augmentent subitement. On lui applique des sangsues et l'amélioration ne tarde pas à reparaître; elle est progressive pendant huit jours. Au bout de ce temps nouveau retour des phénomènes précédens. Ces alternatives se sont répétées de plus en plus, et enfin elles se sont reproduites presque tous les jours. Chaque nouvelle application de sangsues a soulagé le malade : on lui en a appliqué trois cents en tout.

Le 15 octobre, lorsque M. Syme l'a vu pour la première fois, le malade présentait l'état suivant :

Bras énormément gonflé et œdémateux depuis l'aisselle jusqu'aux doigts. Large tumeur fluctuante à l'aisselle s'étendant sous le pectoral. Pouls insensible au poignet. Absence complète de mouvement et de bruit dans la tumeur. Douleur, faiblesse extrême, insomnie, inappétence, anxiété.

D'après cet état de choses, il était impossible, dit l'auteur, d'assurer s'il s'agissait d'un anévrisme axillaire ou d'un simple épanchement sanguin. Le sentiment de ruissellement et l'absence du pouls au poignet étaient, il est vrai, en faveur de l'anévrisme; mais l'absence de pulsation et de bruit depuis le commencement de la tumeur embarrassaient le jugement. On n'a pu par conséquent prendre aucune mesure décisive; M. Syme s'est contenté d'exercer une légère compression sur la tumeur et le membre.

Le malade s'est assez bien trouvé jusqu'au 24 du même mois; alors il éprouve une douleur intense à la partie la plus saillante de la tumeur : ce point était d'un rouge-brun et menaçait rupture. Le malade désire qu'on ouvre la tumeur; M. Syme y fait une ponction explorative à l'aide d'un bistouri étroit; il ne s'écoule rien; le chirurgien élargit l'ouverture dans l'étendue d'un demi-pouce, un petit ruisseau de sang s'échappe. Espérant que la tumeur ne fut formée que par du sang extravé de petites artères et veines, le chirurgien a couvert légèrement la plaie avec un linge. Quatre heures après (onze heures du matin), on change le morceau de linge; quelques minutes après, il est imbibé de sang artériel, puis il laisse échapper un petit jet de ce liquide. M. Syme arrête l'hémorragie moyennant une épingle et un fil en huit, et appelle MM. Ballingall et Dewar en consultation; on reconnait la nécessité de lier l'artère sous-clavière; M. Syme pratique l'opération en présence de ces praticiens.

L'élévation de la clavicule produite par la tumeur et la condensation du tissu cellulaire, par suite de l'ecchymose dont la couleur s'étendait depuis le cou jusqu'à la hanche (*from the neck to hip*) ont rendu l'opération plus difficile que de coutume. L'artère était non seulement profonde, car il s'agissait du côté gauche, mais aussi couverte par les nerfs cervicaux dans une étendue beaucoup plus grande que je ne l'avais jamais vue. Ces obstacles ayant été surmontés, l'artère a été mise en évidence et liée avec un simple fil de soie.

Le malade a été assez tranquille dans le reste de la journée; mais à deux heures après midi, deux à trois onces de sang s'écoulent par la plaie de l'aisselle. Un bandage à spica est appliqué. A sept heures du soir, nouvelle hémorragie par le même endroit; on refait le bandage. A onze heures, on croit convenable de fendre la poche sanguine, de la vider et d'en comprimer convenablement les parois à l'aide de compresses graduées. Aussitôt que l'artère a été mise à découvert dans le fond de la tumeur, elle a saigné abondamment, mais pas avec assez de force pour résister à la compression. Une demi-heure après cependant le sang a reparu, et comme la température du bras était devenue au-dessous de l'état naturel, les consultans ont décidé qu'il fallait amputer le membre.

Ayant placé le patient sur le bord du lit, j'ai, dit l'auteur, promptement enlevé le membre et mis à découvert une effrayante caverne contenant du sang caillé, s'étendant en bas sur le côté du grand dorsal; en avant, sous le grand pectoral. L'artère était déchirée en travers, immédiatement au dessous de la sous-scapulaire, à travers laquelle le sang coulait par un mouvement rétrograde; j'ai coupé cette artère, l'axillaire et un ou deux autres vaisseaux; j'ai abstergé tout le sang caillé et cousu les bords de la plaie.

Pendant plusieurs heures après l'opération, le malade a semblé se trouver mal et mourir; il se plaignait de nausées et avait la pâleur de la mort; visage couvert de sueurs froides, pouls presque imperceptible. On lui administre des petites doses de vin très souvent. Le soir, il est ranimé, la chaleur a reparu, et le malade se sent assez bien; pouls fort et fréquent, 160. Le lendemain, pouls 140; le surlendemain, 120; les jours suivans à l'état naturel; dans le reste les choses vont de mieux en mieux. Après la première semaine, le malade était hors de danger. Guérison.

A la suite de cette importante observation, M. Syme ajoute les lignes suivantes : « Les points dignes de méditation dans ce cas sont 1° le mode de rupture de l'artère; 2° l'absence de pulsations et de bruit anévrismal dans la tumeur; 3° l'inefficacité de la ligature du tronc artériel au-dessus de la rupture et des branches intercurrentes; 4° l'heureux résultat de l'amputation, malgré les circonstances défavorables dans lesquelles elle a été pratiquée. Je laisse à la décision des praticiens les questions de savoir si l'absence du bruit et des pulsations anévrismales dépendait de la rupture complète de l'artère, et si l'inefficacité de la ligature de la sous-clavière a été due à la circonstance de l'ouverture préalable de la tumeur. »

ANÉVRISME DE L'ILIAQUE EXTERNE; GANGRÈNE DU MEMBRE; LIGATURE DE L'ILIAQUE PRIMITIVE; AMPUTATION; MORT.

Obs. II. — Alexandre M'Dougal, âgé de 31 ans, mince, habituellement mal portant, exerçant la profession de tailleur, s'est aperçu depuis trois mois d'une petite tumeur pulsatile dans l'aine droite, du volume d'un œuf de pigeon, et qui a fait des progrès rapides. Un médecin qu'il a consulté lui a prescrit l'usage de cataplasmes et de fomentations émollientes, dans le but de mettre la tumeur dans les conditions d'être ouverte. Elle s'est étendue en haut et en bas sans se ramollir; mais elle est devenue plus superficielle. On lui a appliqué des sangsues et on l'a frictionné avec de la pommade mercurielle sans plus d'avantage; puis on lui a recommandé l'usage des cataplasmes de pommes de terre.

Le 15 mai, le malade est reçu à la clinique de M. Syme; ce praticien diagnostique un anévrisme, et propose la ligature de l'iliaque primitive. La tumeur s'étend dans tout l'espace compris entre le pubis et la crête iliaque, se prolonge en haut à trois pouces au-dessus d'une ligne tirée entre ces deux points, en bas à deux pouces au-dessous de la même ligne. La masse morbide est consistante et élastique. On sent une pulsation obscure sur quelques points de son étendue, et un bruit anévrismal manifeste. Le malade se plaint principalement de douleur dans le genou. MM. Ballingall et Campbell, qui ont examiné le malade, ont adopté la manière de voir de M. Syme; il n'en a pas été de même du docteur Alison, médecin ordinaire du malade. MM. Charles Bell, William Newbigging, Abercrombie, Davidson, Maclagan, Hay, ont déconseillé l'opération proposée par M. Syme, jusqu'à ce que la nature du mal devînt plus manifeste.

La tumeur, en attendant, a continué à faire des progrès; sa surface devint irrégulière et noueuse; le membre œdémateux; la douleur au genou est devenue intolérable; il y a insomnie, et lorsque le malade s'assied sur son lit, il penche sa tête en avant; son teint, de jaunâtre qu'il était, est devenu verdâtre comme chez les sujets atteints d'une affection maligne cérébriforme.

Le 6 juin, le membre est froid.

Le 7, les pulsations de la tumeur sont très distinctes.

Le 8, nouvelle consultation: la tumeur s'étend jusqu'à l'ombilic; la jambe est non-seulement froide, mais encore d'une couleur bleu-pourpre et couverte de vésicules au mollet; la mortification du membre est imminente, et la mort menace le malade. Les consultans consentent alors qu'on lie l'artère.

Ligature. J'ai pratiqué une incision de six à sept pouces de longueur, s'étendant depuis un peu au-dessus de l'anneau inguinal externe, dans la direction du ligament de Poupart, mais divergeant un peu de ce ligament, avec une légère courbe en dedans. J'ai divisé promptement les parois abdominales, et je n'ai éprouvé que peu de difficulté pour retrousser le péritoine; j'ai exécuté cela avec précaution, afin de ne pas rompre cette membrane ni le sac anévrismal. J'ai senti l'iliaque externe battre à la surface de la tumeur, et je l'ai suivie jusqu'au point où elle est devenue libre; là j'ai senti sous le doigt l'iliaque interne, et un peu au-dessus l'iliaque primitive entièrement libre. Jusqu'ici, comme on le voit, l'opération n'a offert aucun embarras sérieux; mais quand j'ai voulu passer la ligature autour de l'iliaque primitive, j'ai trouvé que la plaie était trop étroite; l'espace, effectivement, que laissaient la surface convexe de la tumeur, et le péritoine distendu par les viscères, était fort borné, eu égard à la profondeur que l'aiguille et la main devaient parcourir. J'ai essayé inutilement différens instrumens pour passer la ligature; enfin, j'ai réussi à l'aide d'une aiguille des plus simples. Aussitôt la ligature passée, j'ai fait écarter les bords de la plaie avec des spatules, et j'ai tiré le fil avec un crochet. J'ai fait un nœud simple et j'ai coupé un des chefs de la ligature. La plaie a été cousue.

Dans le courant de la journée, la tumeur est devenue petite et molle. Le refroidissement et la coloration du membre gagne le dessus du genou; vomissemens.

Le 9, même état, tympanite.

Le 10, même état.

Amputation. Le 11, M. Syme pratique l'amputation du membre sur le point où la peau a changé de couleur.

Le 12, le malade est mort.

Nécropsie. L'artère iliaque primitive est très bien liée entre son origine et le point de sa bifurcation; aucun tissu voisin n'est compris dans le fil. Dans son intérieur est un caillot au-dessus, et un autre au-dessous du point lié. Le péritoine offre des traces locales d'inflammation; mais pas très étendues. La forme noueuse de la surface de la tumeur dépend de plusieurs ganglions hypertrophiés. L'anévrisme a une grande étendue, occupe le creux triangulaire de la cuisse, s'étend dans le pelvis, remplit la fosse iliaque, et se prolonge considérablement en arrière. La branche du pubis est dénudée et rugueuse; la capsule de l'articulation de la hanche est en partie résorbée. L'artère iliaque externe est incorporée au sac anévrismal, mais elle reste entière dans l'étendue d'un pouce vers le ligament de Poupart; là les membranes internes de l'artère sont détruites.

Il est bien regrettable que cette belle opération n'ait pas été exécutée plus tôt alors que la nature avait assez de force pour effectuer la résolution de la maladie. Sous le rapport pathologique, ce fait offre un exemple remarquable d'une des terminaisons rares des anévrismes des membres; nous disons *rares*, car l'on sait que ces tumeurs ont plutôt de la tendance à crever elles-mêmes, à se gangrener par la distension outrée de leurs enveloppes, qu'à produire la mortification de l'extrémité éloignée du membre, comme dans ce cas. On s'expliquera peut-être ce phénomène, en songeant aux conditions anatomiques de la poche sanguine, dont les parois s'étaient principalement étendues du côté de la cavité pelvienne: la peau aine, par conséquent, avait pu échapper à la distension mortifiante, la compression principale ayant porté sur les vaisseaux collatéraux qui partent du bassin et de l'aine. Sous le rapport opératoire, ce fait n'est pas moins digne de méditation.

ANÉVRISME BRACHIAL, SUITE DE SAIGNÉE, OPÉRÉ D'APRÈS L'ANCIENNE MÉTHODE.

Obs. III. — Il s'agit d'un jeune homme âgé de 17 ans, qui offrait un anévrisme au pli du bras, par suite d'une saignée malheureuse pratiquée depuis quinze jours. La compression n'ayant pas été supportée, M. Syme l'a opérée de la manière suivante:

« J'ai, dit-il, appliqué un tourniquet au bras, fait une large incision dans la tumeur, vidé les caillots sanguins et lié l'artère au-dessous et au-dessus de la blessure, qui avait un quart de pouce de longueur; le malade guérit. »

« Dans une précédente publication, j'ai rapporté, dit l'auteur, un cas pareil à celui-ci, dans lequel j'ai lié inutilement l'artère brachiale au-dessus de la tumeur; j'ai été obligé ensuite d'en venir à l'ouverture de la poche sanguine, et de lier le vaisseau comme chez le dernier malade pour en obtenir la guérison. »

Dans l'état actuel de la science, nous croyons qu'il ne faut pas prendre cette pratique comme une règle générale. Il existe un assez grand nombre de faits qui prouvent que la méthode d'Anel suffit pour la guérison de l'anévrisme en question: nous en avons vu nous-mêmes un assez grand nombre à la clinique de Dupuytren. Ce chirurgien avait pour pratique, dans ces cas, de lier l'artère brachiale très bas, immédiatement au-dessus de la tumeur; la guérison a toujours eu lieu sans accident et d'une manière durable. L'ouverture de la tumeur est une opération douloureuse, grave, et dont les suites, lorsqu'elles sont heureuses, exigent un long traitement, et ne permettent presque jamais au membre de reprendre la liberté complète de ses mouvemens. L'insuccès de la ligature de M. Syme ne tiendrait-il pas à l'époque trop prématurée de son opération?

DIVISION DES ARTÈRE ET NERFS BRACHIAUX; MORTIFICATION ET AMPUTATION.

Obs. IV. — Un homme, âgé de 50 à 60 ans, avait eu le bras saisi dans une machine pour la fabrication du papier. Une plaie énorme existait au-dessus du coude, où l'artère brachiale et les nerfs avaient été évidemment déchirés; l'os était dénudé. L'accident était arrivé depuis deux jours et la portion sous-jacente du membre était comme celle d'un cadavre non encore putréfié. M. Syme a amputé de suite le bras. Le malade a éprouvé une foule d'accidens alarmans, des symptômes typhoïdes, de l'érysipèle, une suppuration étendue, des escarres sur différentes parties du corps, et il n'a guéri qu'après un long traitement et une longue convalescence.

« Ce fait prouve, dit l'auteur, le danger qu'il y a de laisser une partie morte attachée au corps vivant. J'attribue ces accidens à la présence continuée pendant deux jours du membre gangréné, et j'ai la conviction que, s'il eût été amputé deux jours plus tôt, il aurait guéri promptement et sans les accidens qu'il vient d'essuyer.

» Le membre amputé a fourni un bon exemple de l'explication que j'ai donnée concernant la manière dont s'oblitèrent les artères déchirées et qui ne saignent point. Les membranes interne et moyenne du vaisseau n'étaient pas lacérées irrégulièrement ni disposées de manière à obstruer le passage du sang; elles présentaient un bord circulaire lisse et rond, autour duquel s'appliquait en s'affaissant la tunique cellulaire ou externe et formait une sorte de sac conique rempli de coagulum. »

LUXATION DU FÉMUR DANS LA FOSSE ILIAQUE EXTERNE, DATANT DE NEUF SEMAINES; RÉDUCTION.

Obs. V. — William Scott, âgé de 50 ans, maçon à Dunfermline, tomba de sa hauteur en se promenant dans la rue; son pied ayant été engagé dans une ornière, il se luxa la cuisse en haut et en-dehors. Il appelle d'abord un rebouteur, puis un chirurgien, qui exercent inutilement des manœuvres de réduction. Ensuite il a recours à un fameux docteur ostéologique (*bone doctor*), près Perth, qui lui conseille de garder son mal, attendu qu'il était déjà trop ancien pour être remis; il n'y avait alors que cinq semaines depuis l'accident.. Le malheureux malade retourne chez lui et se résigne à vivre estropié pour le reste de sa vie, lorsqu'il a été visité par le docteur Dewar, qui l'a envoyé à l'hôpital.

Le patient était doué d'une grande force musculaire; l'os était devenu très mobile dans sa nouvelle position; ces circonstances paraissaient fort défavorables à la réduction, car le mal datait déjà de neuf semaines: nous avons cru cependant devoir en faire l'essai le lendemain, 6 décembre.

On commence par saigner du bras le malade (seize onces), puis on le met dans un bain chaud, où il reste pendant une heure. On le conduit ensuite dans l'amphithéâtre, et on lui administre par intervalles quatre grains de tartre stibié. On le couche sur le côté droit, sur un matelas placé par terre. Un coussin de crin est placé à son périnée, sur lequel on passe obliquement autour du bassin une large bande, qu'on attache à un anneau au mur. On applique un lac

à la partie inférieure de la cuisse, au-dessus du genou, après avoir bien matelassé les chairs, et l'on tire le membre, à l'aide de poulies, presque dans la même direction que présente le fémur luxé. Après quarante minutes la réduction s'est opérée sans bruit sensible.

Aussitôt transporté dans son lit, le malade, qui n'avait point vomi, a commencé à éprouver les effets de l'émétique; on l'a tenu en repos et l'on a, de temps en temps, fomenté la hanche. Il guérit de la manière la plus parfaite, sans conserver la moindre douleur ni claudication. Plus tard, il est venu nous voir à l'hôpital, marchant aussi droit qu'avant l'accident; il avait fait pour cela quinze milles à pied sans difficulté.

Les circonstances les plus importantes de ce fait sont d'abord l'ancienneté de la maladie et la facilité de la réduction après une durée de plus de deux mois. Vient ensuite la guérison, sans aucun reste de claudication ni de faiblesse du membre. Il est vrai que le sujet était jeune et vigoureux, mais ces conditions auraient dû plutôt favoriser le travail oblitératif de la cavité articulaire et l'adhésion de la tête osseuse sur l'os iliaque. C'est un nouvel exemple qui prouve les lacunes essentielles qui existent encore dans les connaissances de la pathologie et de la thérapeutique des luxations traumatiques anciennes. D'autres considérations non moins importantes se rattachent à cette intéressante observation.

A la suite de ce fait, l'auteur en rapporte deux autres, l'un de luxation sacro-ischiatique récente du fémur; l'autre en haut et en-dehors du même os, datant de six semaines, et qui ont été également réduites. « Ces cas, dit M. Syme, en terminant, démontrent l'importance des mesures préparatoires pour la réduction, surtout du bain chaud. J'ajouterai que, dans tous les cas, l'extension n'a pas été exercée d'une manière continue; je l'ai de temps en temps fait relâcher complètement, afin de fatiguer les muscles et de déranger les efforts involontaires que les malades opposaient. »

FRACTURE DE LA CUISSE, NON CONSOLIDÉE DEPUIS SIX MOIS; GUÉRISON.

Obs. VI. — Un jeune homme, âgé de 27 ans, avait eu la cuisse droite cassée au tiers inférieur. On l'avait traité régulièrement à la campagne, et pourtant elle ne s'était pas réunie. Six mois après, le malade s'est fait transporter à l'hôpital; il a offert l'état suivant:

Membre deux pouces plus court que l'autre; cuisse gonflée et tournée en-dehors. Les deux fragmens formeut ensemble un angle obtus; ils sont manifestement mobiles et chevauchés.

« J'ai, dit l'auteur, mis le malade dans l'appareil suivant: j'ai appliqué un coussin de crin sur l'extrémité saillante de l'os fracturé; j'ai adapté par-dessus une attelle de bois assez longue pour s'étendre en haut jusqu'aux fausses côtes, en bas jusqu'aux orteils, et je l'ai fixée à la jambe à l'aide d'une bande; ensuite j'ai poussé de haut en bas l'extrémité supérieure de l'attelle, et j'ai fait descendre cette extrémité jusqu'au bassin, où je l'ai fixée à l'aide d'une large ceinture; de la sorte, les deux membres se sont trouvés de la même longueur et les fragmens, par conséquent, bien réduits. Le malade est resté dans cet état en repos pendant un mois et la consolidation de la fracture s'est opérée. Il s'est ensuite levé, ne se plaignant d'autre chose que d'une raideur incommode au genou. Cette raideur s'est dissipée plus tard à l'aide de moyens émolliens, et le malade s'est trouvé parfaitement guéri. »

L'idée de commencer le traitement des fractures non consolidées par la remise du membre dans un appareil à extension continue appartient à Desault, et surtout à Boyer, qui en a démontré l'utilité par plusieurs faits pratiques qu'il a publiés dans le troisième volume de son ouvrage; mais, parmi ces faits, aucun ne remonte au-delà de deux mois et quelques jours. Dans l'état actuel de la science, on était loin de penser qu'une fracture non-réunie depuis six mois fût susceptible de consolidation par le seul appareil contentif. A cette époque, disait-on, les bouts de l'os étant cicatrisés séparément se trouvent dans les conditions d'un bec-de-lièvre ancien. En conséquence, pas de réunion sans rafraîchissement des surfaces. Le fait ci-dessus prouve que les ressources de l'organisme s'étendent au-delà des limites qu'on lui avait assignées. M. Syme va même plus loin, il pense que cette réunion peut avoir lieu à des époques beaucoup plus éloignées.

TUMEUR FORMIDABLE DU CRANE; ABLATION; GUÉRISON.

Obs. VII. — Margaret Baker, âgée de 49 ans, a été reçue le 17 juin 1837, pour une tumeur plate du crâne s'étendant depuis l'oreille droite jusqu'au-delà du vertex, et transversalement dans une largeur égale à la précédente. Sa surface est irrégulière, bosselée et d'apparence fongueuse. Elle saignait de temps en temps, mais pas abondamment. La malade a déclaré que la tumeur avait pris naissance depuis cinq ans par une petite grosseur du volume d'un pois, laquelle s'ouvrit de temps en temps et se convertissait en ulcère; ensuite elle s'est étendue petit à petit et a acquis les dimensions ci-dessus. Les ganglions lymphatiques étaient sains et la santé générale assez bonne.

L'absence de symptômes graves, la connaissance sur l'origine externe de la maladie ont autorisé M. Syme à attaquer la tumeur. Il a commencé par pratiquer une incision périphérique à la tumeur qu'il a approfondie jusqu'à l'os; ensuite il a disséqué celle-ci de la circonférence au centre en y comprenant le périoste. Vers le centre, la tumeur a paru se prolonger dans la boîte crânienne; M. Syme a tiré doucement au dehors la portion intracranienne et la dure-mère s'est trouvée à découvert dans l'étendue de trois pouces de long et un pouce de large. Cette membrane paraît saine d'ailleurs. Le malade a perdu une quantité considérable de sang provenant des nombreux vaisseaux de la peau du crâne; on en a fait la ligature. Il en est résulté une plaie immense qui pourtant s'est cicatrisée avec une rapidité étonnante et sans le moindre accident. La malade a guéri radicalement.

Il est à regretter que l'auteur ne dise point quelles étaient la structure et la nature de cette tumeur, c'était une chose importante à faire connaître. Ce fait néanmoins ne laisse pas d'offrir un grand intérêt pratique.

BLESSURE PÉRINÉALE; OBLITÉRATION COMPLÈTE DE L'URÈTRE; GUÉRISON.

Obs. VIII. — Un enfant, âgé de six ans, tombe de son lit sur un pot de chambre qui se casse sous lui; il se fait une large blessure au périnée et à l'urètre. On le panse sans faire attention à l'état de ce canal. La plaie se cicatrise et l'urètre s'oblitère complètement, l'urine passe à travers une fistule du périnée dont l'ouverture se trouve vers la tubérosité de l'ischion. A l'examen, six mois après l'accident, M. Syme trouve l'urètre complètement bouché; le trajet de la fistule est tellement tortueux qu'une bougie ne peut pénétrer que jusqu'au raphé. Ce chirurgien introduit un cathéter dans l'urètre jusqu'à l'endroit rétréci, coupe la cicatrice, débride largement les parties et fait passer une sonde dans la vessie par la voie naturelle. La sonde a été laissée en place pendant trois jours; ensuite on l'a remise de temps en temps. La fistule s'est bientôt fermée et l'urine passait presque complètement par l'urètre lorsque l'auteur a publié l'observation; il présume que la guérison sera radicale.

Il est rare de voir le canal de l'urètre s'oblitérer complètement, comme dans le cas ci-dessus; cela suppose toujours un grand travail de phlogose suppurative, qui convertit le tissu muqueux en tissu inodulaire. Il est d'expérience que les ouvertures qu'on perce à travers ce dernier tissu ne sont pas durables; en sera-t-il autrement chez le malade de M. Syme? Dans la crainte d'une coarctation consécutive, et par conséquent d'une récidive, quelques praticiens prescrivent en pareille occurrence l'ablation complète de la cicatrice, et le rapprochement consécutif des tissus sains. Dans le cas de M. Syme, du reste, les conditions physiques de la maladie ne sont pas décrites avec assez de détails pour les apprécier d'une manière convenable.

HYPERTROPHIE DE LA MAMELLE CHEZ UN JEUNE HOMME; OPÉRATION.

Obs. IX. — Thomas Donadson, âgé de 24 ans, a été reçu le 11 juillet pour une tumeur à la mamelle droite. Cette tumeur a le volume d'une mamelle ordinaire chez la femme à l'âge de la puberté: elle lui ressemble effectivement. Le malade a déclaré que l'origine de la tumeur date de huit ans, son volume avait augmenté par degrés, et il y accusait des douleurs lancinante. M. Syme l'a enlevée comme s'il s'agissait d'un sein cancéreux. La structure de la tumeur était analogue à celle du sein normal chez la femme. Guérison.

M. Syme dit à cette occasion qu'il a souvent observé chez l'homme des tumeurs carcinomateuses à la mamelle comme chez la femme.

Indépendamment des faits que nous venons de reproduire avec détails, l'article de M. Syme renferme l'histoire de plusieurs tumeurs enkystées des mâchoires, d'un pied-bot traité par la section du tendon d'Achille, de trois lipomes, d'une tumeur mélanique à l'ombilic, du volume d'une orange, d'un cas de lithotomie, d'une tumeur enkystée du clitoris, d'une opération d'hémorroïdes externes, et de deux cas de fistules à l'anus. A l'occasion de cette dernière maladie, il combat l'opinion de M. Ribes, qui établit que généralement ces fistules n'ont pas d'ouverture interne dans l'intestin.

OBSERVATION D'UN CAS DE CHORÉE (*chorea saltatoria*); par le docteur KENNEDY.

L'observation suivante est un exemple remarquable des formes bizarres sous lesquelles se montre la chorée, et de la manière dont elle résiste aux moyens les plus variés qu'on puisse lui opposer.

Obs. — A. M., âgée de 13 ans, fut prise, le 13 juin 1836, des symptômes de la chorée. Pendant les deux premières semaines de l'attaque, elle fut légèrement constipée, et se plaignait de céphalalgie. Avant les attaques, elle était forte et bien portante. Ces attaques la prenaient subitement et commençaient par la sensation d'un *aura* qui partait des orteils et se terminait à l'abdomen. Deux ou trois hoquets se succédaient d'abord rapidement et étaient bientôt suivis d'un mouvement d'agitation de la tête et du cou de droite à gauche; ce mouvement était le précurseur constant d'une des attaques qui étaient la maladie elle-même.

Pendant les préludes, le corps était dans une espèce de flexion: les cuisses étaient fléchies sur l'abdomen, et le front reposait sur la partie postérieure de l'avant-bras droit que la main gauche tenait saisi au poignet. Après être restée quelques instans dans cette position, immobile et même tout à fait insensible aux cris ou aux coups par lesquels on cherchait à la tirer de cet état, elle agitait son corps dans toutes les directions, se mettait en boule, ayant la tête au milieu du corps; dans d'autres instans, s'appuyait sur la tête qui posait sur le sol

et tournait sur elle comme sur un pivot, les pieds en l'air et appuyés contre la muraille. A ce moment sa figure était gonflée et exprimait une vive souffrance. Elle retenait pendant une minute sa respiration qui sortait ensuite avec un sifflement douloureux et interrompu. Quelquefois elle était fortement penchée en arrière, les talons appuyés sur les protubérances ischiatiques; dans un autre moment, elle se pliait en deux et se frappait la tête sur l'oreiller de son lit avec une célérité surprenante. D'autres fois, elle se laissait tomber de haut sur les genoux, dansant dans cette position et faisant une foule de mouvemens convulsifs qui exprimaient quelquefois la colère; dans d'autres instans, le désappointement ou une espèce de désespoir diabolique. Il lui arrivait souvent de tourner sur ses genoux; puis elle prenait le bord de son lit, cherchait à le détacher, et ne pouvant y réussir se mettait à le ronger avec les dents, comme aurait fait un rat; alors elle se traînait hors de son lit et terminait son accès sur le plancher. Elle montait pourtant deux fois sur son lit où elle pratiquait ces différentes évolutions que nous venons d'indiquer et alors finissait l'accès.

Dans les premiers temps, elle chantait pendant les paroxismes; aussitôt après que l'accès était terminé, elle reprenait son apparence ordinaire, manifestait de l'étonnement du désordre où elle trouvait toutes ses affaires, et paraissait avoir entièrement oublié ce qui s'était passé Quand on lui disait ce qu'elle venait de faire, elle souriait et ne pouvait le croire. Chaque jour elle avait ainsi quatorze ou quinze accès qui commençaient le matin régulièrement à huit heures et venaient plus ou moins fréquemment jusqu'à onze heures ou minuit; elle n'en éprouvait pas pendant l'accès. La durée de l'accès variait dans les premiers temps de vingt minutes à une demi-heure; mais plus tard elle fut d'une heure et demie à deux heures.

Pendant les trois premiers mois, elle reçut les soins de deux médecins qui la traitèrent par les purgatifs auxquels ils firent succéder les toniques et les anti-spasmodiques, mais sans la plus légère amélioration.

Pendant quelque temps on lui administra le carbonate de fer à haute dose, deux drachmes, trois fois par jour, et mêlé avec un scrupule de rhubarbe et de gingembre. Au bout de trois semaines on cessa ce traitement sans amélioration.

Les affusions froides, l'émétique à dose nauséeuse ne produisirent qu'un effet très court, et furent abandonnés pour l'acide hydrocianique, qui fut administré à la dose de 73 gouttes dans la journée, et produisit un effet assez énergique pour que le médecin craignit un empoisonnement; mais sans résultat définitif sur la maladie.

Une semaine de repos fut alors accordée à la malade, puis les pilules de coloquinte, un large vésicatoire sur la partie cervicale de l'épine, et qu'on pansait avec de la pommade stibiée furent encore sans effet.

Au bout de trois semaines, pendant lesquelles la malade ne prit aucun médicament, on appliqua un très large vésicatoire sur le sacrum, et un très petit, de la largeur d'un dollar, à la nuque; ils furent tous deux pansés avec l'onguent de sabine. Au bout de quatre jours, les accès avaient entièrement cessé, et le sixième jour, les règles apparaissaient.

Cependant, la santé de la malade, au lieu de s'améliorer par la cessation des attaques, s'altéra sensiblement. Le pouls était petit et au-dessus de 100, et elle était prise fréquemment d'attaques qui duraient un quart d'heure; à la fin même, elle vomissait presque tous les jours. Le sulfate de quinine et la teinture muriatée de fer furent employés pendant un mois, et sans aucun soulagement; les vomissemens, malgré l'opium et les boissons gazeuses, devinrent plus fréquens. Cet état dura deux mois, et l'avait tellement affaiblie, qu'il ne restait plus d'espoir de la voir en revenir, et déjà depuis trois semaines elle ne prenait plus aucun médicament, quand un jour elle se leva tout à coup de son lit: « Maintenant je vais marcher », ce qu'elle fit en effet, au grand étonnement de ceux qui l'entouraient, et, à partir de ce moment, les vomissemens qui avaient été continuels, et qui ne lui permettaient de rien garder de ce qu'elle prenait, ou liquide ou solide, cessèrent complètement.

La jeune fille a repris depuis cette époque de l'embonpoint, de la gaîté, et aujourd'hui qu'elle est bien plus forte, et que sa constitution a beaucoup gagné, son pouls bat encore cent, comme pendant sa maladie; mais il est plus fort qu'à cette époque.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 19 NOVEMBRE.

RECHERCHES SUR L'ORIGINE DE L'AZOTE CONTENU DANS LES PLANTES.

M. Boussingault présente un deuxième mémoire sur ce sujet, pour faire suite à un travail dont nous avons précédemment donné l'analyse. Dans une partie de ce mémoire, il examine si les plantes développées, douées d'une parfaite organisation, s'assimilent de l'azote quand elles sont transplantées et cultivées dans un sol absolument privé de matière organique. Les expériences faites, dans le courant de l'année dernière, ont établi que le trèfle, né et cultivé dans du sable préalablement calciné à la chaleur rouge, admet dans son organisation une certaine quantité d'azote, provenant très probablement de l'atmosphère. En cultivant cette année des pois semés dans des conditions exactement semblables, M. Boussingault a obtenu les mêmes résultats, et de plus il a eu occasion de constater un fait assez inattendu: c'est que les pois, sous l'influence d'un semblable régime, n'ayant pour tout aliment que l'eau et l'air, ont fleuri et donné des semences qui sont arrivées à parfaite maturité.

Résumé de l'expérience.

	Gr.		Carbone.	Hydrog.	Oxigène.	Azote.
Pois semés....	1,072,	contenant	0,515	0,069	0,443	0,046
Récolte.......	4,441,	contenant	2,376	0,284	1,680	0,101
Gain pendant la culture........			1,861	0,215	1,237	0,055

Il résulte de cette expérience que 1 gr. 072 de semences de pois ont gagné 3 gr. 369 de matière organique en 99 jours de végétation accomplis pendant les mois les plus chauds de l'année. Le poids de l'azote contenu primitivement dans la semence se trouve plus que doublé dans la récolte.

La matière élémentaire qui s'est assimilée pendant l'accroissement de la plante, ne se représente pas exactement par de l'eau et du carbone; l'hydrogène est en excès, et cet excès est tel qu'il n'est guère possible de l'attribuer à une erreur d'analyse.

Une autre partie du mémoire est relative à des expériences sur le développement du trèfle dans un sol stérile.

Les plants de trèfle ont été choisis dans un champ ensemencé l'année dernière. Le trèfle a été transplanté dans le sable, le 28 mai, et mis aussitôt à l'abri des poussières atmosphériques. Dans les premiers jours la végétation à languissante, mais bientôt après elle prit une vigueur remarquable. Vers le 8 juillet, les fleurs commencèrent à se manifester; le 15, leur couleur était d'un beau rouge incarnat. On fit cesser l'expérience le 1er août. On reconnut alors que les racines n'avaient pris aucun développement.

Résumé de l'expérience.

Le trèfle transplanté avait pesé sec et privé de cendres........	0.884
Après 63 jours de culture, la récolte a pesé..................	2,264
Gain pendant la culture..................................	1,380

	Carbone. gr.	Hydrog.	Oxigène.	Azote.
Avant la culture, la plante contenait..	0,384	0,048	0,419	0,033
Après la culture................	1,200	0,145	1,863	0,056
Différences en plus..	0,816	0,097	0,444	0,023

Ainsi, en deux mois de végétation, aux dépens de l'air et de l'eau, le trèfle a pour ainsi dire triplé le poids de sa matière élémentaire, et l'azote a presque doublé.

VÉGÉTATION DE L'AVOINE DANS L'EAU PURE.

Les recherches sur le froment, exposées dans le premier mémoire de M. Boussingault, tendent à faire croire que pendant la germination et la végétation de cette céréale dans un sol dépourvu d'engrais, il n'y a pas de gain en azote. En effet, la récolte de froment ne contenait ni plus ni moins d'azote que n'en renfermaient primitivement les semences.

Le 20 juin, on disposa plusieurs plants d'avoine, à l'abri des poussières, les racines plongeant dans l'eau distillée. Le 10 août, la plante portait des semences entièrement mûres.

Résumé de l'expérience.

Avant l'expérience, les plants d'avoine avaient pesé, secs et privés de cendres..........................	gr.	1,560
La récolte totale a pesé..........................		3,118
Gain pendant la culture..........................		1,558

	Carbone. gr.	Hydrog.	Oxigène.	Azote.
La plante contenait avant l'expérience.	0,827	0,106	0,568	0,059
Après 41 jours de végétation.........	1,500	0,193	1,372	0,053
Différences en plus.......	0,673	0,087	0,804	0,006

Dans cette expérience l'analyse, loin d'indiquer qu'il y ait eu gain en azote, signale au contraire une légère perte de ce principe.

Les recherches de M. Boussingault semblent donc établir que dans plusieurs conditions, certaines plantes sont aptes à puiser de l'azote dans l'air; mais dans quelles circonstances et à quel état cet élément se fixe-t-il dans les végétaux, c'est ce que nous ignorons encore. En effet, l'azote peut entrer directement dans les plantes si leurs parties vertes sont propres à le fixer. L'azote peut encore être porté dans les végétaux, par l'eau toujours aérée qui est aspirée par leurs racines. Enfin il est possible, comme le pensent plusieurs physiciens, qu'il existe dans l'air de très petites quantités de vapeurs ammoniacales. Dans un travail sur les assolemens, que M. Boussingault publiera prochainement, il a constaté par de nombreuses analyses que dans la grande culture l'azote contenu dans une succession de récoltes excède toujours, et souvent dans une très forte proportion, l'azote qui se trouvait originairement dans les engrais consommés pour les obtenir.

SUR LA MANIÈRE DONT L'ÉPIDERME SE COMPORTE AVEC LES POILS ET AVEC LES ONGLES.

M. Flourens communique des recherches sur ce sujet.

On n'est pas encore d'accord, en anatomie, sur la manière dont l'épiderme se comporte, soit avec les poils, soit avec les ongles; et d'abord, pour ce qui est des poils, Meckel a décrit depuis longtemps et avec une grande exactitude les gaines particulières que l'épiderme, en se réfléchissant vers le derme, fournit à la base de chaque poil, de sorte que, comme il le dit lui-même, « l'épiderme a, du côté qui est tourné vers la peau, une infinité de petites racines blanches, transparentes, qui manquent entièrement dans l'épiderme qui couvre la paume de la main et la plante des pieds. »

Mais ces gaines particulières, ces *racines*, pour employer l'expression de Meckel, s'arrêtent-elles à l'entrée du bulbe du poil, comme le veulent quelques ana omistes? on bien pénètrent-elles dans ce bulbe et en tapissent-elles tout l'intérieur, comme le veulent quelques autres? Telle est la première difficulté que M. Flourens s'est proposé de résoudre.

Si l'on examine un morceau d'épiderme pris sur un individu adulte et détaché du derme par la macération, on voit toute la face interne de cet épiderme, toute la face qui correspond au derme, hérissée de prolongemens, lesquels sont les gaines mêmes que l'épiderme fournissait aux poils. De plus, en supposant chaque poil extrait de sa gaine, la surface externe de cet épiderme présente autant de petits trous qu'il y avait de poils.

Si l'on examine, au contraire, un morceau d'épiderme pris sur un fœtus très jeune et également détaché du derme par la macération, on ne voit plus ni de prolongemens épidermiques à la face interne, ni de trous à la face externe. Les deux faces sont parfaitement continues et lisses.

Enfin, si l'on examine un morceau d'épiderme pris sur un fœtus un peu plus âgé, et toujours détaché du germe par la macération, on voit à la face interne de petits prolongemens et à la face externe de petites éminences dont aucune n'est percée. Ces prolongemens internes, ces éminences externes et non percées sont les gaines que l'épiderme fournit aux poils. Toutes ces gaines, ainsi que les poils qu'elles recouvrent, ont une direction très oblique; et à cet âge, elles sont toutes, comme on vient de dire, parfaitement continues. Ce sont, en un mot, des gaines complètes comme les gaines d'épiderme et de corps muqueux qui recouvrent les papilles de la langue, et que M. Flourens a décrites dans un autre mémoire.

Il y a trois états successifs par lesquels passe l'épiderme, considéré dans ses rapports avec les poils. Dans un premier état, il est parfaitement lisse, continu, sans gaines particulières; dans un second, il a des gaines complètes, et dans un troisième, ces gaines sont percées à leur bout externe. En d'autres termes, il y a un premier état où le poil n'a pas encore agi sur l'épiderme; un second où l'épiderme recouvre encore le poil, bien que le poil revêtu de sa gaine dépasse déjà la surface de l'épiderme, et un troisième où le poil traverse l'épiderme et le perce. Et ces trois états montrent, par leur succession même, que l'épiderme est toujours placé sur le poil, puisque d'abord le poil n'arrive pas jusqu'à l'épiderme, puisque ensuite l'épiderme recouvre le poil et lui fournit une gaine complète, et que ce n'est enfin que dans le troisième et dernier état que le poil traverse l'épiderme et le perce.

L'épiderme, en se réfléchissant sur le derme pour fournir des gaines à la base des poils, s'arrête donc à l'entrée du bulbe et à la base du poil et ne passe pas par dessous la racine du poil pour tapisser l'intérieur du bulbe.

Les prolongemens de la face interne de l'épiderme n'étant, comme il vient d'être dit, que les gaines des poils, ces prolongemens devaient manquer à la paume des mains et à la plante des pieds et ils y manquent effectivement, comme chacun sait. Mais la face interne de l'épiderme, considérée dans ces parties, n'appelle pas moins, quoique sous un autre rapport, l'attention de l'anatomiste.

Relativement à la manière dont l'épiderme se comporte par rapport aux ongles, les opinions sont tout aussi partagées que pour ce qui concerne les poils.

L'opinion la plus commune est que l'épiderme passe par dessus l'ongle, et se confond avec sa face externe; d'autres veulent que l'ongle ne soit à proprement parler, qu'une continuation de l'épiderme; quelques-uns pensent enfin que l'épiderme passe par dessous l'ongle et en tapisse toute la face concave. Cette dernière opinion paraît avoir été celle de Bichat, et plus récemment elle a été celle de M. Lauth.

La difficulté était donc pour l'ongle à peu près la même que pour les poils, et pour la résoudre, il fallait de même recourir à l'examen de ce qui se voit, non dans l'adulte où la plupart des rapports primitifs sont plus ou moins changés, mais dans le fœtus où les rapports naturels, les rapports complets subsistent encore.

Or, à considérer les rapports de structure qui nous occupent dans les fœtus, et particulièrement dans les fœtus des pachydermes, des ruminans, des rongeurs, il est aisé de voir et de voir clairement que l'épiderme passe par dessus l'ongle.

Dans les fœtus des quadrupèdes, et particulièrement des quadrupèdes herbivores, l'épiderme, comme le montrent les pièces préparées par M. Flourens, passe par dessus l'ongle, et en l'enveloppant de toutes parts, il lui forme une gaine complète. L'analogie porte à croire qu'il en est de même dans le fœtus humain; mais cette conjecture, faute d'occasions convenables, n'a pu être encore vérifiée.

Tout le monde connaît ces feuillets longitudinaux du derme qui, placés sous l'ongle, constituent la véritable *matrice de l'ongle*, et qui, très développés dans le cheval, dans le bœuf, dans le cochon, etc., ont reçu, de la part des anatomistes vétérinaires, le nom de *chair cannelée*. Tout le monde sait aussi que cette chair ou plutôt cette partie du derme qui sécrète l'ongle n'est pas partout cannelée. A la *sole*, à la *fourchette*, au *bourrelet*, le tissu feuilleté est remplacé par le tissu villeux. Les filamens très déliés, très fins qui composent le tissu villeux sont surtout très développés et très remarquables au bourrelet ou bout supérieur de l'ongle, et soit qu'on les considère au bourrelet, à la sole ou à la fourchette, ils donnent à la partie de l'ongle qui leur correspond une disposition particulière et toute différente de celle qui est propre aux parties de l'ongle qui correspondent au tissu cannelé. Ainsi, les parties de l'ongle qui répondent au feuillet du tissu cannelé représentent ensemble de petits tuyaux, sortes de gaines ou d'étuis sécrétés par ces filamens mêmes.

Tous ces détails de structure sont à peu près les mêmes, du moins pour le fond, dans le cheval, dans le bœuf, dans le cochon, etc., et dans tous ces animaux ils sont également connus. Mais ce qui ne paraît pas l'être encore, c'est que jusque dans l'ongle humain on retrouve, indépendamment des feuillets et du tissu cannelé que tous les anatomistes y ont décrit, un certain nombre de filamens qui répondent évidemment au tissu villeux. Dans l'homme, ces filamens sont placés, et comme cachés sous le repli du derme qui recouvre la racine de l'ongle, sous cette racine même et à l'origine des feuillets longitudinaux.

Les conclusions de ce mémoire sont que l'épiderme passe à tout âge par dessus le poil; qu'il passe de même par dessus l'ongle, et que jusque dans l'ongle humain se retrouvent des vestiges du tissu villeux ou filamenteux des quadrupèdes herbivores.

Le mémoire est accompagné de figures exécutées d'après les préparations faites par M. Flourens, et qui représentent les dispositions décrites par l'auteur. Ces figures, dont l'exécution est remarquable, sont dues à l'habile crayon de M. Werner.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SEANCE DU 20 NOVEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. MOREAU.

La correspondance offre :

1° Une lettre de M. Geoffroy Saint-Hilaire, qui réclame la priorité contre Meckel concernant l'explication de la genèse des monstres.

2° Une lettre de M. le docteur Demazière, de Bergues (Nord), contenant l'observation suivante :

POLYPE UTÉRIN PENDANT ENTRE LES CUISSES; EXCISION; GUÉRISON.

Obs. — Il y a sept mois, M. Claeys, officier de santé à Bergues, me fit voir une femme âgée de 43 ans, dont la santé était dérangée depuis un an ou deux; ses menstrues avaient été irrégulières; il y avait eu des pertes fréquentes, qui cependant ne l'avaient point empêchée de vaquer à ses occupations habituelles. Au mois de mai 1837, à la suite d'un effort, il sortit par le vagin une tumeur volumineuse qui resta depuis lors pendante entre les cuisses. Cette tumeur avait alors le volume du poing. On la réduisit à différentes reprises, mais comme on ne pouvait point la maintenir réduite, on se contenta de conseiller le repos et des applications émollientes. Ce ne fut que cinq mois après que M. Claeys réclama mes conseils. Je vis entre les cuisses une tumeur dure, fibreuse, nacrée, dont le volume égalait celui des deux poings réunis. Sa partie inférieure était arrondie, et avait quatre pouces de diamètre, la partie moyenne deux pouces, et la partie supérieure deux pouces et demi; la forme de l'ensemble était assez exactement celle d'une calebasse; cette tumeur paraissait renflée à sa partie supérieure par un bourrelet circulaire, qui offrait à sa surface un assez grand nombre d'ulcérations superficielles. Le doigt porté dans le vagin rencontre dans tout le pourtour et seulement à un pouce et demi de hauteur, un cul-de-sac qui me paraît formé par la membrane vaginale qui se replie sur le col utérin.

J'émis l'avis suivant : la tumeur est un polype utérin qui est sorti du vagin; le bourrelet supérieur est formé par le col de la matrice ulcéré par le contact habituel de l'air et par le frottement des parties contiguës; ce col utérin enflammé a contracté des adhérences avec le collet du polype, ces adhérences peuvent être détachées et le polype excisé.

On fit appeler trois autres confrères, MM. Meneboo de Dunkerque, Choequel de Bergues et Desaunois de Warhem; ces messieurs partagèrent mon opinion et nous primes jour pour l'opération.

M. Claeys détacha le bourrelet qui adhérait au collet du polype; ce bourrelet avait des adhérences intimes dans tout le pourtour mais à une hauteur seulement de cinq ou six lignes. Plus haut les adhérences étaient simplement celluleuses, et il était facile de les rompre avec le manche du scalpel et même avec l'indicateur. Alors nous pûmes constater que le collet du polype, qui offrait encore l'épaisseur d'un pouce, adhérait au fond même de l'utérus. On fit quelques légères tractions pour faire descendre la tumeur, on plaça une forte ligature aussi haut que possible, et on coupa circulairement le col, qui était fibreux et dur jusqu'à son attache au fond de la matrice; on y remarqua après la section plusieurs artères, dont une était grosse comme une plume de corbeau, mais dans laquelle le sang était intercepté par la ligature.

Alors nous avons examiné la tumeur que nous venions d'enlever; sa surface était lisse, blanchâtre, et offrait quelques ulcérations superficielles; sa consistance était ferme, sa nature fibreuse. On la fendit suivant sa longueur, et nous vîmes que le centre offrait une concavité évasée vers la partie évasée de la tumeur et graduellement rétrécie en se rapprochant du col. Il eût été facile de prendre ce polype, même après l'opération, pour une matrice hypertrophiée.

Cette opération a eu un succès complet. Il est survenu une suppuration assez abondante; la ligature est tombée le sixième jour; il n'y a point eu d'hémorragie consécutive; des symptômes de métrite sont survenus et ont cédé à deux applications de sangsues, à des fomentations et des injections émollientes. Six semaines après, cette femme se livrait à ses occupations habituelles; depuis lors elle n'éprouve plus aucune incommodité. Les règles n'ont point reparu.

M. Richerand obtient un tour de faveur pour lire une note relative à un fait inconnu jusqu'à présent sur la vie d'Ambroise Paré. Il s'agit d'un discours en faveur du peuple que le grand chirurgien adressa au chef de la Ligue, sur le pont St-Michel, à Paris. Ce discours, M. Richerand l'a fait imprimer, mais pas encore publier. M. Marjolin se propose, dit-on, d'en faire faire un tableau par un grand peintre.

M. Villermé fait un rapport sur un travail de statistique du docteur Davat. Ce rapport ni le mémoire ne renferment rien de bien intéressant.

M. Capuron lit un rapport sur un mémoire de M. Alfonse Bénard, médecin à Lunel, sur la phthisie pulmonaire, qu'on observe si souvent dans ce pays et

ses environs. L'auteur la croit épidémique. M. Capuron ne partage pas cette manière de voir.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE SUR LA SENSATION DE LA DOULEUR QUI SE PERPÉTUE DANS UN MEMBRE ENLEVÉ, APRÈS L'AMPUTATION DE CE MEMBRE.

M. CASTEL : J'ai le dessein de rendre raison d'un phénomène dont l'origine n'a point été dévoilée : après l'amputation du bras ou de la jambe, la douleur est ressentie durant plusieurs mois, souvent durant plusieurs années, là où était la main ou le pied. On a attribué cette sensation à l'empire de l'habitude. Cette explication serait admissible si la main ou le pied avait été le siége de la douleur. Mais, alors même que l'une et l'autre sont restés étrangers à la maladie qui a nécessité l'amputation, la douleur est rapportée à l'extrémité du membre. Nous sommes donc obligés de chercher une autre cause. Nous la trouverons dans une juste appréciation des divers degrés de sensibilité inhérente aux diverses parties de l'organisme, dans l'immense intervalle qui sépare un sens d'un nerf ordinaire. Cette cause est l'équivalent de celle qui produit une si grande différence de susceptibilité dans les différens tissus de l'économie animale. Des nerfs plus grands ou des nerfs plus nombreux, tel est un des moyens dont la nature s'est servie pour former les sens. C'est ici le lieu de dire avec Haller : *Summa mihi videtur naturæ simplicitas*. Soit qu'elle ait employé un grand nombre de nerfs, soit qu'elle ait suppléé au nombre par le volume, leur terminaison et leur épanouissement ont été le principal élément de la constitution d'un sens. Il était nécessaire de mettre les nerfs en rapport avec les stimulans, sans l'intervention desquels il ne peut y avoir d'impression.

Les extrémités des nerfs la reçoivent; les rameaux, les troncs nerveux n'en sont que les conducteurs. Les impressions ordinaires, dans le trajet qu'elles parcourent, ne se dirigent point. Elles arrivent au cerveau, telles qu'elles étaient au point de départ.

Cette prééminence d'action ou de faculté dans les extrémités des nerfs se montrera avec évidence, si nous portons notre attention sur les relations du toucher : ce sens est répandu sur toute la périphérie du corps. Cependant, les impressions qu'il reçoit ne sont pas également vives dans toutes les régions. La puissance, le discernement du toucher sont plus remarquables dans la main et dans le pied, parce que les nerfs s'y terminent et s'y épanouissent La membrane médullaire des os longs laisse voir une grande sensibilité sous le moindre contact, quoiqu'elle reçoive peu de nerfs, mais ce peu de nerfs y ont leur terminaison. Les membranes muqueuses doivent aux mêmes influences la sensibilité qu'elles possèdent.

La douleur qui se communique au gland lorsque la vessie souffre de la présence d'une pierre, provient de ce que quelques-uns des nerfs irrités dans la vessie ont leur terminaison dans le gland. Bichat a appelé ces contrastes des aberrations de la sensibilité animale : « Le cerveau, dit-il, se méprend sur la sensation qui lui arrive, et il la rapporte à une partie d'où elle ne naît point. » Ce physiologiste n'aurait point supposé des illusions cérébrales s'il eût eu des notions exactes sur le rôle du système nerveux. Certaines conditions sont nécessaires à la communication de la douleur, comme elles sont nécessaires à l'exercice d'un sens. Quelques parties nous semblent dépourvues de nerfs, parce qu'elles sont en rapport avec les excitans dans l'état pathologique seulement.

Ce préjugé de l'absence des nerfs et une fausse interprétation de leur influence ont conduit Bichat : 1° à l'hypothèse des divers agens dans les diverses sympathies; 2° à l'hypothèse qu'elles peuvent être indépendantes des nerfs. Il a répandu l'obscurité sur la cause des sympathies, en étendant leur domaine au-delà de ses limites naturelles.

Les sueurs phthisiques, l'infiltration progressive des membranes séreuses ne sont point le produit des sympathies. Les phénomènes sympathiques ne suivent que des impressions ou des mouvemens. Or les impressions et les mouvemens ne peuvent se communiquer sans l'entremise des nerfs.

CARACTÈRES DE LA SUSPENSION CHEZ L'HOMME VIVANT.

M. ALPHONSE DEVERGIE, après avoir exposé que dans l'état actuel de la science le médecin légiste ne peut toujours pas affirmer, à l'aide de preuves matérielles déduites de la seule inspection du corps, que la suspension a certainement eu lieu pendant la vie, fait connaître à l'Académie deux signes nouveaux de suspension qu'il a découverts.

Le premier consiste dans la présence d'animalcules spermatiques dans le canal de l'urètre, constatée au moyen du microscope; le second dans l'état de congestion des parties génitales.

L'éjaculation est un phénomène presque constant dans les derniers instans de la vie des pendus. Après l'éjaculation, une partie de sperme reste dans le canal, et il devient une preuve de mort par suspension, bien plus concluante que les taches de sperme de la chemise; car il est impossible d'assigner une date à celles-ci. Mais M. A. Devergie fait observer que dans plusieurs cas il n'a pas trouvé d'animalcules, non-seulement dans le canal de l'urètre, mais encore dans la liqueur des vésicules séminales. A leur place, on voit des corps ovoïdes ressemblant à des animalcules sans queue. M. Devergie se demande si ce sont là des embryons d'animalcules, ou si, au contraire, ce seraient des animalcules imparfaits qui seraient particuliers à la liqueur séminale impropre à la fécondation de la femme. A ce sujet, il cite deux exemples de cas analogues observés par M. Turpin chez les deux frères, un médecin et un pharmacien, qui tous deux n'ont pas eu d'enfans, et chez lesquels ces animalcules imparfaits étaient doués de vie, et exécutaient les mêmes mouvemens que les animalcules parfaits. Si de nouveaux faits, ajoute M. A. Devergie, venaient à l'appui de ceux que je viens de citer, non-seulement on reconnaîtrait d'une manière certaine une des causes d'impuissance chez l'homme, mais encore on arriverait peut-être à mieux préciser le rôle que joue le sperme dans la fécondation, et à trancher une des difficultés physiologiques de l'acte de la génération, à savoir si le sperme agit dans cet acte comme corps ou puissance matérielle, ou si, au contraire, l'hypothèse de l'*aura seminalis* a quelque fondement.

Quant à la congestion des parties génitales, elle se caractérise par l'état suivant : l'extrémité de la verge est tellement rouge et humectée par un mélange de sperme et de mucus, que les personnes étrangères à la médecine et quelques médecins mêmes sont portés à regarder cet état comme l'indice d'une blennorrhagie préexistante à la suspension. Le corps caverneux de la verge et le tissu spongieux de l'urètre contiennent une grande quantité d'un sang noir et épais, qui s'écoule en nappe lors de leur section. Les vésicules séminales et les testicules sont environnées d'un réseau vasculaire rempli de sang et les dartres eux-mêmes sont arborisés et d'un rouge vif dans toute leur étendue.

TRANSFORMATION DES CHLORURES QUI SE TROUVENT DANS LE CORPS HUMAIN EN HYDROCHLORATES D'AMMONIAQUE PAR LA DISTILLATION DES MATIÈRES ANIMALES.

M. DEVERGIE lit ensuite à l'Académie une note dans laquelle il déclare s'être trompé, quand dans un rapport fait en commun avec MM. Orfila et Ollivier, sur la cause de la mort de la dame Leleu, décédée aux environs d'Amiens, il a avancé qu'il avait été donné à cette dame, outre du vert-de-gris, une certaine quantité d'acide hydrochlorique ou d'hydrochlorate d'ammoniaque. Des expériences faites il y a quatre mois par ce médecin lui ont fait reconnaître que toutes les fois qu'il s'était écoulé après la mort un temps assez considérable pour que l'estomac et les intestins entrassent en putréfaction, il se formait alors de l'ammoniaque, qui pendant la distillation et la décomposition de la matière animale par le feu transformait en hydrochlorate d'ammoniaque les chlorures naturelles des tissus et des fluides animaux, de manière à faire croire à l'existence de l'acide hydrochlorique ou de l'hydrochlorate d'ammoniaque, accidentellement introduite. M. Devergie conclut de ses expériences qu'il y a lieu de modifier les procédés d'analyses adoptés jusqu'à présent pour reconnaître les empoisonnemens par l'acide hydrochlorique et l'hydrochlorate d'ammoniaque.

M. CHEVALLIER prend la parole à l'occasion de ce mémoire, non pour infirmer les faits qu'il renferme ; mais pour annoncer que dans un rapport judiciaire qu'il a fait il y a plusieurs mois, il a été conduit aux mêmes résultats.

M. OLLIVIER ajoute qu'il a consigné le fait énoncé par M. Chevallier dans un mémoire sur les viandes fumées, inséré dans le dernier numéro des ANNALES D'HYGIÈNE.

RÉTRÉCISSEMENT DE L'URÈTRE.

M. LEROY D'ETIOLLE continue la lecture de son mémoire sur le traitement des rétrécissemens de l'urètre; les idées qui lui sont particulières s'y trouvent en si grand nombre qu'il serait trop long de les reproduire avec détails; nous nous contenterons d'énumérer les propositions principales qui sont développées dans ce travail.

Dans le degré le plus grave, l'ischurie avec occlusion complète, lorsque le cathétérisme est reconnu impraticable, la ponction de la prostate par l'urètre avec une sonde conique paraît à M. Leroy préférable aux autres ponctions. Lorsque l'urine peut filtrer à travers les obstacles et que les bougies même capillaires ne les peuvent franchir, l'indication est de pratiquer la *cautérisation directe*, procédé déjà ancien puisqu'il remonte à Ambroise Paré, mais rajeuni et perfectionné par les modernes.

La dilatation peut suffire à la guérison de la plupart des rétrécissemens, mais non de tous; la dilatation temporaire quotidienne est préférable à la dilatation permanente qu'on voit encore employer dans les hôpitaux.

La cautérisation peut guérir radicalement, d'après l'auteur, certains rétrécissemens qui se reproduisent après la dilatation seule. La cautérisation latérale ou méthode de Ducamp a l'inconvénient d'agir sur des parties saines; il en est de même des modifications apportées à ce même système par M. Lallemand et par quelques autres : pratiquée de la sorte, elle aggrave le mal et le rend parfois incurable. La cautérisation directe telle que la fait M. Leroy met, dit-il, à l'abri de ce danger. Aucun porte-caustique ne fournissait jusqu'ici les moyens de porter le nitrate d'argent avec certitude sur plusieurs coarctations dans une même application : celui de M. Leroy paraît remplir cette indication.

Il y a des rétrécissemens qui résistent à la dilatation et à la cautérisation; ils ne sont pourtant pas tous incurables. M. Leroy décrit plusieurs procédés à l'aide desquels il dit être parfois parvenu à les guérir; telles sont la dilatation rétrograde, la dilatation brusque, la déchirure, la scarification et quelquefois même la résection. Parmi ces moyens de guérison il y en a qui sont nouveaux et d'autres que M. Leroy a seulement perfectionnés en imaginant des instrumens mieux appropriés au but que l'on se propose. Certains rétrécissemens ne disparaissent jamais complètement, et pour entretenir l'urètre dilaté les malades doivent passer fréquemment des bougies et des sondes.

Enfin M. Leroy d'Etiolle a examiné encore la valeur des moyens d'exploration usités jusqu'à ce jour, et il en ajoute un très simple et d'une application facile.

Nous reviendrons sur cet intéressant travail lorsqu'un rapport sera fait à l'Académie.

MORVE CHEZ L'HOMME.

M. ROUX entretient l'Académie de la maladie d'un voiturier du clos d'équarrissage de Montfaucon, qui, s'étant piqué un doigt en ouvrant un cheval morveux et farcineux, a été atteint d'angioleucite et d'abcès au bras droit, puis d'abcès au bras et à la cuisse du côté opposé. M. Rayer, désirant savoir quel serait l'effet de l'inoculation du pus provenant d'un de ces abcès, M. Leblanc l'a inoculé en présence de M. Letenneur, interne de M. Roux et de M. Rayer, à un ânon très bien portant, par quatre piqûres faites aux lèvres avec une lancette et quatre petites piqûres faites dans le voisinage de la vulve; l'entrée des narines a été enduite de pus avec un pinceau. L'animal est mort le neuvième jour de l'inoculation, après avoir présenté un écoulement par les narines, un engorgement ganglionnaire sous la mâchoire inférieure et de la gêne de la respiration. L'ouverture du corps a été faite par M. Leblanc et M. Le-

tenneur, interne de M. Roux, en présence de M. Rayer et M. Bruguière, interne de l'Hôtel-Dieu. M. Rayer met sous les yeux de l'Académie les fosses nasales de cet ânon, qui présentent une éruption pustuleuse, ayant tous les caractères de celle qu'on observe dans la première période de la morve aiguë pustuleuse du cheval; il montre, en outre, des portions de poumons du même animal, sur lesquelles on remarque des pétéchies, de petites infiltrations sanguines noires et dures, et de petits dépôts de pus.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

OBSERVATION D'UNE LUXATION DE L'ARTICULATION COXO-FÉMORALE AVEC FRACTURE DE LA PARTIE MOYENNE DU FÉMUR, COMPLIQUÉE D'UNE PLAIE AU GENOU ET D'UNE FRACTURE DU PÉRONÉ (guérison); par M. ETÈVE, docteur-médecin à Lussac, près Poitiers (Vienne).

Dans votre estimable journal, vous rapportez plusieurs essais comparatifs des divers traitemens et appareils pour les luxations et fractures du col du fémur, tentés par plusieurs médecins dont les succès ont été plus ou moins heureux. Votre zèle pour la science et votre impartialité bien connue m'engagent à vous communiquer l'observation suivante, qui, pour les complications de la maladie et son heureux succès, offre un intérêt tout particulier.

OBS. — Un nommé Tardi, âgé de 36 ans, de bonne constitution, maître charron à Chauvigny (Vienne), occupé le 18 septembre 1836 à couper un ormeau d'une grosseur considérable, fut surpris par la chute de cet arbre, qui, lui étant tombé sur l'épaule droite, le renversa sur le côté gauche, le laissant sans parole et sans connaissance pendant près de trois heures, après lesquelles, ayant donné quelques signes de vie, il fut transporté dans la maison la plus voisine du lieu où était arrivé cet accident. Arrivé six heures après, je le trouvai dans l'état que je vais décrire :

Une contusion considérable existait à la partie supérieure de l'épaule; le muscle deltoïde offrait un gonflement énorme, et la fosse sous-capulaire présentait une tumeur de la grosseur du poing; le bras était comme paralysé, n'obéissait qu'aux mouvemens qu'on lui donnait, qui faisaient naître dans l'articulation scapulo-humérale de très vives douleurs. La respiration était lente et difficile. Sur le côté gauche, je trouvai la tête du fémur luxée sur l'os des îles, en haut et en arrière; plus bas, vers la partie moyenne du fémur, on sentait une crépitation manifeste qui nous parut être une fracture oblique de cet os; le malade poussait des cris horribles chaque fois qu'on y portait les doigts. L'articulation du genou offrait une plaie qui s'étendait du condyle interne au condyle externe du fémur, laissant les tendons et les ligamens à découvert et mettait à nu la rotule et l'articulation fémoro tibiale, d'où s'écoulait au dehors un sang noirâtre mêlé à la synovie. Au bas de la jambe, à trois pouces au-dessus de la malléolle externe, existait une fracture du péroné, compliquée de plusieurs esquilles saillantes à travers les parties charnues, d'où s'écoulait un sang rouge, provenant de la rupture de quelques rameaux anastomostiques des artères tibiales et péronières. Le pied se trouvait déjeté en dehors; le talon était placé vers la malléole interne de l'autre jambe, et le membre se trouvait raccourci de quatre pouces et demi.

Le docteur Maillet, médecin à Montmorillon, par qui j'avais été appelé, m'ayant laissé maître d'agir, mon diagnostic établi, je conçus l'espoir de sauver ce membre au malheureux blessé, convaincu qu'en me décidant à l'amputation dans un cas si grave nous aurions eu peu de chances de succès. Mettant donc de côté les séductions d'une brillante opération, je préférai les dégoûts d'un traitement long et ennuyeux, mais plus prudent, et sans me mettre en frais d'un appareil trop compliqué qu'il m'était au reste impossible de me procurer en cette circonstance : nécessité fut mère de mon invention. Le malade était tout préparé par les pertes de sang de ses plaies et l'application de quinze sangsues à la région de l'épaule. Malgré le conseil de certains auteurs, je procédai à la réduction immédiate de la luxation coxo-fémorale et des autres fractures. Voici quel fut le mode opératoire que j'improvisai sur le champ.

Un bandage, composé d'une serviette, sur laquelle furent étendues dix bandelettes, larges de trois pouces, faisant un peu plus que le tour du membre, quatre compresses, trois sachets de balles d'avoine, trois attelles garnies de chanvre fin et deux étoupes pour remplir les vides du bandage, en l'interposant entre les lacs et la peau, afin d'en rendre l'application moins compressive et, par conséquent, plus supportable. Le malade fut couché sur un matelas, sous lequel se trouvaient deux planches bouvetées et réunies ensemble, de la longueur et de la largeur du lit. Deux aides, placés au chevet du lit, glissèrent leurs mains sous les épaules du blessé, pour m'offrir un peu de résistance et de contre-extension; deux autres, près du membre fracturé, tenaient chacun l'extrémité d'un draps, qui entourait la cuisse, sans trop la comprimer, entre la luxation et la fracture; un cinquième, la main sous le jarret, soutenait le membre mutilé et s'opposait, de la main droite, à la rétraction des parties musculaires et contractiles, qui tendaient à augmenter d'étendue la plaie du genou; enfin, deux autres, un peu plus intelligens, dont l'un saisissant la jambe un peu au-dessus de la fracture du péroné, l'autre la main gauche sur le coude-pied, et la droite embrassant le talon, devaient obéir aux moindres signes que je devais leur faire, en évitant les tractions de secousses si contre-indiquées, par les complications du genou et du péroné.

Le membre fut étendu et le pied maintenu levé pendant la manœuvre opératoire, de manière à mettre les os presqu'à angle droit avec le bassin. Commençant alors graduellement l'extension, la tête du fémur fut rendue mobile et portée en avant et en haut ; je fis élever le pied, et dans cette position, les muscles fessiers, augmentant d'extension, j'ordonnai aux aides du milieu d'abaisser un peu, comme s'ils eussent voulu imiter l'abandon du drap suspenseur, dont ils tenaient les deux extrémités; saisissant alors le moment, je redoublai d'efforts pour conduire la tête du fémur que je poussai dans la cavité cotyloïde, et la réduction à l'instant même fut accomplie. Le malade, tout défaillant qu'il était, nous dit qu'il avait entendu le choc de cet os en rentrant dans sa cavité. Nous mesurâmes la longueur du membre, et nous avions déjà gagné un peu plus d'un pouce : poursuivant notre opération, nous réunîmes la fracture du fémur, nous réservant l'application des attelles, à la fin des autres pansemens, et, pour le dire en passant, nous en prévoyions presque l'insuffisance, en raison du chevauchement des fragmens, qui tendaient continuellement à glisser l'un sur l'autre, et auraient rendu notre bandage inutile, si nous nous étions réservé un plus puissant moyen, je veux dire l'extension continuelle, à l'aide de laquelle on conserve au membre sa position normale; mais encore on donne à ce dernier une stabilité qui favorise particulièrement la consolidation des fragmens. Nous fîmes la réunion de la plaie du genou à l'aide de bandelettes agglutinatives ; nous pansâmes la plaie avec des compresses imbibées d'eau végéto-minérale, de charpie imprégnée du même liquide, la fracture du péroné fut réduite, et les deux extrémités de l'os fracturé furent rapprochées et maintenues par deux petites compresses graduées et d'une bandelette fendue à son milieu, recouverte aussi de charpie longue et enduite de cérat. Une semelle en bois, couverte de flanelle, supportée par une planchette de la largeur du talon, recevait deux petits bras en bois, mortaisés dans la talonnière : le pied renfermé dans cette petite boîte, qui se trouvait maintenue et fixée aux deux extrémités des attelles, à l'aide de deux courroies ; par ce petit bandage de pied, que j'avais déjà employé pour une luxation tibio-astragalienne, les degrés d'inclinaison qu'exigeait la plante du pied étaient faciles, et l'on pouvait l'assujétir à un point fixe, à l'aide d'une planche clouée au pied du lit, qui maintenait le membre dans sa longueur et sa rectitude naturelle. Alors, relevant le porte-attelle, sous lequel j'appliquai trois sachets remplis de balles d'avoine, par ce moyen, je renfermai le membre dans toute sa longueur. L'externe partait à deux pouces au-dessus de la tête de l'os des îles et venait, avec l'interne, se réunir au bandage du pied dont j'ai parlé plus haut. J'avais eu soin de ménager sur elles deux larges échancrures pour la facilité du pansement des plaies du genou et du péroné; une troisième, plus courte, partait de la partie inguinale, étant réunie à l'externe à l'aide d'un fort galon, venait finir à trois pouces du genou. Ce bandage contentif et maintenu dans sa position par deux liens très forts, qui venaient de l'angle externe et supérieur de l'attelle la plus longue, qui s'opposait à la récidive de la luxation par la compression qu'elle exerçait sur la région cotyloïde ; moyens compressifs, soutenus par une ceinture, imitant celle du bandage herniaire, lui-même retenu par deux bretelles, à laquelle ceinture étaient attachées à droite et à gauche de la cuisse ou à l'attelle externe ou interne deux petites courroies qui maintenaient le membre dans sa position normale et résistaient aux efforts extensifs qui s'effectuaient au pied.

Les deux jambes du malade furent rapprochées l'une de l'autre : elles étaient de même longueur et furent maintenues par deux cravates ; une corde attachée au plancher descendait à la portée des mains du malade, qui suivit pendant tout le traitement des plaies un régime très sévère, composé de bouillons légers, de potage au vermicelle, de poissons, d'épinards, etc.

Au bout de cinq semaines, les plaies du genou et du péroné furent guéries, et le malade n'accusait plus qu'un faible degré de douleur, lorsque nous essayâmes un mouvement de rotation en dedans et en dehors et que nous comprimions les endroits blessés; enfin, malgré la complication de ses blessures, Tardi alla de mieux en mieux, de telle sorte qu'au bout de huit semaines, je lui ôtai son bandage, et lui permis quinze jours après de retourner à Chauvigny, tout en lui recommandant de faire usage de béquilles pendant quelque temps.

Aujourd'hui 10 septembre 1837, Tardi, avec la liberté des mouvemens de la cuisse et de la jambe, a recouvré la force nécessaire pour se mouvoir avec toute la facilité possible : il marche sans autre incommodité qu'un faible degré de claudication à peine sensible ; le membre est très peu raccourci ; la flexion du tronc sur les cuisses se fait aussi facilement que d'habitude. Il va travailler à son état aussi bien qu'avant l'accident.

Dans cette observation, pleine d'intérêt par les complications si graves et si peu ordinaires qui accompagnaient la luxation coxo-fémorale, je ne sache pas qu'il y eût de règle fixe pour agir différemment et avec plus de bonheur. Sans m'astreindre aux divers appareils plus ou moins modifiés et conseillés par les auteurs, je me rappelai ce que nous dit un jour à l'Hôtel-Dieu Dupuytren, dans un cas moins compliqué que celui-ci : « Avec des connaissances anatomiques, suivez votre inspiration chirurgicale; faites usage de votre sens diagnostic; agissez en vous traçant une méthode pour vous-même. »

Sans être tout à fait de l'avis de ceux qui pensent qu'en chirurgie les moyens les plus simples sont les meilleurs, je crois néanmoins que la simplification de nos appareils et de nos instrumens, si compliqués, n'en serait que plus utile dans l'opportunité de bien des cas, et se populariserait plus aisément dans nos campagnes.

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ DES AVANTAGES DE L'ÉQUITATION CONSIDÉRÉE DANS SES RAPPORTS AVEC LA MÉDECINE; par le docteur FITZ-PATRICK. — 100 pages in-8. Paris 1838. Chez J.-B. Baillière, rue de l'École-de-Médecine, 13 bis.

Qui pourrait douter de l'utilité de l'équitation comme moyen hygiénique dans l'état de santé et dans le cours de quelques convalescences? Quel autre moyen peut lui être préféré sous le rapport de l'influence physique et morale qu'elle exerce sur celui qui l'emploie? Aucun, certainement. Aussi doit-on être étonné que jusqu'ici ce sujet ait si peu fixé l'attention des médecins, et que nous n'ayons encore aucun traité spécial sur cet exercice gymnastique, le plus noble de tous ceux auxquels l'homme peut se livrer, et celui qui flatte le plus l'amour-propre, et paraît le plus propre à relever le courage et à combattre l'abattement. Bien que le travail de M. Fitz-Patrick mérite à peine le nom de *Traité*, en raison de sa brièveté et du peu de développement qu'ont reçu quelques-unes de ses parties, cependant nous y avons trouvé, sur plusieurs points, des documens pleins d'intérêt, et quelques conseils que les praticiens parcourront avec plaisir.

« Si, jusqu'à ce jour, dit l'auteur, l'équitation a été employée en médecine avec peu de succès, c'est, d'un côté, parce que l'application de cet exercice est confiée, ou bien à des malades incapables de la faire prudemment, graduellement et en temps opportun, ou bien à des hommes tout-à-fait étrangers à la science médicale; et parce que, d'un autre côté, les médecins sont d'ordinaire des écuyers peu expérimentés... Jusqu'à ce jour, ils se sont contentés de prescrire l'exercice du cheval dans quelques convalescences; mais aucun d'eux n'a cru nécessaire de désigner quel cheval était propre au tempérament de tel ou tel malade, et quelle allure convenait mieux à telle ou telle maladie. Aussi la plupart du temps n'obtient-on point les résultats désirés. »

L'auteur se donne bien inutilement, à notre avis, la peine de combattre l'opinion de Mercuriali, qui donnait la préférence à l'exercice de l'âne et du mulet sur celui du cheval; il attribue l'erreur de ce médecin à son inexpérience de l'exercice de l'âne et du mulet, dont la monture est toujours fort pénible.

Voici comment M. Fitz-Patrick analyse l'action des mouvemens du cheval sur l'économie : « Dans l'équitation, l'homme assis sur un cheval soumet son corps à suivre tous les mouvemens du corps du cheval. Or, chaque fois qu'en se portant en avant celui-ci pose un pied sur la terre, il se fait un choc, une répercussion de mouvement a lieu, le corps de cet animal est secoué, et l'homme qui repose dessus en est ébranlé plus ou moins fortement, suivant qu'il est plus ou moins cavalier et qu'il se lie à son cheval; et, comme ces successions répétées sans fin deviennent en peu d'instans innombrables, une cause qui agit avec tant de force ne peut manquer de déterminer des changemens importans dans l'état du système vital.

»Les effets de l'équitation n'ont pas toujours le même degré d'intensité; ils sont peu marqués si l'animal va lentement; ils deviennent plus prononcés et habituellement plus salutaires, à mesure qu'il allonge la marche. Si le cheval est au trot, ces effets ont une grande violence, et les saccades ne se supportent qu'avec peine. Dans le petit galop et le galop ordinaire, le corps reçoit des secousses plus douces; dans le ventre-à-terre, les secousses sont très agréables, mais la rapidité de la course gêne la respiration. L'amble et le traquenard balancent le corps et l'agitent de droite et de gauche par des trémoussemens vifs et répétés. »

Le travail de M. Fitz-Patrick est divisé en huit chapitres, dans lesquels sont étudiés successivement les effets de l'équitation sur le physique et sur le moral, son emploi hygiénique et thérapeutique, et l'influence différente des différentes allures du cheval. Ce que nous avons déjà cité de cette brochure suffit pour faire connaître la manière et le style de l'auteur; nous laissons maintenant au lecteur le soin de lire lui-même dans le TRAITÉ DE L'ÉQUITATION les recherches originales et piquantes qu'y a consignées l'auteur, sur l'effet comparatif de cet exercice chez la femme et chez l'homme; sur la cavalerie comparée à l'infanterie, et sur celui des diverses allures du cheval dans les différentes dispositions d'esprit comme dans les différentes maladies. Ils les y liront avec intérêt, et regretteront comme nous peut-être que l'auteur n'ait pas donné plus de développement à quelques-unes de ces questions. Nous les engageons pourtant à ne pas adopter sans examen toutes les assertions de l'auteur sur les heureux résultats de l'équitation. S'il était vrai, par exemple, ainsi qu'il l'affirme, que l'habitude de monter à cheval donnât plus de netteté aux idées, et plus de précision au langage, l'équitation serait l'exercice le plus noble et le plus utile auquel l'homme pût se livrer. Mais nous ne croyons pas que l'équitation possède cette précieuse propriété, et pensons plutôt que l'auteur a exagéré un peu les avantages de cet exercice, dont son travail nous semble devoir régulariser l'emploi, suivant les circonstances et les cas où il sera indiqué.

VARIÉTÉS.

MORT ET OBSÈQUES DE BROUSSAIS.

Le célèbre Broussais est décédé à Vitry, près Paris, le samedi 17 novembre, à une heure du matin. Il recevait, comme on sait, depuis quelque temps, les soins du docteur Amussat pour une affection squirreuse du rectum. Malgré cette affection grave, qui le minait depuis longtemps, il est mort, pour ainsi dire, encore à l'œuvre, car il travaillait à une nouvelle édition de son TRAITÉ DE L'IRRITATION ET DE LA FOLIE, et à un mémoire de philosophie, en réponse à M. Jouffroy, de l'Académie des sciences morales.

L'autopsie, faite en présence de plusieurs de nos célébrités médicales, n'a révélé aucune particularité importante. L'instantanéité de sa mort, l'acuité des derniers symptômes, avaient fait craindre un instant qu'elle ne fût pas le seul résultat de la maladie. L'analyse des substances recueillies dans l'estomac a dissipé tous les soupçons à cet égard.

Les obsèques de Broussais ont eu tout l'éclat et le retentissement qui étaient dus à sa renommée, la plus populaire de l'époque. Des députations de toutes les corporations scientifiques, des illustrations de tous les rangs, des savans, des médecins, des artistes, des philosophes et des gens de lettres sont venus lui rendre les derniers honneurs : le cortége se composait de plus de 3,000 personnes, parmi lesquelles on comptait un grand nombre d'étudians, qui se sont pressés à l'envi pour porter le défunt à sa dernière demeure.

Le catafalque était ce qu'il devait être pour un officier-général commandeur de la Légion-d'Honneur. Les quatre coins du poêle étaient portés par M. Larrey, collègue du défunt au Conseil de santé; par M. Orfila, doyen de la faculté; par M. Droz, président de l'Académie des sciences morales et politiques, et par M. Boissy-d'Anglas, intendant militaire. Cette dernière place appartenait de droit à l'Académie royale de médecine; mais M. Pariset qui devait l'occuper s'est trouvé subitement indisposé. Les principaux discours ont été prononcés au Père-Lachaise, par MM. Droz, Orfila, Bouillaud, Larrey fils et le docteur Gase.

— M. MONNERET, agrégé à la Faculté de médecine de Paris, a ouvert le 5 de ce mois, dans l'amphithéâtre n. 1, un *cours de pathologie générale*, qu'il continue les lundi, mercredi et vendredi de la semaine.

— M. le docteur FACONNEAU-DUFRESNE ouvrira des *conférences sur les maladies du foie*, à son domicile, rue Godot-de-Mauroy, 23, le dimanche, 25 novembre, à midi; il les continuera les dimanches suivans à la même heure.

M. Fauconneau-Dufresne devant faire ces conférences dans son cabinet, ne pourra distribuer que vingt cartes d'entrée; il les délivrera gratuitement chez lui, d'*avance*, de une à deux heures.

— ALMANACH GÉNÉRAL DE MÉDECINE POUR 1839; par DOMANGE-HUBERT, secrétaire des bureaux de la Faculté de médecine de Paris.

MM. les docteurs en médecine dont les noms ne sont pas portés dans la dernière édition ou qui ont changé de domicile, sont priés d'adresser *franco*, rue Git-le-Cœur, 4, ou à l'Ecole de médecine, une note indiquant leurs noms, la date et le lieu de leur réception, l'heure de leurs consultations et leur domicile.

— DE LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS DANS SES RAPPORTS AVEC LA LÉGISLATION CRIMINELLE; par M. A. BOTTEX, médecin de l'hospice de l'Antiquaille, à Lyon. 1 vol. in-8 de 100 pages. Prix : 3 fr.

— TRAITÉ THÉORIQUE ET PRATIQUE DES ALTÉRATIONS ORGANIQUES SIMPLES ET CANCÉREUSES DE LA MATRICE; par M. F. DUPARCQUE, docteur en médecine de la Faculté de Paris. (Ouvrage qui a remporté le prix proposé par la société de médecine de Bordeaux.) Deuxième édition entièrement refondue et très augmentée; 1 vol. in-8 de 564 pages. Prix : 7 fr.

Ces deux ouvrages se trouvent à la librairie médicale de Germer-Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17 à Paris.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE DE FELIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

Gazette Médicale DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé et Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 14, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

Le bureau de la GAZETTE MÉDICALE est maintenant rue Racine, n° 14, près de l'Odéon.

SOMMAIRE.

DIAGNOSTIC MÉDICAL.

RECHERCHES CLINIQUES SUR LE DEGRÉ DE CERTITUDE DU DIAGNOSTIC DANS LES MALADIES DE L'APPAREIL CÉRÉBRO-SPINAL; par C. Forget, professeur de clinique médicale à la Faculté de Strasbourg, etc.

« La science du diagnostic tient le premier rang entre toutes les parties de l'art. »

Louis. — *Mémoire sur les tumeurs fongueuses de la dure-mère.*

Une remarque aussi ancienne que la philosophie, c'est que l'esprit humain, dans les oscillations qu'il éprouve en recherchant la vérité, se livre alternativement aux écarts d'une croyance aveugle ou d'un scepticisme exagéré. Lorsqu'un nouveau trait de lumière surgit à l'horison de la science, le peuple des savans le salue avec une soumission aveugle ou le repousse avec un acharnement passionné, selon que la nouveauté flatte ou contrarie les intérêts ou les idées des individus ou des doctrines régnantes. Ces sentimens, il est vrai, sont le plus souvent justifiés par l'exclusivisme des novateurs eux-mêmes. C'est qu'en effet la science est l'œuvre du temps, et c'est à l'observation lente et refroidie qu'il appartient de réduire les idées et même les faits scientifiques à leur valeur réelle.

L'histoire des maladies de l'encéphale justifie les réflexions ci-dessus, et nous permet d'apercevoir, dans toute leur simplicité, le mécanisme et la marche des idées médicales à l'égard des découvertes.

Lorsque Bichat eut mis au jour l'admirable et féconde théorie de la spécialité des tissus, la France médicale se hâta d'appliquer à la nosologie les principes consignés dans le Traité des membranes. Chaque tissu dut avoir son mode d'expression morbide, et les maladies de l'encéphale, sur lesquelles les travaux de quelques auteurs, de Morgagni surtout, avaient déjà répandu quelques lueurs d'analyse, ces maladies ne tardèrent pas à se spécialiser sous la plume de Pinel d'abord, qui, séparant les affections des membranes de celles des parenchymes, scinda la phrénésie des anciens; puis sous celle de Parent-Duchâtelet et Martinet, de MM. Bayle, Récamier, Rostan, Rochoux, Bouillaud, Serres, et principalement de M. Lallemand, qui, dans ses Lettres sur l'Encéphale, a présenté l'histoire des lésions encéphaliques sous un point de vue si lumineux, si facile, que cette simplicité même devait rendre circonspect, eu égard à l'adoption pleine et entière des signes propres à chacune des altérations décrites par le professeur de Montpellier.

Notre intention n'est point d'analyser ces divers travaux et de faire voir comment le diagnostic des maladies encéphaliques était arrivé à ce degré de précision; nous ferons seulement observer que l'œuvre de M. Lallemand marque la limite ascendante de la prétendue certitude du diagnostic de ces maladies, et qu'arrivée à ce point, cette certitude n'avait plus qu'à décroître. Aussi des doutes s'élevaient-ils déjà sur le dia

Feuilleton.

NOTICE MÉDICALE SUR UN VOYAGE DANS LE PETIT ATLAS ET LE BÉLAD-EL-DJÉRID OU PAYS DES DATTES DE 1832 A 1836;

PAR M. LE DOCTEUR GUYON.

Super Numidiam Getulos accepimus, partim in Tuguriis, alios incultius vagos agitare, post eos Aethiopas esse.

Salluste, de Bell. Jugurt.

M. Baudouin, l'auteur du voyage dont nous allons faire connaître la partie médicale, est né dans le département du Var. Ses premières études avaient été dirigées vers l'état ecclésiastique, auquel des circonstances de fortune l'avaient forcé de renoncer. Il était depuis une quinzaine de jours à Alger lorsque, se promenant dans les environs du fort l'Empereur, il fut pris par des Arabes et conduit chez les Issers, tribu qui tire son nom de la rivière sur laquelle ils habitent, l'ancienne *Serbetis* (1), dans l'est de la Métidja. Là, devenu musulman, il se maria et acquit en peu de temps une parfaite connaissance de la langue. Après quoi, il partit pour le Bélad-el-Djérid, à la suite d'un marabout, dont il était à la fois l'esclave et le disciple. Ils étaient depuis peu parmi les Mozabites, lorsque le marabout mourut presque subitement : Baudouin attribuait sa mort au choléra, maladie qui venait de se montrer dans le nord de l'Afrique.

Devenu libre par cette circonstance, notre compatriote voyagea seul pendant quelque temps, prêchant partout le koran, à l'instar de son maître. C'est alors seulement qu'un regret de la patrie lui fit former le projet de retourner à Alger, projet qu'il exécuta fort heureusement en 1836, après une absence de quatre ans : il en avait alors vingt-six. Il était depuis deux ou trois mois parmi nous, continuant à porter ses vêtemens arabes, et s'acquittant sans ostentation des devoirs de sa nouvelle religion, lorsqu'il disparut de nouveau, mais cette fois volontairement. Baudouin du reste n'est pas le seul Européen qui, depuis notre occupation en Afrique, ait renoncé à sa patrie pour la vie errante de l'Arabe : il y en a, dans ce moment, deux autres chez les Mozabites où ils se sont fixés probablement pour toujours. L'un d'eux exerce la profession de serrurier, et l'autre s'occupe de négoce. Celui-ci vint dernièrement à Alger, pour faire des

(1) Son embouchure est à huit lieues du cap Matifoux, où se voient les ruines de *Rusgonia*. Une lieue plus loin, au N. E., est le port de *Jinnet*, qui veut dire Paradis, nom qui lui vient, dit-on, de ce que des matelots y abordèrent au moment où ils croyaient périr.

gnostic différentiel des lésions des méninges et de la pulpe cérébrale. On fit remarquer, et avec juste raison, qu'en conséquence des lois mêmes de la physiologie, les expressions intellectuelles sensitives et locomotrices, attribuées aux affections des méninges, ne pouvaient rationnellement dériver que de la lésion du cerveau lui-même; que, partant, ces expressions symptomatiques indiquaient plutôt la lésion du cerveau que celle des méninges. Ces considérations, justifiées par l'autopsie, tendirent à jeter quelque obscurité sur le diagnostic des altérations propres aux méninges et à les faire confondre avec celles du cerveau lui-même, sous le nom commun *d'encéphalite*, mot plus vague, mais moins chanceux, d'autant mieux que la thérapeutique gagnait peu à ces distinctions.

D'un autre côté, malgré les efforts de M. Lallemand et consorts pour rattacher toutes les formes de ramollissement cérébral à l'inflammation, les recherches de MM. Récamier, Rostan, Rochoux et autres tendaient à établir certaines formes de ramollissement, indépendantes de l'encéphalite proprement dite.

Il en fut de même de l'apoplexie, qui était caractérisée par des symptômes, lesquels, d'une part, ne se rencontrèrent pas tous dans tous les cas, et qui, d'autre part, se montrèrent dans des cas de simple congestion, de ramollissement, ou même dans des circonstances où l'autopsie ne révélait aucune lésion appréciable.

Rappelons encore que la doctrine de Gall, appuyée de quelques expériences sur les animaux, et même de bon nombre de faits pathologiques, militait pour l'admission de certains phénomènes fonctionnels, coïncidant régulièrement avec la lésion de certaines parties de l'encéphale. Mais ces brillantes espérances s'évanouirent bientôt sous le nombre prépondérant des observations contradictoires.

Quoi qu'il en soit de la valeur des oppositions soulevées contre la certitude du diagnostic appliqué aux diverses maladies de l'encéphale, la réaction, nous osons le dire, a dépassé le but, en conséquence de la loi psychologique établie en commençant; et des écrivains sceptiques ont cru pouvoir s'autoriser des exceptions, pour, en quelque sorte, étouffer la règle. Indépendamment des travaux de détail, des observations isolées, qui sourdement et progressivement altéraient les croyances, deux ouvrages capitaux sont venus, presqu'en même temps, frapper un coup décisif et disperser les débris de l'édifice péniblement érigé par les monographes antérieurs. Ces puissans démolisseurs sont Abercrombie, qui, dans son TRAITÉ DES MALADIES DE L'ENCÉPHALE ET DE LA MOELLE ÉPINIÈRE, crut devoir détruire la base anatomo-pathologique, pour lui substituer le diagnostic symptomatique, et M. Andral, qui, dans le 5[e] volume de sa CLINIQUE, parut s'attacher à faire pour les maladies de l'encéphale ce qu'il avait déjà fait pour d'autres maladies, c'est-à-dire qu'en faisant saillir les anomalies que lui-même ou d'autres avaient rencontrées, il renversa les idées acquises, annula les convictions, et sembla prendre à tâche de bouleverser la science jusque dans ses fondemens. Son œuvre, en effet, pour la généralité des lecteurs, n'est qu'un monument de décombres, un chef-d'œuvre de scepticisme, en vertu duquel le praticien se voit condamné à demeurer invinciblement les mains liées en face des faits à venir; car il n'existe plus rien de démontré, rien de probable même, l'auteur paraissant placer les faits exceptionnels au niveau des faits réguliers, opposant continuellement les uns aux autres, comme des puissances égales qui se neutralisent mutuellement. Mais, n'en déplaise au savant maître, pour lequel nous professons autant de vénération que d'attachement, cette marche nous paraît subversive de toute science, elle mène droit à la négation absolue de toute idée médicale et réduit l'art à zéro. Certes, l'œuvre de M. Andral eut un but et produisit un effet de haute portée, car elle eut pour objet, sans doute, et certainement pour résultat, d'opposer une digue puissante à ce vertige de simplification pathologique et d'unité thérapeutique, qui tendait alors à se propager sous l'empire des exagérateurs de certaine doctrine envahissante. Mais le remède ne fut-il pas pire que le mal? Après tout, si là se trouvait la vérité pure, s'il était irrévocablement démontré que, dans l'état actuel de la science, l'observateur n'eût qu'une chance sur deux, ou moins encore, de rencontrer juste dans l'appréciation des lésions de l'encéphale, il faudrait bien, quoiqu'il pût en coûter, reconnaître et accepter l'insuffisance de nos lumières; mais nous ne pensons pas qu'il en soit ainsi, et l'expérience de tous les jours nous démontre que la science est moins arriérée que ne pourraient le faire croire ces élucubrateurs pessimistes qui, sous prétexte qu'elle n'est pas achevée, voudraient la réduire à néant. S'il n'est que trop vrai que le médecin est réduit à n'opérer que sur des probabilités, tâchons du moins d'établir les degrés de celle-ci, et tout en signalant l'écueil, montrons la route qui nous offre le plus de chance d'arriver à bon port.

L'appréciation que nous avons faite de la portée dogmatique du livre de M. Andral s'applique, nous devons le dire, moins au fond qu'à la forme; car M. Andral est statisticien de fait, et n'a que le défaut de ne pas résumer catégoriquement les résultats sommaires, ceux qui donneraient courage au praticien; cette appréciation exprime surtout l'impression que ce livre produit sur l'esprit du commun des lecteurs. Il est, sans doute, malheureux d'être mal compris; mais l'effet n'en subsiste pas moins, et cet effet est funeste à la pratique.

En résumé, nous pensons que l'époque est arrivée où nous pouvons réduire à leur juste valeur les exagérations en sens contraire, pour ce qui concerne les difficultés du diagnostic appliqué aux maladies de l'appareil cérébro-spinal; pour cela, nous n'avons qu'à produire les résultats de l'observation. C'est dans ce but de conciliation que nous avons écrit ce mémoire. Puissions-nous rendre un peu de confiance aux hommes qui voient le progrès ailleurs que dans la destruction des idées généralement admises.

Et d'abord, malgré les savantes oppositions que nous venons de signaler, la raison universelle, le sens commun des praticiens, leur permet chaque jour de porter un diagnostic assez précis dans les cas les plus ordinaires d'affections encéphaliques. Il n'est pas un médecin tant soit peu instruit qui ne croie pouvoir se prononcer avec quelque assurance dans les cas les plus communs de congestion cérébrale, de méningite, d'apoplexie, de ramollissement et même de lésions organiques, telles que tubercules, tumeurs cancéreuses ou autres, qui s'offrent journellement dans la pratique, et, à coup sûr, les erreurs sont l'exception. Ce grand fait, ce fait vulgaire, fait déjà pressentir qu'il y a du vrai dans les principes établis par nos devanciers, et l'opposition à cet égard ne pourrait porter que sur des cas fortuits, des cas rares qui, par cela même, font sensation, et qu'on reproduit seuls, les autres ne présentant rien que d'ordinaire. Ces cas, on ne doit certainement pas les oublier; ils entrent comme élément dans les chances d'erreur; mais ces chances sont assez minimes pour ne pas arrêter l'observateur dans l'énonciation du diagnostic probable et dans l'application des moyens thérapeutiques. Les idées générales

---

achats de marchandises, mais il n'eut aucun rapport avec ses compatriotes.

§ 1. DU PETIT ATLAS.

Tout ce que les anciens ont écrit sur l'Atlas se rapporte à cette chaîne de montagnes qui court du S. O. au N. E., et sur les flancs de laquelle se sont fondés les états de Maroc. Elle était connue des indigènes sous le nom d'*Adiris* ou *Adderis*, ainsi que nous l'apprennent Pline et Martianus Capella. « Voilà, dit le premier, tout ce qu'il y avait à dire sur le mont Atlas, que les Maures appellent Addiris, *hœc de Atlante, quem Mauri Adderem nominant*. » Et l'autre, parlant du détroit de Gibraltar, où était, pour les anciens, le dragon gardien du jardin des Hespérides : « Il n'y a pas fort loin de là au mont Atlas, qui s'élève au milieu des sables : les naturels l'appellent Adiris, *nec longe mons Atlas, de gremio cacumen proferens arenarum, hunc incolæ Adirim vocant.* »

Le petit Atlas est une autre chaîne qui traverse le nord de l'Afrique de l'ouest à l'est, du royaume de Maroc dans le sud des états de Tunis et de Tripoli, où elle s'éteint graduellement. C'est à elle que pourrait s'appliquer ce que dit Ethicus, parlant des Mauritanies de *Sitife et cesarienne*, du mont Astrix, qui sépare, dit l'auteur, les bonnes terres d'avec les sables du désert, sables qu'on trouvait au-delà jusqu'à l'Océan, et dans lesquels les Ethiopiens gangiens menaient une vie errante. *A meridie montem Astricæm qui dividit inter vivam terram et arenas eremi jacentes usque ad oceanum, in quibus oberrant Gangines Æthiopes.* Elle se compose d'une foule de montagnes distinctes qui avaient reçu des anciens des noms particuliers. C'étaient de l'ouest à l'est, les mots Durdus, Zalucus, Garaphes, Malethubalus, Ginnaba, Herun, Phruræsus, Garas, Valva, Buzara, Audus, Thambes, source du fleuve Rubricatus; Cirna, Mampsarus, source du Bragada (1); Vasaletus, source du lac Triton; la montagne dite de Jupiter, etc.

Les forêts du petit Atlas sont moins communes qu'on ne le pense généralement. Les grands végétaux n'y comptent que peu d'espèces, parmi lesquelles je me borne à citer les pins et les chênes, à cause des usages qu'on en retire. Les Arabes mangent l'écorce des premiers, comme les habitans du nord de l'Europe, et les semences d'une espèce à fruit doux, le *pinus pinea*, comme les Espagnols, qui les connaissent sous le nom de *pignones* (2). Le chêne balotte ou chêne à glands doux, *quercus balotta*, est assez multiplié. Comme les Espagnols encore, les Arabes en mangent le fruit, qu'ils ne prisent pas moins que les dames espagnoles qui ont l'habitude d'en offrir aux étrangers (3). Ils font des ruches et des aqueducs avec l'écorce du chêne à liége, *quercus suber* (4)

(1) On sait que c'est sur les bords de cette rivière, aujourd'hui la Mejerda, que l'armée de Régulus rencontra ce gigantesque serpent qui paraît n'avoir pas laissé de descendans.

(2) On en vend dans toutes les villes d'Espagne, notamment dans celles du Midi.

(3) On le mange cru ou rôti.

(4) Nous avons sous les yeux des fragmens de ces sortes d'aqueducs rapportés de Tlemsen : outre leur solidification par le carbonate de chaux déposé par l'eau à laquelle ils donnaient passage, ils sont encore recouverts à l'intérieur d'une forte couche du même sel.

sont si bien convenues à cet égard, que de savans observateurs, même parmi les sceptiques, ne craignent pas de produire et de publier des cas de guérison qu'ils rapportent aux affections les plus litigieuses, des cas de ramollissement, par exemple. C'est ainsi que MM. Bouillaud, Lallemand, Cruveilhier, ont publié des faits de ce genre; que MM. Foville, Carlswell, Bright, rapportent des cas qui ressemblent beaucoup aux précédens. Ce qui se passe dans l'apoplexie semblait devoir établir, *à priori*, la curabilité du ramollissement cérébral; nous n'en sommes pas moins obligés à M. Dechambre (GAZ. MÉD., n. 20, 1838), et à M. J. Sinnus (GAZ. MÉD., n. 30, 1838) d'avoir démontré le fait anatomiquement. C'est effectivement une triste extrémité que d'être obligé de produire les précis nécrologiques pour prouver l'exactitude du diagnostic; c'est pourtant à quoi nous ont réduits les difficultés suscitées par les travaux modernes. Enfin, et pour achever de faire voir que les observateurs de premier ordre ont aussi des opinions positives sur la symptomatologie des lésions encéphaliques, nous rappellerons que M. Piorry, dans son excellent TRAITÉ DU DIAGNOSTIC, n'a pas craint de spécifier les signes qui caractérisent généralement les diverses altérations de l'encéphale, tont en faisant ce que nous conseillons de faire, en posant à côté de la règle la réserve des exceptions.

A ce qui précède, nous pourrions borner notre plaidoyer en faveur de la possibilité du diagnostic dans les maladies de l'appareil cérébro-spinal; mais nous voulons y joindre le tribut de nos propres observations, dont quelques-unes, d'ailleurs, comportent un intérêt particulier, et pourront donner lieu à des considérations pratiques de quelque utilité.

Sur 1032 malades observés à la clinique médicale de la faculté de Strasbourg, depuis mars 1836 jusqu'à juillet 1838 (deux ans et trois mois), il s'est rencontré 78 cas d'affections que nous avons rattachées aux lésions de l'appareil cérébro-spinal, c'est-à-dire un peu plus du treizième de la totalité des maladies.

Sur ces 78 cas, il en est 46 qui appartiennent à la classe problématique des névroses, maladies dont la nature est en discussion, et qu'on est convenu, jusqu'à présent, de caractériser par l'appareil des symptômes extérieurs. Ce n'est point sur celles-ci que doit porter notre controverse, et nous allons d'abord nous en débarrasser par une simple énumération.

Deux cas de tétanos spontané, traités d'abord par les saignées, l'opium à haute dose (de 10 à 30 grains par jour); puis les frictions mercurielles qui ont paru déterminer la guérison (1).

Trois chorées, dont 2 promptement guéries par les bains sulfureux, et 1 par l'opium à dose modérée.

Un delirium tremens, dissipé en vingt-quatre heures par neuf grains d'opium.

Une épilepsie, traitée sans succès bien marqué par l'indigo à forte dose (2 onces par jour).

(Les faits ci-dessus ont été publiés dans le BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE, 1837-38.)

Trois paralysies saturnines, guéries par la strychnine administrée avec hardiesse et persévérance à l'intérieur et par la méthode endermique.

(1) Un de ces malades était guéri depuis plusieurs jours, mangeait et se promenait dans la salle, lorsqu'il fut atteint d'une gangrène du poumon à laquelle il succomba.

Trente-deux cas d'accidens hystériformes, dans lesquels, en général, la méthode adoucissante a mieux réussi que les excitans dits antispasmodiques.

Nous ferons remarquer, en passant, combien sont fréquens les accidens nerveux parmi la population calme et lymphatique de la froide et brumeuse Alsace.

Trois hypochondries, ou monomanies des maladies.

Une aliénation mentale, monomanie suicide.

Dans ces 46 cas, du moins, le diagnostic n'a pas failli, et c'est déjà quelque chose. Mais ce n'est pas, je le répète, sur ces maladies que portent les contestations, en ce qui concerne le diagnostic; c'est particulièrement sur certaines formes symptomatiques comme se rattachant plus ou moins constamment à certaines lésions matérielles déterminées de l'appareil cérébro-spinal, à savoir: la congestion, l'inflammation, le ramollissement, l'apoplexie sanguine, et les productions organiques. C'est donc spécialement sur ces divers modes de lésions que vont porter les détails suivans.

Nous traiterons successivement des lésions de l'encéphale proprement dit, et de celles du prolongement rachidien.

ARTICLE I. — LÉSIONS DE L'ENCÉPHALE.

§ I. — CONGESTIONS ENCÉPHALIQUES.

Nous avons observé 7 cas de cette espèce, dont 1 suivi de mort. Dans les 6 premiers, généralement caractérisés par la pesanteur ou la douleur de tête, la rougeur de la face, l'engourdissement, l'hébétude, une réaction fébrile plus ou moins prononcée, l'exactitude du diagnostic a été confirmée par la promptitude et la facilité avec lesquelles ces symptômes se sont dissipés sous l'influence du repos, de la diète, de quelques évacuations sanguines et des dérivatifs.

Dans le cas suivant, le diagnostic fut captieux; néanmoins, nous ne nous sommes pas laissé complètement abuser par les apparences.

CONGESTION CÉRÉBRALE SIMULANT L'APOPLEXIE; MORT.

OBS. I. — Une femme de 50 ans environ, fortement constituée, est apportée à la clinique, dans une matinée d'avril 1836. On nous dit, pour tout renseignement, que cette femme s'est couchée la veille au soir, dans un état d'ivresse, et que ce matin on l'a trouvée sur le plancher où elle était tombée de son lit.

ÉTAT ACTUEL. Perte complète de connaissance; toute la surface du corps est froide et sudorale; points de traces de lésions extérieures, sauf une légère ecchymose au menton; la respiration est lente, suspirieuse, sans râle trachéal. La malade fume la pipe; les paupières sont fermées; en les soulevant on découvre les pupilles médiocrement et uniformément dilatées, immobiles; les yeux sont fixes et vitrés; le pouls manque aux artères radiales; le cœur bat obscurément une fois par quatre ou cinq secondes. Résolution et insensibilité complètes des membres du côté droit. En pinçant la peau du côté gauche, on réveille un peu de sensibilité manifestée par quelques faibles mouvemens automatiques.

Les assistans prononcent que c'est une apoplexie sanguine; pour moi, j'en doute, par cela seul qu'il n'y a pas respiration stertoreuse, me rappelant les préceptes de notre illustre maître Dupuytren, qui considérait le râle trachéal comme un des signes distinctifs de la compression cérébrale.

La rubéfaction générale, les lavemens irritans, l'ingestion de l'ammoniaque, de l'émétique, l'ouverture de la veine qui ne fournit pas de sang, ne peuvent ranimer le pouls. La malade expire insensiblement dans la soirée.

NÉCROSCOPIE, 50 heures après la mort.

---

qui est très répandu dans certaines montagnes, entre autres dans celles de Fernan qui en ont reçu leur nom, Fernan voulant dire liége.

Les habitans du petit Atlas, composés d'une foule de tribus différentes, sont connus sous le nom générique de Kabyles: ils portaient celui de *Brebes* ou *Berbères*, lors de l'invasion des Arabes, nom que portent encore aujourd'hui ceux du grand Atlas. C'est évidemment de ce mot *Berbère*, dont nous ne voyons aucune trace dans les auteurs grecs et latins, que vient l'appellation moderne de la côte nord de l'Afrique occidentale (1).

L'hiver est assez rude dans le petit Atlas. Cependant de tous les points visités par M. Baudouin, aucun ne conserve des neiges toute l'année. Je saisis cette occasion pour relever une erreur due à l'autorité d'un peintre célèbre. « Horace Vernet, dit M. de la Malle dans son beau travail sur l'Afrique occidentale; Horace Vernet étant en mer par le travers de Bougie, le 27 mai 1835, a vu et dessiné la chaîne de l'Atlas. Tous les points culminans étaient, m'a-t-il dit, couverts de glaciers et de neiges qui ne fondent jamais. »

Aucun glacier ne se voit sur les points culminans des montagnes des environs de Bugie, ou Bougie, l'ancienne Salde ou Saldis (2), et aucune de ces montagnes ne conserve de la neige toute l'année, ainsi que M. Vernet aurait pu s'en assurer lui-même, s'il fût repassé devant Bougie quelque temps après le 27 mai. J'ajoute que, des différens points de l'Atlas qu'on distingue du massif d'Alger, le Jurjura, le Mons Ferratus des anciens, est le seul qui, à l'approche de l'hiver, se recouvre d'une draperie de neige, dont il se dépouille toujours dès les premières chaleurs. Qu'on me permette de rappeler ici ce que dit Shaw de cette montagne.

« Le Jurjura, qui est la plus haute montagne de Barbarie, a huit lieues de long, et s'étend du N.-E. au S.-O. En hiver, le haut de cette montagne est couvert de neige, et il est très remarquable que les habitans des deux côtés de la montagne, qui se haïssent cordialement et sont presque toujours en guerre, conviennent cependant de cesser toutes les hostilités dès qu'il y a de la neige (1). »

M. Baudouin s'est avancé dans les monts Auress, le Mons Audus d'autrefois, l'Aurasius du moyen-âge. Là, parmi des ruines nombreuses, sont celles de Lambesa, aujourd'hui l'Herba ou Tezzonte, avec un temple dédié à Esculape, dont le frontispice, du temps de Shaw, était encore parfaitement conservé, ainsi que l'inscription qui en indiquait la destination, et que nous reproduisons ici.

(1) Barbarie que les Espagnols écrivent *Berberia*.
(2) *Saldæ colonia*.

(1) VOYAGES DE SHAW, M. D., DANS PLUSIEURS PROVINCES DE LA BARBARIE ET DU LEVANT. La Haye, 1743.

CAVITÉ ENCÉPHALIQUE. Les vaisseaux des méninges sont fortement injectés; a substance cérébrale offre à la coupe un pointillé de sang très abondant. Nous ne trouvons aucune trace d'épanchement sanguin.

CAVITÉ THORACIQUE. Les poumons offrent un peu d'engouement; le cœur est volumineux.

CAVITÉ ABDOMINALE. Quelques rougeurs disséminées dans le canal digestif. Plus de détails seraient sans intérêt actuel.

Voici donc un cas de simple congestion cérébrale apoplectiforme, déterminée probablement par l'ivresse. Cette cause n'a rien de spécifique, car nous l'avons vue déterminer une véritable apoplexie chez un matelot ivre de tafia et trouvé mort dans son hamac. Nous avons signalé la circonstance, absence de râle trachéal, qui nous a empêché de porter le diagnostic apoplexie. C'est à l'observation ultérieure de démontrer si ce signe a la valeur que nous lui avons attribuée dans ce cas. Nous rappellerons encore la dilatation égale des pupilles qui forme présomption, sinon preuve. Toujours est-il que si l'on pesait bien la valeur absolue et relative des symptômes, dans les cas douteux, les erreurs seraient sans doute moins fréquentes. Ce n'est pas que je comprenne bien clairement les différences dans l'appareil phénoménal qui doivent résulter de la compression localisée par un épanchement, ou de la compression disséminée par l'injection cérébrale : l'une et l'autre produisent la paralysie plus ou moins étendue, pourquoi ne produiraient-elles pas le râle trachéal? Mais si le fait d'observation empirique est réel, force nous sera bien de l'admettre. Disons néanmoins que le stertor va se rencontrer dans quelques-uns de nos cas d'encéphalite.

§ II. ENCÉPHALITES GÉNÉRALES.

Nous avons déjà dit que la physiologie et l'observation tendaient à faire confondre l'inflammation des méninges avec celle de la pulpe cérébrale, vu que les phénomènes fonctionnels de la période d'irritation émanaient manifestement du cerveau lui-même. Néanmoins, il peut exister, et il existe en effet des différences dans l'appareil symptomatique, selon que l'irritation affecte la superficie, la substance grise, ou les parties centrales, la substance blanche de l'encéphale. Cette donnée théorique est justifiée par le fait, et les bons observateurs savent très bien distinguer la prédominance de l'inflammation siégeant dans les méninges. Nous disons prédominance; car les symptômes cérébraux impliquent toujours la lésion cérébrale, ainsi qu'il ressortira de nos propres observations. On peut donc encore réserver le terme méningite à cette prédominance de l'inflammation dans les méninges, et n'appliquer le mot encéphalite qu'aux cas où l'irritation paraît siéger à un égal degré dans le cerveau lui-même et dans ses enveloppes. L'observation suivante nous paraît offrir un type de cette dernière forme.

ENCÉPHALITE GÉNÉRALE; MORT.

OBS. II. — J. Raib, âgé de 28 ans, de forte constitution, charpentier, est apporté à la clinique le 20 décembre 1837. Nous obtenons avec peine de ceux qui l'ont accompagné le peu de détails suivans : cet homme travaillait, il y a huit jours, dans une chambre fort chaude. Il en sortit tout en sueur pour travailler dans une cave froide et humide. Dès lors il tomba malade. Il ne se plaignait d'abord que de douleur dans le ventre; puis sont survenus quelques vomissemens. Ce n'est que depuis hier qu'il se trouve dans l'état actuel : délire complet, vociférations incohérentes, furieuses, agitation extrême, mouvemens désordonnés et convulsifs des membres qui, de temps en temps, demeurent fléchis et contractés. La face est injectée, les yeux, brillans, restent le plus souvent fermés. Pouls dur, irrégulier, mais assez lent; peau médiocrement chaude et sèche, offrant une teinte ictérique générale assez manifeste. Il nous est impossible d'explorer convenablement les cavités; diagnostic : encéphalite consécutive à une irritation gastro-hépatique. Nous prescrivons une saignée qui ne peut être faite, et des sangsues à l'anus qui ne sont point appliquées, vu l'exaltation du malade, qui cherche à frapper ceux qui l'approchent. Emoll. vésicat. aux mollets.

21. Même état : délire, agitation, état convulsif des muscles de la face; les commissures des lèvres sont tirées en bas, grincement de dents, pupilles dilatées, urines involontaires qui tachent le linge en jaune. La teinte ictérique est plus prononcée qu'hier. Pouls fort et dur à 95. (Saignée de douze onces, vingt-quatre sangsues aux mastoïdes, compresses froides sur le front, lavement laxatif.)

Le soir, même état. Les membres sont contractés dans la flexion permanente; facies vultueux, convulsé; vociférations; pupilles dilatées; yeux fixes, paraissant insensibles à une vive lumière. La sensibilité générale est obtuse. Respiration haute, bruyante, un peu stertoreuse; pouls dur et fréquent. En palpant l'abdomen, on perçoit des battemens prononcés dans la région épigastrique. (Saignée; le reste *ut supra*.) Des symptômes tétaniques se déclarent. Mort dans la nuit.

NÉCROSCOPIE, 36 heures après la mort. Embonpoint conservé, système musculaire prononcé, suffusion ictérique générale.

CAVITÉ ENCÉPHALIQUE. Sinus gorgés de sang. Le réseau vasculaire sous-arachnoïdien est fortement injecté. La masse cérébrale est d'une fermeté remarquable et comme augmentée de volume. La substance grise est manifestement rougeâtre; la substance blanche incisée présente un pointillé abondant d'où le sang coule en quantité. L'injection générale diminue à mesure qu'on s'approche de la base. Point de trous de ramollissement ni d'épanchement apoplectique. Point de sérosité dans les ventricules.

CAVITÉ THORACIQUE. Poumons sains, cœur normal, un peu de sérosité citrine dans le péricarde.

CAVITÉ ABDOMINALE. L'estomac contient un liquide brunâtre, d'une odeur légèrement vineuse. La muqueuse gastrique est généralement rouge et fortement injectée. Le tube intestinal est à peu près sain. Foie volumineux, de couleur brune foncée, gorgé de sang noir qui ruisselle à l'incision. Peu de bile dans la vésicule. Ailleurs, rien de particulier.

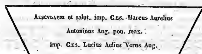
Voilà, nous le répétons, le type de l'encéphalite générale à la période d'irritation. Peu importe pour notre objet qu'elle ait été primitive ou consécutive; il serait facile de faire ici la part des phénomènes d'expression propres à la méningite d'une part et d'autre part à la cérébrite : dans la première catégorie nous placerions le délire, l'agitation, les convulsions; dans la seconde, la contracture des membres, le spasme tétanique, l'insensibilité générale, les urines involontaires; pour signes communs aux deux affections, nous aurions l'injection de la face, le changement des pupilles, la chaleur de la peau, l'état fébrile, etc. Cette analyse symptomatique met au jour, ce nous semble, les principaux caractères fondamentaux de l'une et de l'autre affection, et les motifs qu'on peut avoir de diagnostiquer l'une ou l'autre. Elle sert d'introduction naturelle à ce qui va suivre et justifie par avance le diagnostic porté dans les cas suivans.

§ III. — MÉNINGITES.

Nous avons recueilli onze observations désignées sous ce titre. Dans trois la guérison a eu lieu, huit ont été suivies de mort. Comme nous avons ici pour but de justifier complètement le diagnostic, nous rapporterons

---

(Sur la frise du temple.)


AESCVLAPIO et salut. imp. CAES. Marcus Aurelius
Antoninus Aug. pon. max.
imp. CAES. Lucius Aelius Verus Aug.

Malheureusement, dans cette partie de son voyage, M. Baudouin n'a pas eu connaissance de la tribu de Néardie, sur laquelle de nouveaux renseignemens seraient si précieux pour l'histoire et la philosophie. Shaw en parle en ces termes :

« Je ne dois pas quitter les montagnes d'Auress sans remarquer que ceux qui les habitent ont un air et une physionomie différente de leurs voisins. Leur teint, loin d'être basané, est au contraire blanc et rose, et leurs cheveux sont d'un jaune foncé, au lieu que ceux des autres Kabyles sont tout noirs. Ces singularités nous font croire, quoique ces gens soient Mahométans et qu'ils parlent la langue des Kabyles, qu'ils sont, sinon la tribu dont parle Procope, du moins quelque reste des Vandales, lesquels, bien qu'ils eussent été chassés de leurs forteresses et dispersés parmi les familles africaines, trouvèrent cependant moyen, dans la suite, de former des corps de leur nation; et de se rétablir dans quelques quartiers. »

Bruce, qui visitait les monts Auress environ trente ans plus tard, dit :

« Je vis en cet endroit, à mon grand étonnement, une tribu d'Africains qui, si je ne puis pas dire qu'ils étaient beaux comme des Anglais, avaient du moins le teint plus clair que les habitans du midi de la Grande-Bretagne. Ils avaient aussi les cheveux roux et les yeux bleus. Indépendans et même sauvages, ils ne se laissent approcher ni aisément, ni sans danger. Cette tribu porte le nom de Neardie. Les gens qui en sont portent chacun entre les deux yeux une croix grecque qu'ils se font avec de l'antimoine. Ils sont Kabyles. Quoique vivant en troupes, ils ont dans les montagnes des huttes qu'ils appellent daskras, et qui sont construites avec de la boue et de la paille. Ils diffèrent en cela des Arabes, qui n'habitent que dans les plaines et sous des tentes. J'imagine que ce peuple est un reste de Vandales. Ils m'avouèrent, avec grand plaisir, que leurs ancêtres étaient chrétiens (1). »

M. Baudouin n'a pas eu connaissance non plus, dans ses voyages sur les confins du Belad-el-Djerid, de la tribu mentionnée par Procope, et qui reconnaissait peut-être la même origine que celle des Néardie, si elle n'était pas cette tribu elle-même, qui aurait changé de lieu. Voici ce qu'en dit Procope, parlant d'Orthaias, dont les sujets habitaient la partie occidentale de l'Aurasius, et qui s'était joint à l'armée de Salomon, lieutenant de Bélisaire :

(1) VOYAGES AUX SOURCES DU NIL, etc., par M. James Bruce, traduit de l'anglais, Introd. Paris, 1790.

de préférence ceux qui appartiennent à la seconde catégorie; et comme les symptômes caractéristiques ont été à peu près les mêmes dans tous, nous nous bornerons à détailler ceux qui ont offert quelques circonstances particulières.

On sait combien sont fréquentes les complications de phlegmasies séreuses dans l'arthrite rhumatismale; à cet égard, la péricardite et la pleurésie occupent le premier rang. Dans l'observation qui va suivre, c'est la méningite qui est venue compliquer une arthrite dont le diagnostic fut assez obscur; mais les détails de l'autopsie peuvent jeter quelque jour sur la nature si contestée du rhumatisme articulaire.

ARTHRITE RHUMATISMALE; ÉRYSIPÈLE PHLEGMONEUX; MORT.

Obs. III. — Un homme de moyen-âge et d'assez belle constitution est apporté à la clinique, dans la journée du 27 mai 1838. Ceux qui l'accompagnent racontent qu'il se trouvait indisposé depuis quelque temps; mais qu'il continuait à travailler, lorsqu'il y a cinq ou six jours il fut affecté d'un gonflement avec rougeur au pouce de la main droite. On applique quatre sangsues. Au bout de deux jours, l'inflammation du pouce disparait en même temps que se manifestent des symptômes cérébraux: agitation, délire. On fait une saignée, puis une application de sangsues aux oreilles. Les symptômes cérébraux diminuent et l'inflammation reparait au pouce, s'étend avec rapidité à l'avant-bras, puis au bras, qui deviennent rouges et considérablement tuméfiés; cependant le délire persistant et devenant même plus considérable, on porte le malade à l'hôpital, où l'élève applique quinze sangsues sur le bras affecté.

Le soir, le délire augmente, le malade veut se lever; les yeux sont hagards, les pupilles dilatées. (Vingt sangsues derrière les oreilles; poudre de calomel et de magnésie, de chaque, deux grains d'heure en heure.)

Le 28, nous le voyons pour la première fois: face colorée, anxieuse; yeux égarés, pupilles dilatées, délire continuel mais assez paisible. Le malade ne répond pas aux questions qu'il ne parait pas même entendre. Pouls fréquent, assez dur, peu développé. Tout le membre supérieur droit est rouge et très gonflé. Bien que cet état nous paraisse des plus graves, nous tentons une forte application de sangsues (cinquante) sur le bras, point de départ de la méningite. (Continuer le calomel, catapl. sinap., limon. tartar.) Le malade expire dans la journée.

Nécroscopie, 20 heures après la mort.

Cavité encéphalique. Méninges injectées, notablement épaissies; un peu de sérosité trouble à la superficie. Quelques onces d'un liquide rougeâtre s'écoulent du canal rachidien. Point de sérosité dans les ventricules. Substance cérébrale assez ferme, légèrement et généralement piquetée de rouge (sablée).

Cavité thoracique. Rien de particulier.

Cavité abdominale. Estomac fortement injecté et piqueté de rouge. Les plaques de Peyer sont apparentes, non enflammées.

Membre malade. Rougeur et tuméfaction moins prononcées que pendant la vie. Le tissu cellulaire sous-cutané est notablement infiltré de sérosité rougeâtre et présente dans quelques points de petits foyers purulens. Du pus existe aussi sous l'aponévrose, dans l'interstice des muscles. Sous le biceps existe un clapier qui fuse jusqu'au creux de l'aisselle. Les articulations phalangienne et métacarpo-phalangienne du pouce étant ouvertes, les surfaces articulaires apparaissent fortement colorées en rouge. Le scalpel les entame avec facilité. Ces articulations ne contiennent point de synovie; la rougeur s'étend aux capsules tendineuses et au tissu cellulaire environnant jusqu'à la peau. Les articulations des autres doigts ne présentent rien de semblable.

Voici donc un cas de méningite *métastatique* d'une arthrite point de départ, également, d'un érysipèle phlegmoneux. Ces circonstances et surtout la dernière militent puissamment, ce nous semble, pour la nature *inflammatoire* du rhumatisme. Le seul moyen d'échapper à cette induction serait de nier le caractère rhumatismal et d'envisager l'arthrite comme traumatique, ce qui paraît insoutenable, car il n'est mention d'aucun accident éprouvé par le malade; l'arthrite par cause mécanique se complique d'ailleurs très rarement de phlegmasies internes.

Revenons à la méningite. Nous ferons remarquer que l'inflammation siégeait spécialement dans la pie-mère qui était injectée et sensiblement épaissie. Or, pour nous, la pie-mère est exclusivement le siége de la méningite; nous ne faisons en cela que partager l'opinion de graves autorités sur la matière (Meckel, Rihes, Cruveilhier, Rudolphi, etc.). Cette donnée anatomique peut seule d'ailleurs expliquer les symptômes cérébraux, la pie-mère pénétrant dans les sinuosités des circonvolutions, envoyant des vaisseaux à la pulpe cérébrale et lui communiquant ainsi l'irritation dont elle est le siége. On a vu que le cerveau présentait un piqueté sanguin, et c'est ce qui s'observe, avons-nous dit, dans la grande majorité des cas de méningite. Mais cette lésion cérébrale était légère en comparaison de celle des méninges; aussi l'expression symptomatique de la maladie a-t-elle révélé la prédominance de celle-ci.

Le cas suivant va nous offrir la méningite sous une autre forme anatomique et compliquée de certains états qui pouvaient jeter de l'obscurité sur le diagnostic.

MÉNINGITE HÉMORRAGIQUE; PNEUMONIE; MORT.

Obs. IV. — Louise Bon, âgée de 45 ans, de constitution détériorée, est apportée à la clinique le 27 mars 1837. Nous ne pouvons recueillir aucun renseignement sur le début et la marche de la maladie: facies rouge et turgescent; yeux fixes, hagards; membres agités d'un tremblement général. Sans offrir de délire ni de coma bien manifestes, la malade ne répond pas aux questions qu'elle ne parait pas même comprendre; elle marmotte entre ses dents. On la suppose dans un état d'ivresse. Elle passe la nuit paisiblement et paraît dormir.

Je la vois le 28. Mêmes symptômes que la veille. Point de paralysie ni de contracture des membres; quelques soubresauts dans les tendons. Abdomen volumineux, légèrement météorisé. Lorsqu'on presse sur les flancs, les traits expriment la douleur. Notre attention ne se porte pas vers le thorax. (Saignée, sinapismes aux jambes, compresses froides sur le front, lavement laxatif.)

La malade expire le lendemain dans un état comateux.

Nécroscopie, 24 heures après la mort.

Cavité encéphalique. Epaississement opalin de l'arachnoïde principalement sur la partie antérieure de l'hémisphère gauche; plus en arrière, du même côté, injection considérable des méninges avec transsudation sanguine: le sang épanché et coagulé forme un feuillet d'une ligne d'épaisseur et de trois pouces environ de largeur en tous sens. Cerveau consistant, assez fortement sablé. Peu de sérosité dans l'arachnoïde et dans les ventricules.

Cavité thoracique. Poumons adhérens aux côtes; le lobe inférieur du poumon gauche est fortement engoué, friable, granuleux, hépatisé dans quelques points. Le poumon droit n'offre que de l'engouement hypostatique. Cœur à l'état normal.

Cavité abdominale. L'estomac et les intestins offrent des arborisations et des plaques rouges disséminées. Du reste, rien de particulier.

Ici notre embarras fut assez grand pour établir le diagnostic. Procédant par voie d'exclusion et considérant l'absence de paralysie et de contracture, nous éloignâmes l'idée d'apoplexie et de ramollissement; restaient la méningite et la congestion cérébrale; l'état de sub-délire et de semi-coma militaient pour l'une comme pour l'autre. L'histoire de l'invasion et de la marche de la maladie pouvait seule nous éclairer à cet égard,

---

« Je tiens de ce chef maure, dit Procope, qu'au-delà de son pays s'étend un vaste désert, et que les peuples voisins de ces solitudes ne sont pas basanés comme les Maures, mais sont blancs de teint et blonds de cheveux (1). »

Aucune peuplade blanche n'existait donc dans les monts Auress du temps de Procope. En admettant que les peuples dont il parle soient des restes de Vandales, ce qui est assez vraisemblable, on peut supposer que ces peuples, après avoir été refoulés jusque dans le désert, par suite de leurs guerres, se seront rapprochés de leurs anciens foyers, dans des temps meilleurs, et se seront fixés dans les monts Auress, où ils seront demeurés depuis.

Il existe dans ce moment à Bougie une femme qui pourrait bien descendre de ces peuples. Cette femme, jeune encore, et dont les ancêtres habitaient les montagnes de l'intérieur, a la peau très fine et très blanche, les yeux bleus, de très belles dents, les cheveux blonds et très longs. Elle est mariée à Sidi-Hamet, l'iman des mosquées, dont elle a trois enfans qui lui ressemblent sous tous les rapports.

J'ajoute que, dans le Maroc, on rencontre encore plusieurs tribus dont les femmes portent, soit sur le front, le menton ou la poitrine, une croix semblable à celle des Néardiens. Chénier, à qui nous devons la connaissance de ce fait, pense que « ces tribus descendent de celles qui étaient autrefois sous la dépendance des chrétiens, et qui, pour se soustraire à la taxe que payaient les Maures, se faisaient imprimer une croix sur le corps, afin de passer pour chrétiens. » Mais, sans doute qu'on pourrait supposer aussi qu'elles reconnaissent la même origine que les Néardiens, et, ce qui serait assez propre à étayer cette opinion, c'est que Chénier nous apprend encore à leur sujet, savoir: qu'étrangères aux localités qu'elles habitent, elles y sont arrivées venant du côté de Tunis. L'époque à laquelle se fit cette émigration jetterait sans doute un nouveau jour sur la question; mais l'auteur nous la laisse ignorer.

Une maladie commune dans l'Atlas consiste en des engorgemens sous les mâchoires, à la partie supérieure du sternum, aux différentes articulations des membres, notamment à celles du coude, du genou et du pied. Lorsque ces engorgemens s'abcèdent, il en sort un liquide séreux comme de l'eau. Au fond des plaies se voient souvent des portions d'os, dénudées et noires, qui, après un temps plus ou moins long, finissent par se détacher. Alors les malades guérissent. On reconnaîtra sans peine, dans cette maladie, une affection scrofuleuse, dont il n'est pas rare de voir des exemples parmi les Arabes de l'intérieur, qui fréquentent nos villes du littoral.

Une maladie non moins commune, non seulement dans l'Atlas, mais encore dans le Belad-el-Djérid, est le frambœsia à gros boutons (1), que M. Baudouin a de suite reconnu dans un portrait que nous lui mîmes sous les yeux; il représentait un Turc qui en était atteint (2).

(1) Recherches historiques sur cette partie de l'Afrique septentrionale connue sous le nom de Régence d'Alger, ouvrage publié par l'Académie des inscriptions et belles-lettres.

(1) Dit pian des Moluques, *mycosis framboesioides*. Alibert.

(2) Ce portrait a été envoyé à l'Académie de médecine, avec d'autres dessins qui se rattachaient à la même maladie.

et ces détails nous manquaient; aussi restâmes-nous sur la réserve, et la nécroscopie justifia notre prudence, puisque ces deux états se trouvaient combinés. Quant à l'hémorragie, elle était trop peu considérable pour donner lieu à des phénomènes de compression. Ce n'était point là l'apoplexie méningée de M. Serres; c'était une méningite hémorragique. Or la méningite hémorragique a-t-elle des signes propres? Non, car les symptômes sont les mêmes, que ce soit de la sérosité ou du sang qui soient épanchés. La pneumonie fut sans doute pour quelque chose dans la catastrophe; nous regrettons peu néanmoins de l'avoir méconnu; cependant c'est une faute.

On rencontre souvent dans la pratique de ces faits complexes qui semblent bouleverser le diagnostic et dont, au contraire, l'analyse raisonnée confirme les lois de la pathologie; nous en verrons d'autres preuves. Dans les cas pareils s'abstenir n'est pas se tromper lorsque surtout, comme dans le cas actuel, la thérapeutique ne peut en souffrir.

Dans l'observation suivante que nous recommandons expressément à l'attention du lecteur, car elle comporte un progrès, nous le croyons, l'erreur, nous en convenons, fut complète, mais elle était inévitable, et cette erreur pourra servir d'avertissement à l'avenir.

MÉNINGITE SIMULANT L'APOPLEXIE; MORT; COMPRESSION PAR ÉPAISSISSEMENT PARTIEL DES MÉNINGES.

OBS. V. — Bittmann, âgé de 60 ans, de constitution détériorée, est apporté à la clinique le 20 avril 1828. On nous rapporte que cet homme était habituellement maladif, toussait depuis longtemps et vaquait néanmoins à ses occupations, lorsqu'il y a deux jours, il fut trouvé dans son lit offrant l'état où nous le voyons : maigreur, décubitus dorsal, expression d'anxiété sur la physionomie, yeux fixes, chassieux; respiration haute, stertoreuse; un peu de toux; il avale ses crachats. Pouls petit, assez fréquent; peau fraîche et humide. On ne peut tirer aucune réponse du malade qui paraît entendre à peine. Les membres du côté droit sont complètement paralysés; ceux du côté gauche conservent leurs mouvemens. Il ne peut tirer la langue. La sensibilité est généralement obtuse au pincement; râles thoraciques. Abdomen naturel. A cet ensemble de symptômes, nous croyons pouvoir annoncer une apoplexie sanguine dans l'hémisphère gauche du cerveau. (Sinap. aux jambes, lavement laxat. émoll.)

Après quelques alternatives de mieux et de plus mal, le malade expire le 23, troisième jour de l'entrée, le cinquième jour, soi-disant, de l'invasion.

NÉCROSCOPIE, 22 heures après la mort.

CAVITÉ ENCÉPHALIQUE. Les os du crâne sont d'une minceur remarquable. Lorsqu'on incise la dure-mère, il s'écoule environ quatre cuillerées de sérosité trouble. La pie-mère est injectée et considérablement épaissie par l'infiltration d'une substance gélatineuse très consistante. Cet épaississement est principalement marqué sur l'hémisphère gauche où il offre six à sept lignes et envoie des prolongemens qui pénètrent entre les circonvolutions, lesquelles sont aplaties et comprimées en tous sens. La substance cérébrale est généralement sablée. On ne rencontre aucune trace d'épanchement sanguin. Point de sérosité dans les ventricules.

CAVITÉ THORACIQUE. Adhérences anciennes entre les plèvres. Les poumons, à la base et en arrière, sont affectés d'engouement hypostatique; leur sommet est farci de tubercules à divers degrés. Les bronches sont gorgées de mucus puriforme, etc.

CAVITÉ ABDOMINALE. Rien de particulier.

Hémiplégie survenue subitement au dire des porteurs; perte de connaissance, point de contracture, ne sont-ce pas là les signes essentiels de l'apoplexie? oui, sans doute; mais ce sont plus directement les symptômes de la compression d'un hémisphère; or, au lieu d'être produite par du sang, cette compression résultait d'un épaississement circonscrit des méninges. Cette particularité rend tout à fait improbable la circonstance d'invasion subite; nous avons été induits en erreur à cet égard, et c'est pourtant ce qui a décidé le diagnostic apoplexie; la méningite avec épanchement produit la paralysie générale. Je ne connais pas d'observation de méningite aiguë où l'hémiplégie ait été produite par un épaississement circonscrit des méninges; or ce fait est désormais constaté. C'est une cause de compression locale à joindre à celles déjà connues.

Donc nous nous sommes trompés ou plutôt nous avons été trompés. Si nous avions pu suivre la marche antérieure de la maladie nous eussions certainement porté un autre diagnostic, ce qui ne veut pas dire que nous nous fussions fait une juste idée de l'altération réelle; car il s'agit ici d'un cas exceptionnel qui, tout extraordinaire qu'il est, n'offre cependant rien que de conforme à la pathologie rationnelle.

Le cas suivant n'est pas sans analogue dans la science; pourtant quelques scrupules nous restent sur l'exactitude de nos investigations, les caractères nécroscopiques offrant beaucoup de désaccord avec les symptômes; néanmoins, nous le produisons tel quel.

SYMPTÔMES DE RAMOLLISSEMENT; MORT; SIMPLE MÉNINGITE.

OBS. VI. — Diebold, âgé de 43 ans, d'assez forte constitution, intelligence obtuse, sort de la maison de refuge pour entrer à la clinique en décembre 1836. Il se plaint alors de céphalalgie sincipitale, sifflement dans les oreilles, douleurs et faiblesse dans les extrémités inférieurs, datant de plusieurs années. Les autres fonctions sont normales. Un jour, il se présente offrant une contracture des doigts et des poignets, lesquels sont fortement fléchis et bizarrement contournés; il y éprouve des fourmillemens. Il rapporte avoir souvent éprouvé cet accident qui, du reste, se dissipe spontanément en peu de jours. Bien que nous soupçonnions la simulation nous prescrivons : saignée de douze onces, orge émétisé, pédil., sinap.

La contracture disparaît promptement; mais après quelques jours elle se manifeste aux mâchoires que le malade peut à peine entr'ouvrir; les autres fonctions sont normales. La singularité de ces accidens, moins pourtant que les antécédens du malade, nous fait supposer qu'il nous trompe et nous le renvoyons.

Il se représente quelques semaines après, le 2 mars, avec cette même contracture des membres supérieurs dont nous avons parlé; les quatre derniers doigts des deux mains sont en demi-flexion, les pouces fortement fléchis dans la paume des mains; celles-ci sont elles-mêmes demi-fléchies sur les avant-bras, et ceux-ci sur les bras. On emploie beaucoup de force pour étendre ces parties, le malade n'opposant aucune résistance et n'accusant point de douleur. Il se plaint de céphalalgie, de tintemens d'oreilles. Intelligence nette, point de paralysie; les jambes sont légèrement œdématiées. Bain émoll., opium 1 grain.

Les jours suivans, la contraction diminue; l'œdème augmente; il s'étend aux cuisses, au scrotum. Chiend. nitré, pilules laxat., frict. de teint. de scille et digit.

Le 12 mars, la contracture des membres supérieurs augmente de nouveau; il survient de la rigidité dans les mâchoires. Quinze vent. scarif. aux tempes.

Le 13, la contracture a disparu. Intelligence et mouvemens libres; l'œdème persiste. Diurétiques.

Le 19, du délire est survenu tout à coup dans la nuit; il persiste ce matin; la contracture des mains et des avant-bras est reparue telle que nous l'avons décrite; les autres articulations offrent de la raideur; les extrémités sont froides. Yeux hagards, roulant dans leurs orbites; pupilles également contractées; le malade ne répond aux questions que par quelques mots sans suite; il agite sa tête et pousse des gémissemens; il ne sent pas lorsqu'on le pince. Un flacon d'ammoniaque placé sous le nez ne détermine aucune contorsion. Respiration

---

Ainsi que je l'ai dit ailleurs, cette maladie est connue des Arabes sous le nom de *douny*; mais ceux d'entre eux qui la confondent avec la syphilis la désignent sous le nom de grande maladie. Elle se présente quelquefois sur le littoral, où nous en avons déjà vu plusieurs exemples remarquables, entre autres un à Bône, en 1835, chez un fou, qui passait pour saint (1), et dont j'ai donné l'observation au conseil de santé des armées. Les médecins européens qui se trouvaient à Alger avant notre occupation l'observaient assez fréquemment parmi les noirs que le commerce de la traite amenait de l'intérieur, notamment de Tomboctou (2).

Le traitement qu'on lui oppose dans l'Atlas et le Belad-el-Djérid consiste, comme sur le littoral, dans une diète qui doit durer quarante jours (3). Durant tout ce temps, on prive de sel le peu d'alimens qu'on accorde au malade.

(1) Les aliénés sont respectés par les Arabes, qui les considèrent comme des êtres bien heureux, des saints.

(2) M. le baron Larrey ne voit, dans cette maladie, qu'une syphilis dégénérée, se fondant principalement sur ce que les meilleurs moyens à lui opposer sont aussi ceux qui lui réussissent le mieux dans les syphilis passées à l'état chronique.

(3) On donne à cette diète le nom de diète de Ramadan, parce que, dans le Ramadan, qui est le carême des musulmans, on jeûne pendant quarante jours.

Que penser de ce traitement? Le docteur Méardi (1), qui en a été témoin, assure que le mal disparaît bien sous son influence, mais qu'il revient dès que le corps commence à reprendre de l'alimentation, de sorte qu'il ne voit, dans la guérison momentanée qui en est le résultat, qu'un phénomène analogue à celui que toute l'économie offre en même temps, et qui consiste dans un amaigrissement général, un affaissement de toutes les parties. Nul doute que bien des personnes ne partagent cette opinion du docteur Méardi.

Quoi qu'il en soit, il est digne de remarque que le traitement du pian par la diète est aussi celui que les Indiens d'Amérique employaient du temps de Coréal, dans la même maladie (2). « Les pians, dit cet auteur, sont une espèce de vérole. Les sauvages font faire une très rude diète à leurs malades, jusqu'à ce qu'ils n'en puissent plus. Ils disent, pour raison, qu'ils tuent le mal par la faim. Cependant, quand le malade est presque épuisé, ils lui donnent à manger (3). »

Les habitans de l'Atlas, ceux du Belad-el-Djérid et de tout l'intérieur de l'Afrique connaissent l'inoculation depuis un temps immémorial. Ils la pratiquent entre l'index et le medius, à l'aide d'un instrument piquant, dont ils

(1) Chirurgien en chef de l'hospice civil, attaché au consulat de Sardaigne, avant notre occupation.

(2) Le pian d'Amérique, que nous avons souvent observé aux Antilles, ne paraît différer de celui d'Afrique que par le moindre volume des pustules.

(3) VOYAGES DE FRANÇOIS CORÉAL AUX INDES OCCIDENTALES, etc. Paris, 1785.

difficile, entrecoupée; pouls fréquent et petit; selles involontaires. On applique à la nuque deux moxas dont le malade ne paraît pas avoir la sensation. Sinap. aux jambes; pot. antispasmod.

Dans la journée, il survient du râle avec cyanose; mort le soir.

NÉCROSCOPIE, 36 heures après la mort.

CAVITÉ ENCÉPHALIQUE. Crâne assez régulièrement conformé; boite osseuse d'une épaisseur notable. Sur la convexité des hémisphères, les méninges sont sensiblement épaissies et présentent des plaques opalines dans une étendue de plusieurs pouces. La pie-mère est généralement injectée. La pulpe cérébrale est assez consistante, légèrement sablée. Nous ne découvrons nulle part de tumeur, de ramollissement de lésion organique quelconque dans le cerveau, le cervelet, la protubérance, la moelle allongée et la moelle épinière. Il existe très peu de sérosité dans les ventricules et à la base du crâne.

CAVITÉ THORACIQUE. Poumons adhérens aux côtes, mais sains, sauf un peu d'engouement hypostatique. Cœur assez volumineux, sans altération appréciable.

CAVITÉ ABDOMINALE. Quelques réseaux d'injection dans le tube digestif. Les autres organes sont à l'état normal.

Dans cette curieuse observation, le diagnostic probable, celui que nous établîmes, indiquait une lésion organique ancienne, une tumeur peut-être, produisant autour d'elle un peu de ramollissement, cause de l'engourdissement et de la contracture intermittentes. Quant à la catastrophe, elle s'expliquait par la recrudescence du ramollissement, et l'invasion d'une encéphalite ultime. Nous avons trouvé l'encéphalite, ou du moins la congestion, mais de production et de ramollissement point; et, à leur place, des vestiges de méningite chronique, manifestée par l'épaisissement et l'état opalin des membranes à la convexité des hémisphères.

Eh bien! quelque explicites que soient les détails de l'autopsie faite en présence de nombreux témoins, nous nous demandons encore si rien ne nous est échappé. Les amateurs du merveilleux y mettraient moins de façons; mais nous qui pensons que la nature est conséquente dans ses manifestations, nous aimons mieux croire à une erreur de notre part que de la sienne. Nous prions le lecteur de rapprocher ce fait des observations X et XVIII.

Parmi les phénomènes ordinaires dans la méningite aiguë, selon la plupart des observateurs et d'après les chiffres de M. Andral lui-même, se trouvent le mouvement fébrile, la coloration de la face, et autres signes d'excitation circulatoire. Or, l'absence de ces symptômes capitaux a jeté longtemps de l'obscurité sur le diagnostic dans le cas suivant.

MÉNINGITE SANS FIÈVRE; MORT.

OBS. VII.—Burkart, âgé de 50 ans environ, de constitution grêle et détériorée, cloutier, est apporté à la clinique le 5 avril 1838. Les personnes qui l'accompagnent rapportent qu'il est d'une assez faible santé; qu'il n'a jamais présenté de symptômes d'aliénation. Il y a dix jours environ qu'il éprouva du frisson, du malaise, auxquels succédèrent de la chaleur et une vive céphalalgie qui l'obligèrent à s'aliter. Bientôt apparurent du délire et de l'agitation. Plusieurs fois le malade a tenté de se précipiter par la fenêtre.

ETAT ACTUEL. Facies pâle, agité de mouvemens spasmodiques bizarres; yeux fixes, non injectés; regard stupide; pupilles contractées. Le mouvement et la sensibilité sont conservés. Le malade porte fréquemment la main sur sa tête, et renouvelle souvent l'action de se moucher, bien que les narines soient libres. Il agite constamment ses membres; on ne peut obtenir de lui aucune réponse. Emoll.; sinap. aux jambes.

Le 6, état de la veille, alternatives d'agitation et de délire tranquille. On nous dit qu'il a mangé une partie de ses sinapismes puisqu'il a vômi. Le pouls est à peu près normal. Les organes thoraciques et abdominaux n'offrent rien de particulier. Nous diagnostiquons : méningite de moyenne intensité. Douze sangsues aux oreilles, lav. purgat.; vésic. aux mollets.

Le 7, l'intelligence paraît un peu revenue : le malade tire la langue lorsqu'on l'en prie. Elle est humide et rosée; grimaces continuelles. Le délire, paisible, porte sur les choses relatives au métier du malade. Ce délire, vu l'absence de fièvre, de chaleur, de coloration, paraît plutôt nerveux qu'inflammatoire. Limon. de tamarins; lav. laxat.; opium 1 grain.

Le 8, un peu de sommeil pendant la nuit; regard hébété; pouls lent; extrémités froides. Les gesticulations persistent, malgré le calme apparent. Soupçonnant avoir peut-être affaire au *delirium tremens*, nous augmentons la dose d'opium (4 grains). Solut. de gomme; bouillon.

Le 10, il y a eu hier de la somnolence avec carphalogie (il n'avait pris que 2 grains d'opium). Ce matin, il est plus éveillé, mais ne répond pas. Abdomen tuméfié, douloureux. On perçoit le globe vésical où passe la sonde, qui amène un litre d'urines normales. Solut. de gomme; vésicat. aux mollets.

Les jours suivans, la stupeur reparaît; la paralysie reste toujours bornée à la vessie. Le pouls est toujours calme. On reconnaît qu'une escarre se forme au grand trochanter droit. Malgré les dérivatifs internes et externes, le malade s'éteint le 13.

NÉCROSCOPIE, 36 heures après la mort.

CAVITÉ ENCÉPHALIQUE. Os du crâne assez minces; méninges fortement injectées. A la partie antérieure et supérieure de l'hémisphère gauche sous l'arachnoïde, épanchement en nappe mince de lymphe plastique passant à l'état de pus. La base de l'hémisphère droit est tapissée d'une exsudation pseudo-membraneuse qui unit les lobes entre eux. Quelques cuillerées de sérosité dans les ventricules. La substance cérébrale est ferme, un peu sablée; la voûte à trois piliers paraît sensiblement ramollie.

CAVITÉ THORACIQUE. Quelques adhérences des plèvres, quelques tubercules au sommet des deux poumons qui sont sains du reste. Cœur normal.

CAVITÉ ABDOMINALE. Adhérences anciennes entre les circonvolutions de l'intestin grêle; quelques rougeurs sur la muqueuse intestinale. Vessie distendue par les urines adhérente à la paroi intérieure de l'abdomen; la muqueuse vésicale est épaissie et fortement injectée.

Dans ce cas, les phénomènes de réaction ont existé probablement dans le principe; mais à l'époque où nous avons vu le malade, l'absence de fièvre, la pâleur générale, la lenteur et la faiblesse du pouls rendaient douteuse la méningite que pourtant nous avons reconnue; plus tard, il est vrai, nous avons soupçonné le delirium tremens, et ce n'est que lorsque la vessie s'est paralysée que nos idées se sont rectifiées. N'est-il pas remarquable pourtant que cette paralysie se soit bornée au réservoir urinaire? Voilà donc un délire sans fièvre; or, c'est ainsi que l'aliénation mentale est définie par quelques auteurs. Cette définition est vicieuse, ou du moins incomplète, puisque la méningite franche peut exister sans fièvre.

Notre incertitude a pu être préjudiciable au malade; car elle nous a empêchés d'insister sur les antiphlogistiques directs. Cependant, nous aimons à croire que la maladie était trop avancée pour laisser beaucoup d'espérance.

« Ce serait rendre un grand service aux praticiens, dit M. Cruveilhier, que de leur donner des signes certains à l'aide desquels ils puissent, dans tous les cas, distinguer le délire idiopathique du délire symptomatique. » (ANAT. PATHOL., in-folio, fièvre typh.) Ce n'est pas pour résoudre cette difficulté, mais bien plutôt pour la faire ressortir, que nous rapportons l'observation suivante où nous sommes restés jusqu'au bout incertains sur le siége réel de la maladie.

---

prennent assez peu de soin (1). L'ancien gouverneur de Constantine, ben-Haïssa, et son fils, nous faisaient voir dernièrement, à Alger, les cicatrices qu'ils portent par suite de cette opération.

Les différens peuples dont nous parlons recourent quelquefois à la saignée. La tête et les pieds sont les parties où ils la pratiquent le plus ordinairement. Pour saigner à la tête, ils serrent le cou à l'aide d'une corde en poil de chameau, la même dont ils se servent pour faire leur turban, et de manière à déterminer une forte turgescence de la face; cette turgescence obtenue, ils incisent la veine qui passe au-dessus de la racine du nez. C'est ainsi que M. Baudouin lui-même a été saigné, en juillet 1835, dans la vallée de l'Ane, où il était tombé malade.

Pour la saignée du pied, ils serrent fortement la jambe, au-dessous du genou, aussi par le moyen de la corde de leur turban, jusqu'à ce que la partie soit suffisamment tuméfiée. Après quoi ils pratiquent un plus ou moins grand nombre d'incisions, sur le pied et sur le bas de la jambe, en dedans et en dehors.

L'hœmopis vorax (2) est très commun dans toutes les sources qui avoisinent l'Isser, mais notamment à Buschella, petit hameau de douze à quinze maisons. Les habitans redoutent beaucoup son introduction, pour eux comme pour les animaux, qui, malgré toutes les précautions, en sont souvent atteints. M. Baudouin ne se rappelle pas avoir rencontré cette annélide de l'autre côté de l'Atlas.

Les mangeurs de terre sont assez communs parmi les Issers; surtout chez les femmes. Nous reviendrons sur ces sortes de malades lorsque nous parlerons du Belad-el-Djérid, où ils sont encore plus communs.

(1) L'inoculation est aussi en usage parmi les peuplades de l'Egypte, ainsi que nous l'apprend M. le baron Larrey, qui nous a fait connaître en même temps leur manière de la pratiquer. CAMPAGNE D'EGYPTE.

(2) Il a été signalé pour la première fois chez l'homme lors du siége de Mahon, vers le milieu du siècle dernier. Depuis, M. le baron Larrey l'a observé en Egypte, chez un bon nombre d'officiers et de soldats, qui s'étaient désaltérés aux sources du désert. Il existe aussi dans le midi de l'Espagne, où nous l'avons vu en 1828, sur des chevaux de la division de Cadix, à la rentrée de cette division en France. Son siége le plus ordinaire, chez l'homme, sont les fosses nasales, l'arrière-gorge, mais notamment la partie postérieure du voile du palais. Il s'introduit quelquefois aussi dans le larynx : nous en possédons trois cas bien constatés. On l'a rencontré dans l'estomac des chevaux et sur la vulve des jumens; mais son siége le plus habituel, tant sur les chevaux que sur les autres animaux, tels que le chien, le mouton et l'espèce bovine, sont les différentes parties de la bouche, notamment le dessous de la langue.

(La suite au prochain numéro.)

SYMPTÔMES DE MÉNINGITE, PUIS D'AFFECTION TYPHOÏDE; GUÉRISON.

Obs.—Régina Wends, âgée de 25 ans, de constitution forte et sanguine, servante, entre à la clinique le 5 octobre 1836. Elle raconte avoir beaucoup travaillé, s'être refroidie, avoir éprouvé une suppression de règle et être indisposée depuis cette époque, qui date de trois semaines.

A son entrée, facies injecté; céphalalgie violente; bourdonnemens dans les oreilles, vision trouble; tendance aux lypothimies; pouls dur, accéléré; peau chaude. On ne découvre rien du côté de la poitrine ni de l'abdomen. Limon. tartar.; lav. émoll.; pédil. sinap.

Le 6, pendant la nuit, délire violent. Ce matin, exaltation dans la physionomie; loquacité; parole brève. Cependant elle répond juste. Pouls résistant, à 115; peau chaude et coloriée; petite toux sèche. Saignée de 15 onces; looch; lav. émoll. (La saignée offre un caillot volumineux, couënneux, consistant.)

Le 7, délire dans la nuit. Ce matin, face injectée; ouïe dure; réponses embarrassées; pouls résistant, à 120. Saignée de 10 onces; compresses froides sur le front, *ut supra*. (Caillot consistant, sans couënne.)

Le 8, délire nocturne. Ce matin, stupeur, réponses justes mais embarrassées; toux; expectoration muqueuse; râle muqueux disséminé dans le thorax; pouls vif et fréquent, à 128. Langue rouge; constipation; abdomen indolent.

Nous avions cru jusqu'ici à une irritation encéphalique, nous commençons à redouter la fièvre typhoïde à forme inflammatoire. Quinze sangsues sur la fosse iliaque droite; looch; lav. huileux.

Le 9, délire nocturne. Ce matin, pâleur, affaissement; réponses lentes mais justes; pouls moins dur, mais à 140; constipation; abdomen indolent. Douze sangsues derrière les oreilles; huile de ricin, 1 once; looch.

Le 10, délire moins intense mais continu; sourire hébété; crachats légèrement rouillés; thorax sonore; râles simplement muqueux et sibilans; pouls à 120, langue humide et rosée; selles naturelles. Lot. acid. sur les membres; sinap. aux jambes; looch.

Le 11, amélioration sensible, point de délire; crachats muqueux; constipation; pouls à 120, *ut supra*; lav. laxat.

Le 12, plus mal; sub-délire; affaissement; dyspnée; pouls, à 128. Dix sangsues aux oreilles; lotions acidulées; looch; lav. émoll.

Le 13, faiblesse; oppression (44 inspir.); pouls assez large, à 120. Saignée de 12 onces, sans couënne, *ut supra*.

Le 14, oppression diminuée; toux persistante; sonoréité; râles du thorax. Vingt vent. scarif. dans le dos; looch, etc.

Les jours suivans, l'amélioration se confirme; la toux et la fréquence du pouls persistent. Emplâtre stibié sur le dos; émolliens. Quelques jours après, ventouses scarif.; digitale à doses légères.

Le 25, sauf la faiblesse, la malade est très bien et mange le quart. Elle se lève le 30 et sort le 12 novembre.

La maladie a duré de 20 à 23 jours; elle a guéri sous l'influence de trois saignées générales et de cinq saignées locales secondées des émolliens.

Cette observation n'a pas besoin de longs commentaires : pour les anciens, c'eût été une fièvre inflammatoire, une phrénésie, peut-être une fausse péripneumonie. Nous hésitons, nous, entre une méningite et une fièvre typhoïde. Il est vrai qu'aucun phénomène significatif ne se manifeste du côté de l'abdomen, que l'observation ne fait pas mention de taches typhoïdes; mais on sait combien la marche de l'entérite typhoïde est parfois insidieuse. Les praticiens apprécieront notre embarras.

Dans ce qui précède, nous avons franchement confessé les difficultés du diagnostic dans certaines circonstances. Mais si l'on songe que sur les dix-neuf cas dont font partie les observations précédentes, nous n'avons erré que deux fois (obs. V et VI); que la prudence nous a commandé le doute quatre fois (obs. I, IV, VII, VIII); que dans ces derniers cas le diagnostic véritable ne nous a point échappé, à vrai dire, mais que l'incertitude n'a porté que sur des complications possibles; si l'on considère, en outre, qu'une seule fois (obs. VII), le doute a pu être préjudiciable au malade, eu égard aux moyens thérapeutiques à mettre en usage, les praticiens reprendront confiance dans le diagnostic, et reviendront un peu de la terreur qu'inspirent les livres où la pathologie de l'encéphale est représentée comme enveloppée d'obscurités impénétrables et de funestes écueils. Ces réflexions consolantes vont trouver, nous l'espérons, de nouveaux appuis dans ce qui va suivre.

(*La suite au prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 27 NOVEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. MOREAU.

La correspondance comprend :

1° Une lettre de M. H. Larrey qui réclame la priorité contre M. Rimbault sur l'invention de la scie présentée dernièrement par ce chirurgien.

2° Lettre de M. Geoffroy Saint-Hilaire sur les arrêts de développement. Voici le contenu de cette lettre :

Messieurs,

L'on a pris le change sur l'objet de ma lettre dernière, relative à M. Meckel. Je n'eus jamais le dessein de réclamer une préférence de priorité sur ce grand physiologiste : la tombe n'avait point de réplique à m'opposer, et il est de ces réserves délicates dont je me ferai toujours honneur de ne point m'écarter.

Alors, j'entendais seulement distinguer entre les opinions de Meckel et les miennes : dans le résumé qui a occupé l'Académie de médecine, l'on m'a paru les avoir placées sur le même rang, quand je les croyais diamétralement opposées.

Ce que j'avais voulu montrer, c'est ce point que quant à la genèse de la monstruosité, Meckel n'avait jamais conçu ni entendu reprendre et discuter le sens des célèbres débats au sein de l'ancienne Académie des sciences aux époques illustrées par Winslow et Lémery.

Vitia congenita, et cette autre expression, *in evolutione retardatio*, celle-ci conséquence de la première, ne comportaient dans la pensée de l'illustre Meckel que cette vue appliquée : *Germes vicieux dès l'origine et frappés subséquemment d'impuissance pour le développement que conditionnent les âges.* Ce que ce savant professeur pensait avoir seulement publié, soit dans son *Anatomie pathologique* (1812), soit dans sa brochure étendue (1815), paraphrase un peu prolixe de ce premier ouvrage, sous cet autre titre : *De duplicitate monstrosa commentarius*; c'était un traité d'érudition dans la manière allemande de ce temps, une compilation à peu près complète et raisonnée, pendant et avant notre âge, de tous les écrits sur les monstres ; à quoi il avait ajouté, comme œuvre à lui spéciale, une description anatomique et purement graphique des observations seulement alléguées et nullement justifiées par le savoir, la liaison et l'intelligence raisonnée des faits.

En cela seul s'était montrée la portée de Fréd. Meckel, reparaissant à Paris, au retour d'un voyage à Londres, quand il assista, le 19 mars 1821, dans le sein de l'Académie des sciences, à une lecture que je venais d'y faire, roulant sur les *faits anatomiques et physiologiques de l'anencéphalie.*

De moi, comme nous nous étions connus et condisciples dix années auparavant, il n'attendait que des études de pure zoologie. Ceci n'explique point toutefois qu'il dût venir *ex abrupto* sur moi, en affirmant que toute ma lecture existait dans ses ouvrages. Je manquais d'érudition, surtout à l'égard des écrits étrangers; c'était vrai; et je lui dis pénétré et avec amitié : *Seroit-ce possible? Employez un paragraphe, pour que votre réclamation soit rédigée à la suite de mon mémoire, je le respecterai et l'imprimerai.* Ceci eut lieu. Je garantis véritable ce fait historique (1).

Cependant, comment plus tard, en 1826, serais-je venu à redire que mon écrit du 19 mars 1821 renfermait au contraire toutes observations de moi acquises *de visu* et le scalpel à la main; et comment aurais-je constaté que mon savant condisciple différait d'une année à l'autre, encore plus à l'égard du sens général d'une rédaction originale, que sous le point de vue de la convenance réciproque de ses faits particuliers. Ce fut quand, à l'instigation du baron Portal, je fus ramené à de nouvelles et plus fécondes études sur la monstruosité. Voici dans quelles circonstances.

La grandeur sociale de ce grand maître le rendit le point de mire des amis et parens que depuis si longtemps il avait laissés derrière lui dans sa terre natale. Or, il existait à Montmiral (Tarn), une famille de la profession de médecin et portant le nom de Portal. L'un d'eux, d'un esprit vif et distingué, M. Vincent Portal, pense à rechercher le patronage de l'illustre médecin du roi, dont il se tient pour parent, bien que dans un degré très éloigné. Il adresse à cet effet au vénérable vieillard un mémoire étendu, soigné, roulant sur les forces vitales, qu'il considère de haut, qu'il énumère et qu'il discute avec une chaleur méridionale. L'écrit plaît à Paris : l'illustre parent qui le reçoit, sourit à l'idée de concentrer ses affections sur un jeune homme d'un mérite distingué qui porte son nom, et a la convenance de s'en faire un appui et un fils selon la science. M. Portal, bien connu pour accepter avec une vive ardeur toutes les vues qui pouvaient flatter sa personnalité, me recherche pour son confident. Il a hâte de savoir *si ce mémoire* sera digne d'honorables mentions de la part des Académies, et déjà cet écrit est recommandé et envoyé à l'examen d'une commission formée de MM. Delamarck, Boyer et Geoffroy-St-Hilaire.

Ce que, choisi pour rapporteur, j'aperçois d'abord dans une note, et comme dans un hors-d'œuvre du mémoire, c'est la mention de ce fait, que les pères de M. Vincent Portal possédaient des squelettes d'anencéphales, et que lui-même et son père venaient de donner des soins à une femme étant accouchée d'une semblable monstruosité. Je crus, dans les intérêts du jeune parent de Montmiral, devoir le porter au sacrifice de la partie brillante de son mémoire, et l'engager à s'en tenir aux proportions plus simples de ses études de l'anencéphalie.

Entré en correspondance avec le jeune médecin de Montmiral, je le trouvai docile et reconnaissant, et son mémoire me revint modifié et portant pour titre : *Sur quelques monstruosités humaines anencéphaliques.*

J'ai mis des soins et pris plaisir à écrire un rapport sur ce sujet, que je présentai de concert avec mes co-commissaires à l'Académie des sciences, le 5 février 1827; je m'en réfère à ce travail étendu, où sont précisément énoncés les sujets qu'il me paraît que l'on confond maintenant (Voyez la *Revue médicale* ou *Journal de clinique*, février 1827.)

Or, tel était à cette époque l'état de la question physiologique concernant la monstruosité : « *Les monstres sont-ils dès l'origine en voie de déformation? ou bien à un moment quelconque de la gestation seraient-ils les produits d'une catastrophe, qui change et modifie accidentellement l'action du nisus formativus?* » Meckel abondait dans ce premier sentiment; j'adoptai l'autre manière de voir.

Je vais emprunter à l'ouvrage classique de la *Tératologie* mon dire à ce sujet qui y a été inséré, et l'emprunter textuellement pour qu'on ne puisse penser que j'en aie altéré quelques parties. Or, voici dans ce traité, t. I, p. 77, la phrase dont je me suis servi : *Un monstre n'est qu'un fœtus sous les communes*

(1) Consultez la page 153 de ma *Philosophie anatomique*, tom. II.

conditions, mais chez lequel un ou plusieurs organes n'auraient point participé aux transformations successives qui forment le caractère de l'organisation régulière.

L'anatomie philosophique menait là comme à une déduction nécessaire de la théorie de l'unité de composition, ce qui finalement fit révéler la genèse de la monstruosité et donna naissance à une autre théorie secondaire, dite *retardement dans le développement*; ce fut précisément le point où Meckel et moi étions en dissentiment.

Je m'arrête ici pour ne point fatiguer. Il faudrait encore insister sur le point initial, où la cause venant à troubler l'ordre régulier du *nisus formativus*. De cette troisième vue, je me propose de traiter, mais à part dans un recueil consacré à la nature de ces recherches.

Recevez, Messieurs, etc.

3° Lettre et mémoire de M. Adorne, ex-chirurgien principal aux armées, relatifs au sujet suivant :

PILULES ANTICHLOROTIQUES.

On se rappelle que l'Académie de médecine avait donné son assentiment à la formule des pilules antichlorotiques de M. Blaud, et que plus tard elle avait reconnu qu'une autre formule proposée par un pharmacien de Paris, M. Vallet, et qui n'était qu'une modification de la première, lui était préférable. La différence entre ces deux formules consiste en ce que la préparation ferrée de M. Blaud s'altère à la longue, tandis que les pilules de M. Vallet ne sont pas sujettes à cet inconvénient. Tout en reconnaissant cependant la réalité de ce fait, beaucoup de praticiens et membres de l'Académie n'ont pas moins continué à donner la préférence aux pilules de M. Blaud, attendu que l'expérience clinique leur en a démontré l'utilité. M. Double, entre autres, a fait voir d'après ses propres observations que les pilules de M. Blaud sont aussi efficaces contre la chlorose lorsqu'elles sont anciennes que récentes.

Aujourd'hui M. Adorne vient établir dans son mémoire les propositions suivantes :

1° Les pilules de M. Blaud peuvent se rendre inaltérables en les couvrant d'un double enduit de poudre de gomme et de sucre porphirisé. Une boite de ces pilules préparées depuis le mois d'août et qu'il a présentée à l'Académie, démontre l'exactitude de cette proposition.

2° La formule de M. Blaud pourrait être heureusement modifiée de la manière suivante :

P. Sulfate de fer préparé d'après le procédé de Bonsdorff,
Sous-carbonate de potasse pur, ou mieux de soude pur.
Poudre de racine de guimauve et sucre, *ana* demi-once.
Mucilage de gomme arabique sucré, q. s.

Faites 96 pilules, et recouvrez-les d'une double couche de poudre très fine de gomme arabique et de sucre; aromatisez par quelques gouttes d'huile essentielle de citron, d'orange ou de menthe. On aura de la sorte des pilules d'un volume moins considérable que celles de M. Blaud, non sujettes à s'indurer ni à se décomposer chimiquement, et plus économiques que celles de Vallet; »

2° Que la formule dont a fait usage M. Vallet appartient à MM. Becker et Klauer de Mulhouse et se trouve consignée dans le vol. XIX, p. 129, du journal allemand intitulé ANNALEN DER PHARMACIE, et que ces pilules s'altèrent aussi à la longue comme celles de M. Blaud.

SUSPENSION DURANT LA VIE.

M. ORFILA : Dans la dernière séance, M. Devergie a lu une note relative aux signes de la suspension durant la vie; je me crois en devoir de préciser la valeur d'un de ces signes, attendu que son application pourrait avoir des conséquences fâcheuses. Je suppose qu'un homme éjacule à neuf heures du matin soit en se livrant au coït, soit par suite d'une spermatorrhée pathologique, d'une garderobe difficile ou autrement, et qu'il soit assassiné à dix heures, puis pendu; il est clair que s'il n'avait point uriné depuis l'éjaculation on trouvera du sperme et des zoospermes dans son urètre. Pourra-t-on déduire de là que l'homme a été pendu durant la vie? Une légère réflexion suffit pour faire comprendre de quelle valeur est le signe annoncé par M. Devergie. Je reviendrai sur ce sujet lorsqu'un rapport sera fait à l'Académie.

M. DESPORTES : L'objection que M. Orfila vient de faire a été prévue et discutée par l'auteur de la note : M. Devergie a fait voir que la présence du sperme ou des zoospermes dans l'urètre des pendus était toujours accompagnée de la congestion sanguine des corps caverneux et du gonflement du gland. Cette circonstance est, comme on le conçoit, d'une grande valeur; d'ailleurs M. Devergie n'a pas donné ces deux caractères comme absolus; ce sont deux signes qui, joints à ceux qu'on possédait déjà, peuvent aider à la découverte du crime. N'est-il pas évident que lorsque le pénis d'un pendu ne présente ni sperme ni congestion sanguine, on peut fortement présumer que la suspension a eu lieu après la mort? La médecine légale doit donc savoir gré à M. Devergie de l'observation qu'il vient de faire.

M. ORFILA : M. Devergie a annoncé deux nouveaux signes pour reconnaitre si la suspension a eu lieu durant la vie; j'ai dû pour le moment examiner la valeur du premier; j'apprécierai le second en temps et lieu.

Plusieurs voix : Ordre du jour.

ÉLOGE DE BROUSSAIS.

M. NACQUART lit un discours qu'il avait prononcé sur la tombe de Broussais au nom de l'Académie. Cette lecture a été écoutée avec beaucoup d'intérêt et couverte d'applaudissemens.

EFFETS THÉRAPEUTIQUES DU CHLORE.

M. DELENS lit un rapport favorable sur un travail manuscrit de M. Jolly, relatif aux effets du chlore dans le traitement de différentes maladies. L'auteur a employé ce médicament sous différentes formes, mais principalement à l'état de chlorure de chaux, soit liquide, soit solide. Dans la phthisie pulmonaire, ses effets n'ont pas été bien avantageux; mais dans les bronchites chroniques, les catarrhes obstinés, les coryza, les ulcères de la matrice, le cancer de cet organe, les diarrhées anciennes, le chlore a produit d'excellens effets. A la suite de ces faits, M. Jolly appelle l'attention sur deux effets remarquables du chlore : l'un physiologique, l'autre chimique. Le premier, c'est que pris par bouche, le chlorure de chaux produit l'abolition complète du goût, laquelle dure pendant plusieurs jours, et que l'auteur compare à celle qu'offrent certains aliénés. Le second, c'est que mêlé à du sucre en poudre, le chlorure de chaux produit une détonation avec dégagement de lumière. C'est chez un enfant à qui M. Jolly avait prescrit de ce mélange qu'il a observé pour la première fois ce phénomène.

M. le rapporteur accorde un très grand prix aux observations précédentes, et conclut en proposant des remerciemens à l'auteur, et l'insertion de son travail dans le bulletin des séances de l'Académie. (Adopté.)

VARICE ANÉVRISMALE.

M. Bérard fait un rapport sur l'observation suivante, adressée par M. Rufz d'Amérique.

Un mulâtre, âgé de 28 ans, a reçu dans une rixe un violent coup de bouteille à la face. Cinq mois après il présente une tumeur sanguine multilobulaire aux environs de l'oreille et à la tempe, entourée d'une multitude de veines fort dilatées. Cette tumeur offre une sorte de bruissement pareil à celui des varices anévrismales, lequel disparait par la compression de la carotide correspondante. Le sujet est d'ailleurs atteint de phthisie au troisième degré; cette circonstance n'a point permis d'entreprendre aucune opération.

Le rapporteur n'est pas tout à fait certain de la véritable nature de cette tumeur; il croit donc qu'il faut en attendre le complément fourni par l'autopsie, avant de la juger complètement. Il propose en attendant des remerciemens à l'auteur, et l'insertion du fait dans le bulletin des séances de l'Académie.

SUCRE DE SAPOTILLE.

M. PELLETIER fait un rapport sur une poudre envoyée du Mexique à l'Académie, sous le nom de sucre extrait d'un fruit appelé *sapotilla*. L'auteur lui attribue des qualités thérapeutiques merveilleuses, surtout antiphlogistiques et antispasmodiques. M. Pelletier a analysé cette poudre, et il l'a trouvée composée tout simplement de sucre de canne, de gomme et d'un peu de vanille. Le prétendu sucre de sapotille n'est donc, dit le rapporteur, qu'un véritable bonbon très ordinaire. (On rit.)

M. MAINGAULT lit une note sur les causes des fièvres intermittentes dans le département de l'Indre-et-Loire. Les bruits qui régnaient dans la salle nous ont empêché de saisir la substance de cette note.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

LETTRE SUR DIFFÉRENS POINTS RELATIFS AU TRAITEMENT DES FRACTURES PAR LES APPAREILS INAMOVIBLES; par M. SEUTIN, professeur à l'université de Bruxelles.

J'ai vu avec plaisir dans la GAZETTE MÉDICALE, du 13 et du 20 octobre dernier, un mémoire de M. Aguilhon, dans lequel un appareil inamovible en papier, inventé par M. Laugier pour le traitement des fractures, est préconisé. L'existence de cette nouvelle invention m'a prouvé que les praticiens français reconnaissent enfin combien la compression circulaire, opérée par des corps susceptibles de se mouler sur les membres, est préférable à la compression latérale, exécutée par des attelles ou des fanons. L'habitude de clouer pour ainsi dire un membre sur un lit pendant toute la durée d'un traitement, d'abandonner les fragmens à eux-mêmes pendant les premiers jours, de laisser survenir à son aise le gonflement résultant de leur présence au milieu des chairs, cette habitude, dis-je, commence à se perdre, et les idées nouvelles sur la thérapeutique des fractures commencent à s'étendre partout, fortes de leur supériorité sur les anciennes, attestée par des expériences nombreuses. C'est un progrès dont il faut se réjouir et dont je dois être flatté plus que tout autre.

Mais il est un point sur lequel je dois appeler l'attention des praticiens, et que le mémoire de M. Aguilhon me fournit l'occasion de signaler, sans prétendre faire allusion à ce qui se trouve écrit dans ce travail : c'est cette singulière propension qu'ont quelques auteurs qui s'occupent aujourd'hui de fractures, à entasser pêle-mêle toutes les inventions qui sont relatives au traitement de ces affections, sans avoir l'air de vouloir distinguer celles qui méritent d'être regardées comme idées-mères, comme méthodes de traitement, d'où découlent des procédés secondaires. Ouvrez la plupart des mémoires qui traitent de cette matière, et vous y verrez M. Larrey et moi à peu près confondus avec les Maures, les Arabes, les Africains, etc., sous le rapport du mérite attaché à toute dé-

couverte importante. Cependant M. Larrey est bien certainement le chef, sinon l'inventeur d'une méthode de traitement des fractures toute particulière consistant dans l'application des pansemens rares à ces affections. Son appareil constitue une véritable révolution dans la thérapeutique des ruptures osseuses. Ce ne sont point quelques faits isolés trouvés dans la pratique de quelques anciens chirurgiens, ce ne sont point les moyens mécaniques informes et grossiers de quelques peuplades sauvages qui sont capables de lui ravir ses droits. C'est une manie aujourd'hui d'aller fouiller dans tout ce qu'il y a de plus inconnu, de plus oublié dans les annales de la science, pour atténuer le mérite des innovations. Dernièrement, un médecin conservant le voile de l'anonyme, sous les lettres V. D. B. d'Anvers, a aussi prétendu en parlant du bandage amidonné qu'il avait été employé longtemps avant moi. Eh ! mon Dieu, s'il fallait aller scruter dans toutes les anciennes paperasses où sont consignées les idées de nos ancêtres, s'il fallait analyser, interpréter ces idées, s'il fallait ensuite passer en revue tout ce qui se fait chez tous les peuples de la terre, quelle est l'invention moderne qui résisterait à un pareil examen, et qui, dépouillée ainsi du manteau qui la couvrait, ne laisserait aussitôt apercevoir en plusieurs endroits des traces de vétusté et de banalité ? M. Larrey doit donc à juste titre être regardé comme le propagateur d'une méthode de traitement des fractures toute spéciale. Lorsque cette méthode parut en France, elle se mit en opposition ouverte avec l'ancienne, et aux moyens de contention mobiles, fréquemment déplacés et renouvelés qui constituaient celle-ci, elle substitua des corps réunis de manière à faire un tout destiné à rester en place jusqu'à la fin du traitement. Mais il y a quelques années, ayant aussi reconnu comme M. Larrey, les inconvéniens des méthodes de traitement ordinaires, je fus successivement amené à établir des principes tout à fait contraires à ceux généralement adoptés et à ceux de M. Larrey lui-même. Considérant que la compression latérale exercée par les attelles ordinaires et les fanons de M. Larrey ne garantissaient que l'absence du déplacement dans certains sens seulement, je fus conduit à établir qu'une compression circulaire conviendrait infiniment mieux; ayant remarqué aussi que le séjour au lit longtemps prolongé suffisait pour rendre malades certaines personnes nerveuses, et constituait d'ailleurs une des principales tortures de tous les malades affectés de fractures, j'en conclus qu'un appareil qui pourrait parer à ces inconvéniens serait d'une grande utilité; sachant ensuite que dans le plus grand nombre des cas, l'application permanente d'un appareil sur un membre fracturé est une chose éminemment avantageuse, mais que, dans d'autres cas, elle devient inquiétante pour le médecin, en ce qu'elle l'empêche de constater l'état des parties, et nuisible pour le malade, par les désordres qu'elle peut susciter par une compression devenue arcieuse, j'en tirai cette conséquence, qu'un moyen contentif susceptible par sa nature de rester en place sans se déranger aussi longtemps qu'on le désire, et de laisser effectuer cependant l'inspection des parties lorsqu'il est nécessaire, devait constituer une ressource précieuse. D'après ces données, je fus à la recherche d'un nouveau mode de traitement des fractures, en prenant pour guide les principes suivans : 1° comprimer circulairement; 2° permettre les mouvemens généraux et ne condamner que l'organe malade au repos; 3° rendre l'appareil amovible et inamovible en même temps : et ce fut alors que je commençai à mettre en usage dans ma pratique mon appareil amidonné.

En agissant ainsi, je crois bien à mon tour, il me semble, une méthode tout à fait nouvelle pour le traitement des fractures, méthode tout aussi distincte, tout aussi isolée de l'ancienne, que celle de M. Larrey, que celle de M. Mayor. En effet, je renversais l'échafaudage des anciens moyens de contention, je basais ma manière d'agir sur des principes tout à fait particuliers, opposés à ceux généralement reçus; je me dirigeais d'après des idées à moi, quoi qu'on en ait pu dire. Si toutes ces conditions n'étaient pas suffisantes pour constituer une méthode, je ne saurais plus établir de distinction entre les méthodes ovalaire, circulaire et à lambeaux dans les amputations; car elles n'existent que par une manière différente de pratiquer l'ablation, et une forme particulière à donner à la plaie.

Il me paraît donc que je mériterais bien d'être considéré de même que M. Mayor, comme l'inventeur d'une méthode générale de traitement des fractures, et que ces titres pourraient être reconnus sans inconvéniens lorsqu'il s'agit de la thérapeutique de ces affections. Par une bizarrerie inexplicable, on ne s'attache qu'à ce qu'il y a de plus superficiel dans ma méthode et on en néglige le fond. En parlant de celle de M. Larrey, on ne voit que fanons et blancs d'œufs; en parlant de la mienne, on ne voit qu'amidon. Mais je le déclare ici, ce n'est pas seulement parce qu'il entre de l'amidon dans mon bandage que je le regarde comme supérieur aux autres, mais bien principalement parce qu'il m'a servi à mettre à exécution les principes que j'ai énoncés tout-à-l'heure; parce qu'il a réalisé des idées qui pendant longtemps ont paru inapplicables au traitement des ruptures osseuses. L'amidonnade constitue certainement un excellent procédé, mais je ne la regarderai jamais comme ce qu'il y a de plus essentiel dans ce que j'ai inventé pour les fractures. C'est un moyen, voilà tout : il peut être mis, sous ce rapport, sur la même ligne que les procédés de MM. Velpeau et Laugier.

Veut-on avoir une preuve convaincante de ce que mon mode de traitement constitue une méthode, qui, en changeant d'aspect entre les mains des divers praticiens, ne donne naissance qu'à de véritables procédés? Qu'on applique l'espèce de pierre de touche fournie par les principes qui en font la base aux appareils de MM. Velpeau et Laugier. L'on verra bientôt que ceux-ci ne font que copier, pour ainsi dire, le mode d'action de mon bandage, et que parvenir plus ou moins parfaitement au but que je me suis proposé, par des moyens différens du mien. En effet, quelles sont, en définitive, les propriétés de ces appareils considérés dans leur action sur les parties lésées? Ce sont celles de comprimer circulairement, de permettre la marche, de pouvoir être levés, incisés ou laissés en place à volonté. Que l'on examine ces bandages dans tous les sens, et l'on ne leur trouvera point d'autres propriétés relativement au traitement proprement dit de la fracture; or, ces propriétés les différencient bien des appareils ordinaires, de celui de MM. Larrey et Mayor, mais ne les distinguent nullement du mien; toutes les différences portent sur la plus ou moins grande facilité dans l'application, sur les prix divers des ingrédiens qui entrent dans la composition de l'appareil, sur la légèreté, la résistance, la coquetterie même du bandage; mais toutes ces nuances, je le répète, ne changent rien au fond, au génie, au but principal du moyen thérapeutique, et, par conséquent, ne peuvent soustraire les appareils auxquels elles appartiennent de la dépendance dans laquelle ils se trouvent naturellement du bandage-type, dont ils ne sont qu'une modification.

Ce point une fois accordé à mon amour-propre d'inventeur, j'accorde volontiers, à mon tour, aux chirurgiens qui s'occupent de perfectionner ma méthode, tout le mérite qui leur revient de droit pour leurs inventions ingénieuses : j'applaudis sincèrement à leurs efforts; je rends justice aux avantages que peut présenter leur découverte; et c'est avec d'autant plus de plaisir que j'en agis ainsi, que j'ai moi-même suscité plusieurs fois les recherches sur les moyens d'apporter des améliorations dans l'application de mon bandage. Je reconnais donc dans les appareils de MM. Velpeau et Laugier des avantages réels, qui consistent, pour celui de M. Velpeau, en ce que la dextrine est soluble dans l'eau froide, tandis que l'amidon ne l'est que dans l'eau chaude, et, pour celui de M. Laugier, en ce qu'il est plus léger que tous les autres. Ces avantages sont certainement dignes d'être pris en considération, et il faut avouer que, dans certaines circonstances, ils doivent suffire pour leur donner la préférence sur les autres appareils.

Mais tout en rendant ainsi justice aux modifications apportées à mon bandage par MM. Velpeau et Laugier, je dois dire aussi que je suis loin de les regarder comme susceptibles de faire préférer leur appareil au mien dans tous les cas. Je soutiens, au contraire, que l'on sera toujours forcé de se servir plutôt du mien dans un grand nombre de circonstances. Ainsi, comment peut-il entrer dans l'idée de M. Velpeau que la dextrine puisse être généralement substituée à l'amidon, lorsque cette substance est si difficile à se procurer qu'il a fallu en Belgique la faire chercher en France pour en faire l'essai? J'ai vainement demandé de la dextrine à tous nos pharmaciens de Bruxelles, aucun n'a pu m'en procurer. Qu'on en fasse, dira-t-on: mais lorsqu'on en aura fait, cet ingrédient n'en restera pas moins plus cher que l'amidon, puis il restera déposé chez les pharmaciens, attendu qu'on n'en fait nulle part un usage journalier. Jamais la dextrine ne s'introduira dans les campagnes, par la raison toute simple que les campagnards n'ont point, comme l'on sait, l'habitude de se faire des provisions pour le traitement de leurs fractures à venir. Sous le rapport de la vulgarité de son emploi, l'amidon est certainement une des substances les plus avantageuses que l'on ait pu choisir pour la thérapeutique des ruptures des os. Le fait suivant peut donner une idée de la facilité qu'il y a partout à trouver les matériaux propres à faire un bandage amidonné.

Obs. — En passant dernièrement près du canal de Charleroy, à la campagne, je vis le fils d'un éclusier, dont un bélier venait de fracasser la jambe. Je fis transporter l'enfant dans la chaumière de sa mère; là, éloigné des habitations, je dus faire usage de ce qui me tombait sous la main. La mère n'avait point de linge, point de carton, etc.; je pris un vieux tablier qu'elle portait et j'en fis des bandelettes. En regardant sur son armoire, je vis une vieille boîte de chapeaux, en carton; je profitai de cette rencontre, et j'unis toutes mes pièces au moyen de l'amidon dont la pauvre femme se servait pour empeser ses effets. L'appareil produisit le meilleur résultat; les douleurs cessèrent et la consolidation fut parfaite après six semaines de traitement.

Notons que le carton même n'est pas indispensable, et que les bandes, un peu plus multipliées, enduites d'amidon, peuvent facilement le remplacer; ajoutons à cela que l'amidon, entrant en assez grande quantité

dans la composition des céréales, on peut, dans certains cas, lorsqu'on y est forcé par la nécessité, lui substituer la farine de seigle, la mie de pain délayée dans l'eau, etc., et il sera facile de concevoir combien les ingrédiens dont je me sers pour mon bandage sont supérieurs à ceux de M. Velpeau, en les considérant sous le rapport de la facilité que l'on a à se les procurer. Tant que M. Velpeau n'aura pas trouvé le moyen de faire arriver la dextrine au sein des petites villes et des campagnes, et d'abaisser son prix à celui de l'amidon, il devra reconnaître que son procédé est d'une application plus difficile et moins capable d'être généralisée que le mien.

M. Velpeau a prétendu distinguer sa méthode de la mienne en se servant exclusivement du bandage roulé et en appuyant spécialement sur la compression effectuée par le bandage. Ce ne sont point là des titres qui donnent de la nouveauté au procédé de M. Velpeau. J'avais déjà mis en usage la compression par le bandage roulé bien longtemps avant qu'il en fit l'essai, et j'en ai donné la preuve dans un mémoire que j'ai dernièrement adressé à l'Académie de médecine de Paris. D'ailleurs, la dextrine n'est pas plus propre que l'amidon à remplir l'indication de comprimer uniformément et méthodiquement les membres fracturés.

Je dois signaler un grand inconvénient attaché à la manière dont M. Velpeau se sert de la dextrine pour solidifier son bandage. Ce praticien imbibe ses bandes dans la solution dextrinée. Il en résulte que lorsque la dessiccation a eu lieu, la portion du bandage qui est en contact immédiat avec la peau se durcit comme toutes les autres, et présente ainsi une surface rude, qui peut déterminer, et détermine souvent des excoriations, des érythèmes, etc. Ma manière de faire est exempte de ce désavantage; car une surface sèche et non durcie est appliquée sur la peau, dans mon bandage, attendu que je ne commence à appliquer l'amidon qu'après que la première couche de linge a été placée.

Revenons maintenant au mémoire de M. Aguilhon, et par conséquent à l'appareil de M. Laugier, que j'ai dit ne pouvoir être substitué dans tous les cas à l'appareil amidonné. D'abord, je lui ferai le même reproche que je viens d'adresser à l'appareil de M. Velpeau, celui d'être formé de pièces plus difficiles à se procurer que celles dont je me sers. Ce ne peut être sincèrement que M. Aguilhon a dit le contraire dans son mémoire, car le papier goudronné est une substance qui, sous le rapport du peu d'extension de son emploi, peut être mise sur la même ligne que la dextrine. Je voudrais nous voir condamnés, MM. Velpeau, Laugier et moi, à faire chacun d'après notre système un pansement de fracture dans un village isolé: je suis persuadé que je ne serais point le dernier à avoir terminé ma tâche: car M. Velpeau devrait chercher sa dextrine à Paris, M. Laugier son papier goudronné dans une ville voisine ou même dans une capitale, et pendant ce temps, j'aurais eu tout le loisir de trouver dans la maison même où je serais, ou du moins dans les environs, tout ce dont j'aurais besoin pour la confection de mon bandage.

Non seulement l'appareil de M. Laugier n'est pas applicable en tous lieux, mais il ne peut même être employé pour toutes les fractures. C'est ainsi que dans les fractures de la cuisse, du col du fémur, du col de l'humérus, de la clavicule, la traction opérée sur le bandage par les mouvemens du membre ou du tronc suffit pour le briser. M. Aguilhon en convient et propose de parer à ces inconvéniens en substituant au papier des tours de bande dans les endroits où le bandage en papier devrait souffrir le plus de traction. Mais je lui ferai observer que ce moyen constitue un véritable retour vers l'appareil amidonné ordinaire.

M. Aguilhon propose aussi d'appliquer immédiatement sur la peau une première couche de bandelettes de linge, au lieu de papier, afin, dit-il, de mieux contenir les fragmens pendant la dessiccation, d'éviter les excoriations produites par une surface rude, etc. Ce conseil constitue, me semble-t-il, un aveu tacite de la supériorité de mon bandage amidonné sur l'appareil de M. Laugier relativement aux propriétés contentives; quant aux excoriations, les mêmes remarques que j'ai faites tantôt pour le bandage de M. Velpeau sont ici applicables. Cependant le bandage amidonné seul ne jouit point non plus de la propriété de contenir toujours les fragmens d'une manière parfaite pendant la dessiccation; il faut pendant cette période de son application aider son action, ou d'une gouttière en bois ou en métal, comme le fait M. Blandin, d'après ce que dit M. Aguilhon, ou d'une gouttière en carton fort non mouillé, comme je le fais moi-même. Pour qu'un appareil présentât de très grands avantages sur le mien, il faudrait qu'il fût solidifiable à l'instant même de son application, tout en conservant les propriétés du bandage amidonné. Celui-là me ferait incontestablement baisser pavillon devant lui, et me forcerait à reconnaître l'infériorité de mon appareil. J'engage de nouveau les praticiens qui s'occupent de fractures à faire des recherches pour trouver un moyen contentif qui me force à donner cette marque de soumission.

L'appareil de M. Laugier ne résiste point au pus; il s'en imprègne et se ramollit. Le mien au contraire n'en reçoit aucune atteinte. A cette occasion, je ne puis m'empêcher de renouveler le conseil que j'ai donné plusieurs fois, de faire des ouvertures au bandage amidonné dans les endroits correspondant aux plaies des membres fracturés. On évite ainsi les effets de la rétention du pus, sans permettre pour cela l'introduction de l'air. Les ouvertures font ici l'effet d'une canule introduite par ponction dans une cavité pleine d'un liquide qu'on laisse sortir par la seule force de rétraction de la poche qui le contient. Dans les deux cas, il est impossible que l'introduction du fluide atmosphérique ait lieu. Je doute que l'appareil de M. Laugier permette de pratiquer les trous dont il est ici question.

En parcourant les observations consignées dans le mémoire de M. Aguilhon, j'ai remarqué que M. Laugier ne permet la marche que vers la fin du traitement. Cette circonstance me porte jusqu'à un certain point à croire que M. Laugier n'a point une entière confiance dans les propriétés contentives de son bandage, lorsque la déambulation s'opère. Car enfin si cela n'était pas, pourquoi condamnerait-il inutilement les blessés à un séjour pénible dans leur lit? Lorsque mon bandage est bien appliqué, je ne crains nullement le déplacement pendant la marche au moyen de béquilles. J'ai dans ce moment à l'hôpital Saint-Pierre un vieillard affecté de la fracture de la partie supérieure du corps du fémur, et qui présente le délire le plus intense. Son appareil emboîte tellement bien le bassin et réduit l'articulation coxo-fémorale à un tel état d'immobilité, que l'individu saute de son lit, se tourne, se heurte, sans qu'aucun déplacement ait lieu dans les fragmens. Voilà pourtant plusieurs jours que dure cet état. Je crois que dans un cas semblable M. Laugier aurait raison de ne pas se fier à son appareil.

Pourquoi M. Laugier, quoiqu'il paraisse partisan de l'application de l'appareil contentif immédiatement après l'accident, ne met-il point en pratique ce qu'il semble juger convenable en théorie? Pourquoi observons-nous presque dans tous les cas de fractures rapportés par M. Aguilhon que le bandage en papier n'a été appliqué que quelque temps après l'accident? Serait-ce que M. Laugier craint que son bandage encore mouillé ne puisse résister au mouvement fluxionnaire qui s'opère vers la partie lésée, et qu'il ne vienne ainsi à se déformer, à éclater, pour ainsi dire, sous l'effort expansif des parties sous-jacentes? Il faut croire que cette crainte n'est point étrangère à la conduite de M. Laugier; et si elle existe réellement, son appareil perd une des plus belles prérogatives des moyens du même genre, celle de s'opposer aux désordres que l'ancienne méthode laissait survenir pour le plaisir en quelque sorte de les combattre ensuite.

Enfin, puisque nous sommes en train de faire des reproches à M. Laugier, adressons-lui en un dernier qu'il pourra se partager avec les autres chirurgiens français qui se sont jusqu'ici occupés de la nouvelle méthode de traitement des fractures. C'est de ne point profiter de l'avantage immense que présente le bandage amidonné et ses modifications, d'être en même temps *inamovible* et *amovible*. Pourquoi, lorsqu'il est possible d'inspecter un membre sans déranger en aucune manière les fragmens, ne le ferait-on pas toutes les fois qu'une indication le réclame? L'inamovibilité constante est un des principaux griefs que les partisans de l'ancienne méthode ont articulés contre la nouvelle. Avaient-ils complètement tort? Non, certainement. Je suppose qu'un individu vienne à se plaindre d'une douleur forte dans un membre enveloppé du bandage le mieux appliqué; l'on consultera le pouls, et le pouls n'indiquant rien, on attribuera les plaintes du malade à un caprice qu'il ne faut point satisfaire. Très bien! Mais si le malade est vieux, peu irritable, si une désorganisation peut s'établir chez lui dans une partie du corps, sans entraîner des désordres généraux bien marqués, ne courra-t-on pas ainsi le risque d'abandonner à elle-même et d'entretenir même une affection grave? J'ai déjà dit dans un mémoire précédent que je suis complètement revenu de l'idée qu'il faut laisser *quand-même* un bandage en place depuis le commencement jusqu'à la fin du traitement. Car, enfin, un rien, un pli, une contre, un renversé mal fait, un tour de bande trop serré, suffisent pour causer des douleurs, produire des excoriations et amener des accidens plus fâcheux encore. Je ne vois point pourquoi il faudrait y laisser soumis les fractures, quand on peut y remédier par une simple incision du bandage, qui permet l'inspection des parties par l'écartement des bords de l'incision. L'on dit qu'il faut le moins possible faire mouvoir les fragmens quand une fois ils sont réduits, et que c'est même là ce qui fait le triomphe du bandage inamovible. J'abonde pleinement dans ce sens, et cette pensée est la mienne aussi. Mais croyez-moi, monsieur Laugier, j'ouvrirai cent fois un bandage amidonné avec mes forts ciseaux à branches constituant de longs leviers, qu'aucune secousse dans le membre, aucun changement de rapports dans les fragmens, n'auront lieu. Je ne sais si en France on se fait une bien juste idée de la facilité avec laquelle on incise mon bandage: on se le figure aussi bien plus lourd qu'il n'est réellement. Quand je l'incise, mes ciseaux portent entre les cartons, sur le linge seulement, et l'on conçoit qu'ainsi il ne peut y avoir aucune difficulté à couper un corps

qui n'est composé que de deux ou trois tours de bande superposés.

Pour moi, je regarde la qualité d'être amovible et inamovible comme une des plus précieuses de l'appareil amidonné. Un fracturé ne se plaint plus chez moi de la moindre douleur, de la moindre gêne, qu'aussitôt l'inspection des parties est pratiquée avec soin. Si la compression est mal faite, je la corrige; si elle est trop forte, je la diminue; si une saillie quelconque s'enfonce dans la peau, je la fais disparaître ou je l'enlève. Tout cela s'exécute sans que le bandage cesse de maintenir les fragmens, sans que le gonflement ait eu le temps de survenir, et sans que le malade en ressente la moins fâcheuse impression. Je le déclare ici, afin qu'on ne m'attribue point des idées que je n'ai pas : je ne veux plus de l'inamovibilité absolue, telle que l'ont entendue plusieurs chirurgiens : elle m'a procuré quelques désagrémens qui m'en ont entièrement détourné. Je veux dans un bandage contentif une inamovibilité alliée à l'inspection possible des parties : et je rallie ainsi les deux camps des chirurgiens amovibles et inamovibles.

M. Laugier pourra m'objecter que l'incision du bandage dont il s'agit est contraire à l'économie, qui doit être prise fortement en considération dans les établissemens publics et chez les indigens. Point du tout! En employant de mauvais linges, des morceaux de vieux essuie-mains, de vieux sacs, de linges usés de toute espèce, on ne gâte rien; et d'ailleurs mon bandage, par le moyen de l'incision, reste bon jusqu'à la fin du traitement, parce que je le rétrécis, je le modifie de manière à ce qu'il soit toujours exactement moulé sur les parties; tandis que nous voyons dans le mémoire de M. Aguilhou que M. Laugier a été obligé, chez la plupart de ses fracturés, de changer deux, trois, et même quatre et six fois de bandage pendant la durée d'un traitement. D'ailleurs, les restes du bandage amidonné peuvent être employés à faire de la charpie, etc.

Je ne ferai point ici de comparaison entre mon bandage amidonné et les appareils de MM. Velpeau et Laugier, pour ce qui regarde son application à des cas autres que les fractures; car, évidemment, dans la majeure partie de ces cas, le mien l'emporte d'une manière par trop évidente. Ainsi, sans parler des tumeurs blanches, des résections, des caries, etc., qui se trouvent on ne peut mieux de mon appareil dans certaines circonstances, je me bornerai à indiquer les pansemens ordinaires, dans lesquels l'amidon constitue un des ingrédiens les plus avantageux pour empêcher les tours de bande de glisser l'un sur l'autre, pour maintenir les renversés, pour fixer l'extrémité des bandes, pour envelopper des parties saillantes, comme les talons, les mamelles, etc. En ayant soin de ne faire que passer le pinceau sur les portions du bandage que l'on veut coller, on parvient au but que l'on désire sans donner de la raideur à l'appareil.

J'espère que toutes les réflexions qui précèdent, et celles que j'ai consignées dans plusieurs mémoires qui sont à la connaissance du public, suffiront pour faire apprécier comme ils doivent l'être, les différens procédés au moyen desquels on parvient à appliquer au traitement des fractures les principes que j'ai posés le premier. Au moment où l'on s'occupe partout de la méthode que j'ai mise au jour, et où de nouvelles modifications surgissent de toutes parts, il était important de consigner une bonne fois dans un écrit périodique ce qui me revient dans la nouvelle thérapeutique des ruptures osseuses. J'espère aussi que MM. Larrey, Velpeau et Blandin, nommés rapporteurs pour un mémoire que j'ai présenté dans le temps à l'Académie de Paris, ne retarderont plus le travail qu'ils doivent faire sur la matière, et qu'ils sauront rendre à César ce qui appartient à César dans cette affaire. M. Velpeau, principalement intéressé sous ce rapport, m'a promis formellement de me rendre justice, et je compte sur sa parole. Quant à M. Larrey, il est à supposer que le reproche qu'il fit un jour à mon bandage *de se mouiller pendant une averse*, ne lui paraîtra plus suffisante pour lui faire préférer le sien, surtout s'il veut bien faire attention qu'en campagne, une capote, un pantalon, un peu de paille ou de foin se trouvent toujours facilement pour couvrir les membres des blessés, en supposant qu'on soit obligé d'effectuer le transport sans que les blessés fussent couverts. Je compte aussi sur la bonne foi des expérimentateurs belges, allemands, italiens, russes, anglais, qui ont embrassé ma méthode; et s'il surgit quelque modification à Berlin, à Londres, etc., j'attends de leurs auteurs toute l'impartialité qu'il convient d'apporter dans ces sortes de choses. Mon honorable collègue M. Lavacherie, professeur à l'Université de Liége, m'a dit avoir apporté une modification remarquable à mon bandage, consistant principalement dans l'application d'une première couche de bandelettes agglutinatives sur la peau; il se propose de faire paraître un mémoire sur ce point de thérapeutique chirurgicale; attendons..... Peut-être me trouve-t-on bien pointilleux sous le rapport des propriétés scientifiques : mais tout homme qui n'est point insouciant ou apathique doit se comporter ainsi; et comme mon éloignement des principaux foyers d'instruction me prive de la faculté d'étaler ma méthode au plus grand jour possible, il faut bien que je me réfugie dans les écrits pour faire respecter mes droits. L'on trouvera peut-être aussi que je reviens trop souvent sur l'article de mon bandage, et que je m'expose ainsi à provoquer la satiété. Je trouve, moi, au contraire, que je n'y reviens pas assez; car tous les jours des praticiens étrangers qui viennent visiter mon hôpital m'assurent ne s'être point figuré mon bandage comme je le leur montre, et s'en vont convaincus d'une foule de choses qu'ils étaient disposés à combattre avant leur arrivée. Parmi les praticiens qui sont venus à l'hôpital St-Pierre, et qui m'ont témoigné toute leur satisfaction pour la manière dont je traite les fractures, je citerai MM. Roux, Lallemand, Breschet, Magendie, Gensoul, Baudens, Leroy d'Etiolles, Hunter, de Londres, Kaff, Martin, etc.

Au demeurant, je répète encore ici ce que j'ai déjà dit, que je n'ai point la folle prétention de croire que mon bandage amidonné doive échapper aux lois de la perfectibilité. Je suis trop ami du progrès pour vouloir jamais enrayer le char de la science et le forcer à rester dans la vieille ornière. J'applaudirai toujours à tous les perfectionnemens possibles, quand bien même ils devraient renvoyer mes innovations à leur tour parmi les antiquailles. Mais je ne crois pas que ce soit encore ici le cas pour mon bandage amidonné. Je répète que je trouve dans les appareils de MM. Velpeau et Laugier des idées très ingénieuses dont on doit leur savoir gré; et j'espère que ces messieurs sauront regarder comme purement scientifique la discussion à laquelle j'ai soumis leur procédé; mais il y a loin de cette concession à la reconnaissance d'une prééminence incontestable. Je prévois dans l'avenir une époque peut-être peu éloignée, où de nouvelles expériences amèneront dans les appareils à fractures une perfection désespérante pour les innovateurs; avant d'arriver à cette époque, je stimulerai, j'aiguillonnerai, j'applaudirai aux efforts des praticiens actifs, je suivrai le mouvement des choses, sans regrets et sans arrière-pensée; et lorsque j'aurai été surpassé par un procédé constituant le *nec plus ultra* de l'art, je me réserverai la seule satisfaction de me dire en regardant derrière moi : « Voilà des travaux que j'ai suscités en posant des principes nouveaux qui leur ont servi de base; voilà des perfectionnemens qui se sont appuyés sur ma méthode pour parvenir au point culminant où ils brillent avec tant d'éclat, et où mon ancienne invention ne peut maintenant les atteindre. »

BIBLIOGRAPHIE.

DICTIONNAIRE DE MÉDECINE OU RÉPERTOIRE GÉNÉRAL DES SCIENCES MÉDICALES CONSIDÉRÉES SOUS LES RAPPORTS THÉORIQUE ET PRATIQUE; par MM. ADELON, BÉCLARD, A. BÉRARD, etc. — 2e édition. — Tomes de XIV à XVIII. Chez Béchet jeune, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine, 4.

Plus de deux années se sont écoulées depuis que nous avons rendu compte de cette publication, et cependant cinq volumes seulement ont paru depuis cette époque, bien qu'on ne puisse attribuer ce ralentissement à aucune cause étrangère ou non prévue; nous aimons à croire que ce retard ne doit être attribué qu'à l'importance que les auteurs attachent à leurs travaux et à l'exactitude avec laquelle ils cherchent à remplir leur tâche. La sévérité de la critique dont quelques articles de la première édition avaient été l'objet et l'émulation produite par l'apparition ou par l'annonce de dictionnaires rivaux suffiraient à défaut d'autres conditions pour obliger les auteurs à mettre dans la direction et l'étendue de leurs recherches, dans la critique des travaux antérieurs, dans le choix de leurs propres opinions, toute la gravité, toute l'indépendance réelle, tout le désir d'être vrai dont un auteur ne devrait jamais s'écarter. Les nombreux articles que nous avons parcourus dans ces cinq volumes portent presque tous les traces des efforts qu'ont faits leurs auteurs pour donner réellement l'état actuel de la science. Si les questions les plus élevées de pathogénie et de thérapeutique ne sont pas tranchées avec cet aplomb et cette apparence de conviction qu'offraient plusieurs articles de la première édition, c'est parce qu'on a cherché à renfermer la science dans les limites du positif et du vrai. Si, par exemple, à l'article *gastro-entérite*, M. Dalmas se montre très dubitatif, c'est que tout ce qui concerne cette phlegmasie (prise en dehors de celle qui dépend de causes chimiques ou mécaniques) est, comme il le dit lui même, fort mystérieux et nous dirions fort incertain. Il y a donc dans cette seconde édition des améliorations réelles et nombreuses qui vont en grandissant à mesure qu'on s'éloigne de la première. Quelques articles cependant laissent peut-être encore à regretter sous ce point de vue; ainsi l'article *gastralgie* de Georget qui pouvait être en pro-

grès en 1823 ou 1824, parce que l'auteur y repousse l'identité de la gastrite et de la gastralgie, nous paraît ne devoir pas satisfaire complètement aujourd'hui, et les directeurs ont bien fait de renvoyer à l'article *névrose de l'estomac* pour les nombreuses lacunes qu'on y remarque.

Si nous devions mentionner avec quelques développemens tous les articles contenus dans ces cinq volumes, nous aurions bientôt dépassé les limites d'un article de bibliographie; nous serons donc obligés de ne nous arrêter qu'à quelques-uns de ceux qui nous paraissent les plus importans et de ceux surtout qui se prêtent le plus à la discussion, regrettant que la remise qui nous a été faite à la fois d'un nombre aussi considérable de volumes ne nous permette pas d'accorder à l'examen de tous les travaux l'importance qu'ils nous auront semblé mériter.

Nous commencerons par la pathologie interne qui ne nous offre qu'un petit nombre d'articles sur les *fièvres*. Aux mots *fièvre gastrique*, *fièvre inflammatoire*, *fièvre intermittente* et *fièvre jaune*, M. Littré continue de faire l'application des idées qu'il a émises précédemment à l'article *fièvres*, et d'après lesquelles ce terme aurait été attribué à quatre états pathologiques différens: fièvres continues, fièvres intermittentes, fièvres rémittentes et mouvemens fébriles nés de diverses causes. Si nous comprenons bien l'auteur, après l'avoir suivi dans le travail où il cherche à rapporter à chacun de ces quatre états les descriptions multiples qui ont été données de la fièvre inflammatoire, après avoir avec lui écarté la fièvre typhoïde, les fièvres intermittentes, rémittentes, inflammatoires et la *fièvre éphémère* ou synoque simple, il nous semble qu'il ne reste plus de fièvre inflammatoire, et que le mot pourrait être effacé sans danger du cadre nosologique. Nous en dirons autant de la fièvre gastrique qui, d'après M. Littré, est une irritation plus ou moins étendue du canal gastro-intestinal, et qu'on ne peut rapprocher de ces grandes et générales maladies qui constituent la *fièvre*.

Nous ne nous arrêterons pas sur l'article *fièvre intermittente* considéré d'une manière générale. Un esprit droit et positif comme M. Littré ne pouvait se laisser aller à admettre comme des vérités les hypothèses qu'on a avancées sur le siége et la nature de ces affections; il énonce brièvement et prouve sans réplique que nous ne savons rien ni sur la nature, ni sur le siége de la maladie, ni sur le mode d'action du sulfate de quinine dans sa curation. Nous regrettons que l'auteur n'ait pas compris dans le même article les différentes formes de fièvres intermittentes, larvées, pernicieuses et rémittentes. Toutes ces formes si différentes en apparence se touchent cependant par tant de points et constituent une classe si distincte et si identique à la fois qu'elles auraient gagné à être étudiées dans le même article. Nous nous arrêterons quelques instans sur une des formes de la fièvre intermittente qui a été à peine signalée jusqu'ici et sur laquelle M. Littré dans les quelques pages qu'il consacre à son étude, nous paraît avoir jeté plus de lumière que tout ce qu'on en avait dit jusqu'ici. Ce sont ces fièvres intermittentes qu'on observe chez les sujets qui ont quelque autre affection grave, ainsi sous l'influence de la présence d'une sonde dans le canal de l'urètre, d'une suppuration plus ou moins profonde de quelque organe interne, etc., M. Littré paraît disposé à regarder ces fièvres intermittentes comme symptomatiques des affections avec lesquelles elles coïncident; mais alors dans cette hypothèse, nous ne concevrons plus comment la fièvre intermittente pourrait guérir par le sulfate de quinine, bien que l'affection qu'elle complique continuât de suivre sa marche; et cependant c'est ainsi que les choses se passent, et nous en voyons des exemples dans les observations rapportées par M. Littré. Mais d'ailleurs qui n'a vu chez de malheureux phthisiques la fièvre qui les consume prendre à plusieurs reprises une forme intermittente très prononcée et céder facilement au fébrifuge par excellence quand le médecin osait l'employer? Quoi qu'il en soit du rôle qu'on fasse jouer à ces fièvres intermittentes vis-à-vis des affections qu'elles compliquent, soit qu'on admette avec M. Littré qu'elles sont réellement symptomatiques de ces affections, soit qu'on pense, ce qui nous semble pouvoir être soutenu, qu'elles ne sont que coïncidentes et le résultat d'une disposition plus prononcée à la contracter, en raison peut-être de la faiblesse des malades ou de quelque autre circonstance, cette question n'en est pas moins une des plus importantes dont on puisse s'occuper; c'est un sujet presque neuf et sur lequel il y a beaucoup à faire. Nous devons savoir gré à M. Littré de l'avoir signalé ici.

Le mot *hydropisie* n'est plus tenable, nous dit le même auteur, « Il n'est plus conservé que par une sorte de tradition, et rappelle les efforts qui ont détruit cette unité factice, mais qui n'ont pu encore en coordonner les fragmens dispersés. » Aussi à l'article *hydropisie*, M. Littré s'est borné à faire l'historique des hydropisies et à jeter un coup d'œil sur leur avenir. Malgré les nombreuses recherches faites récemment sur cette question, il signale encore plus d'une lacune et cherche à indiquer la direction dans laquelle on peut espérer de trouver une théorie générale des épanchemens séreux. Une première série de causes se trouverait dans un obstacle au cours du sang; une autre dans une altération du sang et une mauvaise sécrétion de l'urine; une troisième dans une altération du sang et une mauvaise sécrétion de la bile, et d'autres encore dans d'autres conditions pathologiques. Nous devons espérer de voir d'ici à quelques années l'étude des hydropisies faire de nouveaux progrès à l'aide des travaux de la chimie organique, et surtout quand on aura fait l'analyse du sang pris dans les conditions variées où il se trouve dans l'économie.

Il n'est pas douteux pour nous encore que d'ici à quelques années nos connaissances sur l'ictère ne soient singulièrement modifiées par l'effet des mêmes recherches; telle paraît être aussi l'opinion de M. Ferrus, auteur de l'article *ictère*, et à l'appui de laquelle il cite les intéressantes recherches faites sur le sang des ictériques et autres, par MM. Orfila, Clarion, Chevreuil, Lassaigne; il aurait pu encore citer à l'appui de cette même opinion les accidens cérébraux et promptement mortels qui se développent quelquefois subitement et sans cause appréciable chez les individus affectés d'ictère.

MM. Chomel et Reynaud ont exposé aux articles *hémoptisie* et *hémorragie* les idées les plus communément reçues aujourd'hui sur ces deux affections. Nous admettons avec le premier que la plupart des hémorragies doivent être maintenant rapportées aux sécrétions morbides, et pensons, comme M. Reynaud, que quelques-unes des hémoptysies qui apparaissent dans la première période de la phthisie tuberculeuse peuvent dépendre du ramollissement anticipé de quelques petits tubercules placés dans les parois des vaisseaux sanguins; mais ces cas doivent être très rares, et il faut admettre une autre cause pour l'explication des fréquentes hémoptysies qui arrivent dans la première période du développement des tubercules et du cancer. A l'hémoptysie se rattachait une l'influence de question qui a été soulevée il y a quelques années; c'est l'hémoptysie sur la production de la gangrène pulmonaire; nous regrettons que M. Reynaud ne l'ait pas examinée lorsqu'il a parlé de l'apoplexie pulmonaire.

L'étude des hémorragies est l'une des parties de la pathologie qui, de nos jours, a occasionné le moins de discussions; on admettra toujours des hémorragies actives et passives, des hémorragies constitutionnelles et symptomatiques. Le tableau de ces différentes divisions qui a été donné à l'article hémorragie nous paraît complet, et laisse peu à désirer. Cependant nous signalerons à la fin de cet article une erreur du copiste ou peut-être du compositeur, qui pourrait avoir des résultats graves. C'est lorsqu'en parlant des cas où la mort est imminente, l'auteur demande: « Devrait on recourir à la tranfusion du sang d'un animal? Rien, ce me semble, ne s'y opposerait; car le plus grand inconvénient qui pourrait résulter de cette opération serait son inutilité. » Depuis les expériences de MM. Prévost et Dumas, expériences qui ont été confirmées par celles des docteurs Blundell, Haighton et Leacock, on sait que la transfusion n'offre quelques chances de succès que quand elle est faite avec du sang pris sur un animal de la même espèce que celui sur lequel l'opération est pratiquée, et que les animaux auxquels on injecte une certaine quantité de sang pris sur un animal d'un genre différent ne tardent pas à périr au milieu des convulsions ou des signes d'un empoisonnement. La transfusion a été faite plusieurs fois chez l'homme, et constamment avec du sang pris sur une personne bien portante.

C'est à M. Calmeil qu'ont été confiés les articles *hallucination*, *idiotisme*, *magnétisme animal*, articles importans en raison de l'importance qu'acquiert chaque jour l'étude des altérations des facultés sensoriales et intellectuelles de l'homme. Les hallucinations ou illusions sensoriales et viscérales jouent un rôle si grave dans toutes les espèces d'aliénations mentales, que l'on ne saurait apporter trop d'attention à leur étude; il est une foule de déterminations, une foule d'actes dont les motifs secrets se lient à des sensations maladives, et que l'homme de l'art doit épier avec la plus grande persévérance.

Si l'étude de l'idiotie offre peu d'applications à la médecine pratique, et ne comporte aucun traitement curatif, les idiots n'en réclament pas moins impérieusement une multitude d'attentions, de soins hygiéniques qui doivent surtout être dirigés par le médecin d'après l'absence, le peu d'étendue ou le degré d'activité des instincts, des penchans, des aptitudes, du jugement, de la mémoire, des facultés intellectuelles et affectives. Mais M. Calmeil fait bien ressortir que ce n'est point d'après telle ou telle conformation de la tête qu'on peut juger du degré d'altération de ces facultés, puisque, d'après les recherches de M. Parchappe, bien que la petitesse de la tête soit fréquente chez les imbéciles et chez les idiots, elle n'est cependant pas absolument nécessaire dans cette maladie, et non-seulement un beau développement de la tête peut coïncider avec l'idiotie, mais l'exercice normal de l'intelligence s'observe encore chez des individus à têtes fort étroites.

A l'article *magnétisme animal*, M. Calmeil a tenu compte avec une sage mesure des modifications auxquelles chez certaines femmes vaporeu-

ses, chez les enfans, chez les sujets faibles et valétudinaires, le système nerveux est accessible, et qu'il serait incapable de subir chez une personne saine, exempte d'un fol enthousiasme, d'un faux élan de l'imagination. C'est dans le cercle de ces influences que se trouve renfermé tout ce qu'il y a de réel dans le magnétisme. Tout le reste ne repose chez les hommes de bonne foi que sur une crédulité vraiment déplorable.

Les articles de thérapeutique contenus dans ces cinq volumes sont peu nombreux et peu importans. Les articles *goudron*, *ellébore*, *kréosote*, par M. Cazenave, ont à peine besoin d'être cités. L'auteur y montre la même hardiesse et la même indépendance de préjugés médicaux que nous avons eu occasion de louer antérieurement. Nous lui exprimerons cependant le regret qu'il n'ait pas mentionné dans l'article un peu étroit sur la kréosote le travail important du professeur Ellintson sur cette substance, qu'on avait trop vantée après sa découverte, mais qui aujourd'hui est peut être aussi trop négligée. Ce mémoire fait partie du vingtième volume des Transactions de la société médico-chirurgicale de Londres. (Voyez Gaz. Méd., n. 32, an 1838.) Au mot *iode*, M. Blache a donné un tableau que nous croyons complet, des divers travaux sur cette première substance et des cas nombreux où elle a eu une efficacité incontestable. Ce tableau est un peu confus, comme l'état de la science sur ce point; carjusqu'ici l'iode a réussi dans les cas les plus opposés et sans qu'il soit possible encore en ce moment de rapporter avec certitude son action à l'une des grandes médications connues. Nous appelons de tous nos vœux le moment où le praticien pourra employer l'iode d'après des indications positives, et non pas en tâtonnant, comme on le fait généralement aujourd'hui.

Deux articles seulement de physiologie normale nous paraissent importans. M. Adelon a présenté au mot *génération* un tableau exact des opinions qui ont cours aujourd'hui sur cette fonction mystérieuse. Il admet la génération spontanée pour les derniers degrés de l'échelle végétale et animale. Il ne doute pas de l'influence qu'exercent les pères et les mères sur les dispositions morales et la conformation physique des enfans. Peut-être aurait-il pu rapporter à cette occasion les résultats des recherches statistiques, celles surtout de M. Giron de Buzareingues sur les rapports numériques des sexes dans les naissances. M. P.-L. Bérard complète, au mot *lymphatique*, ce qui avait été écrit aux mots *absorption* et *digestion* sur la physiologie des lymphatiques. Cet article est trop plein de faits pour que nous cherchions à en donner même une simple analyse ; nous en dirons autant de l'article *lymphatique* (pathologie), de M. Ollivier, qui comprend à lui seul plusieurs maladies différentes et des discussions sur plusieurs points de pathologie d'une grande importance. Nous voudrions pouvoir être juste à l'égard des auteurs qui traitent dans ce dictionnaire les questions des sciences accessoires ; mais nous espérons que l'abondance des matières fera comprendre notre silence, et cependant nous ne pouvons nous dispenser de citer les articles de M. Guérard sur la *lumière*, la *gélatine*, le *lait*, qui sont de véritables monographies, et où l'auteur a fait preuve à la fois de connaissances étendues et solides dans les sciences accessoires et médicales.

Nous arrivons maintenant aux articles de pathologie externe.

Un des premiers articles importans de pathologie externe qui se présentent dans le quatorzième volume est relatif aux maladies du genou ; il est dû à M. Velpeau. Parmi les maladies du genou, les luxations occupent le premier rang. Contrairement à l'opinion de Duverney et Boyer, M. Velpeau admet la luxation complète du genou (ou plutôt de la tête du tibia) en arrière; il est impossible, effectivement, de nier aujourd'hui cette espèce de luxation. L'auteur en cite succinctement huit exemples. En comparant les faits connus de luxation complète en arrière et ceux de luxation complète en avant, M. Velpeau trouve que, sous le rapport de la fréquence, la première est à la seconde comme 8 à 13, ou comme 1 à 3, c'est-à-dire que les luxations en arrière sont de deux tiers moins communes que celles dans le sens contraire. « Quant aux luxations complètes en dedans ou en dehors, dit l'auteur, je n'en ai trouvé d'exemple nulle part. Dans le cas de M. Gerdy, et dans ceux de M. A. Cooper, on voit bien que l'un des os avait été porté en dedans ; mais comme il était surtout déplacé en avant, cela ne mérite pas le titre de luxations latérales, qui jusqu'à présent paraissent n'avoir jamais été qu'incomplètes. »

La luxation complète en avant entraîne toujours la rupture des ligamens croisés et quelquefois même celle des ligamens latéraux ; mais celle en arrière peut, d'après l'auteur, avoir lieu, à la rigueur, sans que les ligamens, soit latéraux, soit inter-articulaires, soit antérieurs, se rompent ; mais elle ne se complète jamais sans arracher l'attache fémorale des jumeaux, etc. Aussi le diagnostic de la luxation en arrière n'est pas toujours aussi facile que celui de l'autre, surtout s'il s'est déjà fait un grand épanchement d'humeurs autour du jarret.

M. Velpeau cite un cas où ni lui ni MM. Morean et Marjolin ont pu distinguer s'il y avait fracture ou luxation.

Il est étonnant qu'en présence de tant d'exemples que la science possède de guérisons à l'aide de la réduction il y ait encore, de nos jours, des chirurgiens qui proposent l'amputation de la cuisse dans tous les cas de luxation complète du genou. Si la luxation est accompagnée de complications graves (rupture des vaisseaux, plaies, gangrène), on conçoit que l'ablation du membre est le seul moyen de salut ; mais, dans le cas contraire, ce serait commettre une faute impardonnable que de se conduire de la sorte, quand même le membre ne dût pas reprendre complètement ses fonctions. On conçoit effectivement que, lorsque l'appareil ligamenteux de l'articulation a perdu une partie de son intégrité, le membre ne peut pas revenir tout-à-fait à son état primitif. L'exemple offert par un député célèbre, Benjamin Constant, en est une preuve. On voulait lui couper le membre; Dupuytren le lui conserva, et il eut à s'en féliciter, car le malade a pu, par la suite, se servir de sa jambe quoiqu'en boitant; M. Velpeau, qui a eu l'occasion, quelques années après, d'en faire l'autopsie, dit: « Aussi ai-je constaté, en disséquant le genou de ce député célèbre, lorsque, avec MM. Marc et Tb. Léger, je fis l'autopsie de son cadavre, que les ligamens croisés et latéral interne avaient été rompus. » Cela prouve donc que la seule rupture des ligamens croisés n'entraîne pas inévitablement la perte absolue des fonctions du membre, ainsi qu'on l'avait prétendu.

Les luxations incomplètes de la jambe sur la cuisse sont toujours latérales, ou du moins elles ne peuvent jamais avoir lieu dans le sens antéro-postérieur. Sur le cadavre cependant, on peut produire une autre espèce de luxation au moyen de la rotation du tibia. L'un de ses condyles, par exemple, peut se porter en avant ou en arrière, sans que l'autre abandonne le fémur, et de manière que l'abandon des surfaces ne porte que sur la moitié interne ou la moitié externe de l'articulation. Peut-être les luxations latérales sont-elles encore possibles d'une autre façon. Deux malades observés à l'hôpital Guy, l'un d'entre eux notamment, autoriseraient à penser que les condyles du fémur peuvent se placer entre le fibro-cartilage semilunaire et le bord externe de chaque facette externe du tibia. Il résulte de là, dit M. Velpeau, qu'on pourrait admettre, à titre de variétés, un assez grand nombre de luxations incomplètes : 1° par déplacement d'un condyle du tibia seulement, soit en arrière, soit en avant; 2° par le transport des deux condyles, soit en dehors soit en dedans, de manière à ce qu'il n'y en ait plus un qui soit en rapport avec le fémur ; 3° par le déplacement des facettes articulaires, qui ne reçoivent plus les condyles du fémur que par leurs bords, à cause du refoulement en sens opposé des fibro-cartilages semi-lunaires ; 4° par déplacement latéral avec rotation manifeste du tibia sur son axe.

Après les luxations viennent les entorses et les contusions du genou. A cette occasion, l'auteur décrit une variété particulière de crépitation, déjà connue pour l'avant-bras, sous le nom de *gonflement crépitant des gaines tendineuses*. C'est une espèce de bruit *cataire*, de frémissement particulier, qui se fait sentir autour de la rotule, surtout pendant la flexion de la jambe. J.-L. Petit en avait déjà dit un mot à l'occasion des fractures de la rotule, et nous en avons rencontré nous-même un exemple dernièrement chez une jeune Anglaise, assez replète, qui venait de tomber sur le genou. Ce bruit peut quelquefois en imposer pour une fracture de la rotule si on n'en est pas prévenu.

Les plaies, les suppurations du genou sont traitées ici d'une manière succincte, probablement *ex professo* dans quelque autre endroit de l'ouvrage. Les kystes, qu'on appelle communément stéatomateux, méliceriques ou athéromateux, et qui peuvent naître autour du genou comme ailleurs, sont décrits par M. Velpeau sous le nom de *tumeurs hématiques*; il croit qu'en origine ces tumeurs ne sont formées que par du sang liquide; ce sang subit à la longue des altérations qui lui donnent la forme de la matière qu'on rencontre dans leur intérieur. Comme cette manière de voir n'est pas du tout conforme aux idées les plus récentes sur la pathologie des loupes, nous allons transcrire les propres expressions de l'auteur. « Celles de ces tumeurs, dit-il, qu'on peut appeler solides ne le sont point au même degré, et jamais elles ne le sont de prime abord. J'en ai vu dans lesquelles le sang était encore reconnaissable, soit à l'état de caillots, soit à l'état de concrétions fibrineuses. En général, elles sont formées d'un kyste quelquefois assez mince, d'autres fois fort épais, et de masses, de pelotons, de plaques, de grumeaux adhérens, les uns très solides, les autres friables, de couleur jaunâtre, ou grise, ou noirâtre. Le kyste lui-même, examiné de près, paraît souvent formé de lames concentriques. Des espèces de colonnes ou de brides vont fréquemment d'un point de la face interne à l'autre; puis il n'est pas rare de voir, au milieu de tout cela, de petits foyers de matières demi-liquides. Au total, ces tumeurs, improprement appelées loupes du genou, sont des masses stéatomateuses, méliceriques ou athéromateuses. La différence

qui les sépare des tumeurs liquides est plus apparente que réelle. Elles naissent toutes, ou presque toutes, sous l'influence du même ordre de causes et par le même mécanisme : un épanchement se fait dans la bourse muqueuse dans l'immense majorité des cas ; cet épanchement est constitué par du sang ou de la sérosité sanguinolente ; à la longue il se dénature. A de la sérosité pure il peut se joindre une exhalation de fluide rouge, de même que la matière colorante peut disparaître en laissant la sérosité seule. Morcelées, broyées par les mouvemens du membre, au milieu d'un liquide onctueux, les concrétions, soit albumineuses, soit fibreuses, se transforment en fragmens qui se décolorent, se durcissent et se régularisent de plus en plus : de là ces grains de riz, ces espèces d'hydatides, de petits cartilages dont il a été question plus haut. Qu'une légère irritation phlegmasique se maintienne longtemps dans le kyste, et la teinte laiteuse du liquide, les couches ou les grumeaux, les flocons caseux ou tuberculeux surviendront. Que l'absorption s'empare de la partie séreuse ou liquide de l'épanchement, et la tumeur prendra, petit à petit, l'aspect du stéatôme, de l'athérôme, ou du mélicéris. J'ai pu constater et suivre ces diverses transformations des tumeurs du genou sur un si grand nombre de malades, qu'il m'est impossible maintenant d'en révoquer l'existence en doute. Le nom des tumeurs hématiques que j'ai proposé de leur donner, en 1826, a donc l'avantage d'en indiquer assez exactement la nature et l'origine. » Ce que dit M. Velpeau peut être vrai pour quelques cas qu'il a observés ; mais nous ne pensons pas qu'on puisse, dans l'état actuel de nos connaissances, rapporter à cette théorie la pathogénésie des loupes en général.

L'article *goître* est dû à M. Ferrus ; c'est dire qu'il est rédigé avec un grand soin, comme tout ce qui sort de la plume de cet habile praticien. Le mot goître est ici appliqué à la simple hypertrophie de la glande thyroïde ; l'auteur a élagué de cette dénomination les maladies multiples de la partie antérieure du cou qu'on avait mal à propos comprises sous le nom de goître. L'hypertrophie de la glande thyroïde peut avoir lieu dans deux sens différens, d'arrière en avant, ou d'avant en arrière. La seconde forme d'hypertrophie constitue le *goître en dedans*, et peut causer la suffocation sans avoir acquis un très grand volume. Le docteur James Reid a déposé au musée de Londres le moule d'un goître en dedans dont les dimensions n'excédaient pas celles d'une pomme moyenne, quoiqu'il eût occasionné la mort du malade. L'anatomie pathologique du goître laisse encore beaucoup à désirer ; M. Ferrus a eu l'occasion de disséquer dernièrement un cas remarquable de goître ancien, dont on lira les détails avec intérêt. « J'ai eu récemment avec MM. Biett et Blandin, dit M. Ferrus, l'occasion d'observer pendant la vie et de disséquer après la mort un goître chez une dame née dans un pays où il est endémique, et chez laquelle il s'était montré de bonne heure. Cette dame a vécu plus de trente ans, et en a été notablement incommodée. La tumeur avait acquis, en dehors, un volume considérable, et ce n'est que dans les dernières années de la vie (de 40 à 55 ans), qu'elle a donné lieu à des accidens plus ou moins graves. Mais alors son extrémité inférieure avait acquis une grande extension, elle s'étendait en pénétrant sous le sternum jusqu'au médiastin, avec lequel elle avait contracté d'étroites adhérences. Là son tissu dégénéré présentait un mélange de matière tuberculeuse et de tissu encéphaloïde. Il s'était établi des communications entre les portions tuberculeuses que contenaient le médiastin et le poumon. Les ganglions cervicaux voisins de la glande thyroïde étaient également tuméfiés, et en quelques points suppurés. Cette glande elle-même présentait dans la plus grande partie de son étendue les caractères ordinaires de l'hypertrophie ; mais quelques-uns de ses lobules situés profondément et en bas contenaient de la matière encéphaloïde. La malade a succombé aux accidens divers produits par la suppuration des masses dégénérées, par les progrès d'une affection catarrhale récente, et surtout par la suffocation que ne pouvait manquer de produire une tumeur qui gênait extrêmement l'acte respiratoire, et rendait infructueux tous les efforts pour expectorer. » —

L'étiologie du goître est fort obscure, comme on sait. La plupart des praticiens, cependant, paraissaient s'accorder à reconnaître dans l'atmosphère des lieux où le goître se rencontre, les conditions propres à la production de cette infirmité (Fodéré, Boyer, etc.), lorsque M. Boussingault est venu dans ces derniers temps faire revivre l'ancienne opinion de l'influence des eaux. Cet observateur attribue la cause principale du goître à la désoxygénation de l'eau ; et cette désoxygénation peut être due, soit à l'élévation du sol, soit à la présence de l'acide carbonique dans l'eau, soit au contact prolongé de certaines substances, l'oxygène, le fer, les matières organiques, les feuilles mortes, les bois pourris, etc. Si la cause dont il s'agit était réelle, on devrait voir surtout le goître dans la plupart des localités où règnent endémiquement les fièvres intermittentes, ce qui n'est pas : et, d'un autre côté, on ne verrait pas les animaux, qui ne boivent que fort peu d'eau, avoir également, dans certaines localités, le goître comme les hommes (Gmelin). Personne n'ignore d'ailleurs que le chant, les cris prolongés, les efforts pour accoucher ont parfois produit le goître presque subitement. Il serait important de s'assurer néanmoins si, dans ces cas, la tumeur est formée par une hypertrophie de la glande thyroïde. Si nous passons de l'étude des causes du goître à celle de son traitement, nous ne trouverons pas moins de lacunes essentielles à remplir. M. Ferrus a exposé parfaitement les connaissances acquises sur cette matière ; mais les *desiderata* n'en restent pas moins.

Au mot *grenouillette*, on ne trouve qu'un petit article fort incomplet ; mais à son côté on en trouve un autre fort intéressant sur la grossesse considérée sous le point de vue médico-légal ; ce dernier article est dû à M. Raige-Delorme.

Suit l'*hydrocèle*, par M. Velpeau. Ce travail est divisé en deux sections ; dans la première, qui est la plus étendue, l'auteur traite de l'hydrocèle chez l'homme. La seconde est consacrée à l'étude de la même maladie chez la femme. L'hydrocèle aiguë chez l'homme se présente en première ligne ; l'auteur reproduit les élémens de la longue discussion qui a eu lieu à l'Académie de médecine à l'occasion de l'opinion de M. Rochoux sur le même sujet, et dont la GAZETTE MÉDICALE a fait dans le temps connaître les détails. L'hydrocèle chronique de la tunique vaginale vient ensuite ; et puis celles du sac herniaire et du cordon qui offrent elles-mêmes plusieurs variétés. L'auteur parle de l'hydrocèle multilobulaire ou en chapelet, à l'occasion des kystes hydropiques formés par d'anciens sacs herniaires ; il présume que dans ce cas la tumeur résulte de l'intervention de plusieurs hernies formées successivement dans la même région. Ce que l'auteur dit de l'hydrocèle chez la femme, sans être tout à fait neuf, nous paraît assez intéressant pour être reproduit. « On ne s'est guère occupé, dit M. Velpeau, de l'hydrocèle chez la femme que depuis un demi-siècle. Un passage d'Aëtius (PEYRILHE, p. 785) porte à penser qu'Aspasie l'avait observée. Paré (ŒUVRES, p. 204) cite une jeune fille de six à sept ans qui en était affectée ; Desault, Lallement, en ont aussi rencontré chacun un exemple ; mais c'est en Italie surtout qu'elle a été l'objet de recherches spéciales dans ces derniers temps. Paletta d'abord, M. Sacchi ensuite (ARCH. GÉN. DE MÉD., t. XXVI, p. 374) ; et plus récemment encore M. Regnoli (ARCH. GÉN., deuxième série, t. V, p. 114), lui ont consacré plus de détails que personne ne l'avait fait avant eux. Les recherches de ces observateurs tendraient à confirmer l'opinion déjà ancienne de ceux qui croient que, chez la femme, l'hydrocèle a son siége dans un prolongement péritonéal, connu sous le nom du ligament de Nuck, et qui, sortant par le canal inguinal, serait l'analogue de la tunique vaginale. M. Regnoli admet de plus une hydrocèle diffuse et une hydrocèle enkystée du ligament rond ; il parle aussi d'une hydrocèle dans un ancien sac herniaire, et des faits sont invoqués à l'appui de ces opinions.

» Un examen attentif des principaux élémens de la question m'a longtemps fait penser qu'elle avait besoin d'être étudiée de nouveau. J'ai quelque raison de soupçonner par exemple que plusieurs, si ce n'est la totalité des tumeurs décrites jusqu'ici sous le nom d'hydrocèle de la femme, étaient tout simplement des kystes séreux, séro-sanguins, séro-muqueux des grandes lèvres et du mont de Vénus. D'abord le ligament rond de la matrice ne vient point, comme je l'avais cru avec tous les anatomistes, se perdre dans le sommet de la vulve. J'ai constaté, avec M. Thomson, que ce cordon s'arrête sur le pubis et dans la paroi postérieure du canal inguinal. Il suit de là que le péritoine ne se prolonge point en cul-de-sac hors du ventre, comme chez l'homme, et qu'on ne voit pas comment une hydrocèle comparable à celle de la tunique vaginale pourrait s'établir chez la femme. Cherchant ensuite dans les faits publiés la preuve de ce qu'on leur a fait dire, j'ai su qu'aucun n'était concluant sous ce rapport. Le kyste était entre l'anneau et la grande lèvre dans les observations de Paré, de Desault, de Lallement, et dans deux de celles de Paletta. La grande lèvre elle-même en était le siége dans plusieurs autres cas. La communication avec le péritoine n'a guère été constatée qu'une fois (Regnoli, ARCH. GÉN. DE MÉD., 2e série, t. V, p. 125), et encore est-il possible que cette communication ait été produite par le chirurgien au moment même de l'opération. Quant aux exemples d'hydrocèle, soit diffuse, soit enkystée du ligament rond, rien n'empêche de les admettre comme exacts, avec cette différence toutefois qu'on aurait tort de les comparer à ceux qui ont été rencontrés dans le cordon spermatique chez l'homme. J'ajouterai en troisième lieu, qu'ayant observé quatre femmes affectées de la maladie en question, j'ai pu m'assurer que chez elles au moins il s'agissait bien de kystes accidentels, et non d'épanchemens dans un sac péritonéal primitif. Ces femmes, toutes d'un certain âge, excepté une qui n'avait que vingt ans, portaient leur tumeur depuis un, trois, huit et onze ans. Le kyste avait le volume d'un œuf ou un peu moins. Chez l'une, il se voyait dans le mont de Vénus, au-devant de l'anneau ; chez les autres, il occupait la moitié supérieure de la grande lèvre.

» Deux de ces hydrocèles étaient remplies de matières filante et glaireuse comme du blanc d'œuf ; dans les deux autres, c'était de la sérosité légère-

ment rosée. Le sac, lisse comme une bourse muqueuse ou synoviale à l'intérieur, avait des parois épaisses de trois à six lignes, quoique assez souples. Ces tumeurs n'avaient certainement aucun rapport, aucune continuité du moins avec le péritoine ni avec le ligament rond. De pareils kystes ne seraient-ils pas la suite d'anciens épanchemens de sang survenus à l'occasion de froissemens ou de contusions? Ce que j'ai observé tant de fois sous la peau et dans les cavités séreuses en général m'autorise à émettre cette pensée, mais ne suffirait pas, je l'avoue, pour en démontrer la justesse.

»Quoi qu'il en soit, les kystes connus sous le nom d'hydrocèle chez la femme sont des tumeurs plus ou moins mobiles, indolores, globuleuses, élastiques, fluctuantes, à parois généralement assez épaisses, dont il est presque impossible de constater la transparence, et qui ont leur siége, tantôt vers le milieu, tantôt un sommet de la grande lèvre, tantôt sur le devant de l'anneau ou même dans le canal inguinal. Le développement, la marche et les conséquences de semblables tumeurs sont les mêmes que dans l'hydrocèle enkystée du cordon chez l'homme. Cependant, leur situation au milieu d'un tissu cellulo-graisseux quelquefois fort abondant, leur refroidissement pendant le coït ou l'accouchement en rendent et le diagnostic plus difficile et le pronostic plus grave. On conçoit, en effet, qu'à la longue elle pourrait s'enflammer et se transformer en abcès, ou bien acquérir un volume et un poids considérables.

»Le traitement en est le même, au surplus, que celui de l'hydrocèle enkystée du cordon. »

L'article *hydrorachis* ou *spina bifida*, par M. Ollivier, est remarquable par la précision des idées; mais il laisse à désirer sur le *spina bifida antérieur*, surtout sur celui dont la tumeur a fait saillie dans l'excavation pelvienne chez la femme et a mis obstacle à l'accouchement. L'article *hypochondrie* porte la signature de Georget; il est, par conséquent, le même que dans la première édition.

Au mot *hypopion* on trouve un article de trois pages, par M. J. Cloquet. Ce travail paraît être un abrégé du chapitre de Scarpa, relatif au même sujet, et la bibliographie qu'on lit à la suite laisse beaucoup à désirer.

Au mot *iliaque* on ne rencontre qu'un article de quelques pages; l'auteur y traite d'une manière fort succincte des blessures et de la ligature des vaisseaux iliaques.

Avant de terminer cette analyse que nous aurions désiré faire plus complète, nous devons cependant signaler encore un fait important, c'est que les articles de bibliographie, qui, dans le premier volume, étaient presque tous de M. Dezeimeris, appartiennent, à partir du quinzième, exclusivement à M. Raige-Delorme. Ce changement est en outre accompagné d'une amélioration dont les souscripteurs au dictionnaire sauront gré, ainsi que nous, à M. Raige-Delorme, qui prend une part si active et si heureuse à la collaboration de cette édition: les articles de bibliographie, dans lesquels l'auteur paraît avoir attaché plus d'importance au choix qu'au nombre des citations, sont généralement précédés d'une notice historique sur la maladie. Ces notices étaient le complément indispensable d'un ouvrage aussi grand et aussi complet. Nous félicitons M. Raige-Delorme de les y avoir introduites.

VARIÉTÉS.

Paris, 28 novembre 1838.

M. le rédacteur,

Une des plus grandes illustrations dont la médecine puisse s'énorgueillir, une des plus belles gloires scientifiques de la France, vient de s'éteindre dans la pe sonne de M. Broussais. Des amis de ce médecin célèbre, des admirateur de son génie, ont exprimé le vœu de voir s'élever par souscription un monument sur sa tombe. Ce vœu ne peut manquer d'être entendu, car il tend à honorer une gloire bien légitimement acqui-e par quarante années de travaux, par quarante années de services rendus à la science, à la philosophie, à l'humanité.

Une commission s'est déjà formée pour en préparer l'accomplissement: composée de MM. Orfila, doyen de la faculté de médecine; Bouillaud, professeur à la même faculté; baron Larrey, inspecteur-général du service de santé des armées; Gasc, médecin en chef de l'hôpital du Val-de-Grace; Laneuville, ex-intendant militaire; Evrard, intendant militaire; Népomucène Lemercier, de l'Académie française; Droz, de l'Académie des sciences morales et politiques; Roche, de l'Académie de médecine; Frappart, médecin; Lecorbière, médecin, et J.-B. Ballière, libraire, elle s'est réunie hier, et s'est immédiatement constituée en choisissant M. Orfila pour la présider et en me désignant pour secrétaire.

Je viens en cette qualité et au nom de cette commission, M. le rédacteur, vous prier de vouloir bien l'aider à accomplir son œvre de reconnaissance et de justice, en publiant cette lettre dans votre journal et en annonçant que la souscription est ouverte tous les jours excepté les dimanches et fêtes de dix à quatre heures, dans les bureaux de la faculté de médecine, de l'hôpital du Val-de-Grace, chez M. J.-B. Baillière, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17, et chez tous les rédacteurs des journaux de médecine de la capitale.

J'ai l'honneur d'être, etc. ROCHE.

— M. FUSTER vient de présenter à l'Académie des sciences un ouvrage manuscrit sur les maladies de la France, dans leurs rapports avec les saisons. L'Académie a chargé MM. Arago, Double et Magendie de lui rendre compte de cet ouvrage.

— La Société médicale de Munich, sur le rapport de son comité, a résolu, dans sa séance générale du 27 octobre 1838, qu'aucun des concurrens n'ayant remporté le prix pour cette année, ce prix soit partagé en deux accessits de dix ducats chacun, Conformément à cette résolution, elle a décerné le premier accessit à l'auteur du mémoire portant le titre: BEYTRAEGE ZUR LEHRE VON DER UMSTIMMENDEN ODER ALTERIRENDEN HEILMETHODE, M. le docteur EISENMANN, de Wurzbourg; et le second à l'auteur du MEMOIRE SUR LES CARACTÈRES A L'AIDE DESQUELS ON PEUT DISTINGUER PENDANT LA VIE ET APRÈS LA MORT LES CONGESTIONS SANGUINES ET LES INFLAMMATIONS, M. le docteur TANQUEREL DES PLANCHES, de Paris.

— M. le docteur SICHEL ouvrira un nouveau cours de clinique des maladies des yeux, le lundi 3 décembre 1838, à deux heures, à son dispensaire, rue de l'Observance, 6, et le continuera tous les jours à la même heure, excepté les dimanches et samedis.

Il commencera le même jour à cinq heures, à l'amphithéâtre n. 3 de l'Ecole pratique, ses leçons théoriques et pratiques d'ophthalmologie, et les continuera les lundis, mercredis et vendredis de chaque semaine à la même heure.

— M. LEROY D'ETIOLLE commencera le 1 décembre son cours public de chirurgie spéciale des affections urinaires, et le continuera le mardi et le samedi à sept heures du soir dans l'amphithéâtre n. 1 de l'école pratique.

— EDUCATION MÉDICALE. L'école secondaire et préparatoire de médecine, fondée par M. le docteur Ratier, rue l'Arbalète, 23, a repris comme les années précédentes son enseignement et les répétitions des cours des facultés des sciences et de médecine. Les élèves pensionnaires seuls y sont admis.

— ŒUVRES COMPLÈTES DE JOHN HUNTER, traduites de l'anglais par G. RICHELOT, docteur en médecine de la faculté de Paris, membre de la société médico-pratique de Paris, médecin du bureau de bienfaisance du quatrième arrondissement, membre correspondant de la société royale académique du département de la Loire-Inférieure.

L'ouvrage formera 4 volumes grand in-8 et un atlas de 60 planches in-4 lithographiées par Emile Beau.

Le 1er volume renferme la VIE DE HUNTER, et ses LEÇONS DE CHIRURGIE qui n'avaient jamais été été publiées.

Le 2e volume renferme le TRAITÉ DES MALADIES DES DENTS, et le TRAITÉ DES MALADIES VÉNÉRIENNES.

Le 3e volume renferme le TRAITÉ DU SANG, DE L'INFLAMMATION ET DES PLAIES PAR ARMES A FEU, et plusieurs mémoires sur l'inflammation des veines, sur l'invagination intestinale, sur les anévrismes, etc.

Le 4e volume comprend plus de quarante mémoires sur des points intéressans d'anatomie, de physiologie, d'embryologie, d'anatomie comparée, d'histoire naturelle, etc.

Cette édition, la seule édition complète des œuvres du grand Hunter, est augmentée de notes nombreuses par J.-F. Palmer, Richard Owen, Thomas Bell, G. Babington et G. Richelot.

Le prix de chaque livraison, qui se compose de 10 feuilles d'impression et 4 planches, est fixé à 3 fr. 50 c.

Il paraît une livraison le 15 de chaque mois.

On souscrit à Paris chez LABÉ, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, 10.

— CONSIDÉRATIONS SUR L'IRRITABILITÉ ET LA CONTRACTIBILITÉ; par M. le docteur CASTEL, membre de l'Académie royale de médecine. Broch. in-8, 33 pages. Paris, 1838.

— MANUEL DES SAGES-FEMMES, contenant la saignée, l'application des ventouses, la vaccine, la description et l'usage des instrumens relatifs aux accouchemens, des notes sur plusieurs parties des accouchemens pour servir de complément aux principes d'accouchement de Baudelocque; par F.J. MOREAU, professeur d'accouchement, des maladies des femmes et des enfans à la faculté de médecine de Paris, médecin de la maison d'accouchement de Paris.

Un vol. in-12 de 168 pages avec cinq planches dont quatre coloriées. — Prix: 2 fr.

— TRAITÉ THÉORIQUE ET PRATIQUE DES MALADIES DES FEMMES; par F. IMBERT, ex-chirurgien en chef de la Charité de Lyon, médecin de l'Hôtel-Dieu, professeur à l'école secondaire de médecine de la même ville. Tome 1, contenant les névroses génitales, encéphaliques, les affections des ovaires et des trompes, les maladies de la grossesse. Un vol. in-8 de 488 pages. Prix: 6 fr.

Le tome second s'imprime et paraîtra dans six mois.

— ETUDES MÉDICALES, ou réponse aux accusations portées contre la doctrine médicale homéopathique; par A. CHARGÉ, docteur en médecine de la faculté de Paris, médecin-adjoint de l'Hôtel-Dieu de Marseille.

Un vol. in-8 de 226 pages. Prix: 4 fr.

Ces trois ouvrages se trouvent à la librairie médicale de Germer Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17, à Paris.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE DE FELIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 49. (TOME VI. — 1838.) SAMEDI 7 DÉCEMBRE 1838.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, à 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 14, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE.

RELATION DE LA MALADIE DE BROUSSAIS (1), SUIVIE DE QUELQUES RÉFLEXIONS PRATIQUES SUR LES OBSTRUCTIONS DU RECTUM; par M. le docteur AMUSSAT.

Messieurs,

Ayant considéré comme un devoir de communiquer à l'Académie le plus promptement possible ce que je sais des derniers momens du grand homme qui m'honora de sa confiance et de son affection, je viens vous donner quelques détails sur sa maladie.

Je vous en parlerai particulièrement sous le rapport chirurgical. Je me suis empressé de rédiger cette relation et d'insister sur les jours qui ont précédé la mort pour vous mettre en état d'apprécier à leur juste valeur les bruits de toute espèce qui ont été répandus sur les derniers momens de la vie de notre illustre collègue.

(1) Je publie cette observation telle que je l'avais rédigée à la hâte, pour la lire à l'Académie dans la séance du 27 novembre 1838, c'est-à-dire immédiatement après les obsèques de Broussais. J'avais pensé remplir un devoir consciencieux envers l'Académie, je croyais qu'il y avait quelque courage à venir dire avec convenance tout ce que j'avais observé avant qu'on eût connu le résultat de l'enquête; la majorité de l'Académie a refusé de m'entendre; j'aurais pu faire valoir des motifs particuliers (avant qu'il fût question d'empoisonnement, on avait répandu le bruit parmi les élèves en médecine que Broussais était mort d'une hémorragie, suite de cautérisation faite deux heures avant sa mort, malgré l'opposition des consultans). Voyant que je m'étais trompé en croyant être agréable à l'Académie, j'ai mieux aimé me résigner que de laisser croire que j'avais agi dans un but purement personnel. Maintenant je dois prévenir mes collègues, qui ne sont pas du conseil de l'Académie, qu'une heure avant la séance je m'étais présenté au conseil avec mon manuscrit, que j'en avais lu quelques pages à l'un de ses membres et qu'il les avait approuvées. Le conseil n'était pas assemblé, il aurait dû m'admettre même à sa séance et me demander communication de mon manuscrit. Quoi qu'il en soit, je dois rendre justice à la majorité du conseil qui était d'avis que j'obtinsse la parole; mais au lieu de consentir à soumettre la difficulté à l'Académie, elle devait préalablement, par confraternité, m'entendre et apprécier mes motifs. Pour écarter ma lecture, on a fait valoir le précédent de Murat; mais il est évident que ce qui pouvait être inconvenant pour Murat ne l'était pas pour Broussais. On a donné surtout la raison de l'enquête; mais ce que j'avais à dire, loin de nuire à l'enquête ne pouvait que l'éclairer. Comme j'avais déposé devant le procureur du roi, je savais toute la réserve que je devais observer. C'était sa maladie et ses suites que je venais raconter à l'Académie inquiète sur le genre de mort. Enfin il n'est pas inutile de faire observer que M. Marc, médecin légiste d'une grande expérience, a insisté pour qu'on m'entendît.

Feuilleton.

NOTICE MÉDICALE SUR UN VOYAGE DANS LE PETIT ATLAS ET LE BÉLAD-EL-DJÉRID OU PAYS DES DATTES DE 1832 A 1836;

PAR M. LE DOCTEUR GUYON.

> Super Numidiam Gœtulos accepimus, partim in Tuguriis, alios incultius vagos agitare, post eos Aethiopas esse.
>
> Salluste, de Bell. Jugurt.

(Suite. — Voir le dernier numéro.)

§ II. Bélad-el-Djérid ou pays des dattes.

Le Bélad-el-Djérid ou pays des Dattes (1) s'étend tout le long du versant méridional de l'Atlas, à peu près du 32e au 35e de latitude. Il comprend l'ancienne Gétulie (1), dont la Zobé, le Zaab d'aujourd'hui, faisait partie. Son nom moderne vient de la grande quantité de dattiers qu'on y cultive et qui en font la richesse.

Nos biskris ou portefaix d'Alger et les mozabites (2), employés dans les bains au chauffage des fours, sont les représentans de ces anciens Gétuliens qui servaient sous Annibal, pendant la seconde guerre punique. Ces peuples qui prenaient différens noms, selon les localités, depuis les Garamantes à l'est jusqu'aux Auloles ou Gauloles à l'ouest (3), furent initiés à l'art de la guerre par Jugurtha, qui s'en servit pour déterminer Bocchus, son gendre, à s'unir avec lui contre les Romains. Salluste les représente comme très attachés à leur indé-

(1) Shaw écrit Blaid al Jeridde qu'il traduit par pays sec. Chénier écrit Vled el gerit et Belad al gerit, qu'il traduit par pays des cannes. Les Turcs, dit cet auteur, appellent gerit les cannes qu'ils font avec les feuilles du palmier, et qu'ils se lancent dans leurs exercices. Recherches historiques sur les Maures, etc.; par M. de Chénier, chargé des affaires du roi auprès de l'empereur de Maroc. Paris, 1787.

(1) *Getulia autem pars Africæ mediterranea est*, dit Isidore de Séville. Cet ancien nom du pays se trouve rappelé par celui de Gezula que porte aujourd'hui une des tribus du sud des états de Maroc.

(2) Selon Shaw, les mozabites ou beni mezzab, comme il les appelle, seraient les Ménalogétuliens d'autrefois. Il les place à 33 lieues au sud des Ammers, tout à fait sur les confins du désert.

(3) Vid, Ethicus, Orosius, etc.

Obs. — La maladie de Broussais consistait uniquement dans une *obstruction de la moitié inférieure de l'intestin rectum*. Cette altération organique était de nature carcinomateuse.

Doué d'une constitution athlétique, sous le double rapport physique et intellectuel il fit des excès des deux genres provoqués par la force de son organisation et de son tempérament qui était éminemment nerveux et bilieux.

Plusieurs fois il se plaignit à son ami M. Treille et à d'autres médecins d'une douleur au sommet du poumon droit qu'il croyait tuberculeux; pour toute réponse, on se moquait de lui, en lui faisant remarquer ses larges épaules; on verra bientôt que Broussais s'était parfaitement jugé.

Il y a une vingtaine d'années qu'il commença à ressentir vers la région pylorique des douleurs qui se calmaient au moyen de la diète; puis, lorsque les douleurs avaient cessé, se sentant affaibli, il s'excitait fortement et alors il souffrait de nouveau.

Depuis plusieurs années, il était tourmenté par une diarrhée dont il se plaignait à ceux qui l'entouraient. Malgré cette incommodité, il avait de l'appétit, et la digestion supérieure, comme il le disait lui-même, se faisait bien.

A mesure que la maladie a fait des progrès, la défécation est devenue plus difficile, plus douloureuse; les intervalles ont été plus longs; c'était un travail, une véritable opération qu'il appelait ses *débacles*.

Dès le début de la maladie du rectum, le voisinage de la prostate a déterminé des douleurs dans la vessie, et les envies d'uriner sont devenues fréquentes et fort incommodes.

Le 12 avril 1838, ayant été consulté pour la première fois par Broussais, j'ai constaté l'existence d'une plaque bosselée, lisse et dure, située à la partie antérieure du rectum, derrière la prostate, cachée par la maladie, qui n'occupait alors que les trois quarts antérieurs de la circonférence de l'intestin.

Elle avait environ deux pouces de hauteur; en bas, elle se terminait au-dessus du sphincter de l'anus. *Une petite tumeur indurée* de la grosseur d'une forte noisette sortait par la partie antérieure de cette ouverture dans les efforts de la défécation; elle incommodait beaucoup le malade; lorsqu'elle était serrée par le sphincter, il était forcé de la faire rentrer.

En me recueillant sur les sensations fournies par mon doigt et par la petite tumeur indurée que j'avais vu sortir à la marge de l'anus, je ne pus conserver de doute sur le caractère de la maladie.

L'exploration très attentive, à laquelle je venais de procéder, m'en démontra la gravité (surtout en me rappelant que peu de temps avant j'avais vu mourir un malade trois jours après l'ablation d'une portion de l'intestin rectum qui était absolument dans les mêmes conditions), mais pour le malade je dissimulai ma pénible pensée, et je décrivis avec soin sa maladie, lui disant qu'il s'agissait de tumeurs hémorrhoïdales, que nous pourrions lier avec autant de succès que sur plusieurs malades qu'il m'avait confiés.

Mais il redoutait la moindre opération, et il m'avoua que c'était la cause pour laquelle il avait tardé à m'appeler. Alors je lui proposai de dilater, d'applatir, de comprimer ces tumeurs avec des mèches et des bougies; il accepta ma proposition, et immédiatement une mèche enduite de cérat fut placée dans le rectum.

Les mèches et les bougies ont d'abord été employées, et elles ont été mieux supportées que je ne l'espérais; la dilatation du rectum a produit un grand soulagement, et l'amélioration a été telle que le malade se flattait que ce moyen suffirait pour le guérir.

Une nouvelle exploration m'ayant démontré la nécessité d'agir plus efficacement, je provoquai une consultation qui fut rejetée plusieurs fois; enfin j'obtins que MM. Breschet et Sanson viendraient m'aider de leurs conseils. Le 26 avril la réunion eut lieu. Il fut convenu qu'on ne pouvait penser à l'ablation de la partie malade, mais qu'on continuerait la dilatation par les mèches et les bougies, et que si les tumeurs et les végétations augmentaient, il faudrait avoir recours à la ligature et à la cautérisation.

La dilatation fut continuée avec persévérance et avantage à Paris et surtout à Vitry; mais vaincu par la gêne que lui causaient la sortie et la rentrée de la tumeur de la marge de l'anus, il se décida enfin à la laisser lier; ce que je fis, le 18 juillet 1838, aidé de MM. Casimir Broussais et Levaillant.

Je transcris ce qu'a écrit Broussais lui-même dans son journal :

« Je me sens faible de toutes ces évacuations (il avait eu une *débacle*); mais ce matin le fondement ne me fait pas souffrir. A la seconde selle de la nuit, le repli (c'est ainsi que Broussais désigne la tumeur indurée qui sort par l'anus) était assez gros, dur et résistant à la rentrée. A neuf heures, un lavement; je le rends de suite, et M. Amussat fait la ligature du repli qu'il trouve beaucoup moins gros que samedi; mais il remarque, ainsi que mon fils Casimir qui est avec lui, qu'une autre éminence rouge paraît derrière celle qu'on lie. Celle-là est piriforme et parfaitement isolée, à pédicule étroit. Le moment de la constriction est très douloureux. Je me mets dans un bain de siége. La douleur de constriction diminue peu à peu dans la journée, et le soir, le repli avait des stries livides. Rien pris dans la journée. Le soir, une soupe au pain; à trois heures, à quatre heures et demi, liquide copieux, fétide, rendu vent et urine. Il n'y a point de fièvre. »

Le 19 juillet, je trouvai que la tumeur liée la veille était flétrie, ramollie et réduite à sa trame celluleuse. Broussais dans son bulletin du 19 dit :

« Je rends un vent muqueux, et il emporte la ligature avec un petit morceau de la grosseur du noyau d'une petite prune, pyramidal et blanchâtre, le pédicule seul est fixé. La ligature est un peu noire depuis ce matin. En effet le repli lié ne paraissait plus que comme le bourbillon d'un clou ou furoncle; mais il reste un morceau de chair pincé dans l'anus. Je prends le bain et j'explore, c'est un repli pareil à celui qui est tombé. »

Ainsi, comme on le voit, la ligature fit promptement justice de la tumeur ou du repli qui gênait beaucoup le malade; mais quelques jours après une nouvelle tumeur tout à fait analogue à la première la remplaça et causa les mêmes douleurs.

Le 20 juillet, je fis de nouveau l'exploration du rectum, et particulièrement de la partie inférieure de cet intestin. Alors, la maladie avait envahi toute la circonférence de l'organe et descendait jusqu'au sphincter. Dans les efforts que faisait le malade, on voyait les végétations et la couleur jaune, luisante de la muqueuse dégénérée; je reconnus la nécessité de lier la nouvelle tumeur qui avait succédé à la première. Elle produisait beaucoup de gêne pour la défécation et pour l'introduction des mèches. Mais avant de pratiquer cette nouvelle opération et celles que je me proposais de faire, je voulus encore m'étayer de l'assentiment des chirurgiens qui m'avaient déjà prêté leur appui. Malgré la confiance pleine et entière du malade; malgré sa répugnance pour une nouvelle consultation, il céda à mes instances, et il accorda plutôt pour moi que pour lui qu'elle aurait lieu le 26.

Je vais transcrire ce que Broussais en dit lui-même dans ses notes.

« Le 26 juillet, MM. Amussat, Breschet et Casimir Broussais essaient la ligature; elle ne peut être faite qu'au milieu, et en voulant tirer pour porter une autre ligature à la base, on déchire au point constringé. On écrase aussitôt la racine avec des pinces à anneau. Il coule peu de sang. Je me mets dans le bain de siége. Je prends après un léger potage et un verre d'eau. Maintenant, midi et demi, je suis au lit, souffrant d'une douleur de cuisson à l'anus, avec quelques élancemens de temps en temps.

» Nota. La ligature et l'arrachement n'ont pas été douloureux. Ce qui l'a été beaucoup, c'est une exploration faite après l'opération. Tout cela a coûté peu de sang; il n'y avait qu'un médiocre caillot au fond du bain de siége. Ces productions sont molles et vésiculeuses. On les caractérise polypes vésiculeux. M. Amussat pense qu'il faudra revenir aux mèches et cautériser avec le nitrate d'argent, pour détruire ce qui reste. M. Breschet est de cet avis, ainsi que M. Samson, qui n'est arrivé qu'après l'opération terminée. »

Le lendemain, Broussais n'a point, dit-il, éprouvé de malaise; mais il se sent un peu faible, et il ajoute qu'en raison de la persistance, de la sensibilité du pourtour de l'anus, il n'avait pas encore procédé lui-même à l'exploration des polypes. (Ce sont ses expressions.)

Le 28 juillet, j'ai placé une petite mèche. A dater de cette époque, on a continué la dilatation du rectum avec des mèches et des bougies de cire de plus en plus grosses.

Dans les intervalles des débacles, il rendait des matières liquides qu'il appelait des fusées; elles étaient de deux espèces : les unes stercorales; les autres glaireuses. Les premières étaient formées par les matières stercorales dé-

---

pendance. Aussi les voyons-nous se révolter contre Juba que les Romains leur avaient imposé pour maître.

Le sol du Bélad-el-Djérid paraît être assez bien arrosé, notamment dans le Wadreag, l'une des contrées les plus remarquables du pays. « Là, partout, disait M. Baudouin, il suffit, pour se procurer de l'eau, de creuser la terre : elle en jaillit dès qu'on a perforé une certaine roche très connue des habitans, et qu'on rencontre toujours à une certaine profondeur. » Ceci conforme le dire de Shaw, que j'ai rappelé dans une notice sur Constantine, en disant que les puits artésiens étaient connus, depuis des siècles, des habitans de l'intérieur (1).

Outre le dattier, dont le fruit constitue la principale nourriture des habitans, le Bélad-el-Djérid possède beaucoup de nos arbres fruitiers, entre autres le poirier, le pêcher, l'abricotier, le grenadier, le figuier. Celui-ci y acquiert, comme sur le littoral nord, un accroissement considérable. L'oranger et le citronnier y sont très multipliés, surtout le dernier. La vigne y prospère et fournit un bon raisin. Le pommier ne donne qu'un fruit petit, de mauvaise qualité : on n'en fait aucun cas.

Le blé y est apporté du nord. On l'échange contre des dattes dont on donne six mesures pour une de blé. Il n'y a guère que les riches qui puissent se procurer ce dernier produit, dont les femmes font des galettes qui sont très recherchées.

Le blé est moulu avec les petits moulins portatifs que nous voyons sur le littoral, et qui consistent dans deux disques de pierre, tournant l'un sur l'autre, par le moyen d'une manivelle, moulins connus dès la plus haute antiquité, et que les femmes d'aujourd'hui comme celles d'autres fois meuvent en s'accompagnant de quelques chansonnettes. « Et une autre chanson des femmes qui font tourner la meule, ainsi qu'Aristophane le dit, dans la comédie des femmes qui célèbrent la fête des Thesmophories. » Athénée. Ces moulins sont également usités en Egypte, ainsi que nous l'apprend M. le baron Larrey, dans la relation de ses campagnes.

Le *chamœrops humilis*, si commun sur tout le littoral nord, ne se trouve pas dans le Bélad-el-Djérid, non plus que deux autres plantes du même littoral, le *cactus* et l'*agave americana*, qui du reste sont étrangères à l'Afrique du nord, de même qu'au midi de l'Espagne, où on les rencontre également. Ces deux plantes sont américaines.

Le lièvre et l'autruche sont très communs dans le Bélad-el-Djérid. On y élève des levriers pour la chasse de la gazelle qui n'y est pas moins répandue. M. Baudouin mentionne, parmi le gibier du pays, un petit quadrupède blanc, à queue très fournie, et très recherché des habitans. Cet animal se prend avec des piéges où l'on a mis des dattes. Ce doit être le canis figuré et décrit par Bruce sous le nom de fenec.

Comme du temps de Jugurtha, les habitans sont sédentaires ou nomades. Les premiers occupent les villes et villages, les autres vivent sous la tente. Les habitans des villes sont servis par des nègres qu'ils retirent de l'intérieur, par la voie de Tombouctou. Leurs maisons, bâties de terre et de bois de palmier, sont blanchies à l'intérieur et à l'extérieur. Nos marchandises européennes leur arrivent par la voie de Tunis.

(1) Sur l'ancienne Cirta, aujourd'hui Constantine. Alger, 1833.

layées, et les autres par la sécrétion morbide de la portion malade de l'intestin rectum. Ces dernières sortaient presque toujours involontairement en même temps que l'urine, ce qui contrariait beaucoup le malade.

Le 15 août, j'ai fait l'excision d'une petite végétation pincée par l'anus. Cette opération n'a pas été douloureuse. Elle a seulement été suivie de cuissons qui ont duré plusieurs heures.

D'après ce qui précède, on voit que la ligature, l'excision des tumeurs et des végétations qui obstruaient l'anus ont été faites sans le moindre accident, et que, par ces divers moyens, on a débarrassé le malade d'une gêne fort incommode, dont il se plaignait beaucoup.

Relativement à la ligature, je dois dire que malgré mes assurances on avait redouté l'inflammation; la phlébite et l'hémorragie. Je puis dire que j'ai déjà fait un grand nombre de ligatures de tumeurs du rectum. Cinquante fois au moins j'ai lié des hémorrhoïdes internes plus ou moins grosses, jusqu'au volume d'un œuf, et je n'ai jamais observé les phlébites et les hémorragies si redoutées par presque tous les praticiens, depuis quelques sinistres arrivés à Dupuytren et à d'autres chirurgiens pour l'excision des hémorrhoïdes internes. Mais la ligature et l'excision diffèrent essentiellement.

L'orifice inférieur du rectum avait été parfaitement débarrassé. Il était libre et dilatable: il n'en était pas de même de la portion malade. Comme nous l'avons déjà dit, l'affection carcinomateuse avait envahi toute la circonférence du rectum; en haut, elle formait un bourrelet circulaire qui s'opposait de plus en plus à la sortie des matières. La maladie avait alors la hauteur du poing; en plaçant le doigt indicateur dans la main gauche fermée, on peut juger de la hauteur du rétrécissement, et en touchant l'anneau formé par l'indicateur et le pouce gauche, on peut se faire une idée du bourrelet, qui terminait en haut la maladie.

Les lavemens et les douches ascendantes même ne produisaient que peu d'effet; les mèches secondées par les purgatifs mettaient fin à la constipation en produisant la débâcle qui devenait de plus en plus difficile.

Depuis longtemps déjà, je sentais l'insuffisance de la dilatation mécanique. Les végétations et les tumeurs pullulaient, proéminaient assez fortement, et en resserrant le passage, elles retardaient la défécation; or, pour dilater désormais avec succès, il fallait d'abord détruire les exubérances du rectum. Malgré ce qui avait été convenu et arrêté dans les consultations des 26 avril et 26 juillet, relativement à la cautérisation, le malade redoutait ce moyen et en retardait l'application. Enfin, je parvins à le convaincre de l'avantage du caustique pour modifier l'inflammation et faire tomber les exubérances. Il finit par consentir, et le 18 août 1838, en présence de M. Casimir Broussais, j'ai cautérisé légèrement l'intérieur de la portion rétrécie du rectum, avec un porte-caustique droit pour l'urètre, gros comme une plume à écrire, et j'ai surtout porté l'action du caustique en arrière, dans l'intention de détourner l'irritation qui se propageait à la vessie.

Broussais, dans son journal, dit seulement :

« M. Amussat cautérise, et je me mets dans un bain de siége. »

Le résultat de cette première cautérisation ne se fit pas longtemps attendre. Le malade en fut très satisfait sous tous les rapports. Le travail inflammatoire fut porté en arrière; il y eut révulsion, et les envies d'uriner devinrent moins fréquentes. Avant la cautérisation, le malade urinait tous les quarts d'heure, ce qui lui rendait les nuits insupportables.

A ce sujet, Broussais a écrit dans son journal, le 27 août : « *Je n'ai plus de spasme dans la vessie*; quand il y a de l'urine je la rends. »

Et plus loin, il ajoute : « Mais le retard de la débâcle empêche que l'on ne poursuive *la cure définitive par la cautérisation.* »

Le 1er septembre a eu lieu la deuxième cautérisation (douze jours après la première), avec le même instrument que la première fois. Le porte-caustique a été laissé plus long-temps en contact avec les surfaces malades (1).

Broussais dit : « Je me lève à dix heures pour la cautérisation. On la fait plus profonde que la première fois, sans que je souffre beaucoup. »

La troisième cautérisation a eu lieu le 5 septembre; c'est-à-dire cinq jours après la seconde. Cette fois, j'ai employé deux gros porte-caustique de l'urètre, et j'ai usé tout le nitrate qu'ils contenaient.

Broussais dit : « M. Amussat opère la troisième cautérisation, plus profonde et plus prolongée que la seconde (deux cuvettes); je me mets dans un bain de siége. »

Reconnaissant l'insuffisance des instrumens employés précédemment pour agir efficacement sur une aussi grande surface, je fis faire exprès un porte-caustique d'argent gros comme le doigt annulaire, dont la cuvette, longue de deux pouces et large de six lignes, divisée en quatre compartimens, deux supérieurs et deux inférieurs, pour mieux fixer le nitrate d'argent, équivaut à douze cuvettes des porte-caustique que j'emploie pour combattre les rétrécissemens de l'urètre, et qui sont représentés dans mes leçons sur les rétentions d'urine.

Déjà, dans des cas analogues, j'avais employé un porte-caustique en buis, gros comme le doigt; mais le nitrate d'argent était mêlé à un corps gras, ce qui en diminuait l'efficacité.

La première cautérisation avec le gros porte-caustique que je viens de décrire a été faite le 8 septembre; après avoir introduit l'instrument avec assez de facilité, j'ai reconnu la limite du bourrelet en haut; avec *la lentille de mon mandrin*, afin de ne pas cautériser au-delà du mal. Cette fois, par prudence, je n'ai laissé agir que la moitié supérieure de la grande cuvette, ou les deux compartimens supérieurs.

Broussais dit : « M. Amussat arrive et pratique la quatrième cautérisation. Le porte-caustique est beaucoup plus gros, et par conséquent la masse du nitrate d'argent plus considérable. Je souffre beaucoup; il ne fait qu'une application. »

La cinquième cautérisation, ou la deuxième avec le gros porte-caustique, a été appliquée, le 22 septembre, en présence de M. Casimir Broussais. Toute la cuvette, remplie de nitrate d'argent bien soudé, a été mise en contact avec les surfaces malades, en prenant les précautions déjà indiquées pour ne pas cautériser au delà de l'obstacle. Broussais dit : « M. Amussat me pratique la cinquième cautérisation plus grosse et plus profonde que la dernière; et, de plus, il cautérise de petites végétations qui sont à la marge, ou peu distantes et pincées de l'anus. La souffrance est plus vive qu'à toutes les autres fois. »

Ce jour-là, les douleurs ont été plus vives, non-seulement parce que j'ai laissé agir tout le caustique; mais surtout aussi parce que j'ai cautérisé les végétations de la marge de l'anus, et on sait que cette partie du rectum est plus sensible que l'intérieur de l'intestin. C'est un fait que j'ai eu l'occasion de constater assez souvent.

Le 29 septembre, j'ai exploré de nouveau; mais comme le malade redoutait beaucoup l'introduction du doigt indicateur, j'ai d'abord introduit le petit doigt. Par ce moyen, l'exploration a été beaucoup moins pénible.

Broussais dit :

« A trois heures, M. Amussat arrive et explore l'anus. Je souffre peu. Il trouve une diminution de moitié dans les tumeurs. »

La sixième cautérisation, ou la troisième avec le gros porte-caustique, a été pratiquée le 2 octobre; Broussais dit :

« M. Amussat arrive, et il fait avec des ciseaux l'excision d'une végétation plate et large, un peu pincée par l'anus. J'avais demandé cette opération, la préférant au caustique; mais, indépendamment de cela, il porte le nitrate d'argent sur les tumeurs qui sont dans la partie la plus éloignée, et qui correspondent à la prostate. Je souffre peu de tout cela. »

Quelques jours après, j'ai rencontré M. Pasquier père chez Broussais. Nous lui racontâmes ce qui avait été fait et les résultats obtenus. Il donna devant le malade et en particulier un assentiment complet à ce qu'on faisait pour son collègue. Il ajouta que dans son opinion il n'y avait que la cautérisation qui pût lui être utile, et il insista sur la nécessité de continuer l'emploi de ce moyen pour désobstruer le passage.

La septième et dernière cautérisation, ou la quatrième avec le gros porte-caustique, a été pratiquée le 31 octobre.

Broussais dit : « Le 31 octobre, M. Amussat arrive et pratique une septième cautérisation. Elle ne porte que profondément sur la tumeur qui correspond à la prostate. Mais elle est assez forte et prolongée. Elle est fort douloureuse, plus par les mouvemens de l'instrument que par l'action du caustique. »

(1) J'ai usé tout le nitrate contenu dans la cavité de l'instrument.

Les peuplades placées au sud de ce royaume ont conservé le souvenir de la guerre des croisés, qui constitue une des époques les plus mémorables de leur histoire. Une cotte de maille, trouvée dernièrement à Constantine, parait remonter à cette époque, d'après l'historique qui en a été fait par une des femmes du sérail où elle était conservée (1).

M. Baudouin a rencontré beaucoup de ruines dans tout le pays, mais surtout du côté du nord. Il mentionne, à peu de distance, et au sud de Biscara, une population placée dans l'enceinte même d'une ville dont plusieurs édifices sont encore d'une belle conservation : l'un d'eux est désigné, par les habitans, sous le nom de Palais du roi. Celui-ci présente, au-dessus de la porte d'entrée, une inscription parfaitement intacte. La ville arabe est connue sous le nom de Tevuelga. Ne serait-ce pas la même que celle dont parle Shaw, sous le nom de Wurglab, qu'il place également à peu de distance et au sud-ouest de Biscara, et que tous les rapports s'accordent à dire très considérable?

Les habitans du Bélad-el-Djérid recherchent les sauterelles dont ils font une assez forte consommation : ils les mangent après les avoir fait griller. Ces insectes ravagent quelquefois le pays et constituent alors, comme la peste, des époques mémorables, qui restent dans les souvenirs et servent à compter les années. La disette est ordinairement la suite de leur apparition. La peste, en Afrique, aurait-elle, ainsi qu'on le croit généralement, quelque rapport avec l'un ou l'autre de ces fléaux? C'est un beau sujet de recherches que nous signalons aux nombreux collaborateurs de notre armée, en Algérie.

L'ophthalmie est on ne peut plus répandue dans le Bélad-el-Djérid : elle y est pour ainsi dire la maladie de tout le monde. Il en est de même du trichyasis qui en est souvent la suite : celui-ci fait le désespoir des malades, qui s'en délivrent par l'arrachement des cils. On le retrouve également en Egypte où la maladie qui lui donne naissance n'est pas moins commune que dans l'Afrique septentrionale (1).

L'éléphantiasis, assez répandu à Alger et sur les autres points du littoral, surtout parmi les juifs, ne se voit pas dans le Bélad-el-Djérid aussi fréquemment qu'on pourrait le croire, d'après ce que nous savons de cette maladie, dont l'intensité des causes semble être en raison de la proximité de l'équateur. Le cas le plus remarquable qu'en ait vu M. Baudouin est celui qu'il a rencontré à Blida, comme il effectuait son retour parmi nous.

M. Baudouin a vu des goîtres, surtout chez les femmes, dans plusieurs localités, notamment à Mettelelli et à Ouerguela. Cette dernière localité est un pays de marais, vers le Schott. A Metelelli, le sol, à de grandes distances, est une roche noire et si dure que les souliers y sont usés en peu de jours. « Là, disait M. Baudouin, est une rivière qui passe sous le sable, et où on peut se procurer de l'eau pour peu qu'on creuse le sol. » Shaw parle d'une rivière semblable qui coule près de Nador, ville de l'ancienne Gétulie, bâtie sur une montage, et qu'il soupçonne être le mons Malethubalus de Ptolémée. « Au-dessous,

(1) On y conservait aussi, dans un état de dessiccation, deux fœtus de gazelle n'ayant qu'une seule tête, et que nous avons rapportés à Alger pour nos collections anatomiques.

(1) Voir les campagnes de M. le baron Larrey.

Le 10 novembre, MM. Casimir Broussais, Lemaire et moi, nous étions réunis à neuf heures du matin pour pratiquer une nouvelle cautérisation, qui avait déjà été remise quelques jours avant; la faiblesse plus grande du malade, caractérisée par de l'abattement et le gonflement des pieds, l'imminence *d'une débâcle*, et le peu de disposition à se laisser cautériser, m'empêchèrent encore d'insister.

Broussais dit dans son journal: « M. Amussat constate de la constriction à l'anus par le toucher; *toute opération est ajournée.* »

Pour favoriser l'exploration et la rendre moins douloureuse, je fis, comme précédemment, pénétrer le petit doigt dans le rectum, avant d'introduire le doigt indicateur. Celui-ci fut plus serré que lors des précédentes explorations, non-seulement à l'anus, comme Broussais le dit, mais dans toute l'étendue de la maladie; j'eus de la peine à arriver à la limite supérieure du mal, et là je reconnus distinctement un bouchon de matières fécales arrêtées par l'obstacle qui serrait mon doigt. Nous convînmes qu'il fallait attendre *la débâcle* sans employer les purgatifs. Le malade croyait qu'elle aurait lieu dans la journée par le simple secours des lavemens et des mèches. Malgré ce moyen et les efforts du malade, il ne sortit que des matières fécales délayées. L'impossibilité de déterminer *la débâcle* le décida à aller à Vitry, où il avait souvent réussi à se débarrasser de cette rétention incommode de matières fécales.

Le lendemain, dimanche, 11 novembre, à 4 heures du soir, Broussais est parti pour Vitry. J'avoue que, pour la première fois, je le vis à regret s'éloigner de Paris. J'avais des inquiétudes sur son état en pensant à sa faiblesse et à la difficulté d'obtenir une évacuation, alors que nous n'osions plus employer les purgatifs. Il était très faible et trop mal disposé pour avoir recours à ce moyen.

Très préoccupé de la gravité de l'état de Broussais, je fus moi-même plusieurs fois chercher de ses nouvelles à sa maison de Paris. Je n'obtins des domestiques que des renseignemens vagues.

Le mercredi, je reçus une lettre de M. Lemaire, son secrétaire, qui me donnait plus d'inquiétudes encore: *point de débâcles, affaiblissement graduel.*

Ce jour-là j'allai chez M. Casimir Broussais pour lui faire part de mes inquiétudes et l'engager à ramener son père à Paris le plus promptement possible.

Le vendredi, 16 novembre, à midi, M. le docteur Lemaire, arrivant de Vitry, est venu me donner des nouvelles fort affligeantes sur Broussais. Il était plus faible, n'écrivait plus lui-même son journal, cependant il lui avait encore dicté un travail pour le conseil de santé. Il me dit qu'il craignait qu'il ne fût pas transportable. Je lui proposai de partir à l'instant pour aller le chercher ou au moins faire ce que je projetais. Pensant, comme je l'ai déjà dit, qu'on ne pouvait sans danger recourir aux purgatifs, j'avais jugé qu'on ne devait plus avoir recours qu'aux moyens mécaniques pour déterminer la sortie des matières fécales, et, dans ce but, je me proposais d'introduire moi-même une forte canule élastique au-delà de l'obstacle pour injecter du liquide, délayer les matières, les faire couler par la canule et même les pomper. M. Lemaire me dit qu'il aurait des nouvelles le soir et que nous partirions de suite ou le lendemain.

La nuit suivante, le domestique de Broussais vint me chercher en toute hâte pour aller à Vitry. M. Casimir Broussais et moi nous nous y fîmes transporter promptement. A notre arrivée sur le seuil de la porte, on nous dit que Broussais n'était plus, qu'il venait de mourir.

Le visage n'était point altéré; il n'y avait aucune contraction dans les traits ni dans les membres. Le corps avait sa chaleur naturelle.

Malgré mon trouble et la scène douloureuse qui se passait autour de moi, je me fis raconter plusieurs fois, par les assistans et par le docteur Maurel, médecin à Vitry, ce qu'on avait observé. On me dit que le vendredi soir, à neuf heures et demie, le malade avait pris un bain de siége et après s'être couché vers neuf heures, on lui donna un potage; à peine en avait-il pris la moitié qu'il éprouva une forte douleur dans la région lombaire de la colonne vertébrale. Il acheva cependant son potage, et bientôt après il éprouva vivement le besoin d'aller à la garderobe. Il voulut se lever, mais il était trop faible. Il demanda un bassin; pendant qu'on le glissait sous lui, on entendit un bruit de gargouillement très fort, des gaz et des matières fécales liquides furent rendues. Immédiatement après, il eut un frisson; il se plaignit de froid aux extrémités et à la face, leva les bras, tomba sur le côté gauche de son lit et perdit connaissance. La face était colorée, vultueuse, les vaisseaux étaient fortement injectés et distendus.

M. le docteur Maurel, qui avait été immédiatement appelé, et qui était encore dans la maison, me raconta ce qu'il avait observé et fait; il me l'a écrit depuis, et, pour plus de précision, je transcris sa lettre.

« Le 16 novembre, à 11 heures du soir, je fus appelé (c'est M. Maurel qui parle), pour donner mes soins à M. Broussais. On me dit qu'il venait de se trouver mal. Arrivé de suite près du malade, je fus frappé de terreur à l'aspect d'une figure apoplectique, d'un rouge pourpre. Toutes les veines de la tête étaient fortement injectées; les artères carotides battaient avec force, le pouls était nul, la respiration pénible, le ventre souple et se laissant déprimer facilement, la chaleur du corps naturelle, le visage couvert de sueur.

« Mon pronostic fut très grave, comme vous devez le penser. Alors je fis partir de suite le domestique de M. Broussais pour aller vous chercher, ainsi que M. Casimir Broussais, et, pendant ce temps, j'ouvris la veine du bras, par laquelle je ne pus obtenir que trois palettes de sang à peu près. Pendant l'écoulement, le malade respire mieux, et un instant j'eus l'espérance de lui entendre articuler quelques mots. La figure pâlit un peu; mais, les pulsations du cou étant toujours très fortes, je crus devoir, pour révulsionner, faire appliquer des sinapismes aux pieds et aux mollets.

» A minuit, l'illustre malade étant revenu dans l'état où il était lorsque je fus appelé près de lui, je fis appliquer vingt sangsues au cou, dix de chaque côté. Les piqûres donnèrent peu de sang. Pendant ce temps, la figure pâlissait; peu à peu la respiration diminuait de fréquence et ne se faisait plus que de loin en loin. Une sueur froide couvrait le visage et la poitrine, et, à une heure dix minutes du matin, ce grand homme cessa de vivre. »

Le samedi, dans l'après-midi, le corps fut transporté à Paris dans une calèche à lit. Il n'est pas inutile de dire que le trajet fut fait assez rapidement.

Procès-verbal de l'autopsie de Broussais, qui fut faite trente six heures après la mort, le 18 novembre 1838, à onze heures et demie du matin, rue d'Enfer, 15, par MM. Levaillant et Foucart, en présence de MM. Orfila, Breschet, Amussat, Bouillaud, Casimir Broussais, La Corbière, Stephanopoli, Manrol, Jules Pelletan, Debout, Lemaire, Demontègre et Lecouteux.

État extérieur. Le cadavre est dans un état de putréfaction très avancé, et peut être comparé à celui d'un individu qui aurait séjourné dans l'eau pendant plusieurs jours.

Le visage est bouffi, entièrement méconnaissable; on y remarque des taches livides, de même que sur le front et sur les tempes. Les vaisseaux de ces régions sont rénitens, remplis de gaz et se dessinent par des lignes saillantes de couleur verdâtre. Des bulles de gaz, mêlées de liquides, bouillonnent à l'orifice de la bouche et des narines.

Le cou et les parties latérales de la poitrine sont aussi couverts de taches verdâtres, qui s'étendent jusqu'au tronc, sur lequel on remarque, dans plusieurs endroits, de larges phlyctènes.

Le scrotum et la verge, distendus par des gaz, présentent un développement considérable.

L'abdomen est ballonné.

Une grande quantité de matières fécales jaunâtres, demi-liquides, couvre le linge qui enveloppait le corps.

Crane. La voûte du crâne est très mince et transparente, surtout aux régions antérieures et latérales.

Cerveau. Le cerveau, examiné aussitôt après avoir été moulé, est trouvé dans l'état suivant: extérieurement, très légère infiltration séreuse sous-arachnoïdienne à la convexité, avec légère teinte blanchâtre. Point d'injection sanguine de la pie-mère; point d'épanchement dans les ventricules du cerveau. Parenchyme du cerveau d'une consistance un peu au-dessous de l'état normal. Coupé par sections horizontales, il n'offre aucune espèce de lésion, non plus que le cervelet.

Moelle épinière. Aucun épanchement dans la cavité des méninges rachidiennes. Moëlle épinière de couleur normale, de consistance modérée à la partie supérieure, et moins prononcée, même comme ramollie à la partie inférieure, où elle a été contuse par le rachitome et le marteau.

---

dit Shaw, est la rivière Susollim, qui, après avoir passé Go-Jeeda, est absorbée dans les sables, et devient Rashig, comme disent les Arabes; ce qui est le cas de quelques autres rivières de Barbarie, comme Strabon l'avait déjà remarqué (1).

L'albinisme, assez commun à Alger (2), a été rencontré par notre voyageur sur plusieurs points de la route. Il mentionne avoir vu 1° à Ouled-Neil (3), enfans de Niel, plusieurs individus à la peau blanche, aux cheveux blonds et aux yeux rouges; 2° à Souf, un indigène qui avait toute la partie postérieure du tronc, à partir des épaules, d'un blanc de lait, 3° à Tahibet, des Nègres aux yeux rouges, et dont tout le corps était tacheté de noir et de blanc, comme un véritable damier (4).

Ces Albinos et demi-Albinos deviennent souvent la risée de leurs compatriotes, qui leur disent que s'ils étaient dans le pays des Roumi, chrétiens, on se servirait de leur peau pour en extraire du poison.

La géophagie est très répandue dans tout le Belad-el-Djérid, à ce point que les matières les plus recherchées par les malades s'y vendent en place publique. Ces matières, qui sont des craies, des argiles, s'échangent contre des dattes et autres objets, tels que du sel, comme sur les bords du Schott (1).

A Agouat-Cherguy (2), M. Baudouin a vu des femmes manger avec délices de cette espèce de stéatite employée, dans le pays, pour laver le linge, et dont on se sert en guise de savon dans tous les établissemens de bains des villes du littoral (3). Ce produit paraît être commun dans l'intérieur. Il en arrive souvent à Alger de différens points de la côte, notamment de Tétuan, ville du Maroc. Les habitans le connaissent sous le nom de Teifah.

Tuggurt, l'ancienne Tegort (4), chef lieu du Wadreag, qui se compose d'une

(1) Op. cit.

(2) La principale cause de l'albinisme à Alger me paraît tenir à la nature des habitations, à la fois très humides et sans air ni lumière. Je rapporte, à la fin de ma notice, plusieurs cas de cette maladie, qui existaient à Alger en 1836.

(3) Shaw écrit Welled Noële.

(4) Le chien danois donne aussi une idée de ces manelures.

(1) Le Schott est un grand lac d'eau salée, comme il y en a plusieurs autres dans cette partie de l'Afrique.

(2) Pour le distinguer d'un autre Agouât.

(3) Il existe dans ce moment à Paris une jeune dame très connue en littérature, qui, malgré tous les efforts de sa raison, ne consomme pas moins d'une à deux livres de charbon par jour.

(4) A 90 lieues S.-E. d'Alger, sur le chemin du Sahara à Tunis, sous la domination du bey de Constantine, auquel elle paie un tribut, quand elle ne peut pas faire autrement. En tout temps, les étrangers affluent à Tuggurt, et l'ex-bey de Constantine y était dernièrement.

La situation que lui assigne Léon paraît fautive, ainsi que le remarque Shaw. Et, en effet, d'après tous les rapports faits à ce dernier, et qui se trouvent confirmés par notre voyageur, Tuggurt se trouverait dans une plaine, ou à peu

PÉRICARDE. Le péricarde est adhérent au médiastin par une bride fibreuse, et il est distendu par des gaz.

COEUR. Le cœur, enveloppé d'une assez grande quantité de graisse, d'un beau volume, et qui paraît proportionné à la force du sujet, contient du sang mêlé de bulles d'air et en partie coagulé. Sa surface interne, ainsi que celle des gros vaisseaux, est colorée par imbibitinn cadavérique.

Les orifices sont libres et les valvules bien conformées. Quelques taches d'un blanc jaunâtre existent à l'orifice de l'aorte.

POUMONS. Le poumon droit est, à son sommet, adhérent à la plèvre par des brides cellulo-fibreuses. Dans le point correspondant à cette adhérence, la surface du poumon est froncée et l'on remarque au centre de ce froncement, après l'avoir incisé, une matière crétacée, formant une masse du volume d'un des osselets de l'ouïe, inégale, à surface rugueuse, entourée de matière noire et dense.

Le poumon gauche est adhérent à la partie interne par une petite bride cellulo-fibreuse, et son sommet présente, de même que celui du poumon droit, une petite cicatrice froncée, au milieu de laquelle on trouve une matière noirâtre, mais pas de concrétions.

ABDOMEN. L'abdomen est, comme nous l'avons dit, très ballonné, et, en l'ouvrant, il s'échappe des gaz. Les intestins sortent immédiatement par l'ouverture; ils sont très distendus par des fluides élastiques.

FOIE. Le foie est volumineux et infiltré de gaz, qui s'échappent par les incisions qu'on y pratique. La vésicule est petite, affaissée, et contient un peu de bile. On n'y voit pas de corps étrangers.

RATE. La rate est assez volumineuse et offre un état de ramollissement assez avancé.

PANCREAS. Le pancréas est sain.

ESTOMAC. L'estomac, d'une assez grande capacité, contient un liquide jaune verdâtre; mais aucun vestige de la soupe mangée le 16 au soir. Sa membrane muqueuse présente au bas-fond une diminution notable d'épaisseur, au point que l'on aperçoit çà et là, les fibres de la membrane musculeuse, et offre de larges stries brunâtres et quelques autres rouges. Elle est saine dans la portion pylorique, sauf une tache rougeâtre, attribuée, comme quelques-unes des précédentes, à la décomposition cadavérique. L'anneau pylorique est d'un blanc légèrement rosé, plus épais que de coutume, et présente une *consistance comme fibreuse*.

Il existe, dans la portion splénique seulement, des bulles d'emphysème sous-muqueux.

L'estomac et les liquides qu'il contenait ont, d'ailleurs, été déposés *pour être examinés ultérieurement* dans un bocal, avec addition d'un peu de sel commun.

DUODENUM. Le duodénum présente des bulles d'emphysène sous-muqueux; sa surface interne est saine et elle est teinte en jaune par la bile.

INTESTIN GRÊLE. L'intestin grêle contient un liquide à peu près semblable à celui de l'estomac; l'emphysème s'y rencontre aussi. Une petite tumeur sous-muqueuse, grosse comme un pois, de consistance et d'aspect lardacé, existe à six pouces à peu près de la valvule iléo-cœcale. A part cette légère altération, la membrane muqueuse de tout l'intestin présente un aspect sensiblement normal.

GROS INTESTINS. Le cœcum, le colon lombaire droit, le colon lombaire gauche et l'S iliaque sont remplis de matières fécales en bouillie de couleur jaunâtre. Il n'y en avait pas dans le colon transverse.

La membrane muqueuse du gros intestin est pâle, mais saine.

RECTUM. La maladie du rectum que nous allons décrire s'étend jusqu'à quatre pouces environ à partir de l'anus, et elle occupe toute la circonférence de l'intestin.

Dans une partie de cette étendue, la surface interne présente un état de ramollissement pulpeux tirant un peu sur la matière cérébriforme. Les tissus sous-jacens sont infiltrés partiellement de quelques grumeaux d'une matière purulente. Les parois de l'intestin et le tissu cellulaire qui le sépare de la prostate ne paraissent ni épaissis ni indurés.

On observe vers la partie postérieure une rupture d'un pouce environ de diamètre, et qui s'est opérée au moment de l'enlèvement ou plutôt de l'arrachement des parties. Cette portion de l'intestin est tapissée d'une couche de matières fécales, à demi-liquides, d'un jaune brunâtre.

Dans la portion malade, fendue dans toute sa longueur, on ne voyait pas de saillie capable de former un obstacle matériel qui se serait opposé d'une manière très prononcée à l'issue des matières fécales. Au-dessus cependant on observe une dilatation formant une espèce de poche contenant des matières fécales molles, et au-dessus de cette dilatation, on trouve des matières moulées en cylindre et se terminant en cône.

Les ganglions du bassin et ceux du mésentère n'ont ni plus de consistance, ni plus de volume que dans l'état normal.

REINS. Les reins sont un peu volumineux, mais ils ne présentent pas d'altération notable.

VESSIE. La vessie contient une petite quantité d'urine. Sa membrane muqueuse a une couleur blanc-grisâtre normale, excepté vers l'orifice de l'uretère gauche, où l'on trouve une tache rougeâtre. A l'orifice du col de la vessie, on remarque trois replis longitudinaux, rayonnés, qui s'étendent jusque dans la portion prostatique de l'urètre. Les saillies que forment ces replis ressemblent à des luettes vésicales. Celle du côté droit est surtout très prononcée.

PROSTATE. La prostate a son volume et sa consistance normales. Il existe dans son intérieur quelques grains de sable.

Paris, 18 novembre 1838.

Et ont signé tous les médecins qui étaient présens à l'autopsie.

Remarquons d'abord l'état de décomposition très avancée dans lequel se trouvait le corps, trente-six heures seulement après la mort; on m'a assuré que cette altération s'était manifestée douze ou quatorze heures avant l'autopsie. Il ne faut pas perdre de vue les changemens opérés par une putréfaction si avancée et si insolite, pour bien juger les altérations morbides. En effet, si on ne considère que la description de l'état pathologique de la moitié inférieure du rectum, il faut convenir qu'on ne peut se former une juste idée de ce qui existait pendant la vie. Mais si on se rappelle la putréfaction avancée, le délabrement et la déchirure de l'intestin, enlevé du bassin très difficilement, et fendu dans toute sa longueur, on comprendra que la lésion pathologique a dû être fortement altérée, et qu'il est très difficile de juger réellement l'état de constriction que la maladie opérait sur le rectum. Et si on se représente la dilatation de l'intestin rectum au-dessus de la maladie, et l'accumulation des matières fécales dans l'S iliaque, et dans la plus grande partie du gros intestin, on comprendra qu'il existait un véritable obstacle au cours des matières dans le point malade. D'ailleurs, l'exploration faite sept jours avant la mort, et l'attente d'une *débâcle*, ne peuvent laisser aucun doute sur la rétention trop prolongée des matières fécales. Il y avait vingt-un jours qu'avait eu lieu la dernière *débâcle*.

En se rappelant les trois replis du col de la vessie déterminés sans doute par le voisinage de la maladie du rectum, on conçoit facilement les envies fréquentes d'uriner et les dysuries qui ont si longtemps tourmenté le malade.

D'après tout ce qui précède, on voit que Broussais avait admirablement bien jugé lui-même son état, non-seulement sous le rapport du siége de la maladie principale; mais aussi relativement aux autres lésions que l'autopsie a fait découvrir dans le sommet du poumon droit et au pylore.

Tout est dans le rectum, disait-il souvent en se frappant le ventre. Il rejetait vivement toute idée de complication.

Comme je l'ai déjà dit, on ne peut, d'après l'autopsie, se faire une idée complète de l'obstruction du rectum; mais enfin par les traces de

---

douzaine de petites villes ou villages, est entourée de marais à de grandes distances, et son insalubrité s'est accrue, dans ces derniers temps, par la rupture de canaux qui avaient été pratiqués pour son assainissement. Les fièvres y règnent annuellement, au printemps et en automne : la plupart sont des intermittentes, qui, là comme ailleurs, laissent à leur suite des engorgemens des viscères abdominaux. On rencontre beaucoup d'habitans atteints de ces engorgemens, qu'on observe aussi chez les bestiaux qui fréquentent les pâturages. Ceci rappelle que, dans leurs lointaines pérégrinations, les Romains, nos maîtres aussi en matière d'hygiène et de colonisation, ne s'arrêtaient, soit pour fonder des villes, soit seulement pour établir des camps, qu'après avoir interrogé les entrailles du bétail, qui leur signalaient la salubrité ou l'insalubrité des lieux (1). L'engorgement des viscères abdominaux, chez le bétail des contrées palustres, s'accompagne souvent d'hydatides, et M. le baron Larrey, à qui aucune question médicale n'est restée étrangère, remarque avec raison, parlant de ces animalcules, que la nature des pâturages peut leur donner naissance.

Nefta, l'ancienne Negeta (2), est aussi, comme Tuggurt, un pays marécageux insalubre. Les fièvres s'y manifestent aux mêmes époques qu'à Tuggurt: elles y ont aussi les mêmes conséquences. Les habitans aisés de ces deux villes ont l'habitude de se rendre dans les montagnes voisines, pendant la saison des maladies : la plupart se retirent à Souf, pays montagneux, au milieu des sables.

Les habitans du Belad-el-Djérid conservent encore le souvenir des ravages qu'a exercés chez eux la dernière peste de l'Afrique septentrionale; et c'est là qu'elle s'est éteinte, ne pouvant aller plus loin, faute d'habitans. Cette peste qui, comme toutes les précédentes, s'était d'abord montrée dans les villes du littoral, n'était arrivée dans le Belad-el-Djérid que de proche en proche, et après avoir sévi parmi les tribus de l'Atlas.

Le choléra était dans les mêmes contrées en 1835; il y fit de grands ravages. On le désignait sous le nom de Louba (1), et on lui donnait la même origine que la peste; c'est-à-dire qu'on l'attribuait à des armées d'esprits, qui étaient partis du Nord pour fondre sur les populations, et frapper leurs victimes. Il régnait à Tuggurt sur la fin de mai. Il y reparut plus tard, après s'y être tout à fait éteint.

Quelques cas de choléra existaient à Nefta vers le 7 juin, époque à laquelle M. Baudouin quitta cette ville (2) pour se rendre dans la tribu des Nemens-

---

près; tandis que Léon la place sur une montagne, au bas de laquelle coulait une rivière. « *Tegort*, dit Léon, *vetustissimum oppidum, a Numidis in monte quodam conditum, ad cujus radices fluvius præterfluit.*

(1) Lancisi, *de nox. palud. effluv.*

(2) Population assez considérable à l'extrémité occidentale du lac des Marques, le Palus Tritonis des anciens; à 104 lieues S.-O. de Tunis. C'est un lieu de passage pour l'aller et le retour des caravanes de la Mecque, qui en font le centre d'un commerce très actif.

(1) Les tribus de la Metidja le désignaient sous celui de *vent bleu, maladie bleue.*

(2) M. Baudouin arriva à Nefta le 19 mai. Il n'y avait alors dans cette ville que des fièvres intermittentes propres à la saison; mais on y apprit, quelques jours après, qu'une maladie grave régnait à Tuggurt.

la maladie, on voit qu'elle était tout à fait locale et sans aucune complication.

On pouvait donc espérer raisonnablement qu'en détruisant les obstructions et en dilatant, on aurait pu, sinon guérir, au moins prolonger la vie.

Sans doute, par une cautérisation plus active, on avait deux grands accidens à redouter : l'inflammation et l'hémorragie; mais je crois qu'on aurait pu les maitriser.

Pourquoi n'a-t-on pas agi plus fortement ? Remarquez l'immense responsabilité qui pesait sur l'opérateur, et puis le malade ne se prêtait pas facilement aux opérations. En outre, tous les médecins qui l'entouraient n'étaient pas d'avis qu'on opérât. Et je ne dois pas omettre de dire que M. Breschet m'avait engagé amicalement à mettre beaucoup de circonspection dans mes opératons.

Supposons qu'on eût été forcé de renoncer à détruire directement le mal, il restait encore une ressource, une triste ressource, sans doute; j'y avais profondément réfléchi en pensant à Talma et aux faits analogues, je veux parler de l'établissement d'un anus artificiel. Il est évident maintenant que ce moyen, malgré ses immenses inconvéniens, était complètement indiqué dans le cas où on aurait été forcé de renoncer à la cautérisation.

J'espère que ces réflexions ne seront pas perdues pour les chirurgiens qui seront appelés dans des cas analogues.

D'après ce qu'on vient de lire, il m'est très facile de détruire la calomnie qui a été répandue parmi les élèves en médecine, dès le jour même de la mort de Broussais. On a dit qu'il était mort d'hémorragie deux heures après une cautérisation faite avec le fer rouge, malgré l'opposition des consultans. Cette calomnie a été variée et commentée; elle m'a été rapportée par des élèves au convoi de Broussais. Et d'après les extraits du journal de sa maladie, cette calomnie maladroite tombe d'elle-même.

On a vu que sept cautérisations avec le nitrate d'argent ont été pratiquées les trois premières avec le porte-caustique dont je me sers pour les rétrécissemens de l'orètre, et les quatre dernières avec un gros porte-caustique fait exprès. Remarquons surtout que la dernière cautérisation avec un porte-caustique qui lui avait déjà servi a été pratiquée sans accidens le 31 octobre, c'est-à-dire seize jours avant la mort.

A cette occasion, je dois rappeler sommairement ce qui a été fait.

Par la dilatation de la partie rétrécie, avec des mèches et des bougies de cire, le soulagement obtenu par ce moyen a été tel, que le malade se flattait qu'il suffirait pour le guérir.

Par la ligature et par l'excision des tumeurs et des végétations qui fatiguaient extrêmement le malade par leur sortie à travers l'anus, il a été débarrassé d'une incommodité dont il se plaignait beaucoup,

Par la cautérisation des surfaces indurées, l'exubérance du rectum a été réprimée; le passage a été agrandi, et les défécations ont été plus faciles.

Enfin, en appelant le travail inflammatoire dans le rectum, et surtout à la partie postérieure de cet intestin, l'irritation qui se propageait à la vessie a été détournée; les besoins d'uriner qui avaient lieu tous les quarts d'heure ne revenaient plus que toutes les trois heures.

En résumé, on voit évidemment que j'ai débarrassé le malade de ce qui le tourmentait le plus; c'est-à-dire la gêne des tumeurs de l'anus et les envies fréquentes d'uriner. J'aurais voulu pouvoir faire plus encore; mais je crois avoir fait tout ce qu'il m'était permis de faire, quoique je fusse admirablement soutenu et encouragé par son fils Casimir Broussais, qui m'a toujours assisté avec une grande fermeté de caractère.

Il me reste encore un point important sur lequel je dois attirer votre attention, et c'est sans doute celui qui vous préoccupe le plus. Quelle est la cause de la mort de notre illustre collègue ?... D'après les bruits répandus et l'enquête qui se poursuit, on ne doit aborder cette question qu'avec une grande réserve. Sans doute, la fin a été brusque, inopinée, violente; il n'y a pas eu d'agonie; la mort ressemble beaucoup à celle qui arrive à la suite d'une syncope, ou mieux d'une congestion cérébrale.

Une cause étrangère à la maladie a-t-elle pu hâter la mort ?

Par amour de la justice, je dois dire sans préoccupation d'aucune sorte ce que je pensais avant l'événement. Déjà, je l'ai dit, l'affaiblissement a été graduel, la maladie faisait des progrès; nous étions gagnés de vitesse; mes inquiétudes étaient grandes depuis ma dernière exploration. Remarquons en outre que le malade a cessé d'écrire son journal deux jours avant la mort. Tout me porte à dire que la fin s'avançait.

L'affaiblissement a été graduel et me paraît devoir être attribué au séjour prolongé des matières fécales; en un mot à la résorption délétère des matières. Cette altération est à mon avis la même que celle qui arrive à la suite d'une hernie étranglée ou de toute autre cause d'obstruction des intestins. C'est un empoisonnement lent par la résorption des matières fécales.

Ne pourrait-on pas expliquer la douleur dans les lombes qui a eu lieu peu de temps avant la mort par la dilatation de l'obstacle, par les gaz et les matières et la congestion cérébrale, par les efforts faits pour aller à la selle chez on malade aussi affaibli qu'il l'était?

Je vous livre ces réflexions dégagées de toute prévention et dictées uniquement dans le double intérêt de la vérité et de notre profession.

(La suite au prochain numero.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS HEBDOMADAIRES.

I. THE LONDON MEDICAL GAZETTE.

Les cahiers des mois de septembre et octobre contiennent les articles originaux suivans : 1° *Considérations sur l'hémorragie utérine*; par M. John Renton (rien d'inconnu) ; 2° *Remarques sur le seigle ergoté*; par M. Armstrong (idées connues) ; 3° *Réflexions sur le même sujet*; par M. Cory (rien de saillant) ; 4° *Cas d'amaurose avec nécropsie*; par M. G. Kerrison ; 7° *Nouveau procède pour la réduction des luxations anciennes du bras et de la cuisse*; par M. William Craig. C'est une machine dont l'idée principale se trouve dans l'*Armentarium* de Scultet, planche 23. 8° *Entropion chronique, guérison à l'aide du procédé de Crampton*; par M. Mackenzie; 9° *Faits relatifs aux affections des ovaires*; par M. W. Robbs; 10° *Accouchement prématuré artificiel*; guérison par M. James Paterson ; 11° *Cas de fragmentation spontanée d'une pierre dans la vessie*; par M. J.-T. Harding; 12° *Emploi du colchique comme succédané du seigle ergoté, pour favoriser la parturition*; par M. Clutterbuck; 13° *Deux cas de cystotomie périnéale*,

cha (1). Après s'être éteint à Nefta, le choléra y reparut en octobre, époque à laquelle il fit les plus grands ravages. Le 18 du même mois, qui était un vendredi, sur 2 à 500 Arabes qui faisaient leurs génuflexions dans la mosquée, 26 tombèrent morts en peu d'instans. La terreur s'empara aussitôt des autres, dont un grand nombre moururent à leur retour chez eux.

Le choléra, qui a régné dans la plupart des tribus, a respecté celle des Haraselia (*aimée de Dieu*), tribu errante, ne vivant en grande partie que de lait de chamelle. Souf (2), dont les habitans font un grand usage de la même boisson, a joui d'un privilège semblable, bien que bon nombre d'étrangers, qui y étaient venus chercher un abri contre la maladie, y eussent succombé. Souf paraît ne rien laisser à désirer sous le rapport de la salubrité. Aussi est-ce surtout là, comme nous l'avons vu plus haut, que se retirent les habitans de Tuggurt et de Nefta, à l'approche de leurs maladies marécageuses, ainsi que pendant le règne des grandes épidémies qui, de temps à autre, affligent la contrée.

La thérapeutique des habitans du Belad-el-Djérid consiste presque entièrement dans l'emploi des amulettes. Ils ne connaissent pas l'usage des sangsues. Pour accoucher, les femmes s'asseyent sur une sorte de chaise, se tenant par les deux mains à une corde fixée au plafond, en même temps qu'une matrone, placée derrière, comprime le ventre de haut en bas avec une serviette pliée en long. Ils reçoivent quelques médicamens, par la voie de Tunis, entre autres de la rhubarbe et de la pierre infernale. Ils font un fréquent usage du premier de ces médicamens, ainsi que d'une aristoloche à grosse racine. Ils se servent de la pierre infernale dans leurs ophthalmies chroniques. Parfois, pour étancher le sang des plaies, ils ont recours à l'amianthe, qu'ils se procurent dans plusieurs de leurs montagnes.

Les coups de feu sont pansés avec du beurre qu'on fait fondre et couler dans les plaies. C'est ainsi que fut traité M. Baudouin lui-même, pour un coup de feu qu'il reçut, en se dirigeant sur Alger, d'un Arabe avec qui il voyageait : le projectile avait traversé la nuque, du côté droit au côté gauche, en brisant les apophyses épineuses d'une des vertèbres cervicales. Deux cicatrices, larges et déprimées, surtout celle du côté gauche, sont les suites de cette blessure, qui faillit coûter la vie à notre compatriote.

On se sert, pour les fractures, d'un appareil fort simple, qui consiste dans des morceaux de bois fendu sous forme d'attelles, et réunis ensemble par des liens de diverse nature (1). De la filasse et des chiffons sont placés entre la fracture et l'appareil, qu'ils fixent sur le membre à l'aide de ficelles ou de bandes. Dans quelques circonstances ils recouvrent le tout d'un mortier argileux, qui nous présente, en se desséchant, l'appareil inamovible de M. le baron Larrey.

(1) Bruce parle de cette tribu, qu'il a traversée en se rendant à Cassaréen, à sa sortie des monts Auress. *Ouv. cit.*

(2) Pays de montagnes qui, d'après M. Baudouin, serait éloigné de Tuggurt de 20 à 25 lieues, et de Nefta de 30 à 35 lieues. Shaw donne le nom de Souf-el-Tell à un autre pays de montagne, situé dans le sud de la province de Tlemsen.

(1) J'en ai envoyé, dans le temps, le dessein à l'Académie de médecine.

heureusement pratiquée; par MM. Guthrie et Lynn; 14° *Cas d'invagination du cœcum et de l'ileum, suivi de nécropsie*; par M. Cunningham; 15° *Nouveau procédé pour abaisser la cataracte*; par M. T. King; 16° *Du bain d'air chaud contre l'asphyxie par submersion*; 17° *Sur les signes de la grossesse*; par M. Roberton: 18° *Cas de luxation du fémur dans le trou sous-pubien*; par M. Busk (rien de neuf); 19° *Tumeur fort grave au cou*; par M. Selleck Hare; 20° *Cas de veines variqueuses à la jambe, guéris à l'aide des aiguilles laissées à demeure*: par M. Melvin; 21° *Cas d'atrophie excentrique des os*; par M. Phurnam; 22° *Nouveau moyen pour extraire les calculs arrêtés dans l'urètre*; par M. Vigan; 23° *Leçons cliniques sur les maladies de l'articulation de la hanche*; par M. Brodie; 24° *Exostose de l'omoplate*; excision par M. W. Beaumont; 25° *Tumeur enkystée dans le cerveau, produisant des symptômes abdominaux*; par M. Grigor; 26° *Abcès dans la cavité médullaire du fémur, trépanation*; guérison par M. Lynn.

ENTROPION CHRONIQUE; GUÉRISON A L'AIDE DU PROCÉDÉ DE CRAMPTON; par M. MACKENZIE.

OBS. — Alexander Gavine, âgé de 45 ans, a été reçu le 22 août à l'infirmerie de Glascow pour être traité d'un entropion chronique de la paupière supérieure droite. Les cils sont en petit nombre et courts, et frottent sur le globe oculaire, la conjonctive est enflammée et épaissie; la plus grande partie de la cornée est opaque. L'organe oculaire est photophobique; la muqueuse sécrète beaucoup de matière puriforme; les paupières sont collées ensemble toutes les nuits. Lorsqu'on arrache les cils, le malade est mieux et peut bien voir pendant quelques jours. L'œil gauche a été atteint d'ophthalmie catarrho-rhumatique il y a quatre mois; sa cornée s'est couverte d'un onyx qui s'est terminé par une ulcération; actuellement elle présente un large leucome en bas qui couvre la pupille et est probablement compliqué de synechie antérieure. La conjonctive de cet œil continue à être enflammée. L'état de l'œil droit présentait une indication urgente; M. Mackenzie l'a opéré le 23 août, après avoir préparé le malade avec une once d'huile de ricin.

OPÉRATION. « J'ai pratiqué à l'aide de petits ciseaux à pointe mousse deux incisions verticales à la paupière supérieure, comprenant toute l'épaisseur de cette paupière perpendiculairement à son bord libre, et ayant un demi-pouce de longueur. L'une de ces incisions est au côté temporal; l'autre au côté nasal, sans blesser pourtant le point lacrymal ni le canal de ce nom. L'artère palpébrale supérieure s'est trouvée divisée et a saigné considérablement.

» J'ai ensuite fait un pli transversal à la peau de la paupière, que j'ai tenu à l'aide de pinces à entropion et excisé avec des ciseaux courbes. J'ai rapproché les bords de la plaie à l'aide de deux points de suture dont les fils que j'ai laissés longs ont été attachés au front à l'aide d'emplâtres agglutinatifs, afin de retenir relevé le bord libre de la paupière. Après l'opération, le malade a pu de suite ouvrir l'œil. Le pansement a consisté simplement en une compresse et une bande. »

Le 25, on change la bande; les fils sont en place; la paupière conserve la position normale. Guérison.

Il y a une grande différence à établir entre l'entropion récent et le chronique. Là le doigt renverse aisément en dehors le bord libre du tarse et l'excision d'un petit lambeau de peau suffit pour la guérison, parce que le fibro-cartilage n'est point altéré, le mal n'étant que superficiel en quelque sorte. Il en est autrement dans l'entropion chronique. Ici tous les tissus de la paupière sont malades; le bord palpébral est épaissi, irrégulier et souvent noueux; la paupière est rétrécie transversalement, ou d'un angle à l'autre, et comprime le globe oculaire; le fibro-cartilage est induré et courbé en arrière; la conjonctive qui le couvre offre souvent des cicatrices, des callosités, et est parfois sèche comme l'épiderme (*xeroma*): les tractions qu'on exerce sur la paupière pour la ramener à son état naturel ne peuvent en venir à bout; elles peuvent tout au plus porter les cils en dehors; mais le bord tarsien reste toujours introversé. Dans ce cas, par conséquent, le raccourcissement de la peau est insuffisant, il faut fendre la paupière elle-même, élargir son bord libre, en fendant verticalement le fibro-cartilage, ce qui permet de renverser parfaitement au-dehors le bord ciliaire, et de l'y fixer. Les deux fentes verticales comprennent tous les tissus de la paupière comme dans le coloboma; elles se réunissent plus tard spontanément; il est même utile, dit M. Mackenzie, d'en retarder un peu la réunion en les touchant de temps en temps avec la pierre bleue.

Le procédé de Crampton ne diffère du procédé ordinaire que par la double division du tarse qu'il pratique; car il excise en même temps un lambeau de peau de la paupière, ainsi qu'on vient de le voir. Les considérations précédentes font bien comprendre que ce procédé ne doit être regardé que comme exceptionnel; car c'est dans les seuls cas où l'excision de la peau est insuffisante, qu'on doit avoir recours à cette idée ingénieuse, idée qui, d'ailleurs, pourrait être revendiquée en faveur de Ware.

HYDROPISIE DE L'OVAIRE COMPLIQUÉE DE GROSSESSE; PONCTION RÉPÉTÉE; GUÉRISON; par M. WILLIAM ROBBS.

OBS. — Une femme âgée de 26 ans, très irritable, pâle, mince, de petite stature, d'une santé délicate, a éprouvé, en avril 1834, six semaines après son accouchement, une violente attaque d'hépatite, dont on l'a traitée en conséquence; sa convalescence a été assez longue. Sept ou huit mois plus tard, son abdomen commence à gonfler; on soupçonne une grossesse; mais la continuation des règles et le manque des signes propres à la gestation font abandonner ce soupçon. En quelques mois le ventre prend un développement considérable; douleurs au côté gauche; retour fréquent des règles; faiblesse générale.

En janvier 1836, M. Robbs est consulté; il trouve: abdomen fort volumineux; maigreur extrême; constipation; urines rares et sédimenteuses; douleurs lombaires et précordiales; ventre fort sensible au toucher, surtout vers les régions iliaques et à l'hypochondre droit; dyspnée au moindre exercice corporel; pouls 76; langue couverte d'une lame de matière brunâtre; vertiges; vomissemens bilieux, céphalalgie; insomnie; orthopnée nocturne. Le mal avait été caractérisé pour une ascite; une foule de médications avaient été employées sans avantage.

En février 1837, on pratique la ponction et l'on tire 36 pintes d'eau sirupeuse; la malade est soulagée. On emploie plusieurs remèdes intérieurs, et l'eau ne se reproduit point. A l'examen, M. Robbs a senti distinctement le fond de l'utérus et l'ovaire droite. Cette dernière est très douloureuse au toucher. Les seins sont devenus douloureux après l'opération, et les mamelons très sensibles et très saillans. Quelque temps après, le ventre se ballonne de nouveau; mais la santé générale est assez bonne: la malade croit cette fois être enceinte; bientôt elle sent les mouvemens de l'enfant; le ventre prend un développement extraordinaire et est assez fluctuant en même temps sur les côtés; la peau de l'abdomen est couverte d'une éruption miliaire.

Le 11 juin, l'accouchement a lieu heureusement. Après les couches, M. Robbs trouve l'utérus à l'état de prolapsus, ce qu'il attribue à la pression de l'eau de l'hydropisie sur le fond de cet organe; il le réduit et le maintient à l'aide d'une éponge.

Le lendemain, douleurs abdominales, vomissemens; l'utérus est prolapsé plus que la veille; les lochies sont en petite quantité et pâles; urine rare et chargée

---

Pendant son séjour dans le Bélad-el-Djérid, M. Baudouin s'est avancé dans le désert, jusqu'à sept journées de chameau (de 200 à 210 lieues). « Là, nous dit-il, les serpens et les scorpions sont très multipliés, et constituent même, à peu près les seuls animaux qu'on rencontre (1). » On apercevait çà et là des squelettes d'animaux divers, que les torrens y entraînent des montagnes voisines: les chameaux, quand ils se reposent, aiment à en ronger les os.

M. Baudouin a distingué trois espèces de serpens: une grosse comme la cuisse, du nom de Taben (2), qui passe pour téter les chamelles, et dont il a vu un individu entortillé au cou d'un de ces animaux; une autre qui est d'un beau rouge au soleil, et que je crois posséder dans un individu que je viens de recevoir du Biscara, et la troisième, de petite taille, qui n'est autre que le céraste (3). Celle-ci, disait M. Baudouin, est constamment cachée dans le sable, d'où elle ne sort que la tête, remarquable par deux appendices qui la surmontent. Sa morsure est dangereuse, assez souvent mortelle. Cependant, les Arabes ne lui font aucun mal; ils la respectent, au contraire. Ils disent que ce sont des transformations de marabouts, morts dans les pays du nord, et qui ne viennent chez eux que pour punir les méchans. Aussi, lorsque quelqu'un succombe à sa morsure, son oraison funèbre est bientôt faite: c'était un méchant, disent tous les siens.

M. Baudouin mentionne encore, sous le nom de *nata* ou *haia*, un serpent dont seulement il a entendu parler, et qui passe pour très dangereux. Ce serpent, sur lequel Shaw et Poiret gardent le silence, est peut-être la vipère haje, qu'il ne serait pas étonnant de rencontrer dans cette partie de l'Afrique (1). Il n'a pas plus dépendu de moi d'éclaircir ce point d'histoire naturelle, que tant d'autres que ma notice laissera à désirer.

(1) Ceci vient à l'appui du dire de R. Caillé, dans son VOYAGE A TOMBOCTOU, sur l'absence des grands animaux dans le désert.

(2) Shaw écrit *taibanne*. Il dit que ce serpent acquiert de trois à quatre verges de longueur, et que des bourses faites avec sa peau, bourses en usage dans le pays, avaient quatre pouces et plus de diamètre. Il soupçonne que c'est au taben, ou taibanne, qu'il faut rapporter ce serpent tué par Régulus, sur les bords du Bragada, dans le royaume de Tunis.

(3) Shaw parle d'un autre serpent du désert, qui porte le nom de zurreiche (de *zurak*, darder, lancer) et auquel il donne une longueur d'environ quinze pouces. Cette longueur du zurreiche porte à croire que c'est encore le céraste, dont le nom peut varier selon les parties de l'Afrique où on l'observe.

Le céraste, *col. cerastes*, Lin., est, avec la vipère minute, *viper. brachyura*, nob., les deux seules vipères connues de l'Algérie. La première reste confinée au-delà de l'Atlas, mais l'autre s'avance jusque dans les environs d'Oran, où elle a été trouvée pour la première fois en 1833. Ce reptile n'avait été signalé qu'au cap de Bonne-Espérance. Le premier individu trouvé à Oran, et que nous avons envoyé au muséum, avait mordu un chasseur nègre, qui était mort en 23 heures.

(1) Nous en avons reçu dernièrement le stellion, *lac. stellio*, Lin., qui, comme la vipère haje, habite les sables d'Egypte.

de mucus; langue blanche; pouls 96; douleurs lombaires. On réduit de nouveau l'utérus, et on le soutient à l'aide d'une grosse éponge. L'abdomen se gonfle petit à petit; insomnie; dyspnée.

Le 21 juin, dix jours après l'accouchement, on pratique une seconde paracentèse; soulagement; l'utérus reste à sa place naturelle. Diaphorétiques, purgatifs. Quelques jours après, symptômes de péritonite générale; vomissemens; fièvre, etc. A l'examen, on croit sentir sur la région iliaque gauche une tumeur fluctuante et mobile qu'on prend pour l'ovaire à l'état hydropique. Traitement antiphlogistique; plusieurs orages alarmans provenant d'une inflammation des viscères abdominaux sont essuyés successivement et combattus; enfin, la convalescence se déclare; elle est longue, mais la malade finit par guérir. La tumeur ovarique qui, d'après l'auteur, formait le point de départ de l'hydropisie, s'est affaissée petit à petit, et a disparu complétement. La guérison a été complète et durable.

Soit qu'on considère ce fait comme oo exemple d'hydropisie ovarienne compliquée de grossesse, soit comme un exemple d'ascite, il n'en est pas moins remarquable et important, surtout à cause de son heureuse terminaison. On connaît, il est vrai, plusienrs exemples d'ascite compliquée de grossesse; mais presque aucun ne saurait être comparé à celui-ci par les circonstances intéressantes qui l'accompagnent. Ces circonstances pourraieot donner lieu à des réflexioos physiologiques, pathologiqnes et thérapeutiques du plus haut intérêt. (Voyez l'excellent mémoire de Scarpa sur l'hydropisie chez la femme enceinte.)

ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ ARTIFICIEL; GUÉRISON; par M. JAMES PATERSON.

OBS. — Une femme, âgée de 29 ans, stature moyenne, bonne constitution, est enceinte pour la huitième fois. Son premier accouchement avait été heureux et à terme. Le second et les suivans avaient été de plus en plus difficiles. Les trois premiers enfans étaient venus naturellement et vivans; le quatrième avait dû être tiré par le forceps et était mort en naissant. Le cinquième avait aussi nécessité le forceps, malgré qu'il fût fort petit; il est né dans un état d'asphyxie, mais il a vécu. Le sixième accouchement avait eu lieu le 26 mai 1836; M. Paterson qui l'avait assistée mesura le bassin et trouva à peine trois pouces dans les diamètres antéro-postérieur et transverse; il emploie le forceps inutilement, puis l'embryotomie. La déformation du bassin a continué à faire des progrès; cela n'a pas empêché la femme de redevenir enceinte pour la septième fois; cette fois elle s'est fait accoucher par un autre: on a employé le crochet; par malheur la vessie de la femme a été perforée; il en est résulté une fistule vésico-vaginale; malgré cela la femme est devenue enceinte de nouveau. Elle réclame les soins de M. Paterson, en mai 1838; ce praticien lui conseille de se soumettre à l'accouchement artificiel aussitôt arrivée au septième mois.

Le 13 juin, M. Paterson touche la femme par le vagin et trouve l'état suivant:

Le pelvis est considérablement plus rétréci qu'en 1836; le fond du vagin est plein de cicatrices; le col utérin n'est point accessible: on présume qu'il se trouve derrière la symphise du pubis.

Le 3 juillet, M. Paterson examine de nouveau la femme; elle se croit enceinte de six mois; le ventre est très gros; les mouvemens de l'enfant sont très vifs.

Le 11 juillet, on purge la femme à l'aide d'un peu de coloquinte. Le lendemain, la femme est bien portante; M. Paterson l'examine attentivement; il peut maintenant sentir le col de l'utérus qui est complétement fermé et placé derrière la symphyse pubienne; la lèvre postérieure adhère à la vessie, à un demi-pouce au-dessus de la fistule vésico-vaginale. En portant le doigt avec précaution autour de la partie postérieure du col, on sent une ancienne déchirure et des adhérences très dures.

PRÉPARATION: 12 juillet, à dix heures du matin, on prescrit:

Prenez: Seigle ergoté, 1/2 once.
Eau bouillante, 24 onces.
Sirop simple, 1 once.
A prendre deux onces toutes les trois heures.

10 heures du soir. La femme a éprouvé toute la journée comme un poids lourd pressant entre les lombes et la partie inférieure de l'abdomen semblable à celui qu'elle sentait au commencement du travail des autres accouchemens. Depuis une heure, la femme accuse quelques douleurs passagères vers l'utérus. Le toucher fait sentir facilement le col utérin qui est dilaté de la largeur d'un *sixpence*; l'adhérence de cet organe à la vessie est plus manifeste. En portant doucement le doigt dans le col on sent les membranes distendues par les eaux de l'amnios, mais on ne peut distinguer quelle est la partie que l'enfant présente.

13 juillet, 11 heures du matin. La malade a eu une nuit agitée, des douleurs légères et des envies continuelles comme pour accoucher. Le col est dilaté dans l'étendue d'un demi-écu. Même prescription que la veille.

10 heures du soir. La malade a continué à prendre le médicament.

A une heure, les douleurs sont devenues intenses; actuellement elles reviennent toutes les cinq ou six minutes et sont expulsives. Le col utérin est dilaté dans l'étendue d'un écu; mais l'enfant est si haut que la présentation ne peut encore être distinguée. Dans l'espace d'une demi-heure on donne à la femme un gros de poudre de seigle infusée dans quatre onces d'eau bouillante.

A 11 heures, les douleurs deviennent intenses et les efforts expulsifs très vifs.

A minuit, elles diminuent en intensité, mais pas en fréquence: la tête de l'enfant s'engage dans l'excavation; sa position est régulière; le col utérin est complétement dilaté. La femme est gaie et ses forces sont en bon état; pouls plein, 64.

A minuit et demi, on donne une autre drachme de seigle, comme ci-dessus, qui provoque de fortes douleurs vingt minutes après. La tête avance vers la vulve, la poche des eaux se rompt; les douleurs continuent et l'accouchement a lieu heureusement à minuit et quart, 39 heures 15 minutes après l'administration de la première dose du seigle.

L'enfant est du sexe masculin; il est languissant en naissant, mais bientôt il s'est ranimé; M. Paterson a alors coupé le cordon ombilical. Un quart d'heure après le placenta a été extrait; pas d'hémorragie. Les suites ont été heureuses; la convalescence a été beaucoup plus courte que dans les accouchemens précédens. Guérison en huit jours.

Le 21 du même mois la femme vaquait bien portante à ses occupation ordinaires.

Deux sortes de considérations se rattachent à cette importante observation; les unes sont relatives à l'utilité de l'accouchement prématuré artificiel dans certaines circonstances, les autres à la méthode qoe l'aoteur a suivie pour obtenir ce but. C'est une question jugée aujourd'hui par un grand nombre d'accoucheurs habiles, qoe la parturition prématurée est la pratique la plus sûre, la plus recommandable, toutes les fois que le diamètre antéro-postérieur a moins de trois pouces et plus de deux pouces et demi. L'expérience a d'ailleurs tellemeot prononcé en faveur de cette conduite qu'il serait coupable le praticien qui se conduirait aotrement. La question de la viabilité de l'enfaot n'en est pas une au fond; d'un côté, l'on sait qu'à sept mois l'enfant est viable; de l'autre, sa vie n'est pas moins compromise lorsqu'oo adopte la méthode de la taille symphysienne ou césarienne. En supposant que le forceps fût heureusement appliqué pour achever l'accouchement à terme dans les coodilions ci-dessus du pelvis, la vie de l'enfant n'est-elle pas plus sûrement compromise par les tractions de l'instrument? M. Patersoo ne dit pas, il est vrai, dans le fait précédent, si l'enfant a continué à vivre; mais il existe tant de faits ao-

M. Baudouin parle aussi d'un très petit reptile, qui est toujours caché dans le sable, où les enfans du Belad-el-Djérid vont le chercher: ils le mangent après l'avoir fait rôtir. Est-ce un ophidien ou quelque espèce de saurien, un scinque ou un seps, par exemple? C'est ce que je n'ai pu savoir.

M. Baudouin n'a distingué que deux espèces de scorpion: un jaune, qu'il a reconnu dans le scorpion roussâtre, *buthus occitanus* (1), Leach, que je lui ai mis sous les yeux, puis un noir, très forte espèce, qui paraît être le scorpion d'Afrique, dont un individu a été trouvé dernièrement dans la province d'Oran (2).

C'est ordinairement la nuit qu'on est le plus exposé aux morsures des reptiles, comme aux piqûres des scorpions, alors surtout qu'il survient des éboulemens dans les sables sur lesquels se reposent les caravanes.

Shaw nous apprend que la piqûre des scorpions du Sahara cause souvent la mort. Parlant du boolakaz, espèce de tarentule des mêmes contrées (3), il dit qu'il meurt, dans le pays, de vingt à trente personnes par an, tant de sa morsure que de celle du leffah. M. Baudouin, qui n'a pas entendu parler du boolakaz, assure avoir vu mourir plusieurs Arabes, par suite de la morsure des serpens. Il assure aussi, d'après quelques faits parvenus à sa connaissance, que la piqûre des scorpions peut être mortelle. Notre long séjour dans l'Algérie ne nous a encore fourni, jusqu'à présent, aucune observation à l'appui de cette opinion.

Nous terminerons cette notice sur le voyage de notre compatriote en exprimant le vœu qu'une reconnaissance scientifique soit, un jour, poussée jusques dans l'intérieur du pays, au-delà du petit Atlas, car là seulement commence l'Afrique, telle que nous nous la représentons en Europe, et là aussi, sans nul doute, commenceraient des découvertes qui, se multipliant sous nos pas, rappelleraient ce dicton de l'ancienne Grèce, rapporté par Arioste: « que *l'Afrique produit toujours quelque chose de nouveau.* » *Semper aliquid novi Africam afferre* (1).

— M. LEROY D'ETIOLLE, dans l'impossibilité où il se trouve de concilier les désirs manifestés par ses auditeurs, continuera de faire son cours à sept heures du soir.

(1) Le scorpion roussâtre du Biscara, que nous possédons depuis peu, paraît constituer une variété de celui de nos côtes: il est beaucoup plus grand.

(2) Il y a, en tout, dans l'Algérie, cinq espèces de scorpions:
Le scorpion roussâtre, l'Européen, le Maure, celui d'Afrique et une petite espèce noirâtre, qui est à déterminer.

(3) Le boolakaz de Shaw est, en effet, une tarentule, *lycosa*, que nous venons de recevoir de l'intérieur, où elle passe pour dangereuse.

(1) PLINE, lib. VIII, cap. XVI.



jourd'hui en faveur de la viabilité qu'on ne saurait plus s'arrêter sur ce point. D'un autre côté, aucun médecin éclairé ne conteste plus aujourd'hui que notre premier devoir est de viser, dans tous les cas, à la conservation de la vie de la mère.

Quant à la méthode suivie par M. Paterson, elle est digne de considération; il n'a employé, ainsi qu'on vient de le voir, que la seule infusion de seigle ergoté à haute dose, et il a parfaitement réussi. L'auteur fait observer avec raison combien il importe dans ces cas de ne mêler le médicament avec aucun autre, si l'on veut obtenir des effets francs et sûrs; nous appuyons d'autant mieux cette remarque que, dans notre opinion, le laudanum, que quelques praticiens ont l'habitude d'y joindre, paralyse une partie de l'action du seigle. On s'étonnera peut-être de ce que des doses aussi considérables de ce médicament n'aient pas produit des symptômes d'ergotisme ou d'empoisonnement: cela s'explique aisément par les conditions d'hypersthénie générale dans lesquelles se trouve la vitalité de la femme enceinte, surtout vers les derniers temps de la gestation. Cette pratique de n'agir que par le seigle uniquement n'appartient pas à M. Paterson, puisque d'autres accoucheurs anglais l'avaient déjà employée avec succès. Elle démontre l'inutilité de la dilatation artificielle à l'aide des tantes, que quelques personnes avaient proposé de joindre à l'usage de l'ergot; la dilatation mécanique, d'ailleurs, n'est pas sans inconvénient, ni toujours praticable. Nous ne devons pas omettre une dernière remarque, c'est qu'en se conduisant comme nous venons de le dire, rien n'empêche de faire usage du forceps, si la tête éprouve beaucoup de difficulté à descendre après la dilatation du col. Le fait ci-dessus, du reste, peut être pris pour modèle quant à la manière d'administrer.

CAS DE FRAGMENTATION SPONTANÉE D'UNE PIERRE DANS LA VESSIE; par M. J.-HARDING.

OBS.—Un ancien coiffeur, âgé de 81 ans, souffrait de la pierre dans la vessie; il n'a jamais voulu se laisser opérer. M. Harding, ayant trouvé que les urines de ce malade étaient acides, lui a administré tantôt de la liqueur de potasse avec de la josquiame, tantôt de la soude avec de la morphine, et les souffrances ont été un peu adoucies; mais le malade est mort de vieillesse.

« A l'autopsie j'ai trouvé avec surprise, dit l'auteur, que la vessie contenait 50 calculs de volume varié; plusieurs ressemblaient à des morceaux de coquille, et étaient évidemment des fragmens d'une grosse pierre. Je me suis demandé si cette fragmentation avait été le résultat de l'action des boissons alkalines ou des contractions de la vessie sur la pierre. Les parois vésicales étaient fortement hypertrophiées. Les reins étaient atrophiés, surtout le gauche. Tous les calculs pesaient quatre onces et étaient composés de phosphate de chaux. »

Indépendamment de la fragmentation spontanée de la pierre, qui offre un fait assez rare, l'observation précédente se recommande comme un exemple remarquable de terminaison spontanée de l'affection calculeuse. On a dit avec raison que cette terminaison se ralliait toujours avec des lésions plus ou moins profondes des reins, ordinairement des hypertrophies, des suppurations, des dégénérescences lardacées plus ou moins étendues. Dans le fait précédent pourtant, les reins étaient au contraire dans un état d'atrophie, ce qui est assez rare.

EMPLOI DU COLCHIQUE POUR FAVORISER LA PARTURITION; par M. CLUTTERBUCK.

Partant de l'idée que le colchique a une action très marquée sur les tissus fibreux et musculaires atteints de rhumatisme, l'auteur a pensé que la même substance pourrait être utile dans l'inertie de la matrice dépendant d'une sorte d'irritation excessive de son parenchyme et de ses ligamens. Il a donc prescrit chez quatre femmes en couche dont les douleurs étaient arrêtées huit grains à chacune de poudre de racine de colchique. Vingt minutes après, le remède n'avait encore rien produit; il a répété la dose, et en peu d'instans, la matrice s'est contractée avec une très grande force, comme si l'on eût administré le seigle. L'auteur ne prétend déduire aucune conclusion générale de ces seuls faits; mais il a pensé qu'il était utile de les soumettre à la méditation des thérapeutistes.

CAS D'INVAGINATION DU COECUM ET DE L'ILÉUM CHEZ UN ENFANT; par M. H. CUNNINGHAM.

OBS.—Un très bel enfant, âgé de 6 mois, est saisi, à la suite d'un léger dévoiement, de symptômes d'étranglement; il crie, donne des signes de souffrance extrême, vomit et est constipé; les cris se renouvellent par accès. A l'examen, M. Cunningham trouve une tumeur profonde dans la région iliaque gauche; il diagnostique une invagination intestinale, et prescrit les remèdes suivans.

1° Lavemens huileux; 2° bain tiède prolongé jusqu'à syncope; 3° sangsues sur la tumeur.

Les symptômes ont continué; les vomissemens sont devenus stercoraux; l'enfant a rendu du sang par le rectum le troisième jour, et il a succombé.

A l'autopsie, on a trouvé le cœcum et l'iléum invaginés dans l'intestin rectum dans la longueur de six pouces. La portion invaginée était noire. Le reste du canal intestinal était enflammé et distendu par de la matière fœcale et des gaz.

La science possède déjà un assez grand nombre de faits analogues au précédent; celui-ci, cependant, se recommande plus particulièrement à la méditation des praticiens; d'abord par les symptômes remarquables qu'il a présentés, la tumeur iliaque et l'écoulement sanguin par le rectum. Joints aux autres caractères connus de l'étranglement, ces deux derniers peuvent être regardés comme pathognomoniques. Ensuite, par l'inutilité absolue des traitemens médicaux généralement prescrits. Nous devons rappeler que la science possède un moyen nouveau pour combattre l'invagination intestinale, et qui n'a malheureusement pas été essayé dans le cas ci-dessus, c'est l'insufflation d'air atmosphérique par le rectum, à l'aide d'un soufflet de cheminée. On sait avec quelle facilité l'insufflation aérienne débrouille sur une table un paquet intestinal, quelque intrigué, qu'il soit: la même chose a lieu sur le cadavre. On conçoit qu'un pareil moyen puisse, sur le vivant, détruire une invagination, s'il n'y a point déjà des adhérences: la chose a lieu par le seul fait de la distension. L'essai en a déjà été heureusement fait sur le vivant; et d'ailleurs, ce moyen n'étant pas dangereux, on ne saurait trop le recommander; il n'empêche pas, du reste, l'usage des autres moyens connus.

COMPRESSION DES VAISSEAUX ET NERFS DU COU PAR LA PRÉSENCE D'UNE TUMEUR; SUFFOCATION; MORT; AUTOPSIE; par M. SELLECK HARE.

OBS.—Thomas Willets, âgé de 40 ans, de mauvaise constitution, a été reçu à l'hôpital, dans le service de M. Knight, le 18 juin. Il souffrait depuis un mois de douleurs lancinantes et d'engourdissement dans le trajet du nerf cubital du membre gauche; cette douleur était surtout très intense au coude où il existait de la rougeur et du gonflement Le malade se plaignait en outre de douleur dans l'épaule gauche, s'étendant à travers la poitrine et jusque dans l'œil, et les dents du même côté; il accusait en même temps des pulsations dans différentes parties du corps, et passait les nuits dans une insomnie fort fatigante. La langue était nette; l'appétit bon; pas de toux ni de signes de maladie pulmonaire; les sécrétions d'ailleurs étaient toutes à l'état normal. Après un examen attentif, M. Knight n'a pu trouver d'autre cause de ces phénomènes qu'une petite tumeur située dans l'espace triangulaire inférieur gauche du cou, laquelle semblait comprimer les origines du plexus brachial. Elle avait toutes les apparences d'un ganglion hypertrophié; le mal a été en conséquence jugé de nature scrofuleuse. Le pouls de ce côté était normal, comme celui du côté opposé. Ajoutons, pour compléter ce tableau, que la pupille du côté gauche était contractée, et que la paupière supérieure du même côté avait cessé de fonctionner. Le sujet offrait d'ailleurs une irritabilité générale extraordinaire, laquelle est allée plus tard jusqu'à la manie, et les boyaux sont tombés dans un état de torpeur. Les douleurs sont allées en augmentant, et trois mois après l'entrée du malade à l'hôpital, elles étaient devenues intolérables; le malade s'était affaibli, ses extrémités inférieures sont froides et engourdies, le pouls est fréquent, la tumeur a acquis du volume et de la dureté.

Le 20 juillet, le malade a perdu presque complètement la faculté de mouvoir les membres inférieurs. Le lendemain ou le surlendemain, it offrait une rétention complète d'urine. On fait usage de la sonde pendant une semaine, ensuite l'urine coule involontairement; mais le malade peut vider en partie la vessie, sous l'empire de la volonté, en agissant avec le diaphragme.

Le 23, une escarrbe au sacrum se déclare, mais sans douleur.

Le 12 août, l'escarrbe s'étend sur chaque trochanter, par suite du décubitus successif sur ces points. Vers cette époque, la tumeur du cou se trouve beaucoup augmentée de volume; les trois ulceres laissés par les escarrhes sont très étendues et suppurent abondamment. Les forces du malade s'affaissent de plus en plus jusqu'au 23 août.

A cette époque, il est pris de trismus avec paralysie des muscles de la déglutition et de l'expectoration, et il est mort de suffocation le lendemain.

NECROPSIE. Cadavre fort émacié. Les jambes et le bras gauche sont un peu œdématiés.

On examine attentivement le cerveau et la moëlle épinière; rien d'anormal; seulement, la portion de la moëlle qui donne naissance à la queue de cheval est un plus ferme que dans l'état normal.

La dissection de la tumeur est faite avec un grand soin. On ôte la peau et le muscle peaucier au côté gauche du cou; le fascia cervicalis superficiel est mortifié, le tissu cellulaire environnant infiltré de sérosité. On enlève ce fascia; la tumeur est en évidence; sa surface est irrégulière, dure comme un squirrhe. Des veines considérables passent dans sa substance, laquelle s'étend sous les muscles sterno-mastoïdiens et trapèze, soulève les muscles omo-hyoïdien, sterno-hyoïdien et thyroïdien: ces derniers muscles cependant ne sont pas impliqués dans la maladie. L'on excise ces muscles, et l'on constate que la tumeur s'étend en haut jusqu'aux origines du plexus brachial. L'artère carotide, la veine jugulaire interne, et le nerf pneumogastrique passent dans la substance de la tumeur; la première est perméable au sang, les deux derniers sont convertis en tissu morbide, de même que le nerf phrénique et le sympathique, avec son ganglion cervical inférieur. La veine jugulaire au-dessus de la tumeur est atrophiée et le nerf pneumogastrique œdémateux. La masse squirrheuse s'étend sous la clavicule: on ôte cette dernière, et l'on trouve les rapports suivans: l'artère et la veine sous-clavière passent dans la substance de la tumeur; la portion du mus-

cle scalène qui sépare l'artère et la veine et une grande partie du reste du même muscle sont impliquées dans la tumeur et presque irreconnaissables. Du reste, ces vaisseaux sont perméables; mais la veine est remplie de coagulum très rouge. La tumeur s'étend en avant vers la trachée et l'artère innominée; en bas, derrière la veine innominée et les artère sous-clavière et carotide, et jusque sur l'arc de l'aorte et sa portion descendante. Le canal thoracique est compris dans la tumeur et confondu avec elle, de même que le nerf recurrent laryngien et les veines qui accompagnent les branches de l'artère sous-clavière. Les branches de cette artère passent dans la masse morbide sans se confondre avec elle. La tumeur passe sur le plexus brachial, est fortement attachée à l'épine, vers l'origine des troisième et quatrième racines de ce plexus. Sa substance est squirrheuse; du pus liquide existe dans les environs; le tissu cellulaire ambiant est œdémateux. La masse morbide s'étend dans la direction du dernier nerf cervical et premier dorsal, passe entre les apophyses transversales, et s'insinue par les trous intervertébraux dans la dure-mère, laquelle avait commencé à dégénérer; mais le canal vertébral et la moelle sont à l'état normal. Le reste de l'organisme est sain.

A la suite de ce fait intéressant, l'auteur ajoute les remarques suivantes :

« La connexion de la maladie avec la douleur et la paralysie des nerfs cubital et médian est évidente; elle confirme l'opinion que ces nerfs peuvent se suivre à travers le plexus jusqu'au dernier nerf cervical et au premier dorsal, ce qui avait été, je crois, nié par Boyer. La paralysie du muscle releveur de la paupière ou de la branche correspondante de la troisième paire, la contraction de la pupille, la douleur des dents, les lancinations à travers le thorax, la paraplégie, le sentiment de pulsations dans différentes parties du corps et le trouble mécanique que le malade a présentés ne peuvent s'expliquer directement par les lésions matérielles trouvées à l'autopsie; on ne peut s'en rendre compte qu'en les considérant comme des phénomènes sympathiques. L'œdème du bras dépendait probablement du coagulum existant dans la veine sous-clavière; mais le gonflement du coude reste en-dehors de ces causes. L'oblitération du canal thoracique, non accompagnée de beaucoup de maigreur, peut être considérée comme un phénomène analogue à l'anorexie complète chez les femmes hystériques et qui pourtant conservent de l'embonpoint. Quant aux escarrhes, elles dépendaient probablement de la paralysie des nerfs de la vie animale. »

ABCÈS DANS LA CAVITÉ MÉDULLAIRE DU FÉMUR; TRÉPANATION; GUÉRISON; par M. LYNN.

Obs. — Isaac Childs, âgé de 33 ans, a été traité par M. Lynn pour un ulcère granuleux oblong à la cuisse gauche, s'étendant depuis le grand trochanter jusqu'à six lignes environ au-dessus du condyle externe, le long du muscle vaste externe. De petites végétations osseuses se sont exfoliées de temps en temps; le malade était dans un état continu d'irritation générale; il se plaignait souvent d'une douleur profonde dans le trochanter. Les muscles de la cuisse sont beaucoup atrophiés; la face externe du fémur peut être tracée à l'œil comme sur un squelette. Le malade garde habituellement le lit; il est pâle et cachectique; il avait exercé la profession de laboureur; avait eu autrefois la vérole et pris une grande quantité de mercure. Plus tard, il avait éprouvé les symptômes de la vérole secondaire; des douleurs dans les os, des nodosités, le lichen syphilitique, mais pas d'ulcères à la gorge. Ces symptômes ont été combattus à l'aide des pilules bleues et de la salsepareille. Ce traitement avait affaibli la constitution naturellement débile.

Plus tard, son ancien rhumatisme et ses douleurs syphilitiques sont reparues; une douleur intense se fit sentir au côté externe de la cuisse, depuis le trochanter jusqu'au condyle. Un abcès s'est formé et s'est ouvert à six pouces au-dessous du trochanter. D'autres abcès se sont manifestés dans d'autres parties du corps, à la gorge, à la nuque, au thorax.

Le malade est sorti de l'hôpital et s'est fait soigner par M. Alcock, puis par M. Skey. Ce dernier a pratiqué une longue incision dans la direction de la ligne âpre depuis le trochanter, et passa un séton dans les chairs, ce qui a soulagé un peu le malade. M. Alcock a renvoyé le malade à l'hôpital de Westminster dans le service de M. Lynn.

A l'examen, M. Lynn a trouvé que la douleur était bornée sur un point du fémur, à six ou sept pouces environ au-dessous du grand trochanter.

Le 2 juin 1838, M. Lynn pratique des incisions à l'endroit de la douleur, met l'os à découvert et y applique une couronne de trépan. Une grande quantité de pus s'échappe par cette ouverture et l'on extrait plusieurs fragmens d'os nécrosés. Les souffrances se sont petit à petit dissipées, les parties se sont cicatrisées, et le malade a guéri après quatre mois de traitement.

Cette observation offre un exemple remarquable et assez rare de myélite suppurative d'un os cylindrique; il n'est pourtant pas le seul que la science possède. Les maladies de la moelle des os n'ont presque pas encore été étudiés; nous aurons l'occasion de revenir sur cet intéressant sujet.

NOUVEAU MOYEN POUR EXTRAIRE LES CALCULS ARRÊTÉS DANS L'URÈTRE; par M. WIGAN.

« Ayant été appelé, dit l'auteur, auprès d'un enfant âgé de sept ans, qui était presqu'à l'agonie par suite d'un calcul du volume d'une petite fève, arrêté dans l'urètre, à la hauteur du pubis, ma première pensée a été de pratiquer une incision sur les parties; mais j'ai d'abord voulu essayer la dilatation : j'ai pris une seringue pleine d'eau chaude, j'en ai engagé le bec dans l'urètre, où je l'ai fixé avec une main; j'ai tenu le corps de la seringue avec l'autre et fait pousser doucement le piston. A mesure que la portion antérieure de l'urètre était dilatée par le jet d'eau, j'ai eu la satisfaction de voir à l'instant le calcul se déplacer et marcher en avant. Il est sorti dans l'espace de dix à quinze minutes qu'a duré l'opération. »

CAS RARE D'EXOSTOSE A L'OMOPLATE; EXCISION; par M. W. BEAUMONT.

Obs. — John Reid, âgé de 15 ans, a été présenté à M. Beaumont, vers la fin de juin 1838, pour une tumeur très considérable placée à l'angle inférieur de l'omoplate droite, accompagnée de douleur, perte de mouvemens dans la région.

A l'examen, l'angle inférieur de l'omoplate parait éloigné de deux pouces de la surface des côtes, ce qui était dû à la présence d'une tumeur osseuse du volume d'une noix, formée à la face costale de l'omoplate, vers le point indiqué. M. Beaumont l'a opéré de la manière suivante :

« Après avoir, dit l'auteur, réfléchi un lambeau triangulaire des tégumens qui couvrent le sous-épineux, j'ai disséqué le bord du grand dorsal de l'angle inférieur de l'omoplate. J'ai ensuite porté l'humérus à la tête du malade, afin de faire saillir en avant la côte de l'omoplate, et j'ai coupé le grand rond; puis après, j'ai coupé la plus grande partie de l'insertion du *rhomboideus major* à la base de l'omoplate, et avec elle la portion correspondante du grand dentelé. J'ai alors passé mon doigt sous l'omoplate pour sentir les limites de la tumeur; elle s'était fait jour entre les fibres du sous-scapulaire; j'ai coupé le sous-épineux; puis à l'aide des tenailles tranchantes de Liston, j'ai divisé la côte inférieure de l'omoplate, et avec elle une partie du sous-scapulaire, entre l'angle inférieur et l'insertion de la longue portion du triceps; ensuite j'ai coupé la base du scapulum à l'aide de tenailles, j'ai poussé la tumeur en arrière et j'ai rompu le reste de l'os; la tumeur ne tenait alors qu'à une portion du sous-scapulaire que j'ai coupé avec le scalpel. L'hémorragie n'a été que médiocre; trois artères ont été liées. J'ai rapproché avec une ligature les fibres divisées, des grand rond et du sous-épineux, de même que celles du grand dentelé et du *rhomboideus major*. Les bords de la plaie ont été réunis à l'aide de cinq points de suture.

» Le malade guérit très promptement sans éprouver le moindre accident; seulement le membre est resté plus faible que l'autre pendant quelque temps. »

La tumeur a le volume d'une petite pomme d'après la figure donnée par l'auteur.

Nous ne connaissons pas de cas pareil à celui-ci; il est digne de considération sous le triple point de vue pathologique, physiologique et thérapeutique.

OPINION DU DOCTEUR GRAVES SUR LA DOCTRINE GÉNÉRALEMENT ADOPTÉE POUR LA MALADIE DE BRIGHT.

Les médecins de Dublin n'ont pas reçu les recherches du docteur Bright sur la maladie des reins coïncidant avec l'albuminurie et l'hydropisie avec autant de faveur et d'enthousiasme que la plupart de ceux de l'Angleterre et de l'Ecosse. Le docteur Graves, l'un de ceux qui ont le plus combattu la théorie émise par le docteur Bright, s'excuse au commencement de cette communication de s'occuper aussi fréquemment de cette question, d'après sa grande importance en pathologie. Si on constate que l'urine albumineuse est sécrétée par les reins, sans que ces organes aient subi d'altération organique, alors ces deux circonstances cessent d'être liées l'une à l'autre, et on ne peut plus les considérer dans le rapport de cause à effet. Déjà on a observé un assez bon nombre de cas qui se trouvaient dans cette condition. Le docteur Morrison a publié dans le journal de Dublin (janvier 1837), l'histoire d'un sujet dont pendant cinq ans l'urine fut toujours coagulable par la chaleur et les acides; et cependant à l'autopsie les reins n'offrirent aucune autre altération qu'une décoloration très prononcée. « Moi-même, dit le docteur Graves, j'ai assisté à l'autopsie d'un enfant mort hydropique, avec urine albumineuse, à la suite d'une scarlatine, et chez lequel les reins étaient tout à fait à l'état normal. » Le docteur Forget en a rapporté un cas également bien curieux, où les reins étaient sans anémie et sans granulations, bien que pendant la vie il y eût eu à la fois anasarque et albuminurie. Si donc les reins peuvent, à l'état normal, sécréter de l'urine plus ou moins chargée d'albumine; si, comme je l'ai vu dans un cas récent, des reins granuleux peuvent sécréter une urine normale, peut-on attacher une grande importance à l'hypothèse qui cherche à trouver entre l'altération granuleuse des reins et l'urine albumineuse les rapports de cause à effet? Depuis que cette doctrine a été avancée, j'ai toujours douté de son exactitude, et d'après mes propres observations, aujourd'hui cette opinion a pour moi

la force d'une vérité démontrée. Il est facile de comprendre comment dans les cas d'hydropisie, où une grande quantité de fluide albumineux est versée dans les grandes cavités ou dans le tissu cellulaire, l'urine peut contenir une quantité aussi considérable d'albumine, sans qu'il y ait d'altération des reins. Il n'est pas de glande dont les produits sécrétoires offrent plus de variations, et avec une plus grande rapidité. L'urine qui, dans un instant donné, est à l'état normal, d'une couleur foncée et d'une gravité spécifique considérable, peut, sous l'influence d'une émotion morale, d'une attaque d'hystérie, être au bout de quelques instans pâle, aqueuse, et d'une composition chimique différente. Aujourd'hui, à la suite d'une indigestion causée par une erreur de régime, l'urine sera chargée d'acide urique, et contiendra de l'acide purpurique; et demain, le premier de ces deux acides aura repris sa proportion ordinaire, et le second aura disparu complètement. Si l'albumine ne pouvait se trouver dans l'urine que dans les cas où il y a l'altération des reins décrite par le docteur Bright, comment se fait-il que des changemens plus considérables encore soient opérés dans l'urine sans la moindre lésion organique appréciable des reins? Le rein qui sécrète de l'acide urique ne diffère pas de celui qui sécrète l'acide phosphatique, et nous ne voyons pas que le rein présente successivement des lésions organiques différentes, et qui répondent aux couches de différente nature que l'on trouve dans le calcul urinaire, suivant qu'il y avait dans l'urine prédominance des urates, des phosphates, ou des oxalates; pourquoi la sécrétion d'une simple substance animale comme l'albumine exigerait-elle une altération de tissu dans un organe qui fournit des produits aussi variés, sans aucune altération de volume de consistance ou de couleur?

On a dit que l'hypérémie active était la première modification organique qu'éprouve le rein; mais nous ne pouvons trop insister ici sur ce point important, c'est qu'il n'est pas deux affections plus différentes l'une de l'autre que l'hypérémie rénale et la dégénérescence granuleuse. Comment admettre que deux maladies aussi éloignées aient toutes deux le même résultat, savoir : la sécrétion de l'albumine?

Si on n'a jamais observé de cas où l'altération granuleuse des reins n'ait pas été accompagnée de la sécrétion albumineuse, je n'en conclurai pas, avec la plupart des auteurs qui se sont occupés de cette étude jusqu'à ce moment, que cette altération a pour effet de déterminer la sécrétion de l'albumine; mais bien que *l'état albumineux de l'urine est la cause de l'altération granuleuse du rein*. Dans l'hydropisie, il y a tendance à une sécrétion excessive d'albumine dans tous les organes et dans les reins comme ailleurs. Or, comme la sécrétion de l'urine s'opère dans les tubes extrêmement fins de la substance corticale du rein, et comme cette sécrétion est accompagnée de la sécrétion de différens sels et acides, il n'est pas étonnant qu'il se sépare par la coagulation *un dépôt de matières albumineuses qui reste dans les tubes sécréteurs, lesquels sont graduellement remplis et distendus, et donnent ainsi naissance à l'oblitération du tissu, ce qui forme la maladie dite de Bright*. Cette nouvelle manière de considérer et d'expliquer les différentes circonstances relatives à cette maladie est confirmée d'une manière frappante par les observations microscopiques faites récemment par le célèbre Valentin, et dont je vais donner ici une courte analyse.

« Il n'est pas douteux que la dégénérescence des reins décrite par le docteur Bright est en rapport avec la quantité excessive d'albumine que contient l'urine; mais on n'avait pu encore connaître exactement la cause de ce rapport; c'était à l'observation microscopique qu'il était réservé de jeter le plus de lumière sur ce point important de pathogénie. Par exemple, j'ai trouvé, à l'ouverture d'un enfant de treize ans qui avait longtemps souffert de l'hydropisie et dont l'urine avait contenu quelquefois une immense quantité, d'autres fois une très faible quantité d'albumine, non seulement un épanchement dans le thorax et l'abdomen, mais encore la granulation des reins au cinquième degré. Les deux reins avaient pris un volume extraordinaire; leur plus grande longueur était de 3"75 et leur plus grande largeur de 2". Cette augmentation de volume n'existait pas seulement sur quelques points, mais se retrouvait dans toute la substance des reins; elle était uniforme et pouvait être comparée à celle que produit dans le volume d'un organe une injection bien faite. A l'extérieur, on distinguait les taches solitaires d'un gris cendré. A l'intérieur, les tissus et surtout la substance corticale offraient une couleur jaune foncée.

L'examen microscopique montra que, tandis que les canaux urinifères droits des mamelons étaient ou vides ou remplis d'un fluide transparent, les tubes de la substance corticale contenaient une matière d'un gris jaunâtre qui contribuait à les rendre visibles comme s'ils eussent été injectés. Il suffisait d'une incision nette et d'une belle lumière pour voir de la manière la plus distincte les nombreuses sinuosités et les belles ramifications des canaux urinaires, même dans les cas où l'engorgement n'était que médiocre. Les parois de ces canaux et le tissu qui les sépare n'offraient rien d'anormal. L'un de ces reins fut injecté et on ne trouva aucune irrégularité dans le diamètre ni la distribution des vaisseaux sanguins ou des corps de Malpighi; la substance qui remplissait les canaux, de couleur jaunâtre, était formée de petits corps granuleux, irréguliers, d'un volume variable, de petits corps moléculaires et de petites sphères jaunes. Les canaux alongés offraient le même aspect, mais à un degré différent.

« Si je ne me trompe, continue Valentin, cette découverte semble prouver que, dans ce cas, les reins ne sont que le réceptacle de l'urine altérée, et que si ces organes paraissent eux-mêmes altérés, c'est uniquement par l'absence des moyens convenables d'investigation, tandis qu'en réalité ce serait dans la sécrétion de l'urine et non dans les reins que l'on devrait chercher l'état morbide, peut-être même est-ce dans le sang que l'on devrait chercher l'altération principale, puisqu'il est démontré que l'urine peut être sécrétée sans les reins. »

OBSERVATION D'UN CAS DE RHUMATISME CHRONIQUE, SUIVI DE L'ANKYLOSE DE TOUTES LES PRINCIPALES ARTICULATIONS; MORT AU BOUT DE TROIS ANS D'UNE PLEURÉSIE CHRONIQUE; ATROPHIE EXCENTRIQUE DE L'APPAREIL OSSEUX ET A UN DEGRÉ TRÈS REMARQUABLE; par le docteur J. THURNAM.

OBS. — Louise Tairum, âgée de 19 ans, non mariée, la fille d'un ouvrier, rapporte que sa maladie remonte à trois ans, et qu'elle débuta sous la forme d'un rhumatisme articulaire, après avoir eu les pieds mouillés; elle éprouva du gonflement avec douleur à la cheville gauche et dans les deux genoux, et ne suivit aucun traitement actif. Elle garda la chambre pendant deux mois, puis commença à sortir en se traînant misérablement à l'aide d'un bâton. Cependant la maladie augmentait gagnant graduellement toutes les articulations où elle laissait une raideur qui l'obligea à reprendre de nouveau le lit au bout de deux ans. Ses parens étaient pauvres; elle vivait dans la misère, et coucha pendant quelque temps dans une chambre dont le sol était humide.

Tous les moyens que le chirurgien de la paroisse employa n'étaient que palliatifs, et nous n'avons pas besoin de les rapporter, puisqu'ils ne changèrent rien à la position de la malade; à l'époque de son entrée à l'hôpital, le 5 septembre 1827, elle restait constamment couchée dans la même position sur le dos, les genoux éloignés autant que possible l'un de l'autre, les cuisses légèrement fléchies sur l'abdomen, et les jambes formant un angle presque droit avec les cuisses, les pieds renversés en dehors.

Les extrémités supérieures étaient dans un état d'extension permanente par suite de l'ankylose des épaules et des coudes; mais elle conservait l'usage de plusieurs de ses doigts, ce qui lui permettait de prendre ses alimens avec l'aide d'une fourchette montée sur un manche long de deux pieds et demi. Toutes les articulations et surtout les genoux étaient pâles et glabres et paraissaient tuméfiés; mais cette apparence était probablement le résultat de l'amaigrissement des muscles et des autres parties molles. La pression et les essais pour donner quelque mouvement aux articulations étaient très douloureux dans quelques occasions. Il y avait sur différentes parties du corps et spécialement autour des genoux et des pieds une éruption eczémateuse qui avait paru environ six mois auparavant, peu de temps après la première apparition des règles, époque où il y avait eu dans la santé générale un mouvement marqué d'amélioration.

Elle présentait en outre une légère toux avec un peu de dyspnée, et l'on soupçonna l'existence de tubercules, ce dont cependant on ne put s'assurer par l'auscultation en raison de la position où se trouvait la malade. Sa santé commença évidemment à décliner au bout de deux mois et demi de séjour à l'hôpital, les symptômes de phthisie pulmonaire présentant plus d'activité. La toux et l'expectoration augmentèrent et s'accompagnèrent de paroxismes fébriles avec transpiration acide et abondante.

Vers le milieu de décembre, elle se plaignait de palpitations avec douleur du côté gauche dans la région du cœur, et augmentant par la pression. Les battemens du cœur étaient visibles à l'œil et au stéthoscope. On distinguait une impulsion très forte. Les bruits, et surtout le second, plus forts qu'à l'ordinaire, s'entendaient à peine en dehors de la région précordiale.

Le pouls comparé à l'impulsion du cœur était faible; les régions antérieures et supérieures de la poitrine pouvaient être seules explorées, et au lieu du murmure respiratoire on n'y distinguait que des râles sibilans et sonores avec bronchophonie suspecte.

Cette jeune fille s'affaiblit graduellement et succomba le 21 décembre 1837.

AUTOPSIE. Maigreur remarquable, mais qui tient plutôt à la diminution des muscles qu'à une maigreur réelle, car il y a beaucoup de tissu adipeux sous-cutanés.

THORAX. Le poumon droit, comprimé par un épanchement d'ancienne date, a à peine le cinquième de son volume et contient quelques tubercules à l'état cru; à gauche, on trouve les traces d'une pleurésie hémorragique récente. Le péricarde contient environ six onces de sérosité, et sans trace de péricardite. Le cœur n'offre aucune altération appréciable.

Il en est de même des cavités abdominale et pelvienne.

APPAREIL OSSEUX. Les principales articulations des deux côtés sont le siége d'une ankilose fibro-cartilagineuse qui passe à l'état osseux; les rotules sont unies au fémur par une matière osseuse. Les tendons et les ligamens qui entourent les articulations paraissent à l'état normal. La membrane synoviale des genoux paraît sur les points où on la retrouve encore plus vasculaire qu'à l'ordinaire. Les os du crâne sont la seule portion de tout le sytème osseux que l'on retrouve à l'état normal. Presque tous les os de l'une des extrémités supérieures et des deux extrémités inférieures, et les corps de la plupart des vertèbres ont subi une atrophie excentrique remarquable; vus par leurs faces

externes, les os offrent presque leur état normal, mais leurs parois sont réduites à un degré surprenant de ténuité; celles du tibia et du fémur n'ont sur aucun point plus d'une demi-ligne d'épaisseur. Dans beaucoup de points et spécialement vers la tête des os, elles ont à peu près l'épaisseur d'une feuille de papier et offrent çà et là des perforations, résultat de leur absorption complète. Les cavités des os sont remplies par une moelle demi-fluide et que soutient un tissu médullaire délicat et rouge. Dans les os spongieux, le tissu spongieux est extrêmement fin, de même que dans les os longs; il en restait même à peine quelques traces dans le corps des derniers qui ressemblaient aux os de quelques grands oiseaux, et n'en différaient que par la plus grande dimension de la cavité interne et l'épaisseur moindre des parois; le tibia gauche après avoir été macéré et séché pesait une once et trois huitièmes. Le périoste se détachait des os plus facilement qu'à l'ordinaire.

On n'a pas fait l'analyse chimique de la matière osseuse de cette fille, mais elle paraissait n'avoir subi aucune autre altération que la diminution de l'épaisseur des parois, et elle ne paraissait ni plus cassante ni plus molle qu'à l'ordinaire.

L'histoire générale de cette observation semblerait démontrer que la maladie commença par un rhumatisme articulaire qui, ayant été négligé et étant passé à l'état chronique, s'était terminé par l'ankylose de la plupart des articulations. L'inaction complète dans laquelle le corps fut placé nécessairement ainsi que le système osseux, en raison de l'immobilité des articulations doit avoir favorisé toute tendance à l'atrophie des os qui aurait pu exister auparavant et même a pu probablement suffire seule pour l'amener.

Une observation rapportée par Planck (*De osteosarcosi commentatio*, Tubing., 1782) vient à l'appui de l'opinion qui vient d'être émise sur le mode de développement qu'a suivi la maladie dans le cas ci-dessus. Dans le fait de Planck, la maladie avait débuté par une attaque de rhumatisme aigu qui était passé à l'état chronique. Dans ce cas cependant, et bien que le malade eût vécu pendant dix ans, il n'y eut point d'ankylose.

Quoi qu'il en soit, et soit qu'on attribue avec l'auteur l'atrophie du système osseux dont cette observation nous offre un exemple remarquable à l'inaction forcée dans laquelle la maladie est restée si longtemps, soit qu'on y reconnaisse une lésion *sui generis*, dépendant d'une maladie constitutionnelle, cette observation n'en est pas moins très remarquable tant pour l'âge du sujet, âge auquel cette maladie n'avait point encore été observée, que pour la manière dont l'atrophie s'est établie, n'attaquant l'os que par sa face interne ou plutôt dans l'épaisseur de ses parois, sans rien changer à son volume extérieur, point dans lequel elle diffère de tous les cas observés jusqu'ici, et dans lesquels on a toujours constaté que la dimension extérieure avait perdu comme toutes les autres.

OBSERVATION D'UN CAS OU DE FRÉQUENTES ATTAQUES CARACTÉRISÉES PAR LA PERTE DE CONNAISSANCE COÏNCIDAIENT AVEC UNE EXTRÊME RARETÉ DU POULS; OSSIFICATION DES MEMBRANES DE L'AORTE ET DES ARTÈRES DES EXTRÉMITÉS INFÉRIEURES; par M. GIBSON.

Le fait suivant qui n'est certainement pas sans analogues dans la science offre un triple intérêt sous le rapport de la forme des attaques, de la rareté du pouls et des lésions trouvées après la mort.

OBS. — M. W., âgé de 70 ans, bien que ne portant pas son âge, a mené une vie très active mais régulière; il a toujours joui d'une bonne santé, à l'exception des attaques dont nous allons parler et dont la première lui était arrivée vers l'âge de 30 ans. Après cette première attaque, il fut longtemps sans en rien ressentir; mais il était resté sujet à des étourdissemens qui le prenaient subitement. Dans ces derniers temps aussi, il avait les extrémités constamment froides.

Depuis huit ans, le retour des attaques a été bien plus fréquent, et bien qu'elles reviennent à des époques tout à fait indifférentes et sans qu'on puisse les rattacher à aucune influence spéciale, cependant il a observé qu'elles reviennent bien plus fréquemment dans les cas où il a été soumis à quelque excitation. Elles n'ont jamais rien eu de régulier ni pour le nombre ni pour la fréquence. Quelquefois il n'en éprouve qu'une seule; mais d'autres fois il y en a deux ou trois de suite, et quand il n'y en a qu'une seule, elle est ordinairement beaucoup plus forte que quand il y en a deux ou trois de suite. L'intervalle entre les attaques n'est pas moins régulier; quelquefois un mois les sépare; mais dans d'autres circonstances, elles sont ou beaucoup plus rapprochées ou bien plus éloignées. Ainsi à l'époque de sa dernière attaque, il n'en avait pas eu depuis six mois, mais auparavant elles avaient été bien plus fréquentes que jamais; cependant comme il mettait tous ses soins à cacher ses attaques à sa famille, il est possible qu'un assez bon nombre d'entre elles, surtout lorsqu'elles étaient légères, aient été méconnues.

Le dimanche, 29 juillet, il eut une légère attaque, dont il ne parla que le mardi suivant, après une nouvelle attaque, qui n'avait pas été très forte, et à la suite cependant de laquelle il se trouva dans un état qu'il n'avait jamais senti auparavant et qui lui causa de vives alarmes, car, à partir de ce moment, il se persuada qu'il n'en releverait pas. Lorsque je le vis, le même jour, à onze heures du soir, il était couvert d'une sueur froide et abondante; il n'avait point eu de selle, et il avait vomi son diner, qui se composait de saumon. Il y avait de l'embarras dans la région de l'estomac et surtout quelques nausées; il n'y avait pas, dans cette même région, de sensibilité à la pression, mais un sentiment de plénitude; la langue était sèche et rouge; le pouls ne donnait que 22 par minute plein et ferme; pas le moindre malaise du côté de la tête, ni du côté de l'intelligence, sinon un peu d'abattement. Je ne fus point témoin ce jour là d'un accès; le malade m'apprit seulement qu'ils commençaient par un sifflement qui lui montait à la tête. (Quelques pilules de calomel et d'extrait de jusquiame et une potion d'esprit d'ammoniaque avec mixture camphrée.)

Le 2 août, il y a eu de fréquentes attaques pendant la nuit; le pouls est tombé à 17, et est moins ferme et moins plein et plus irrégulier. Sueur froide et visqueuse sur tout le corps. L'oreille, appliquée sur la région du cœur, ne peut en distinguer le bruit, mais sent seulement une impulsion qui, comme le pouls, est quelquefois forte et soutenue et, dans d'autres instans, faible. (Même traitement.)

A 4 heures du soir: il y a eu, dans la matinée, de nombreuses attaques et, au moment de mon arrivée, elles continuaient encore. Voici ce que j'ai observé: lorsque l'attaque est légère, la face pâlit, la respiration devient laborieuse et plus fréquente; on ne trouve pas le pouls, et aussitôt que le cœur commence à battre, la pâleur fait place à une légère rougeur et l'attaque est passée. Si elle est grave, la pâleur est plus forte, l'expression affreuse, les yeux tournés en haut, la respiration fréquente et pénible, avec dilatation violente des ailes du nez à chaque respiration et un bruit particulier. Il y avait des soubresauts; absence complète de sensibilité et de volonté et quelquefois évacuation involontaire des urines et des matières fécales; le cœur reste immobile et je l'ai vu sans battement appréciable pendant plus d'une demi-minute. Si le cœur fournissait quelques battemens, mais assez faibles pour qu'ils fussent à peine appréciables au poignet, les symptômes continuaient les mêmes; mais aussitôt que quelques battemens bien prononcés s'étaient fait sentir, immédiatement la pâleur disparaissait; pendant un instant il y avait suspension de la respiration, paraissant dépendre d'une espèce de strangulation, pendant laquelle le malade portait la main à la gorge. La sensibilité revenait aussitôt, puis le pouls prenait, pendant environ cinq battemens, une vitesse de 60 à la minute, et alors le malade croyait toujours sortir d'un sommeil. A cette visite, j'auscultai le cœur de nouveau et crus reconnaître le bruit du cœur, mais d'une manière bien douteuse. Un vésicatoire fut appliqué sur la région du cœur et un autre à la nuque. Une saignée fut pratiquée, des stimulans furent administrés et sans aucun effet.

Le 4 août il y eut une attaque qui dura près d'une demi-heure et qui semblait devoir être la dernière. Le malade mourut le lendemain matin à 9 heures.

AUTOPSIE. Congestion cérébrale très prononcée et générale. Aucune autre altération du côté du cerveau.

Les cartilages des côtes sont complètement ossifiés; à gauche, il y a de nombreuses adhérences entre les deux plèvres; pas de traces d'épanchement d'aucun côté. Les poumons sont à l'état le plus normal qu'on puisse supposer et n'offrent même pas de traces de congestion. Le péricarde est sain. Le cœur est volumineux; toutes les cavités sont à l'état normal et toutes les valvules saines, à l'exception de l'une des valvules mitrales, qui offre vers sa base un petit point d'ossification, du reste sans importance, et qui n'a pu gêner en aucune manière ses mouvemens. Les artères coronaires ont quelques taches blanchâtres et quelques points d'ossification. L'aorte est manifestement dilatée; elle offre, dans son intérieur, plusieurs taches d'un blanc jaunâtre, avec ramollissement et ulcération ou ossification complète sur quelques points. A l'endroit où l'aorte, en se partageant, forme les deux iliaques, ces deux dernières sont complètement ossifiées, non pas pourtant dans toute la circonférence des artères, mais seulement à leur partie interne et postérieure; les autres faces n'offraient pas d'ossification, mais seulement une consistance plus grande que d'habitude. La tunique interne était détruite sur la partie ossifiée, qui faisait saillie à l'extérieur de l'artère. Les altérations de l'aorte, peu nombreuses près de son origine, le devenaient de plus en plus à mesure que l'on examinait plus loin; les branches de l'iliaque interne étaient complètement ossifiées.

Le mésentère était chargé de beaucoup de graisse; les intestins n'offraient rien d'anormal; la face était, dans presque toute son étendue, et surtout à la partie postérieure, granulée; les reins contenaient des kystes à cavités parfaitement distinctes et n'ayant aucune communication les unes avec les autres, ni avec les cavités propres des reins. Il y en avait trois ou quatre pour chacun des reins, dont, au reste, le tissu paraissait à l'état normal.

L'auteur de cette observation ne balance pas à attribuer les phénomènes morbides si remarquables présentés par le sujet au trouble apporté dans la circulation du sang par les ossifications nombreuses du système artériel. Pour nous, nous n'affirmerions pas que cette lésion n'a été pour rien dans la production des symptômes; mais nous pensons qu'elle n'a pas dû suffire; car combien de fois ne trouve-t-on pas presque tout le système artériel ossifié chez des sujets du même âge que celui de l'observation précédente, sans que cependant ils aient offert, pendant la vie, aucun des phénomènes rapportés ici! Peut-être serait-ce le lieu de rappeler l'opinion d'un médecin français (M. Gintrac), qui attribue aux lésions observées ici l'angine de poitrine, qui, sauf la douleur, offre plus d'un rapport avec la maladie dont nous venons de voir l'histoire. Mais il nous suffit d'avoir indiqué ce rapprochement, que nous ne pourrions continuer par l'absence de documens suffisans.

III. THE DUBLIN JOURNAL OF MEDICAL SCIENCES.

Le cahier de septembre contient les articles originaux suivans: 1° *De la compression dans le traitement des ulcères vénériens phagédéni-*

ques, par M. Hugh Carmichael. (L'auteur exécute la compression à l'aide de bandelettes agglutinatives, il rapporte quatre faits en faveur de cette pratique.) 2° *Cas de laryngo-trachéite primitive chez un adulte*, par M. Lynch; 3° *Recherches sur l'obstétrique opératoire*, lues devant la société chirurgicale d'Irlande; par M. Churchell (rien d'inconnu); 4° *Considérations sur les vers oscarides*, par M. O'Bryan Bellingham; 5° *Sur les causes premières de l'étranglement des hernies intestinales et sur un nouveau procédé de taxis*, par M. O'Beirne.

OBSERVATION DE LARYNGO-TRACHÉITE PRIMITIVE (CROUP) CHEZ L'ADULTE; par le docteur LYNCH.

Les observations de croup chez l'adulte sont assez rares pour que nous croyions devoir analyser le fait suivant :

OBS. — H., âgée de 28 ans, enceinte de huit mois, s'occupe le 9 mai à lever une pièce qui était très chaude, puis s'expose ensuite à un courant d'air froid pendant qu'elle était en moiteur; et le lendemain elle fut prise de légers symptômes de bronchite qui continuèrent pendant quarante-huit heures; après lesquelles elle se trouva assez fortement incommodée, éprouva une douleur légèrement aiguë à la partie antérieure du col, du râle sibilant, une forte dyspnée, une fièvre très prononcée, etc. Jusqu'au 15 on n'employa qu'un purgatif et quelques sangsues à la gorge.

Le 15 mai, à onze heures du matin, la peau est chaude, la face pâle, mais tuméfiée et anxieuse; il y avait de la soif, la langue était humide et chargée; la région du larynx douloureuse à la pression, la déglutition très difficile, le pouls donnait 124, était dur et résistant bien que petit; la dyspnée forte; la malade ne parlait qu'à voix basse; l'inspiration était sibilante et difficile. La toux qui venait quelquefois par paroxisme déterminait depuis le matin des douleurs par élancemens dans le côté droit de la poitrine. L'expectoration était visqueuse, d'un vert-jaunâtre. La mère rappelle que dans la matinée elle a, en toussant, rejeté une matière plate, d'une forme irrégulière, semblable à un lambeau de peau.

La percussion sur la poitrine fournit un son clair; à l'auscultation on ne distingue aucun bruit anormal; mais on ne peut non plus entendre le bruit normal de la respiration, à cause de l'intensité du râle laryngien et peut-être aussi de la respiration. La malade pouvait sortir la langue de la bouche sans douleur; on essaya de voir l'épiglotte, mais ce fut en vain : chaque essai était constamment suivi d'un paroxisme de dyspnée et de toux. La toux était pendant le paroxisme à la fois sonore et aigre, ou, suivant l'expression de la mère, glapissante (barking). Des sangsues sont appliquées au cou; on prescrit en outre des lavemens purgatifs et la potion suivante :

Prenez :	Tartrate antimonié de potasse,	3 grains.
	Eau distillée,	8 onces.

A prendre par doses de demi-once, de manière à entretenir des nausées et à déterminer même quelques vomissemens. On pratiquera une friction mercurielle sous l'aisselle; un large vésicatoire sera appliqué entre les épaules, et toutes les trois heures on donnera cinq gouttes de la solution sédative de Battley.

La malade fut visitée toutes les trois heures, et on n'observa rien de nouveau jusqu'à trois heures que les mouvemens de l'enfant avaient cessé. A trois heures et demie, elle dit que la respiration lui était plus facile, surtout après les vomissemens; l'expectoration est copieuse; les paroxismes de suffocation imminente sont plus rares; il n'y a eu qu'une seule selle. On continue les mêmes médicamens.

L'amélioration continua jusqu'à quatre heures du matin le 16. A partir de ce moment, elle fut prise de paroxismes d'une violence extraordinaire et presque continuelle; elle mourut à sept heures du matin.

AUTOPSIE 29 heures après la mort. Le col était extrêmement court, le calibre de la trachée très petit; on eût dit la trachée d'un enfant.

La muqueuse qui recouvrait l'épiglotte était injectée, surtout vers la base, et était couverte en arrière, c'est-à-dire vers sa face laryngienne d'une matière jaune, visqueuse, puriforme; l'épiglotte était droite, dure, d'une épaisseur extraordinaire, représentant un quart de sphère au lieu d'une surface plane. Le larynx et la trachée ouverts par leur partie postérieure furent trouvés couverts d'une matière visqueuse, jaunâtre, puriforme. La trachée était tapissée d'une membrane presque aussi épaisse que ses anneaux et s'étendait jusqu'à la bifurcation des bronches; elle formait un cylindre parfait, excepté en un point en arrière et à la partie inférieure de la trachée. Au bas, cette fausse membrane était flottante; en haut, elle était adhérente.

Le larynx était tapissé par une membrane très fine et qui se continuait avec la précédente. Cette fausse membrane était comme hachée sur quelques points par lesquels elle semblait avoir donné passage à la matière puriforme. Dans les points où la fausse membrane était détachée, la muqueuse de la trachée était très injectée. Les bords de la glotte étaient durs et tuméfiés; les ventricules du larynx à peine visibles étaient oblitérés par le gonflement et l'exudation.

Les poumons offraient une congestion sanguine prononcée même à leur partie supérieure; mais ils étaient encore crépitans, et il était facile d'en faire sortir le sang. Les bronches offrent au-dessous de la fausse membrane une vive injection qui diminue à mesure qu'on les examine plus près des dernières ramifications où la muqueuse paraît tout à fait à l'état normal.

L'auteur dit qu'il fut détourné d'avoir recours à la trachéotomie, parce qu'on lui avait dit, sans qu'il l'eût provoqué, que la malade avait rejeté des portions de fausse membrane et aussi parce que la toux était loin d'être celle qu'on observe dans la laryngite simple et qu'elle offrait au contraire les caractères de celle du croup.

DES CAUSES PREMIÈRES DE L'ÉTRANGLEMENT HERNIAIRE ET D'UN NOUVEAU MODE DE PRATIQUER LE TAXIS; par M. O'BEIRNE.

L'auteur pose en fait que dans la plupart des hernies intestinales, tant externes qu'internes (diaphragmatiques, etc.), l'étranglement tient moins à un rétrécissement des anneaux aponévrotiques qu'à l'augmentation de volume des parties herniées, et que cette augmentation dépend principalement d'une certaine quantité de gaz emprisonnée dans l'intestin déplacé. Cela se vérifie surtout, dit l'auteur, dans les hernies récentes et de petit volume, qui, comme on sait, sont souvent les plus dangereuses. De cette observation, M. O'Beirne déduit que le meilleur moyen d'obtenir la réduction des hernies étranglées, est de vider les gaz de l'intestin à l'aide d'une longue sonde de gomme élastique, qu'on introduit par le rectum dans le colon. On commence par donner des lavemens émolliens à l'aide de la même sonde qu'on doit laisser en place pour la sortie consécutive des gaz. Souvent il arrive qu'après cette évacuation la réduction de la hernie devient facile, et les symptômes d'étranglement se dissipent. L'auteur rapporte seize faits en faveur de sa méthode, dont quelques-uns sont vraiment remarquables. La GAZETTE MÉDICALE les avait déjà fait connaître dans le courant de l'année dernière.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 26 NOVEMBRE.

FRUCTIFICATION DE PLANTES ALIMENTÉES SEULEMENT PAR DE L'AIR ET DE L'EAU.

M. Collin, à l'occasion d'un passage du mémoire présenté dans la dernière séance par M. Boussingault, mémoire dont nous avons donné l'analyse, annonce que dans des expériences qu'il faisait, il y deux ans, avec M. Edwards, il a vu fleurir et fructifier complètement, non seulement des pois, mais aussi des fèves, qui n'avaient d'autre aliment que l'eau et l'air, et que cette année ils ont vu le même phénomène se reproduire sur des oignons comestibles et sur un pied de *polygonum tinctorium*.

OS SUS-STERNAUX CHEZ L'HOMME.

M. Breschet lit un mémoire sur ce sujet.

On rencontre assez souvent dans les dissections des sternum dont l'extrémité supérieure est surmontée de deux noyaux osseux ou cartilagineux; ces petites pièces osseuses n'ayant pas été indiquées par les ostéographes ou ne l'ayant été que fort incomplètement, M. Breschet a cru devoir appeler l'attention des anatomistes sur ce point, afin d'arriver avec certitude aux analogues de ce développement d'une pièce osseuse qui est, dit-il, trop régulière sous le rapport de sa situation, de sa figure et de sa composition organique pour ne pas être considérée comme un état normal.

Sur toutes les pièces observées par M. Breschet, sur toutes celles qu'il a fait représenter, on reconnaissait que les os sus-sternaux n'étaient pas régulièrement arrondis, mais un peu allongés transversalement et aplatis sur le point correspondant au sternum.

Aucune des analogies qu'on voudrait reconnaître entre ces petits os et des épisternaux ou pièces osseuses faisant partie constituante du sternum ne paraît recevable à l'auteur, bien qu'il admette la formation du sternum par deux séries de noyaux osseux latéraux; il ne reconnaît pas non plus de rapprochement possible entre ces deux petites pièces osseuses et l'os furculaire des oiseaux ou l'os en T des monotrèmes. Pour M. Breschet, ces deux noyaux osseux sont des rudimens de côtes. Voici quelques-unes des raisons qu'il présente pour appuyer cette détermination :

Dans l'espèce humaine, la véritable première côte est, suivant notre anatomiste, imparfaitement formée. On voit, surtout chez des adultes, vers l'apophyse transverse de la septième vertèbre cervicale, une pièce osseuse allongée, dirigée en avant, en dehors et en bas; et au-dessus du sternum, plus en-dedans que la clavicule, les deux noyaux osseux dont nous avons parlé; mais cette côte, bien que constituée par des vestiges, offre, dit M. Breschet, des caractères qui ne permettent pas de douter de son existence. Depuis longtemps, on a reconnu que la septième vertèbre cervicale, par son développement, par la proéminence de son apophyse épineuse, par la forme arrondie de son ouverture centrale, quelquefois par l'absence du trou destiné dans les autres vertèbres à l'artère cérébrale postérieure, ressemble beaucoup plus aux pièces de la tige rachidienne dorsale, qu'à celle de la colonne cervicale. Les anatomistes savent que la racine antérieure de l'apophyse transverse de cette septième vertèbre se développe par un noyau osseux, distinct et séparé, que ne présentent point les autres vertèbres cervicales. Dès les premiers mois de la vie intra-

utérine se manifeste ce point d'ossification costiforme. Vers six ou sept ans, il s'unit, par son extrémité interne qui était séparée avec la partie latérale du corps de la vertèbre, sur un tubercule sortant de cet os, et au-devant de l'apophyse transverse, qu'elle dépasse bientôt de quelques lignes, d'un pouce, et souvent de beaucoup plus, pour former le rudiment d'une côte. Nesbitt, Hunauld, Sue, etc., ont signalé ces vestiges osseux, sans en indiquer la nature. J.-F. Meckel, un des premiers, a insisté pour faire reconnaître dans cette épiphyse un avorton de côte, et Béclard partage son opinion.

Cette disposition d'un rudiment de côte, en rapport avec l'apophyse transverse de la septième vertèbre cervicale d'une part, et les noyaux épisternaux de l'autre, ne permettent pas, dit M. Breschet, de contester la détermination que nous avons donnée de ces os sus-sternaux.

SUR LA RESPIRATION DES PLANTES.

M. Edwards aîné lit, en son nom et celui de M. Collin, un mémoire dans lequel il expose les résultats des recherches qu'ils ont faites en commun sur ce sujet. La première partie de leur travail est relative seulement à la respiration de la graine, une autre aura rapport aux mêmes fonctions dans la plante déjà développée et garnie de ses organes foliacés.

Jusqu'ici, les expériences sur la respiration des graines se sont toujours faites dans l'air, ou, lorsqu'on les a faites dans l'eau, on s'est borné à expliquer les phénomènes qui s'y passent par ce qui a lieu dans l'air; on n'a pas recherché ce qui se dégageait de gaz dans le liquide, et à en déterminer la proportion. Voici maintenant ce qu'ont fait les deux auteurs :

Dans un ballon à col droit, capable de contenir trois à quatre litres d'eau et qui en avait été rempli, on a introduit quarante fèves de marais; au ballon a été adapté un tube recourbé plein d'eau, et qui plongeait dans une éprouvette également pleine de ce liquide. Le premier phénomène qui se présenta fut un dégagement de bulles d'air, provenant des graines, et dont le nombre ainsi que la grosseur allèrent en augmentant constamment pendant vingt-quatre heures. On avait pris les précautions nécessaires pour être bien sûr que ces bulles ne provenaient point d'air qui reste engagé dans les pores de la peau.

L'expérience, répétée plusieurs fois, a été arrêtée après un temps qui n'a jamais été moindre de quatre jours. Le premier soin fut de peser les graines pour constater la quantité d'eau qu'elles avaient absorbée. Avant d'avoir été plongées dans l'eau, le poids moyen des fèves employées était de cent grammes et l'humidité qui les gonflait s'élevait environ à cent vingt grammes.

Le point le plus essentiel était de s'assurer si les graines étaient vivantes et en état de germer. C'était, en effet, une condition indispensable pour établir que le dégagement de gaz qui s'opérait dans l'eau était le résultat d'une fonction naturelle et normale, et non d'un commencement de décomposition; en effet, mises en expérience comparativement à des fèves qui n'avaient point été immergées, elles ont aussi bien levé que celles-ci.

Quant à la production du gaz, on conçoit bien que celui qui s'est dégagé en traversant l'eau pour se rendre dans le tube et dans l'éprouvette, n'était que l'excédant de celui qui se dissolvait dans l'eau au fur et à mesure qu'il se formait, et la moindre portion. La proportion de gaz qui avait traversé l'eau sans s'y dissoudre s'élevait de 20 à 40 millilitres; mais celle qui s'était dissoute dans l'eau, et que l'on en a dégagée par l'ébullition, était très considérable.

Pour déterminer cette quantité, il fallait distinguer la quantité d'air naturellement contenue dans l'eau, de celle qui avait été produite par les graines. Des expériences, faites dans ce but, ont montré que l'eau du ballon, avant l'expérience, contenait en moyenne 7 centilitres et demi d'air; mais après l'expérience on en a dégagé plus d'un demi-litre de gaz.

L'analyse des gaz dégagés a montré 1° une énorme proportion d'acide carbonique (48 en volume sur 58 du produit aériforme); 2° une quantité très petite d'oxigène, et deux fois environ autant d'un gaz composé presque entièrement d'azote. La quantité de ce dernier était un peu moindre que celle de l'air contenu dans l'eau.

D'où provient cette énorme quantité d'acide carbonique où l'air contenu dans l'eau n'entre pour rien? Il est évident que, puisque l'oxigène ne vient pas de l'air dissous dans l'eau, il doit venir d'un des élémens de l'eau même. L'eau est donc décomposée; l'oxigène, qui est un de ses élémens, s'unit au carbone de la graine, et forme l'acide carbonique qui se dégage en tout ou en partie. Que devient l'autre élément de l'eau, l'hydrogène? Puisqu'il n'est pas dégagé, il est évident qu'il est absorbé par la graine.

Le fait fondamental de ces recherches, disent les auteurs, est la décomposition de l'eau, idée tout à fait étrangère à la théorie admise jusqu'à ce jour. Il résulte aussi des faits exposés une idée plus relevée de la respiration de la graine; car cette fonction ne peut plus être considérée comme une simple fonction d'excrétion.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SEANCE DU 4 DÉCEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. MOREAU.

La correspondance comprend :

1° Lettre ministérielle relative à une demande du docteur Fiard qui propose de faire des expériences sur les revaccinations en présence d'une commission.

2° Note sur la présence du cuivre dans le pain; par M. B., pharmacien à Paris. (Commission.)

3° Paquet cacheté relatif à des recherches sur des zoospermes; par M. Henry Payard. (Accepté.)

4° Lettre de M. Devergie en réponse aux objections de M. Orfila concernant les signes de la suspension. (Commission.)

5° Lettre de M. Guibourt qui demande la nomination d'une commission pour examiner la question du nouveau système des poids pharmaceutiques (système métrique).

Sur la proposition de M. Orfila, cette demande est renvoyée à la commission qui s'occupe du projet de loi pour l'exercice de la médecine et de la pharmacie.

M. le président fait part à l'Académie de la nouvelle perte qu'elle vient de faire dans la personne de M. Huzard.

M. Mérat lit un discours qu'il a prononcé au nom de l'Académie sur la tombe de M. Huzard. Ce discours a été écouté avec un vif intérêt et suivi d'applaudissement.

FIÈVRE JAUNE.

M. CHERVIN fait, au nom d'une commission le rapport suivant :

L'Académie nous a chargés, M. Rochoux et moi, de lui rendre compte d'un mémoire intitulé : *Remarques et observations sur la fièvre jaune au Mexique.* L'auteur de cet écrit est M. Goupilleau, docteur en médecine de la faculté de Paris, établi à Tampico de Tamaulipas dans la république du Mexique. Les remarques et observations qu'il a adressées à l'Académie ont été faites pendant l'automne de 1836, et, bien que peu nombreuses, elles ne sont pas dépourvues d'intérêt, ainsi qu'on va le voir.

La ville de Tampico est située par 22°, 15' 30" de latitude nord, et par 100°, 12' 15" de longitude occidentale du méridien de Paris. Elle est bâtie sur le bord du fleuve Pannco, à deux lieues environ de son embouchure dans le golfe du Mexique. Ce fleuve borne la ville au sud; au nord elle est recouverte par une lagune qui s'étend un peu vers l'est.

Tampico est une ville neuve dont la première maison fut construite en 1824; sa position avantageuse pour le commerce l'a promptement rendue un des ports les plus fréquentés du golfe mexicain. En 1836, sa population était d'environ cinq mille ames dont le quart au moins se composait d'Européens.

Située en partie sur une élévation, cette ville est bâtie assez régulièrement, les rues en sont larges et bien percées, et ont en outre des trottoirs pavés, mais la police y est très mal faite. L'eau des pluies séjourne et se putréfie dans les endroits bas et dans les terrains non bâtis. On jette les corps et les débris des animaux au milieu des rues où on les laisse jusqu'à ce que le soleil et les oiseaux de proie les fassent disparaître; aussi règne-t-il à Tampico beaucoup de fièvres intermittentes.

La dernière invasion des Espagnols, qui eut lieu en 1832, a fait disparaître un vaste foyer d'infection en faisant communiquer avec le fleuve, par un canal de défense, la lagune qui borne la partie nord de la ville. Maintenant que ce foyer d'infection n'existe plus, il ne reste qu'à faire disparaître les deux écluses d'insalubrité citées plus haut, ce qui est facile, et alors la ville de Tampico se trouvera placée dans les conditions hygiéniques les plus favorables. Mais peut-on en conclure, demande M. Goupilleau, que la fièvre jaune cessera alors d'y exercer ses ravages? « Je ne le pense pas, répond-il, car ces causes ne sont pas les seules. Sa position géographique semble l'y assujétir. » En s'exprimant ainsi, ce médecin n'a sans doute pas réfléchi que la position géographique n'est qu'une des conditions du développement de la fièvre jaune.

M. Goupilleau parle ensuite des brises de mer et des brises de terre qui règnent à Tampico et y rafraichissent l'atmosphère. La saison des pluies commence généralement sur cette côte au mois de juillet, et la fièvre jaune paraît lorsqu'un soleil ardent leur succède. Le fait que signale ici M. Goupilleau est connu depuis longtemps; il a été mentionné par un grand nombre d'auteurs et particulièrement par M. le docteur Thomas, de la Nouvelle-Orléans, membre correspondant de l'Académie.

En 1836, la saison des pluies fut retardée de deux mois à Tampico, et l'apparition de l'épidémie éprouva le même retard. Dans le mois de juillet, il ne se présenta que six cas de fièvre jaune dont cinq se terminèrent promptement d'une manière heureuse.

Les pluies commencèrent à tomber les nuits avec abondance dans les premiers jours de septembre, et le jour un soleil ardent en faisait évaporer une partie; pendant ce temps, la brise de mer ne vint pas régulièrement; elle était faible, et sa direction changée; le vent soufflait du nord-ouest. La température la plus élevée fut, à l'ombre, de 98° de Fahrenheit et de 130° au soleil.

Tant que les pluies tombèrent il n'y eut point de fièvre jaune; mais à la fin de septembre, après plusieurs jours de grandes chaleurs, les premiers cas se montrèrent, et en peu de jours il y en eut un nombre effrayant.

Ce fléau, qui cesse ordinairement au mois d'octobre, prolongea cette année-là ses ravages jusqu'au 10 novembre, qu'un vent du nord très fort et sec le fit disparaître. — Il est impossible, Messieurs, de rien voir de plus favorable à la doctrine de l'infection que les faits rapportés ici par M. Goupilleau, faits qui ont d'autant plus de poids que ce médecin n'a pas d'opinion arrêtée sur les causes de la fièvre jaune.

Durant l'épidémie dont nous parlons, plusieurs Européens, qui avaient habité la Havane ou d'autres points des Antilles pendant plusieurs années, furent victimes de la fièvre jaune à Tampico. Ce fait, que notre confrère se borne à énoncer, s'explique parfaitement : les Européens dont il s'agit ayant habité les Antilles à une époque où elles jouissaient d'une salubrité remarquable, ne s'étaient pas suffisamment acclimatés dans les régions intertropicales pour résister à une épidémie comme celle qui régna à Tampico en 1836. Deux ou trois mois passés dans une épidémie violente font plus pour l'acclimatement de l'homme du nord, entre les tropiques, que dix années de résidence dans la même localité, lorsque la fièvre jaune ne s'y présente que d'une manière sporadique. Le fait énoncé par M. Goupilleau ne prouve donc rien contre les heureux effets de l'acclimatement.

M. de Humboldt a dit, il est vrai, que les créoles de la Havane qui se rendent à la Véra-Cruz, comme ceux de la Véra-Cruz qui vont à la Havane, à la Jamaïque et aux États-Unis de l'Amérique du nord, en temps d'épidémie, y sont sujets à contracter la fièvre jaune (1); mais cette assertion ne s'accorde point

(1) ESSAI POLITIQUE SUR LE ROYAUME DE LA NOUVELLE-ESPAGNE. 1811. In-8; t. IV, p. 505.

avec les observations de deux médecins distingués de la Havane, les docteurs don Tomas Romay et don Luis Genebriera qui ont assuré, l'un et l'autre, le rapporteur de votre commission qu'ils n'ont jamais rien vu qui confirme le fait avancé par l'illustre voyageur.

On a remarqué, depuis longtemps, que les Mexicains de l'intérieur qui se rendent sur le littoral, lorsque la fièvre jaune y règne, sont beaucoup plus exposés à la contracter que les étrangers. Cette remarque fut pleinement confirmée en 1836. Peu d'habitans de l'intérieur non acclimatés à Tampico échappèrent à la maladie, et presque tous ceux qui en furent attaqués succombèrent. M. Goupilleau ne sait comment se rendre compte de ce fait. Il demande si l'on en trouvera la cause dans la crainte excessive qu'ils ont du *vomito*, dans leur nourriture ou dans leurs vêtemens. L'explication en est cependant bien simple ; c'est que les Mexicains se rendent des régions tempérées qu'ils habitent dans les régions chaudes du littoral en très peu de temps, tandis que les étrangers n'arrivent à Tampico qu'après une navigation plus ou moins longue, pendant laquelle ils commencent à s'acclimater.

C'est pour la même raison que les habitans des points élevés des îles de Cuba, de la Jamaïque et de St-Domingue sont quelquefois atteints de la fièvre jaune lorsqu'ils se rendent de leurs montagnes dans les villes du littoral pendant les fortes chaleurs. En sept à huit heures de marche à cheval, ils éprouvent, dans certains cas, une augmentation de température de 20, 25 et même 30 degrés de Fahrenheit. Mais il est bon de dire que, retournés au sein de leurs familles avec la fièvre jaune, ces individus ne la communiquent point à ceux qui leur donnent des soins; du moins on ne cite aucun exemple de semblable transmission.

M. Goupilleau n'observa pas à Tampico, durant l'épidémie de 1836, que les Européens du nord fussent plus exposés à l'action de la cause morbifique que ceux du midi. Si le fait est exact, il est certainement des plus extraordinaires; car l'expérience a démontré le contraire des milliers de fois, et en a fait une loi constante, en Europe comme en Amérique.

L'épidémie de Tampico exerça son influence sur les maladies intercurrentes qui présentèrent des symptômes de fièvre jaune plus ou moins marqués. Ainsi des fièvres intermittentes simples à leur début se compliquèrent tantôt d'un seul des symptômes de la fièvre jaune, tantôt de plusieurs réunis, et, dans ces cas, la mort arriva généralement en peu de temps. Ces faits indiquent l'action bien évidente d'une cause épidémique plus ou moins étendue.

Enfin, voici comment s'explique M. Goupilleau sur la grave question de la contagion :

« J'ai noté, dit-il, plusieurs cas qui parlent en faveur de la non-contagion, du moins dans certaines circonstances. Ainsi, plusieurs habitans de l'intérieur ayant séjourné à la côte, un ou plusieurs jours, ont vu se déclarer les symptômes de la maladie, les uns pendant leur retour chez eux, les autres après leur arrivée, et aucun individu, parmi ceux qui les ont approchés et soignés, n'a contracté la fièvre jaune. A Tampico également, poursuit notre auteur, plusieurs jeunes gens non acclimatés ont donné des soins à leurs amis malades du *vomito*, sans en éprouver aucun accident. Le nombre des médecins contagionistes devient chaque jour plus limité, et parmi ceux qui professent ici cette opinion, aucun ne s'appuie sur un seul fait fondamental. Aussi personne ici ne craint d'approcher des malades. »

Au rapport de M. Goupilleau, aucun des contagionistes de Tampico *ne s'appuie sur un seul fait fondamental*. Eh bien ! c'est là l'histoire de tous les contagionistes du monde, du moins pour ce qui regarde la fièvre jaune. A ma connaissance, il n'y en a pas un seul qui cite un fait *fondamental*, un fait *probant*, en un mot ce qu'on doit appeler un fait, à moins qu'on ne veuille bien donner ce nom à des fictions plus ou moins ingénieuses, ou à de vaines allégations, comme on l'a pratiqué généralement jusqu'à ces derniers temps, au grand préjudice de l'humanité, de la science et des intérêts matériels des peuples. Aujourd'hui les faits positifs de non contagion se multiplient et le nombre des contagionistes devient chaque jour plus restreint, parce qu'on observe avec plus de sévérité, et surtout avec moins de prévention que par le passé.

En 1836, Tampico et plusieurs autres ports du golfe mexicain furent ravagés par la fièvre jaune. La Nouvelle-Orléans ne cessa pas d'avoir un commerce très étendu avec ces ports, et malgré cela, la fièvre jaune n'y régna point; on y observa seulement, comme on le fait à peu près tous les ans, quelques cas sporadiques de cette maladie. Si cette ville avait eu des quarantaines, les contagionistes n'auraient certes pas manqué de leur attribuer l'immunité dont elle a joui en 1836, et l'on voit de quelle valeur eût été une semblable preuve de l'efficacité des mesures sanitaires, et par cela même de la prétendue contagion de la fièvre jaune. *Ab uno disce omnes.*

En 1837, cette maladie régna à la Nouvelle-Orléans avec beaucoup d'extension; mais son caractère y fut singulièrement modifié, ainsi que l'Académie a pu s'en convaincre par l'analyse que l'un de ses commissaires eut l'honneur de lui présenter, il y a quelques mois, de deux lettres de notre honorable confrère, M. le docteur Thomas. Ajoutons que des renseignemens ultérieurs confirment en tous points les faits contenus dans la communication dont il s'agit, et démontrent en même temps l'origine locale et la non-contagion de la fièvre jaune qui sévit à la Nouvelle-Orléans, en 1837. Enfin, les documens qui nous sont parvenus de la Havane prouvent également le caractère non-contagieux de l'épidémie de fièvre jaune qui régna dans cette ville à la même époque.

La deuxième partie du mémoire de M. Goupilleau se compose de six observations, sur lesquelles nous ne dirons que quelques mots. Ces observations sont rédigées avec clarté, et présentent d'une manière concise les symptômes et la marche de la maladie qui, dans cinq cas sur six, se termina par la mort; mais il ne fut pas permis à l'auteur de les compléter par l'ouverture des cadavres. La thérapeutique de ce médecin a été rationnelle, mais un peu trop timide dans l'usage de la saignée : « Je n'ai pas osé, dit-il, employer les émissions sanguines répétées et à hautes doses, dont M. le professeur Bouillaud semble avoir obtenu de si grands avantages dans les inflammations aiguës et la fièvre typhoïde, je crains que dans ce climat brûlant, et dans une maladie où l'innervation paraît jouer un si grand rôle, elles ne soient loin d'être aussi avantageuses. »

Si M. Goupilleau avait été plus au courant de la pratique de beaucoup de médecins qui ont exercé aux Antilles et aux Etats-Unis de l'Amérique du Nord, il aurait vu que les émissions sanguines peuvent être portées très loin dans la fièvre jaune des régions équinoxiales, sans le moindre danger; mais, pour cela, il faut y avoir recours dès le début même de la maladie; car, plus tard, elles deviennent souvent dangereuses et accélèrent la terminaison fatale.

Pendant leur séjour à la Guadeloupe, vos deux commissaires ont employé assez largement les émissions sanguines contre la fièvre jaune; mais l'un d'eux, qui a voyagé dans une grande partie du nouveau monde, les a vu employer dans la même maladie d'une manière beaucoup plus libérale. Il a vu des médecins éclairés tirer jusqu'à 80, 100, 120, et même 140 onces de sang, poids anglais, dans l'espace de vingt-quatre ou trente-six heures, et les malades se rétablir assez promptement. On sait que telle était, à peu près, la pratique du célèbre Benjamin Rush. Mais pour user d'un pareil moyen avec avantage, il faut, bien entendu, avoir égard à la constitution des individus, et surtout à la constitution épidémique; sans cela, on serait exposé à commettre de graves erreurs : c'est particulièrement dans ce cas que l'expérience et le tact médical sont d'un grand secours pour le praticien.

Enfin, M. Goupilleau a perdu les deux cinquièmes de ses malades, et M. le docteur Sauvinet, qui a employé à peu près les mêmes moyens thérapeutiques que lui, savoir : saignées modérées, boissons adoucissantes, émolliens sur l'épigastre, oxicrat froid sur le front, révulsifs aux extrémités et sur diverses parties du corps, etc., a éprouvé des pertes égales. Mais les médecins qui ont fait usage des remèdes dits du pays, et se sont bornés à une médecine empirique, sont, dit-il, loin d'avoir obtenu des résultats satisfaisans. Il pense, du reste, que la mortalité aurait été beaucoup moindr si les malades avaient été bien soignés, et les médicamens convenablement administrés.

Tel est, Messieurs, le compte que nous avions à vous rendre du travail de M. le docteur Goupilleau. Nous avons l'honneur de vous prier de déposer ce mémoire dans les archives de l'Académie, de remercier l'auteur de sa communication, et de faire inscrire son nom sur la liste des candidats pour les places de correspondans étrangers. (Adopté.)

PHRÉNOLOGIE.

M. Rochoux fait, au nom de MM. Bouillaud et Martin-Solon, un rapport sur une lettre de M. Perrot, concernant l'examen phrénologique de la tête d'un criminel nommé Antier, qui a été exécuté. Il résulte de cet examen que presque aucun des organes cérébraux n'était en rapport avec les actes de l'individu; car il avait eu quatorze enfans, et pourtant son cervelet était petit; il était fort gourmand, et l'organe de l'alimentivité était à peine prononcé; il avait empoisonné son camarade pour s'emparer d'une somme de 40 francs, et néanmoins, ni l'organe de l'acquisivité, ni celui de la destructivité n'étaient prononcés, etc. D'où M. le rapporteur conclut que la phrénologie localisante de Gall est une chimère, et que la véritable phrénologie est à recommencer.

A l'occasion de ce rapport, M. Rochoux a lu en son nom une dissertation philosophique sur l'épicuréisme, dont il s'est dès longtemps constitué le champion. D'après la proposition de plusieurs membres, cette dissertation a dû être détachée du rapport. (Dépôt aux archives, remercîmens.)

BIBLIOGRAPHIE.

ŒUVRES COMPLÈTES DE JOHN HUNTER, traduites de l'anglais, avec des notes, par G. RICHELOT, docteur en médecine de la faculté de Paris.

La publication des œuvres complètes du grand Hunter est un événement important dans la littérature médicale. Hunter peut être considéré comme un des fondateurs de la physiologie pathologique; il a combattu avec force les théories exclusivement chimiques et mécaniques, à l'aide desquelles on avait cherché à expliquer les phénomènes de la vie; ses découvertes en anatomie, en physiologie, en anatomie comparée et en pathologie, ont été nombreuses et d'une grande valeur. Jusqu'à nos jours, ses ouvrages ont été trop peu lus, et l'on doit savoir gré à M. Richelot d'avoir entrepris de les faire passer dans notre langue; c'était une grande et belle tâche. Nous nous plaisons à reproduire le passage suivant, que nous extrayons de la *vie de Hunter*, parce qu'il nous paraît propre à faire connaître la pensée élevée qui présida aux travaux immenses de cet illustre médecin.

« A l'époque où Hunter commença ses travaux, la chirurgie, bien qu'ayant, sous le point de vue de la pratique, une attitude beaucoup plus respectable que celle qu'elle avait cinquante ans auparavant, ne possédait cependant point encore, sur la nature et le traitement des maladies,

ces sages vues qui servent aujourd'hui de base à l'exercice de l'art, et qui lui donnent à juste titre une place parmi les sciences. Les hommes de mérite qui, tant en Angleterre que sur le continent, précédèrent immédiatement Hunter, avaient réussi, grâce à la rectitude de leur jugement et à leur goût pour la saine observation, à dégager l'art d'un lourd fardeau de pratiques absurdes dont on l'avait surchargé. Mais les améliorations qu'ils avaient introduites étaient appuyées, pour la plupart, sur un empirisme isolé, et n'avaient point, pour base solide et satisfaisante, la connaissance exacte des lois de l'économie animale. Jusque-là, on avait peu cherché à mettre en lumière la véritable nature des maladies, en montrant les points de contact qu'elles ont avec les phénomènes naturels, et en faisant voir en quoi consistent les déviations de ces phénomènes qui leur communiquent leur caractère particulier. Les procédés naturels par lesquels la cure des maladies s'opère n'étaient pas mieux connus, et les notions les plus vagues avaient cours sur les fonctions importantes de la nutrition et de l'absorption, et sur des phénomènes du plus grand intérêt, tels que le travail l'adhérence, la suppuration, le développement des bourgeons charnus, etc. Aujourd'hui, l'intelligence exacte de ces phénomènes est la clé de toute bonne éducation chirurgicale.

» Hunter aperçut cette lacune. Dans son opinion, ces connaissances pouvaient seules devenir un point de départ certain pour les progrès futurs de la chirurgie; et ce fut à combler ce vide qu'il travailla sans cesse dans la suite.

» Il vit clairement que, pour concevoir sainement les déviations qui s'opèrent dans l'ordre normal des phénomènes naturels, et qui constituent la maladie, il est nécessaire de bien comprendre d'abord ces phénomènes eux-mêmes dans leur état normal; et qu'ils doivent être étudiés, non pas seulement chez l'homme, mais dans toute la série des animaux, et recevoir même une lumière nouvelle de leur comparaison avec les phénomènes de la vie dans les végétaux. Il prit donc la résolution d'étudier les phénomènes de la vie à l'état sain et à l'état morbide, dans la masse entière des êtres organisés; entreprise qui ne pouvait être conçue que par un génie comme le sien, et dont les difficultés auraient fait reculer tout homme moins énergique, moins capable, et moins dévoué aux progrès de la science.

» Dans ces investigations, il se garda bien d'imiter plusieurs de ses prédécesseurs, plus instruits, mais doués d'un esprit moins philosophique, qui avaient tenté d'arriver à la connaissance des mystères de la nature, en posant quelque principe *à priori*, et en cherchant des faits pour soutenir leur théorie. Loin de là, il suivit le plus strictement qu'il lui fut possible la méthode d'induction enseignée par l'illustre père de la philosophie moderne, comme la seule route qui, bien que hérissée de difficultés, puisse conduire sûrement à la vérité. Il ne prétendait point à la découverte de l'essence de la vie, parce qu'il savait que cette découverte est au-dessus de la portée des recherches philosophiques; mais le but de ses efforts était de connaître la structure des divers organes, et de découvrir de quelle manière ils exécutent ces phénomènes variés par lesquels la vie se manifeste. Les renseignemens qu'il pouvait tenir de seconde main ne lui suffisaient point. Loin de s'en rapporter aux découvertes décrites dans les livres, il se livrait à des investigations directes, et ne s'appuyait sur les faits rapportés par les autres que lorsqu'il en avait constaté l'exactitude par le témoignage de ses propres sens. »

Lorsque cette publication sera plus avancée, nous rendrons un compte détaillé de tous ces ouvrages trop peu connus, où l'on voit l'auteur chercher sans cesse à donner la saine physiologie pour base à la pratique, et qui devraient occuper une des premières places dans la bibliothèque de tout médecin pour qui l'exercice de son art n'est pas seulement une aveugle routine. Nous nous bornerons pour le moment à signaler la traduction de M. Richelot à l'attention du public médical, et nous féliciterons notre confrère de n'avoir pas reculé devant la longueur et les difficultés d'une telle entreprise. Nous ferons remarquer aussi que, sous le rapport typographique, on n'a rien négligé pour rendre cette production agréable à l'œil. Les planches, qui ont été dessinées par M. Emile Beau, sont une élégante reproduction des planches gravées sous la direction de Hunter.

VARIÉTÉS.

Monsieur le rédacteur,

Votre impartialité me fait espérer que vous voudrez bien insérer dans votre prochain numéro ma réponse à la note que M. le docteur Adorne a présentée à l'Académie royale de médecine.

1° Ce qui m'importe surtout, c'est de bien établir que ma formule m'appartient réellement, et que je ne l'ai prise à personne. Le rapporteur de la commission qui a été chargé de son examen, M. Soubeiran, a fait suffisamment ressortir les différences qui devaient faire distinguer ma préparation de celle de MM. Becker et Klauer; ainsi, 1° changement dans le mode opératoire, qui n'est plus le même que celui de ces messieurs; 2° changement dans la matière sucrante préservatrice, qui diffère essentiellement de celle employée par eux et qui donne un tout autre produit, voilà mes titres à la priorité: il suffira à M. Adorne et à tous ceux qui voudront s'assurer de la vérité, de relire et le rapport à l'Académie sur mes pilules et la note de MM. Becker et Klauer qu'il cite, pour voir qu'il a commis une erreur: il s'agit d'une simple vérification.

2° Les pilules ferrugineuses pour lesquelles j'ai obtenu l'approbation de l'Académie de médecine ne s'altèrent pas lorsqu'elles ont été préparées avec les précautions convenables, et qu'on a fait tout ce qui est nécessaire pour leur conservation. Le rapport à l'Académie n'a été fait que quatorze mois après la présentation de mon mémoire, et la commission composée de bons juges en pareille matière a été à même, pendant ce long espace de temps, de bien s'assurer de l'inaltérabilité de mes pilules. Le fait a été mis hors de doute dans le rapport.

3° Quant à leur efficacité, elle a été déjà constatée et l'est encore chaque jour par un grand nombre de praticiens qui ont pu reconnaître par leur propre expérience l'exactitude des assertions de M. Martin-Solon, l'un de mes commissaires.

Veuillez, monsieur le rédacteur, etc.

VALLET, pharmacien.

Paris, le 2 décembre 1838.

— COLLECTION DE MÉMOIRES POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU RÈGNE VÉGÉTAL, et plus spécialement pour servir de complément à quelques parties du PRODROMUS REGNI VEGETABILIS (1); par M. A.-P. DE CANDOLLE; 1 vol. in-4, avec 99 planches gravées en taille-douce. Prix: 88 fr. A Paris, chez Treuttel et Wurtz, rue de Lille, 17.

Les mémoires composant cette collection, et dont les deux derniers viennent de paraître sont au nombre de dix, savoir: sur les familles des mélastomacées, crassulacées, onagraires et paronychiées, ombellifères, loranthacées, valérianées, cactées, composées, et statistique des composées. Chaque mémoire se vend aussi séparément.

L'auteur n'ayant pu, dans son PRODROMUS, donner sur certains points de la science les développemens qui lui paraissent nécessaires pour fixer l'attention des botanistes, a cru devoir publier séparément une série de mémoires, dont nous annonçons aujourd'hui ceux sur la famille des composées (les neuvième et dixième mémoires), qui présentent les résultats généraux sur la classification méthodique et la distribution géographique des composées, résultats que la forme abrégée du PRODROMUS ne lui permettait pas d'y insérer.

La collection de ces mémoires renferme ainsi sur diverses familles, d'un côté, les planches et descriptions spéciales de plusieurs espèces peu ou point connues; de l'autre, les considérations générales et philosophiques relatives à ces familles, et sous ce double rapport, elle sert de complément et de développement au PRODROMUS.

Nous nous bornerons aujourd'hui à cette simple annonce et nous réservons de faire, dans un prochain cahier, plus spécialement connaître le travail de M. de Candolle sur la famille des composées, travail immense qui servira puissamment la science botanique et donnera à son auteur de nouveaux droits à la reconnaissance de tous ceux qui la cultivent.

— ESSAI SUR LA GRAVELLE ET LA PIERRE, CONSIDÉRÉES SOUS LE RAPPORT DE LEURS CAUSES, DE LEURS EFFETS ET DE LEURS DIVERS MODES DE TRAITEMENT; par P. S. SÉGALAS, membre de l'Académie royale de médecine, etc.

Deuxième édition. 1 fort vol. in-8, avec un atlas de 8 pl. in-fol. gravées et coloriées. Prix: 15 fr.

A Paris, chez J. B. Baillière, libraire de l'Académie de médecine, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

A Londres, même maison.

— ERRATUM. L'observation d'un *cas remarquable d'hypertrophie du clitoris*, qu'on lit à la page 699, n. 44 de la GAZETTE MÉDICALE, et qui est extraite des ANNALES D'OCULISTIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE, n'est point de M. Cunier, comme cela est indiqué par erreur, mais de son collaborateur et ami, M. le docteur SCHOENFELD, de Charleroi.

(1) Prodromus systematis naturalis regni vegetabilis, sive enumeratio contracta ordinum generum, specierumque plantarum, huc usque cognitarum, juxta methodi naturalis normas digesta; auctore A. Pyr. de Candolle, tome I-VII. Parisiis apud Treuttel et Wurtz, 1824-1838.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE DE FELIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 52.

(TOME VI. — 1838.) SAMEDI 29 DÉCEMBRE 1838.

Gazette Médicale DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé et Clinique des hôpitaux réunies*) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 14, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

AVIS A MM. LES SOUSCRIPTEURS.

MM. les souscripteurs dont l'abonnement expire à la fin de ce mois sont invités à le renouveler prochainement s'ils ne veulent pas éprouver d'interruption dans l'envoi du journal. Pour ne pas décompléter les collections, aucun numéro ne sera envoyé aux personnes qui n'auraient pas donné avis de leur renouvellement avant le premier janvier. On s'abonne dans les départemens chez tous les directeurs des postes et des messageries. La quittance d'abonnement sera présentée au domicile de MM. les Souscripteurs de Paris. Vu la difficulté et les frais de recouvrement des mandats de la Gazette médicale, touchés au domicile des Abonnés des départemens, ce mode de souscription ne peut avoir lieu que pour des abonnemens de six mois, de neuf mois et d'un an.

SOMMAIRE.

DIAGNOSTIC MÉDICAL.

RECHERCHES CLINIQUES SUR LE DEGRÉ DE CERTITUDE DU DIAGNOSTIC DANS LES MALADIES DE L'APPAREIL CÉRÉBRO-SPINAL; par C. Forget, professeur de clinique médicale à la Faculté de Strasbourg, etc.

« La science du diagnostic tient le premier rang entre toutes les parties de l'art. »

Louis. — *Mémoire sur les tumeurs fongueuses de la dure-mère.*

(Suite. — Voir le numéro 48.)

§ IV. Ramollissement cérébral.

Nous plaçons cette forme de lésion à la suite des inflammations proprement dites; car, en dépit des distinctions qu'on a voulu établir, avec raison sans doute, il n'en est pas moins vrai, dans notre opinion, que le ramollissement de forme inflammatoire est de beaucoup le plus commun.

Dans cet article, nous comprendrons certaines lésions de l'encéphale dont, anatomiquement parlant, on peut bien faire des classes particulières; mais qui, sous le point de vue pratique, doivent être souvent confondues avec le ramollissement. C'est ainsi que les productions morbides intra-crâniennes (tumeurs fibreuses, cancers, tubercules, hydatides,

Feuilleton.

LETTRE MÉDICALE.

Cher confrère, avant de vous faire part de notre petite provision de nouvelles, nous nous permettons de vous charger d'une commission. Quelques-uns de nos confrères de Paris et des départemens nous ont écrit au sujet d'un monument à élever à M. Broussais, et nous engagent à provoquer une souscription pour cet objet; veuillez leur répondre, si toutefois ils ne le savent déjà, que leur vœu est rempli, et qu'une commission spéciale s'occupe de ce soin; l'avis publié dans tous les journaux par cette commission leur fournira tous les renseignemens qu'ils peuvent désirer sur ce point. Quant à nous, il ne nous appartenait nullement de prendre l'initiative d'une telle mesure que nous approuvons du reste de grand cœur.

Pendant qu'on s'occupe avec un zèle si louable à honorer la mémoire de Broussais, on n'a garde d'oublier cependant qu'il a laissé bon nombre de places vacantes. Toutes ces places valent la peine d'être recherchées et disputées, car c'étaient des places de choix. La plus importante sous tous les rapports est celle de professeur à la Faculté. Suivant la loi (si toutefois il y a loi), elle devrait être donnée au concours; cependant il ne faudrait pas trop y compter. L'expérience de ces dernières vingt années nous a fait voir tant de choses imprévues en cette matière, que les esprits circonspects ne doivent pas se hâter de dire ce qui se fera et ce qui ne se fera pas. Et en effet ne voilà-t-il pas qu'on parle déjà de permutation! La permutation est un expédient de vieille date et dont les propriétés sont merveilleuses. Tous les régimes s'en sont servis, tant il est commode pour faire et défaire *ad libitum* sans rien déranger en apparence dans l'économie universitaire. On a eu beau crier que la faculté de permuter était un abus, une usurpation, et même, en droit strict, une illégalité, rien n'a pu déraciner cette mauvaise habitude. Il faut dire aussi que quelquefois cet abus a eu de bons résultats et que, entre des mains habiles et bien intentionnées, il pourrait faciliter d'heureux remaniemens; mais souvent aussi dans les conditions opposées qui ne sont pas du tout rares, il a produit de pernicieux effets. Ce n'est pas d'ailleurs des conséquences qu'il s'agit ici, mais du principe; non des personnes, mais des choses. Jusqu'ici du reste il n'y a rien de décidé à cet égard, et nous n'en parlons que comme d'un bruit. Mais, nous le répétons, il ne faudrait pas s'étonner du tout que ce bruit se réalisât. Ceux qui se préparent depuis si longtemps à disputer cette succession ne seraient-ils pas bien désappointés si, par exemple, au lieu d'une chaire de pathologie générale, les ricochets de la permutation leur présentaient une chaire de chimie ou de matière médicale? La permutation a fait quelquefois de ces coups là. Quoi qu'il en soit, nous sommes fondés à croire que l'incertitude qui règne encore sera levée sous peu de jours.

Quant à la place de M. Broussais au conseil supérieur de santé, on a dit qu'on se proposait de couper court à toutes les prétentions en la supprimant. Mais nous avons beaucoup de peine à admettre cette solution. Nous ne sommes pas dans un temps où on supprime les places. Nous attendrons pour y croire

exostoses, etc.) produisent fréquemment des accidens, lesquels dépendent plus immédiatement de l'inflammation, du ramollissement qu'elles provoquent autour d'elles. Il est même assez rare que ces productions occasionnent la mort par les seuls effets de la compression, et lorsque ceux-ci préexistent, c'est presque toujours l'inflammation qui termine la scène. On peut en juger en lisant le mémoire de Louis sur les tumeurs fongueuses de la dure-mère (MÉM. DE L'ACAD. DE CHIRURG.). C'est donc le ramollissement, ou plutôt l'inflammation qui, dans ces cas complexes, réclame principalement l'attention du praticien, impuissant le plus souvent à conjurer la cause provocatrice.

A cet égard, nous pourrions diviser le ramollissement en primitif; c'est-à-dire survenant sans cause matérielle appréciable, et en consécutif ou résultant de la présence d'un corps étranger irritant. Un cas de chacune de ces espèces s'est offert à notre observation; plus un troisième, où nous n'avons pu établir que des probabilités.

RAMOLLISSEMENT DU CERVEAU; MORT.

OBS. IX.—Fr. Lamadou, âgé de 63 ans, de forte constitution, ancien militaire, entre à la clinique le 16 août 1836. Il rapporte qu'il est sujet aux affections rhumatismales. Il y a cinquante jours environ, il fut pris de douleurs vagues, avec tiraillemens passagers dans les membres; céphalalgie frontale; point de fièvre, appétit conservé. Diverses tisanes, des frictions d'alcool camphré furent employées sans effet avantageux. Il y a deux jours, vers midi, sans exacerbation préalable ni cause déterminante connue, il s'aperçut que tout à coup le bras et la jambe gauches refusaient d'obéir à la volonté. Bientôt, hémiplégie complète, sans altération des facultés intellectuelles.

Le 17, face colorée, tendance au sommeil, point de céphalalgie, les idées sont nettes, les réponses justes. L'angle des lèvres est un peu tiré à droite; cependant les mouvemens de la face sont réguliers, la vision et l'ouïe sont intactes. Paralysie complète du mouvement dans le côté gauche du corps; la sensibilité de ce côté est légèrement obtuse. Le malade ne peut s'asseoir ni même lever la tête; les mains sont agitées de temps en temps de mouvemens convulsifs; les membres gauches offrent un peu de raideur dans les articulations; la langue se dévie légèrement à gauche; elle est blanchâtre; la bouche est amère; la soif est prononcée. L'abdomen est souple, un peu douloureux à la pression; coliques assez vives pour causer de l'insomnie et arracher des plaintes. Constipation de trois jours; les lavemens ne sont pas rendus; émission des urines difficile, accompagnée d'ardeur au passage. Pouls large, lent, régulier, respiration normale.

Nous diagnostiquons : ramollissement dans l'hémisphère droit du cerveau; saignée de 15 onces; chiendent; lav. laxat. La constipation persistant : calomel et résine de jalap, de chaque, 6 grains.

Le 18, somnolence sans délire; bouche tirée à droite; l'œil de ce côté se ferme plus vivement que l'autre. Les boissons refluent par l'angle gauche de la bouche; vésicat. à la nuque; frict. ammoniac. sur les membres paralysés; chiend. nitré.

Le 19, il est plus éveillé; il nous apprend qu'il fut longtemps affecté d'hémorrhoïdes qui n'ont pas paru depuis six mois. Quelques tiraillemens du côté paralysé, dont les articulations sont toujours un peu raides. Constip. opiniâtre; urines libres. Dix sangsues à l'anus; chiend. nitré; frict.

Le 21, nous tentons l'extrait alcoolique de noix vomique; un quart de grain.

Le 23, il a pris un demi-grain de noix vomique; le soir, face injectée; céphalalgie; léger délire. Quinze sangsues à l'anus. On suspend la noix vomique le lendemain; délayans laxatifs.

Le 25, somnolence; il répond à peine; la sensibilité paraît éteinte à gauche comme la motilité. Compresses froides sur la tête; vésicatoire à la cuisse.

Le 26, coma profond; respirat. stertoreuse; extrémités froides; vésicat. aux jambes. Mort le soir.

NÉCROPSIE, 36 heures après la mort.

CAVITÉ ENCÉPHALIQUE. Adhérences des méninges au bord tranchant des hémisphères. L'arachnoïde et la pie-mère paraissent injectées et épaissies dans quelques points de la convexité. Pulpe cérébrale sensiblement pointillée de rouge. En incisant horizontalement et par couches, de haut en bas, on rencontre dans l'hémisphère droit, en dehors du ventricule latéral, un noyau pulpeux, assez nettement circonscrit, dont la couleur, mêlée de rouge et de jaune, tranche sur le reste de la substance cérébrale. Ce ramollissement intéresse un peu le bord externe du corps strié, de la couche optique et la substance blanche circonvoisine. Il offre à peu près un pouce de diamètre en tous sens. Peu de sérosité dans les ventricules.

CAVITÉ THORACIQUE. Poumons et cœur à l'état normal.

CAVITÉ ABDOMINALE. Injection vasculaire disséminée dans l'estomac; matières durcies dans les lacunes du gros intestin. Rien de particulier dans les autres viscères.

Voici un ramollissement modèle, sous les rapports symptomatique et anatomique. Aussi le diagnostic ne fut-il pas douteux. On aura remarqué l'invasion subite (au rapport du malade) de l'hémiplégie; mais on n'aura pas perdu de vue les prodrômes. C'est probablement pour avoir négligé cette dernière circonstance qu'on a donné certains cas de ramollissement comme produisant la paralysie d'une manière aussi subite que l'apoplexie; nous ne nions cependant pas absolument le fait; mais ces cas doivent être rares. On ne conçoit guère d'ailleurs la formation subite d'un ramollissement.

Nous avons traité celui-ci sans espoir; car alors, avec la plupart de nos maîtres, nous pensions que le ramollissement est incurable. La noix vomique a été donnée pour faire quelque chose, mais à contre-cœur; cette substance étant contre-indiquée dans l'état aigu des affections cérébrales; peut-être même, dans le cas présent, a-t-elle hâté la terminaison funeste.

Dans l'observation suivante, bien que la marche de la maladie ait été plus obscure et la catastrophe plus rapide, le diagnostic réel ne nous a point échappé.

TUMEURS FIBREUSES DE LA DURE-MÈRE; RAMOLLISSEMENT PÉRIPHÉRÉNIQUE; MALADIE DU CŒUR; MORT.

OBS. X.—Krauss, âgé de 59 ans, gantier, entre à la clinique le 5 décembre 1837. Il dit avoir joui jusqu'à l'an dernier d'une assez bonne santé, si ce n'est qu'en 1814 il eut une fièvre dite nerveuse. Il y a onze mois qu'il éprouva des palpitations, de la dyspnée augmentant par le moindre exercice; puis de la céphalalgie, des vertiges, des pesanteurs de tête; puis ses jambes se sont infiltrées. Depuis plusieurs mois, il retient difficilement ses urines, et depuis trois il éprouve une grande faiblesse dans les membres inférieurs.

ÉTAT ACTUEL. Intelligence nette, quoique bornée; physionomie un peu stupide; sens intacts; parole libre. Le malade meut facilement tous ses membres; mais il ne peut se tenir debout ni faire quelques pas sans être soutenu. Les jambes sont légèrement infiltrées. Soufflure assez sensible à la région précordiale, matité de quatre à cinq pouces. Les bruits du cœur s'entendent sans impulsion dans tout le côté gauche. Le premier bruit est remplacé par un souffle prolongé; le second est net. Les battemens du cœur sont lents, irréguliers, une pulsation manque de temps en temps; le pouls est petit et d'un rhythme semblable à celui du cœur, un peu de dyspnée. Bruit respiratoire anormal. Langue blanchâtre; appétit et soif médiocres; selles naturelles; incontinence incomplète des urines, qui sont limpides et ne précipitent pas par l'acide nitrique, lequel donne lieu à un peu d'effervescence. La vessie ne fait pas saillie à l'hypogastre. Chiend.; frict. de teinture de cantharides à la partie int. des cuisses.

Cet état demeure stationnaire jusqu'au 26 du même mois; dans cet intervalle de vingt jours, le cœur fixe principalement notre attention. Mais ce jour-là, le malade est pris de convulsions épileptiformes : distorsion des traits, contorsion

---

d'en voir l'annonce officielle dans le *Moniteur*. Tous les hommes qui pensent partageront sans doute notre incrédulité.

Une place sinon plus importante, du moins plus brillante, est le fauteuil à l'Académie des sciences morales et politiques. Les médecins accourent, dit-on, en foule, s'imaginant, avec quelque apparence de raison, qu'il faut un médecin pour remplacer un médecin. Nous prévenons cependant nos très chers confrères qu'ils ne doivent pas trop se fier à cette circonstance qui n'est après tout qu'un prétexte plus ou moins plausible, mais nullement un titre et encore moins un droit. C'est un philosophe que l'Académie demande, et il lui importe peu que ce philosophe soit en outre médecin. Nous doutons même que la médecine soit une très bonne recommandation auprès de la section où a lieu la vacance. M. Broussais a dit et lu à l'Académie des choses si étranges qu'on est probablement disposé à chercher des philosophes autre part que chez nous. L'Académie se tromperait sans doute en nous appliquant si désagréablement le principe *ab uno disce omnes*; mais enfin elle serait pardonnable, car elle peut raisonnablement croire que Broussais était le meilleur métaphysicien de la Faculté. C'était du moins et incontestablement le plus célèbre. Nous souhaiterions donc qu'on ne se fît pas d'illusion à cet égard. Nous appuyons de toute notre force ces candidatures médicales, même celles qui sont ridicules, parce qu'en qualité de médecins nous aimons à voir la médecine partout, et nous nous intéresserions vivement en outre au succès de tel ou tel de ces candidats; mais nous avons de fortes raisons de croire et de dire que, pour cette fois au moins, il y faudra renoncer. Au reste, l'événement ne pourrait non plus ici se faire beaucoup attendre, et nous serions charmés qu'il démentît nos prévisions.

Je profite de la liberté de notre correspondance pour passer immédiatement et sans transition de l'Académie des sciences morales et politiques à l'Académie royale de médecine. On ne saurait, comme vous voyez, faire un saut plus brusque.

Or, donc, à l'Académie de médecine, c'est toujours de la grande affaire des revaccinations qu'il s'agit principalement. Vous savez comment l'Académie, consultée par le ministre sur l'opportunité des revaccinations, répondit négativement; vous savez encore comment le ministre, mécontent de cette réponse, invita l'Académie à lui en donner une autre plus de son goût, et comment l'Académie nomma bénévolement des commissaires pour rédiger la réponse demandée. En attendant que cette réponse arrive, le ministre, qui paraît fort pressé, écrit de nouveau pour demander s'il ne serait pas à propos qu'il nommât une commission spéciale, dont ferait partie M. Fiard, pour expérimenter en grand et rassembler toutes les lumières possibles sur cet important problème. Cette missive intercurrente a quelque peu troublé l'Académie, qui n'était déjà pas mal embarrassée. Elle s'est pourtant tirée de cette nouvelle difficulté par un moyen fort simple. L'insuccès de sa première réponse lui ayant appris, d'une part, que le ministre n'aimait pas qu'on lui dît non, et n'ayant, d'autre part, nulle envie d'abdiquer ses attributions et ses priviléges en faveur d'un pouvoir étranger, elle a voulu cette fois ne répondre ni oui, ni non. Elle a dit au ministre : « Je suis instituée pour m'occuper *inter alia* de la vaccine et de tout ce qui en dépend, et je m'en occupe comme c'est mon droit et mon devoir. Mais s'il vous plaît d'en charger quelque autre, il ne m'appartient ni d'approuver ni de blâmer votre excellence. Cela ne me regarde pas. » Tel est à peu près le sens de la lettre académique, qui a paru à quelques-uns un chef-d'œuvre de

des membres, écume à la bouche, perte de connaissance, etc. Le calme se rétablit après quelques instans.

Le 27, dyspnée, matité en arrière et à gauche du thorax, où l'on perçoit du râle sous-crépitant. Pendant que nous auscultons, le malade est pris de ses convulsions épileptiformes; l'accès dure peu; mais il reporte notre attention vers l'encéphale, et, remémorant les symptômes sus-mentionnés, nous soupçonnons une lésion organique, une tumeur probablement, comprimant et irritant le cerveau, occasionnant ainsi la semi-paralysie et les convulsions. Larges sinapismes aux cuisses; 15 ventouses scarif. dans le dos; looch, tilleul gommé.

Dans la soirée, les convulsions reparaissent plus intenses.

Le 28, stupeur prononcée; paralysie complète du bras gauche qui retombe inerte; le pincement y réveille un peu de sensibilité. La jambe du même côté est contracturée. L'intelligence n'est pas complètement abolie. Le malade fait de vains efforts pour tirer la langue. Dyspnée; pouls petit, très irrégulier. Nous annonçons : ramollissement dans l'hémisphère droit, compliquant une lésion organique ancienne. Vésicatoires.

Deux heures après la visite, la sensibilité paraît complètement éteinte, flexion du bras et de la jambe gauche, coma, respiration stercoreuse. Mort dans l'après-midi.

Nécropsie, 36 heures après la mort.

Cavité encéphalique. Les sinus de la dure-mère paraissent engorgés. A la surface externe de cette membrane, et de chaque côté du sinus longitudinal supérieur, on remarque plusieurs végétations dont les deux plus grosses ont le volume d'une petite fève. Les points correspondans de la calotte du crâne présentent à la face interne des enfoncemens moulés sur ces tumeurs. Le fond de ces dépressions est constitué par la lame osseuse externe, translucide. La dure-mère incisée, on aperçoit vers sa partie postérieure à droite une tumeur considérable qui pénètre dans la substance du cerveau. Cette tumeur prend racine à la face interne de la dure-mère, et ne fait pas sensiblement saillie du côté du crâne; elle correspond à la partie postérieure et supérieure de l'hémisphère droit du cerveau dans lequel elle s'enfonce; elle offre une configuration ovalaire ou réniforme; elle égale le volume d'un petit œuf de poule : son grand diamètre antéro-postérieur offre deux pouces de longueur; son épaisseur verticale est de 18 à 20 lignes. Elle est d'une texture fibreuse, criant sous le scalpel, de couleur grisâtre; sa coupe est rayonnée. Les parois de la cavité cérébrale qui reçoit cette tumeur sont ramollies dans une épaisseur de quelques lignes où la substance nerveuse est réduite en une pulpe jaune-rougeâtre. Du reste, la masse cérébrale est de consistance normale; la substance blanche paraît hypertrophiée aux dépens de la substance grise dont l'épaisseur est réduite à une ou deux lignes.

Cavité thoracique. Les poumons offrent un peu d'engouement hypostatique. Le péricarde contient quelques onces de sérosité légèrement trouble. Le cœur offre un volume à peu près normal. Les deux orifices auriculo-ventriculaires sont sensiblement dilatés; les valvules paraissent diminuées d'étendue, ce qui devait les rendre insuffisantes. La naissance de l'aorte est circonscrite par une sorte de bourrelet fibreux de deux à trois lignes d'épaisseur qui n'en rétrécit pas le calibre. Les valvules aortiques sont intactes. Près de l'origine du vaisseau existent quelques plaques cartilagineuses.

Cavité abdominale. Rien de remarquable.

Cette observation nous offre deux séries de phénomènes, bien en rapport avec les altérations rencontrées sur le cadavre.

1° Du côté de l'encéphale : dans une époque éloignée, fièvre dite nerveuse (méningite peut-être), qui pourrait bien n'être pas étrangère au développement de la tumeur qui n'a produit d'accidens que longtemps plus tard. Puis successivement, céphalalgie, impotence des membres, incontinence d'urine, convulsions épileptiformes intermittentes; puis vers la fin, hémiplégie mêlée de contracture, insensibilité, coma, telle est la succession de symptômes qui révélaient suffisamment une altération chronique, une compression, puis un ramollissement ultime. Si l'on rapproche ce fait de l'obs. VI, on trouvera entre les deux certaines analogies qui précisément nous font craindre de n'avoir pas tout vu dans ce dernier cas où le diagnostic fut dérouté par l'autopsie.

2° Du côté du cœur : Palpitations, dyspnée, œdème des membres inférieurs, matité précordiale, souffle au premier temps, faiblesse, irrégularité du pouls, voilà des phénomènes en rapport avec les désordres observés sur le cadavre, notamment avec l'insuffisance des valvules auriculo-ventriculaires.

Revenant aux lésions encéphaliques, le diagnostic fut donc dans ce cas aussi précis qu'il pouvait l'être. Quant à la nature de la tumeur, il était à peu près impossible de la préciser *a priori*. Le fameux mémoire de Louis n'établit les signes caractéristiques des fongus de la dure-mère, que du moment où ils ont considérablement aminci ou perforé le crâne. Plus tard, les petites tumeurs dont nous avons parlé se fussent fait jour au dehors; mais la tumeur principale plongeait à l'intérieur et n'eût pu qu'être soupçonnée par induction. Ce n'est guère que par induction, en effet, qu'on peut arriver à diagnostiquer certains genres de tumeurs intra-crâniennes; ainsi, un individu présente des signes extérieurs de syphilis ou de cancer; des phénomènes de compression et de ramollissement se déclarent; on suppose rationnellement qu'il existe dans le crâne une exostose ou une tumeur cancéreuse. C'est par un travail d'esprit analogue que nous sommes parvenu à établir le diagnostic probable dans le cas suivant.

TUBERCULES CÉRÉBRAUX; RAMOLLISSEMENT ULTIME.

Obs. XI. — Kalbsfuss, âgé de 13 ans, de constitution lymphatique, doué d'une belle organisation cérébrale et d'une physionomie intelligente, entre à la clinique le 19 janvier 1837. Nous obtenons de sa mère les renseignemens suivans :

Cet enfant est né de parens sains et jouissant d'une assez bonne santé; il eut un frère qui mourut à l'âge de 4 ans, d'une fièvre dite cérébrale. Il se plaint depuis longtemps d'une céphalalgie frontale qui, d'abord peu intense et intermittente, est devenue plus violente et continue vers le milieu de l'été 1836, époque où tout à coup il perdit la parole; la douleur lui arrachait des plaintes continuelles. Cependant la parole revint au bout de quinze jours, et la céphalalgie redevint intermittente et supportable; il eut de temps en temps quelques vomissemens; il traînait un peu la jambe gauche. Le 26 décembre 1836, comme il descendait de son lit, sa mère s'aperçut que ses jambes ne le soutenaient plus, et qu'il avait de nouveau perdu la parole. Bientôt il perdit l'usage du bras gauche, les urines et les selles devinrent involontaires; du reste, ni convulsions, ni délire, l'intelligence restait intacte. Ces jours derniers, la tête s'est prise, et on l'apporta à l'hôpital dans l'état que voici :

Mouvement continuel de rotation de la tête sur le chevet, sourcils froncés, regard fixe, faciès exprimant la douleur révélée d'ailleurs par des cris plaintifs et continuels (cris hydrencéphaliques); la jambe et le bras gauches sont incomplètement paralysés; il les meut légèrement et manifeste de la douleur quand on les pince. La matité est complète; il ne fait aucun effort pour parler. Il paraît comprendre les questions, quoiqu'il y réponde tardivement par des signes : c'est ainsi qu'il indique ne pas souffrir de la tête; cependant il y porte constamment sa main droite qu'il promène sur divers points du crâne. Les traits sont réguliers, les pupilles sont normales; il sort directement la langue qui est pâle et humide. Il accuse un peu d'appétit, peu de soif. Le ventre est indolore; constipation; incontinence d'urines. La déglutition est difficile; il s'engoue quand il veut manger. Pouls à peu près naturel; chaleur normale.

Certes, le diagnostic est embarrassant; car si, d'une part, il existe des symptômes d'hydrocéphale aiguë, d'autre part, l'ancienneté et la marche de la maladie, l'absence de délire, de coma, de fièvre, éloignent l'idée de cette affection. C'est probablement une lésion organique ancienne et qui fait des progrès, mais laquelle ? nous avons besoin d'y réfléchir. (Emoll., lavem. laxat., sinap. aux jambes.)

politique. Quant à nous, sans prétendre être plus sages, nous pensons un peu différemment. Ne croyez-vous pas aussi, mon cher confrère, que l'Académie eût mieux fait de s'expliquer catégoriquement. A quoi bon tant de diplomatie? N'est-il pas clair qu'au fond l'Académie ne veut pas de la commission, et que c'est là ce qu'elle souhaite faire entendre au ministre? Mais alors, pourquoi ne le dit-elle pas ouvertement? C'est ce qu'il nous est impossible d'expliquer. Ce qu'il y a de certain, c'est que cette manière de procéder n'est guère propre à lui conserver l'autorité et l'influence dont elle est investie par la loi, en matière de santé publique. Il y a tout à parier que le ministre va la prendre au mot, et user, selon son bon plaisir, de la liberté qu'on lui laisse. Il nommera sa commission, qui expérimentera, écrira, fera des rapports, et décidera tranquillement la plus grande question de médecine publique du siècle, tandis que l'Académie royale de médecine et son comité de vaccine resteront là les bras croisés. Mais, dira-t-on, si on eût répondu négativement au ministre, il n'en aurait pas moins passé outre, puisqu'il paraît ne vouloir suivre l'avis de l'Académie qu'autant que l'Académie suit le sien. Soit. Mais l'Académie aurait du moins agi avec dignité, convenance et raison, en donnant à l'autorité une réponse claire, nette et motivée. L'autorité en aurait fait après ce qu'elle aurait voulu. Mais il y avait quelque chose de mieux à faire encore. Pourquoi refuser la proposition de M. Fiard? Pourquoi ne pas s'associer franchement à ce projet, et le faire en quelque sorte sien, en offrant au gouvernement une coopération active? C'eût été là, ce nous semble, une décision plus politique et surtout plus libérale et plus utile. Au lieu de cela, l'Académie s'offusque de cette nouveauté, qui lui paraît un empiètement, et au lieu de s'en emparer, elle se met à bouder à l'autorité. Quand tout s'agite autour d'elle pour cette grande question, quand le gouvernement et les autres corps savans, réveillés par la voix publique et par l'exemple des nations étrangères les plus éclairées, pensent qu'il est urgent de résoudre quelque chose, l'Académie de médecine seule resterait plongée dans une inexplicable indifférence! Consultée une première fois, elle dira qu'il n'y a rien à faire, et qu'on verra plus tard! Interrogée une seconde fois, elle répondra qu'elle laisse le gouvernement libre de faire ce qu'il voudra; mais qu'au fond il vaudrait mieux qu'il s'en reposât sur elle, quoiqu'elle ait déclaré déjà qu'il n'y a rien qui presse! Au lieu de s'occuper sérieusement de l'affaire, elle épiloguera sur les formes et sur les mots; elle trouvera mauvais que l'Académie des sciences se soit permis d'avoir sur la question un avis quelconque; elle signalera des fautes de français dans les communications officielles, et s'amusera à soutenir avec le ministre une petite guerre diplomatique! Ou nous nous trompons fort, ou cette manière d'agir n'a ni la logique, ni la gravité, ni l'intelligence qu'on devrait attendre d'une compagnie où se trouve, en définitive, l'élite de notre corps.

Vous savez, mon cher confrère, que c'est à regret que nous faisons ces remarques; car personne ne s'intéresse autant que nous à l'Académie de médecine, et personne ne lui rend plus volontiers justice lorsqu'elle accomplit avec fermeté et connaissance de cause la haute mission qui lui est confiée.

Nous ne laisserons pas l'Académie sans vous dire combien vous avez perdu de n'avoir pas assisté à l'avant-dernière séance, dans laquelle on a eu le plaisir d'entendre un rapport de M. Rochoux. Vous savez que M. Rochoux aime à faire rire ses collègues, et qu'il y réussit quelquefois. Il passe même pour avoir de l'esprit, et on ne peut disconvenir que cela lui arrive de temps en temps. Mais le plus souvent il en a trop. Il s'agissait l'autre jour de phrénologie. Il

Le 20, cris plaintifs continuels, mouvemens convulsifs dans les membres, geste automatique et perpétuel de la main droite vers la tête qui est spasmodiquement renversée en arrière. Les jambes sont fléchies et contracturées; dès qu'on veut les étendre, le malade pousse des cris. (10 sangsues aux oreilles, chiend. émétisé, lav. laxat.)

Les jours suivans, les symptômes précédens persistent avec des alternatives de mieux et de pire. La contracture alterne avec la paralysie. Les cris sont fréquens et presque continuels pendant la nuit. Le malade laisse parfois échapper des paroles plus ou moins obscures. La déglutition s'embarrasse davantage; l'ouïe devient dure; les excrétions sont involontaires; la maigreur augmente. On répète souvent les saignées locales, les dérivatifs (vesicatoires, laxatifs); on essaie les calmans (opium, laurier-cerise, etc.); le tout sans amendement appréciable. Les cris continuels de ce petit malade troublent le repos des autres. Après vingt jours de soins inutiles, nous sommes obligés de le placer dans une salle isolée. Enfin sa mère, un jour, l'enlève de l'hôpital, et à notre grand regret, nous le perdons de vue. Il a probablement succombé, et l'autopsie eût pu seule confirmer ou détruire nos présomptions.

Quoi qu'il en soit, après quelques jours d'observation, nous sommes resté convaincu, vu les symptômes de compression et d'irritation cérébrales, que cet enfant portait une ou plusieurs tumeurs de l'encéphale. De plus, considérant 1° que les tumeurs fibreuses, cancéreuses, syphilitiques, hydatidaires sont très rares, d'une manière absolue et surtout à cet âge; 2° que cet enfant est de constitution lymphatique; 3° qu'il a perdu un frère d'accidens cérébraux également chroniques, mais dont nous ne possédons pas les détails, et que, d'après des recherches modernes, la fièvre cérébrale est souvent compliquée de tubercules; 4° que l'affection tuberculeuse, même encéphalique, est assez commune à cet âge; 5° que les phénomènes existans ressemblent assez bien à ceux observés dans certains cas de tubercules cérébraux, nous concluons que très probablement les tumeurs encéphaliques sont des tubercules qui se sont développés lentement, ont occasioné de temps en temps des accidens d'irritation et de compression cérébrales, et qu'actuellement ils ont fait naître autour d'eux un ramollissement dont les symptômes viennent se joindre à ceux de la compression croissante qui déjà s'étaient manifestés par la paralysie incomplète. Nous donnons ce diagnostic motivé pour ce qu'il est, c'est-à-dire pour vraisemblable, et voilà tout.

§ V. — Apoplexie sanguine.

Cette maladie, si bien connue et depuis si longtemps, n'a pas elle-même échappé aux controverses modernes; et l'on a vu des auteurs, ressuscitant d'anciennes théories, injustement oubliées, j'en conviens, jeter en travers du diagnostic de l'épanchement sanguin, soit l'apoplexie séreuse, soit l'apoplexie nerveuse, et s'attaquant aux découvertes nouvelles, opposer aux symptômes de l'hémorragie ceux de quelques ramollissemens à subite explosion. Ce n'est pas nous qui déverserons le blâme sur les travaux dont le but est d'apporter le plus de rigueur possible dans la détermination des faits pathologiques; mais il n'en est pas moins vrai que dans la grande majorité des cas, pour qui sait les voir, les phénomènes de l'apoplexie sanguine s'expriment assez clairement. Une fois déjà nous avons, il est vrai, pris pour une apoplexie une simple méningite (obs. v); mais nous n'avions pu suivre la marche de la maladie, et les lésions rencontrées ont d'ailleurs confirmé la grande loi de la compression.

Dans quatre cas d'apoplexie qui se sont présentés à la clinique, nous sommes arrivés à préciser le diagnostic véritable, et si quelques circonstances ont pu jeter un peu d'obscurité sur les symptômes essentiels, nous avons pu, par l'analyse, les réduire à leur juste valeur.

Il est assez remarquable que trois de ces cas se soient offerts presque en même temps et peu de jours après le cas de ramollissement qui fait le sujet de l'obs. 9, ces faits constituant ainsi une petite épidémie.

La première de ces observations est un type en quelque sorte de l'apoplexie ordinaire; c'est pourquoi nous la rapportons, mais en l'abrégeant.

Apoplexie sanguine cérébrale; mort.

Obs. XII. — La femme Schœffer, âgée de 60 ans, de forte constitution, est ramassée dans la rue et apportée à la clinique le 24 août 1836. Etat soporeux, face colorée, bouche entr'ouverte, respiration singultueuse, stertoreuse, pupilles dilatées; résolution et insensibilité complètes des membres du côté droit, les membres gauches ne retombent pas inertes comme les autres et se meuvent de temps en temps; incontinence des matières fécales et des urines; pouls large, assez lent, régulier; chaleur naturelle. On lui pratique une saignée.

Le 25, nous parvenons à lui tirer quelques mots sans suite. Malgré l'hémiplégie, les traits de la face ne sont pas sensiblement déviés. (Eau émétisée, lav. purg., vésicat. à la nuque.)

Le 26, même état comateux et paralytique; elle balbutie quelques mots. (Saignée de six onces, catapl., sinap. aux jambes.

Les jours suivans, malgré quelques indices de retour de l'intelligence, la malade s'affaise, en dépit des dérivatifs, et meurt le 30 au soir.

Nécroscopie 36 heures après la mort.

Cavité encéphalique. Méninges injectées, cerveau sablé; caillot sanguin, d'une once environ, siégeant dans le ventricule latéral gauche et tirant sa source du corps strié du même côté, lequel est déchiré à son centre, dans une profondeur de cinq à six lignes.

Le reste de l'autopsie est sans intérêt actuel.

Cette observation n'a pas besoin de longs commentaires : perte subite du sentiment et du mouvement, hémiplégie persistant à l'état de simplicité jusqu'à la mort, tels sont les caractères fondamentaux qui ne pouvaient guère laisser de doute sur le diagnostic.

Les cas suivans sont tous remarquables par quelque circonstance intéressante.

Vaste apoplexie sanguine cérébrale; hémiplégie incomplète; mort.

Obs. VIII. — Boschm, saxon, âgé de 61 ans, de forte constitution, gantier, est apporté à la clinique le 9 septembre 1836. On nous rapporte qu'il y a un an il fut frappé d'apoplexie, suivie de paralysie incomplète du bras droit. Il est sujet aux étourdissemens; il y a deux jours qu'en s'habillant pour aller voir son médecin, il est tombé subitement, la tête frappant contre un meuble. Depuis lors, perte complète de connaissance et paralysie.

A son entrée, nous le trouvons dans un état semi-comateux; il comprend les questions, mais les réponses sont lentes et mal articulées. Le côté droit est incomplètement paralysé. Le malade sent quand on le pince, et retire un peu ses membres. Le côté gauche se meut à volonté, mais il y a de la raideur dans les articulations. Urines involontaires; respiration à peu près naturelle; pouls large, régulier, à 80.

Le commémoratif d'une attaque antécédente et l'invasion subite de celle-ci nous font porter le diagnostic. Apoplexie sanguine, malgré quelques signes de ramollissement. (Saignée de quinze onces, seize sangsues derrière les oreilles, sinapismes.)

Le 10, même état; le malade fume la pipe du côté droit; dysphagie, respiration haute, non stertoreuse. 29 sangsues aux oreilles; compresses froides sur le front, lavement purgatif, eau aiguisée de 2 grains d'émétique.

était permis sans doute d'être plaisant sur un pareil sujet; on ne peut donc pas dire : *Non erat hic locus.* M. Rochoux est, comme vous ne l'ignorez pas, anti-phrénologue. Il trouve prodigieusement ridicules les vingt-sept bosses de Gall; mais, en revanche, il trouve admirables les atômes crochus d'Epicure. En fait d'absurdités, il ne faut pas disputer des goûts. Son rapport n'est pas, vous le sentez bien, susceptible d'analyse. On n'analyse pas des lazzis, on les raconte quand ils sont amusans. M. Rochoux en a eu un de ceux-ci, parmi beaucoup d'autres assez ennuyeux. Il a prétendu que Cicéron, qui avait l'impertinence de préférer la morale de Socrate à celle d'Epicure, n'était qu'un assez pauvre *faiseur de calembourgs.* Cette sentence ne nous a point surpris. M. Rochoux est un esprit indépendant, qui, en fait de réputation, ne jure pas *in verba magistri.* Il nous avait dit déjà autrefois que Descartes était un esprit *peu philosophique*, et Voltaire un *esprit mesquin.* Vous voyez que ce n'est pas son coup d'essai en ce genre. On peut rapprocher de ce jugement celui d'un autre honorable membre de l'Académie, M. Gerdy, qui disait, il n'y a pas longtemps, que Cabanis était un *ignorant, sans idées et sans génie aucun.* M. Rochoux et M. Gerdy sont deux critiques transcendans.

Mais c'est assez niaiser, comme dit Pascal, voici qui est plus sérieux. Il paraît probable qu'il y aura une faculté de médecine à Lyon. Le projet de loi à présenter aux chambres n'en contenait rien; mais il est probable que cette importante modification y sera introduite. Cette mesure est une sorte de satisfaction donnée à l'opinion assez nombreuse qui demandait la création de nouvelles facultés. Le gouvernement serait assez disposé à favoriser cette opinion, qui n'était pas celle de la commission.

Voilà, mon cher confrère, ce que nous avons à vous mander aujourd'hui. A la prochaine fois, vous serez peut-être plus heureux. N'oubliez pas, toutefois, que nous ne faisons pas des nouvelles, comme on le reproche aux journalistes, et que nous ne sommes que des échos.

— L'Académie des sciences, dans son dernier comité secret, a, sur le rapport de la commission d'Algérie, arrêté que la liste suivante des candidats pour la composition de la commission scientifique et exploratrice serait adressée au ministre de la guerre. Voici les choix :

Physique du globe : MM. Guillon, Boblaye, de Neveu, capitaines d'état-major, et Destogoi. — Géologie : M. Daubraé, de l'école des mines. — Botanique : MM. Durieu, lieutenant d'infanterie, et Steinel, aide-major au Val-de-Grâce. — Agriculture : M. Rové, ancien directeur des jardins du pacha d'Egypte. — Zoologie : MM. Deshayes, l'un des premiers naturalistes d'Europe; Brullé, du Jardin des Plantes; Lucas, idem; Levaillant, capitaine d'infanterie, fils du célèbre voyageur de ce nom. — Dessinateurs : MM. Prevot, Vaillant et Mouelet. — Médecins : MM. Guyon, major à l'hôpital du lieu; Français et Lachaise.

— Le concours pour la chaire de matières médicale et thérapeutique, vacante à la Faculté de médecine de Paris, s'ouvrira le 8 avril 1839.

Dans la journée, la respiration devient un peu stertoreuse; sueurs abondaetes.

Le 11, le malade remue un peu ses membres des deux côtés; mieux ceux du côté gauche, qui offrent toujours un peu de contracture. Il articule quelques mots et avale assez facilement. Il respire par le nez (24 inspirations) sans stertor; pouls irrégulier, à 92. Saignée de 9 onces; eau émétis., catapl. sinap.

Les deux jours suivans, l'affaissement augmente, le stertor reparait; pupille droite plus dilatée. Vésicat. à la nuque, sinap., infus. d'arnica.

Le 14, il paraît un peu mieux; mais, le 15, l'affaissement reparaît.

Le 16, coma, râle trachéal; il fume de nouveau la pipe; extrémités froides, pouls petit, irrégulier. Potion stimulante, sinapismes. Mort à 2 heures.

Nécroscopie, 20 heures après la mort.

Cavité encéphalique. — Le dure-mère excisée, il s'écoule une noteble quantité de sang noir et liquide. Une couche de sang coagulé revêt la partie antérieure des deux hémisphères cérébraux, surtout à gauche. Cette couche se propage à la base de l'encéphale, du sang liquide remplit les fosses cérébrales, surtout à gauche. La base du lobe moyen de l'hémisphère gauche présente une déchirure qui communique avec un vaste foyer creusé dans sa substance et qui offre trois pouces de longueur ser deux de largeur et un de hauteur; les parois de ce foyer sont formées d'un détritus cérébral imbibé de sang. La totalité du sang épanché est évaluée à six onces. Rien dans les ventricules. Le reste de l'encéphale paraît sain, sauf un peu de pointillé.

Cavité thoracique. La plèvre gauche contient un liquide trouble, refoulant le poumon, lequel est enveloppé de fausses membranes de formation assez récente. Le parenchyme est sain. Au sommet du poumon droit existe une apparence de cicatrice, autour de laquelle le tissu est induré; cependant point de tubercules. Cœur sain un peu volumineux.

Cavité abdominale. Rien de notable.

Cette observation est surtout remarquable par le peu d'intensité des symptômes, comparée à l'énormité de l'épanchement. N'est-il pas surprenant, en effet, que la paralysie soit restée incomplète et que l'intelligence ait été conservée à un certain degré jusqu'aux derniers momens; notons cependant qu'une partie du sang s'étendait en nappe. La liquidité du sang suffit-elle pour faire admettre que l'épanchement s'est opéré en deux temps? Mais à quelle époque le second a-t-il eu lieu? Le malade s'est affaissé graduellement.

Quant à la contracture, on se rappellera d'abord que le malade était frappé pour la seconde fois; qu'un travail existait probablement qui a préparé la seconde attaque, opinion qui paraîtra surtout probable à ceux qui partagent les idées de M. Rochoux sur le ramollissement préparatoire à l'apoplexie. Qu'on songe ensuite que les parois d'une caverne apoplectique doivent, dans la plupart des cas, être irritées, ramollies, par le fait même de la déchirure et par le contact du sang, qui fait corps étranger. Aussi verrons-nous la contracture se produire encore dans les cas suivans, et c'est ce qui nous a fait dire, au commencement de ce travail, que la curabilité de l'apoplexie devait faire supposer, *à priori*, la curabilité du ramollissement.

Ici, comme dans l'observation 4, la phlegmasie de poitrine est restée méconnue; nous le regrettons peu, quant au résultat; mais c'est un nouvel avertissement de compléter l'investigation dans tous les cas de maladie, surtout de l'encéphale, dont la souffrance fait taire, en quelque sorte, celle des autres organes.

APOPLEXIE SANGUINE CÉRÉBRALE, SANS PERTE DE CONNAISSANCE; MORT PAR ACCIDENS SECONDAIRES.

Obs. XIV. — Un homme de 75 ans, d'assez forte constitution, entre à la clinique dans le courant d'avril 1837. Il raconte qu'il se portait bien, lorsque le matin même, après un sobre déjeuner, il s'est senti tout-à-coup fléchir sur sa jambe gauche: il tombe sans perdre connaissance, et appelle du secours. On l'apporte à l'hôpital dans l'état suivant:

Intelligence nette; tout le côté gauche est frappé d'immobilité; la sensibilité cutanée persiste. Les autres fonctions ne présentent rien d'anormal.

Ce peut être un de ces ramollissemens subits dont on a parlé; mais, dans notre opinion, l'instantanéité de l'attaque rend plus probable l'apoplexie. Nous diagnostiquons: épanchement sanguin dans l'hémisphère droit du cerveau.

Le lendemain, état semi-comateux, dont on tire facilement le malade, qui répond juste, mais lentement et en bégayant. Hémiplégie gauche.

Nous constatons la paralysie des muscles abdominaux de ce côté, par leur flaccidité contrastant avec la tension de leurs congénères. De la contracture existe dans les articulations des membres paralysés et un peu dans celles des membres opposés. La langue n'est pas déviée, non plus que les traits. Urines et selles involontaires. Céphalalgie frontale à droite; l'œil correspondant est un peu injecté. Les pupilles sont également dilatées. Respiration naturelle; pouls plein, assez lent et régulier.

Saignée de 10 onces, 20 sangsues derrière l'oreille droite, compresses froides sur le front, sinapismes aux jambes, eau émétisée.

Les jours suivans, le même état persiste, avec alternatives de contracture douloureuse et de relâchement du côté paralysé. Plusieurs applications de sangsues à la tête; réfrigérans, dérivatifs internes et externes.

Le membre inférieur gauche recouvre peu à peu ses mouvemens, la paralysie complète du bras persiste plus longtemps. Nous espérions la guérison, lorsque, le huitième jour de l'entrée, nous découvrons une escarre au sacrum. Emolliens; pansemens méthodiques.

Malgré les plus grands soins, l'escarre fait des progrès; l'anasarque apparaît bornée au côté paralysé, sur lequel repose le malade. La langue se sèche, le sujet s'affaiblit, l'hémiplégie persistant à un léger degré; et, malgré les toniques ménagés, le malade meurt épuisé, 43 jours après son entrée.

Nécroscopie, 20 heures après la mort.

Cavité encéphalique. Foyer sanguin du volume d'un petit œuf de poule, occupant le lobe antérieur de l'hémisphère droit du cerveau. Le caillot paraît réduit; il est noir, brunâtre, grumeleux, infiltré et baignant dans une sérosité rougeâtre. Les parois de la caverne sont légèrement tomenteuses, comme organisées en fausse membrane, au delà de laquelle le tissu cérébral est sain. Les corps striés et les couches optiques sont intacts. Le reste de l'encéphale est à l'état normal.

Le reste de l'autopsie n'offre rien d'intéressant.

Nous avons dit que l'attaque subite d'hémiplégie nous autorisait suffisamment à porter le diagnostic apoplexie; c'est que, sans nier le ramollissement produisant la paralysie sans prodrômes, nous pensons que ce dernier cas est fort rare; nous ne l'avons jamais observé. La conservation de l'intelligence ne nous a pas paru non plus suffisante pour modifier le diagnostic, et le fait ci-dessus, joint à beaucoup d'autres que possède la science, et parmi lesquels figurent ceux de nos illustres maîtres Pinel et Dupuytren, qui, l'un et l'autre, essuyèrent plusieurs attaques d'apoplexie sans perte de connaissance, ces faits, disons-nous, viennent infirmer la définition classique de l'hémorragie cérébrale: perte subite du sentiment, du mouvement et de l'intelligence. Ce fait dépose également contre la théorie des localisations, qu'on a tenté d'établir dans ces derniers temps, et qui ferait dépendre la paralysie des membres de la lésion des corps striés et des couches optiques. Nous avons vu, en effet, que ces parties étaient intactes. Le siége de l'épanchement dans le lobe antérieur n'a point entraîné non plus la perte de la parole. La contracture existant dans le principe, et qui s'est dissipée vers la fin, nous ramène aux considérations émises au sujet de l'observation précédente, et l'on a vu que, dans le cas précédent, la substance cérébrale était intacte autour du kyste apoplectique. Le ramollissement était guéri. Il me paraît évident que le sujet se fût rétabli sans cet accident, si fréquent dans les lésions des centres nerveux, la formation d'une escarre. Enfin, comme dernière considération pratique, nous ferons remarquer que les deux faits qui précèdent nous montrent comme défectueuse la division de l'apoplexie en faible, moyenne et forte; car ici les symptômes annonçaient une apoplexie faible, et, dans le premier cas surtout, l'épanchement était très considérable, ce qui n'empêche pas cependant que, règle générale, la gravité des symptômes ne soit en rapport avec la gravité des lésions cérébrales, et quelquefois avec le point affecté de l'encéphale.

L'observation suivante nous paraît des plus curieuses:

Obs. XV. — Fischer, âgé de 73 ans, de forte constitution, est apporté à la clinique dans la soirée du 24 août 1836. Il raconte, d'une manière assez confuse, qu'il y a huit jours, sans cause connue, il tomba tout-à-coup privé de connaissance. Pourtant il revint bientôt à lui, mais il lui fut impossible de se tenir sur ses jambes.

Le 25, au matin, nous le trouvons dans l'état suivant:

Face colorée, point de céphalalgie. Il comprend les questions, mais il répond d'une manière embrouillée, se contredisant à chaque instant, reconnaissant lui même qu'il a perdu la mémoire. Il meut les bras avec facilité; mais les extrémités inférieures sont sensiblement paralysées: il peut mouvoir les jambes; mais lorsqu'on veut le faire tenir debout, elles fléchissent sous le poids du corps et il cherche à se cramponner aux objets environnans. La peau conserve sa sensibilité. Incontinence des urines, qui s'écoulent par régurgitation, le globe vésical faisant saillie à l'hypogastre. Point de douleur le long du rachis. Rien du côté de l'appareil digestif, sauf une constipation de plusieurs jours. Respiration normale; pouls peu fréquent, mais assez dur, irrégulier; battemens du cœur assez forts, irréguliers, intermittens; souffle râpeux manifeste au premier temps.

A part la maladie du cœur (rétrécissement aortique), nous nous trouvons assez embarrassés pour le diagnostic. Si, d'une part, il y a eu perte de connaissance et paralysie subites, ce qui rendent suspectes les incohérences dans les rapports du malade, d'autre part il y a, non pas hémiplégie, mais paraplégie incomplète. Puis l'embarras actuel des idées peut bien être le résultat d'un léger degré de démence sénile. En somme, sans récuser l'apoplexie cérébrale, qui paraît assez probable, il existe aussi quelques probabilités en faveur d'une lésion de la moëlle épinière, car le mouvement est conservé dans les membres supérieurs. Dans cette perplexité, nous agissons d'une manière mixte, et prescrivons douze ventouses scarifiées le long du rachis; lavement purgatif

Le 26, même état. La plénitude de la vessie nous oblige à pratiquer le cathétérisme, qui rencontre quelques difficultés au col de la vessie et procure l'écoulement d'un litre d'urines odorantes et foncées. Saignée de huit onces, douze ventouses le long du rachis; limon. tartar.

Le 27, même état. Des tentatives de cathétérisme ayant été faites par les élèves, aujourd'hui la sonde se fourvoie, pénètre difficilement dans la vessie, et procure des urines sanguinolentes. Vésicatoire aux lombes.

Les jours suivans, même état, douleur hypogastrique; à la constipation ont succédé des selles involontaires. Bains, infusion d'arnica.

Le 31, extrait de noix vomique, demi grain.

Les jours suivans, tendance au coma, faiblesse croissante; les urines obtenues par la sonde sont fortement alcalines.

Le 2 septembre, même état paralytique; face colorée, pouls à 92, irrégulier, langue sèche, hypogastre douloureux. Saignée de 9 onces, limonade; saupoudr. le vésicat. de strychnine, demi grain.

Le 3, subdélire le soir.

Depuis lors, l'affaissement fait des progrès, la paraplégie paraît augmentée; la difficulté du cathétérisme oblige à poser une sonde à demeure. On continue les émolliens, l'extrait de noix vomique à l'intérieur, jusqu'à la dose de quatre grains, puis on la supprime, voyant que la faiblesse augmente, que la langue sèche, etc.; les urines sont bourbeuses et fétides.

Le 14, affaissement extrême. Acétate d'ammoniaque, une once en potion, rubéfians aux extrémités.

Le 16, mort, le 23e jour de l'entrée, 31e de l'attaque de paralysie.

Nécroscopie, 24 heures après la mort.

Cavité encéphalique. Le rachis est ouvert avec soin. Nous ne découvrons aucune lésion appréciable dans la moëlle épinière. Les méninges cérébrales sont légèrement injectées. En incisant avec précaution le cerveau, on n'y rencontre qu'un léger pointillé et une cuillerée environ de sérosité dans les ventricules. Déjà nous craignons avoir affaire à une de ces apoplexies nerveuses des auteurs, lorsque, portant le scalpel sur le cervelet, nous y découvrons, dans l'épaisseur du lobe droit, un foyer sanguin du volume d'une grosse noix, de forme sphérique, tapissé d'une fausse membrane mince, grisâtre, fragile, autour de laquelle le tissu du cervelet est sain. Cette cavité contient un caillot de sang pulpeux et brunâtre.

Cavité thoracique. Poumons sains; le cœur est volumineux, ses parois sont épaisses et consistantes, surtout celles du ventricule gauche, qui ont un pouce d'épaisseur. La cavité de ce ventricule paraît rétrécie (hypertrophie concentrique); les valvules de l'aorte, légèrement déformées, sont épaissies et contiennent des noyaux d'ossification.

Cavité abdominale. Traces de phlogose sur la muqueuse gastro-intestinale. Foie, rate, à l'état normal. La vessie contient de l'urine mucoso-sanguinolente, fétide. Ses tuniques sont hypertrophiées; la muqueuse est brunâtre, semée de végétations granuleuses, rouges, grises ou noirâtres. La prostate est hypertrophiée, comprimant latéralement le col de la vessie. En avant de la prostate existent, dans la portion membraneuse de l'urètre, plusieurs vestiges de fausses routes. Vers la région bulbeuse existe une bride isolée dans son milieu, adhérente à ses extrémités, mince et d'une longueur de trois lignes environ. Cette bride forme ainsi un pont sous lequel peut s'engager le bec d'une sonde. Près le gland, la muqueuse est d'un rouge foncé. Le rein gauche est sain, le droit est doublé de volume, déformé, mollasse. Son parenchyme est généralement brun noirâtre, parsemé de vacuoles pleines de mucosité purulente, sans trace de graviers.

Cette observation est intéressante sous plusieurs points. Et d'abord, c'est une apoplexie latérale du cervelet, qui donne lieu, non pas à une hémiplégie du côté opposé, comme dans la plupart des cas (Andral), mais bien à une paraplégie incomplète, avec affaissement des facultés intellectuelles. Cela me paraît si extraordinaire que, même en relisant l'observation, après deux ans, j'ai peine à croire à son exactitude et je crains d'avoir mal évalué la force comparative des bras et des jambes, ainsi que celle des deux côtés du corps. Ce fait a cependant eu pour témoins tous les élèves de la clinique.

Rechercherons-nous maintenant quelle liaison peut exister entre l'apoplexie cérébelleuse et les lésions du cœur et de la vessie? Sans vouloir rien affirmer quant au fait actuel, je dois dire, en thèse générale, qu'il est démontré pour nous, malgré les oppositions à cet égard, que les obstacles à la circulation et, partant, les maladies du cœur, doivent influer sur la production de l'apoplexie. Il en est de même de la rétention d'urine par obstacle dans le canal, tel que celui qui existait chez notre malade, rétention qui, par les efforts qu'elle nécessite pour vider la vessie, peut déterminer la congestion ou l'apoplexie cérébrale.

A l'égard du traitement, celui-ci, malgré notre incertitude, fut tout ce qu'il pouvait être, relativement à l'âge et aux forces du malade; mais on aura remarqué que, dans ce cas, comme dans l'observation 9, l'administration de la noix vomique fut suivie d'effets peu favorables. C'est aussi la seconde fois que nous avons employé l'arnica sans avoir eu à nous en louer (observ. 13).

Il résulte de la série des sept observations précédentes, relatives au ramollissement et à l'apoplexie sanguine, que le diagnostic, dans les formes de lésions cérébrales, n'offre pas plus d'incertitudes que dans les cas de simple hyperhémie congestionnelle ou inflammatoire. En effet, nous ne sommes restés qu'une fois dans l'indécision (obs. 15), et encore s'agissait-il d'un cas rare, d'une affection jusqu'ici peu connue, de l'affection cérébelleuse. Nos faits sont trop peu nombreux, il est vrai, pour qu'on puisse en déduire des principes généraux d'une bien grande valeur; mais toujours est-il qu'ils pourront concourir à donner un peu d'assurance aux praticiens attentifs et qui se sentent à la hauteur de la science.

ARTICLE II. — LÉSION DU PROLONGEMENT RACHIDIEN.

Nous passons à la seconde partie de notre travail, où il est question des maladies de la moëlle épinière. Cette partie de la science, de création toute nouvelle, en quelque sorte, réclame encore, pour se compléter, des observations nombreuses et bien faites, malgré les savantes recherches de M. Ollivier, d'Angers, sur cette matière. Nous ne donnons ce qui va suivre que comme de simples documens, dont on appréciera la valeur.

Sous le titre de lésions du prolongement rachidien, nous comprenons les maladies de la moëlle épinière et de ses enveloppes. Nos observations sur ce point se réduisent à cinq cas, dont deux offrant des symptômes de myélite légère, terminés par la guérison et dont nous ne parlerons pas; un cas de méningite rachidienne, un cas de ramollissement de la moëlle allongée et un cas de paraplégie, qu'on pourrait attribuer à une altération de la moëlle. Ces trois derniers feront le sujet des observations suivantes, auxquelles nous en joindrons une d'Abercrombie, comme moyen d'éclaircissement.

MÉNINGITE RACHIDIENNE; GUÉRISON.

Obs. XVI.—Goëtz, fille de 15 ans, peu développée, impubère, est apportée à la clinique, le 20 mars 1838. Sa mère raconte qu'il y a huit jours, sans cause connue, cet enfant fut prise de céphalalgie, douleurs dans les membres, vomissemens, fièvre, etc. On ignore quels ont été les moyens mis en usage.

Etat actuel. Décubitus sur le côté droit, abattement ayant succédé à une vive agitation pendant laquelle la malade est sortie plusieurs fois de son lit. Réponses assez justes, mais difficiles à obtenir, la malade retombant après chaque mot dans son abattement. La face est injectée, les yeux se ferment comme pour éviter la lumière; vive céphalalgie; lèvres sèches; langue blanche, pointillée sur les bords; abdomen très sensible à la pression, surtout dans la fosse iliaque droite; respiration fréquente; thorax sonore; quelques râles disséminés; pouls serré, à 63, irrégulier. Ces détails, obtenus avec beaucoup de peine, font soupçonner une fièvre typhoïde. Quinze sangsues à l'abdomen; lav. émoll.; catapl. abdominal; catapl. sinap. aux jambes.

Le 21, pendant la nuit, délire, agitation, cris. Ce matin, abattement, tendance au coma, paupières demi-closes, globes oculaires renversés en haut. Raideur tétanique du col et du dos qui est cambré en arrière. Si l'on soulève la tête, le tronc s'élève tout d'une pièce; dyspnée; pouls dur, à 104. Ces symptômes nous font présumer une méningite cérébro-spinale. Saignée de 8 onces; 16 sangsues aux mastoïdes. Tis. émoll.

Le 22, délire dans la nuit. Ce matin, calme, face colorée, anxieuse, *herpes labialis*, céphalalgie intense, respiration accélérée, opisthotonos persistant, les membres restant libres. Les efforts pour soulever la tête arrachent des cris. Abdomen très sensible à la pression; un peu de crépitation iliaque; constipation. Pouls fréquent, moins dur. Dix sangsues à la nuque et dix sur le flanc droit. Compresses froides sur le front.

23, agitation, cris toute la nuit. Ce matin, les cris recommencent lorsqu'on veut fléchir la tête sur la poitrine. Abdomen moins sensible, point de diarrhée, dyspnée, narines dilatées. pouls à 128, peau brûlante, sans éruption typhoïde. Saignée de 6 onces (sang plastique, non couënneux); tis. émoll.; lot. vinaigr. chaudes sur les membres.

24, raideur et douleur le long du rachis, augmentant par la pression sur les apophyses épineuses. Pouls à 124, assez développé; peau chaude et sèche; langue blanchâtre; constipation; abdomen sensible. L'intelligence est toujours nette et le facies endolori, non stupide. Vingt sangsues le long du rachis; catapl. abdom.; lot. vinaigr.; lav. huileux.

25. La malade souffre moins et répond plus volontiers; elle commence à remuer la tête. Pouls à 110, assez développé; abdomen non douloureux; constipation. Dix sangsues entre les épaules; lavemens de lait et de miel; frictions vinaigrées.

26. La malade est calme; elle fléchit le tronc de mieux en mieux, quoiqu'il reste un peu de douleur dorsale. Dyspnée légère; abdomen indolent; constipation opiniâtre; pouls à 120, peu résistant. Manne, une once. dans du lait. Chiendent édul.; Bouillon. Une selle dans la journée.

27. La malade n'accuse plus aucun malaise; elle se meut facilement et sans douleurs. Pouls à 100, assez développé. Appétit. Un bain; tis. émoll.; deux soupes. (Convalescence le septième jour de l'entrée.)

Les jours suivans, la convalescence se confirme; la fréquence du pouls persiste encore. Bains délayans, pédiluves.

Le 5 avril, la petite malade sort en parfaite santé.

La marche de cette maladie fut très insidieuse dans le principe: un jour nous avons pu croire à l'entérite typhoïde; le lendemain à une complication de méningite cérébro-spinale; ce n'est qu'après quelques jours que les symptômes se localisant dans la région du rachis, nous avons pu porter le diagnostic véritable, et agir directement. L'énergie de la médication a révélé notre confiance dans ce diagnostic; car il fallait de la conviction pour appliquer deux saignées générales, et quatre-vingts sangsues en six jours, à un enfant d'aussi frêle constitution.

Que s'il reste quelque doute sur la réalité de la lésion diagnostiquée, et sur l'influence du traitement, nous rapporterons une observation puisée à bonne source, et dont le rapprochement complètera nos preuves; nous soulignerons les passages qui constatent la parité des deux affections, et l'autopsie portera le dernier témoignage.

MÉNINGITE RACHIDIENNE; MORT.

Obs. XVII (d'Abercrombie). — Une femme de 22 ans était, depuis trois semaines, malade de douleurs rhumatismales qui avaient parcouru toutes les parties du corps, lorsque, le 11 avril 1820, elle entra à la clinique du docteur Duncan. Elle se plaignait alors de douleur dans la partie postérieure du

col, dans les lombes et au sommet du scapulum; elle avait aussi à la région hypogastrique droite une douleur aiguë qui augmentait par la pression et dans les efforts d'inspiration. La tête était renversée et ne pouvait être portée en avant; l'épine était courbée en arrière, et les muscles du dos étaient raides et contractés. Elle avait des alternatives de frisson et de bouffées de chaleur et une grande agitation; le pouls était plein et battait 148 fois par minute, pour 44 inspirations. Il y avait de la toux, la langue était saburrale, et la malade était constipée. Elle fut traitée par une large saignée, un purgatif et un bain chaud, etc.

Le 12, il n'y avait que peu de changement.

Le 13, elle avait de la difficulté à avaler et une grande agitation. Le rachis restait courbé en arrière, et la constipation persistait. Le pouls donnait 140 pulsations.

Le 14, après une purgation active, elle sembla dans un état plus satisfaisant. Elle put porter légèrement la tête en avant; mais elle se plaignait de la continuité de ses douleurs, qu'elle rapportait alors particulièrement à l'épaule droite et à la partie postérieure du tronc. Elle continuait aussi à souffrir de la partie inférieure du ventre, et l'abdomen était tendu et ballonné. Elle avalait avec moins de difficulté. Elle avait de la propension au sommeil, pendant lequel elle avait beaucoup de soubresauts. Le pouls était petit et donnait 148 pulsations.

Le 15, la tête était un peu moins rétractée, et la malade avait plus de facilité à la mouvoir. Les douleurs étaient calmées, excepté dans l'abdomen.... La propension au sommeil était considérable; mais lorsqu'elle était éveillée, elle jouissait de toutes ses facultés intellectuelles. On la mit, à la nuit, dans un bain tiède où elle expira. (Sixième jour de l'entrée.)

A l'ouverture du cadavre, on trouve de la sérosité dans les ventricules cérébraux; au bord postérieur du lobe droit du cervelet se trouvait une petite quantité de lymphe coagulable. La portion cervicale de la moëlle était saine. Les parties dorsale et lombaire du prolongement rachidien étaient tapissées par une couche uniforme de lymphe coagulable, d'une couleur jaune verdâtre et d'une consistance molle; cette couche existait particulièrement à la partie postérieure du rachis entre la moëlle et ses membranes. Ces dernières étaient remarquablement vasculaires. (Traité des maladies de l'encéphale, p. 301, traduction de Gendrin.)

Sauf la terminaison, ne dirait-on pas ces deux observations calquées l'une sur l'autre ? Cependant, nous n'avons connu celle d'Abercrombie qu'après la conclusion de la nôtre. On a dû remarquer cette douleur dans la fosse iliaque droite, avec constipation, dans les deux cas. Il est fâcheux que l'auteur de l'observation ne dise rien de l'état de l'intestin; cependant, ces phénomènes s'expliquent par la simple méningite spinale.

Maintenant, n'est-il pas probable que si, comme dans le cas précédent, nous nous fussions bornés à une saignée, la méningite, chez notre malade, fût aussi passée à la suppuration ? et si l'on songe que cette terminaison a eu lieu en six jours, n'avons-nous pas à nous féliciter de notre conduite ?

Songeant aux accidens tétaniques et à la réaction fébrile observés dans les deux cas précédens, nous aurions bonne envie de rapporter à la méningite spinale les deux cas de tétanos que nous avons observés et guéris; mais par respect pour les idées dominantes, nous consentons à passer ces deux observations sous silence.

Le cas suivant doit, ce nous semble, donner une assez haute idée de la puissance du diagnostic.

ENTÉRITE CHRONIQUE; RAMOLLISSEMENT DE LA MOELLE ALLONGÉE; MÉNINGITE CÉRÉBRALE ULTIME; MORT.

Obs. XVIII. — Champignac, âgé de 63 ans, de moyenne constitution, serrurier, entre à la clinique le 17 mai 1837. Il dit être affecté depuis un an d'une diarrhée qui survint sans cause connue, mais qui fut probablement produite et entretenue par l'intempérance habituelle au malade. Il avait de sept à huit selles par jour; l'appétit était conservé; il pouvait continuer ses travaux. Pendant les six premiers mois, il dit avoir rendu du sang; il y a eu quelques interruptions à la diarrhée, quelquefois des vomissemens, jamais de fièvre; mais l'amaigrissement et la faiblesse sont allés croissant. Il a essayé à plusieurs reprises de se traiter avec du vin chaud. Jamais de saignées, si ce n'est qu'il y a huit jours, huit sangsues ont été appliquées à l'anus sans soulagement. Il n'a jamais eu de toux, de crachement de sang, ni de palpitations. Il n'y a que deux jours qu'il s'est vu forcé de suspendre ses travaux.

État actuel. Maigreur considérable: coloration jaunâtre et terreuse de la peau. Peu d'appétit, soif, langue rouge, humide; abdomen rétracté, sans douleur à la pression; huit à dix selles liquides par jour, sans colique ni ténesme. Pouls petit, subfréquent; respiration un peu rude sous les clavicules; faiblesse; insomnie. Bain; 12 vent. scarif. sur l'abdomen; demi-lavement amylacé, laudanisé; tis. riz.; un grain d'opium le soir. Le quart, sans vin.

Les jours suivans, les selles diminuent.

Le 20, il se plaint de crampes dans les bras; les doigts sont rétractés. Point de douleur à la pression le long de l'épine. *Ut suprà*; 12 ventouses scarif. à la nuque.

21. Fourmillemens, crampes dans les membres et dans le dos; contracture des doigts. Point de céphalalgie; intelligence nette; point de paralysie. Nous présumons un commencement de ramollissement à la partie supérieure de la moëlle épinière. Cinq selles par jour; 12 vent. scarif. le long du rachis; riz; lav. anodin; opium.

Le fourmillement et les crampes persistent, avec douleurs passagères dans le dos et les membres. Faiblesse sans paralysie. On insiste sur les saignées locales et les calmans.

27. Raideur générale qui l'empêche de se mouvoir. Point de paralysie des membres; mais les urines sont involontaires. Nous remarquons que les yeux sont vacillans, ce qu'il dit lui être habituel. Même traitement.

28. Agitation, cris, regards incertains, urines et selles involontaires; réponses justes, mouvemens libres, pouls petit, fréquent; extrémités froides. Nous annonçons qu'une méningite cérébrale vient compliquer le ramollissement du sommet de la moëlle. Vésicatoires aux extrémités.

Les vociférations, l'agitation augmentent; le délire survient; traits décomposés, yeux hagards, crampes générales; puis collapsus et mort à six heures du soir.

Souvent nous avions surpris le malade en flagrant délit d'intempérance: une fois nous trouvâmes un saucisson; une autre fois une bouteille de vin sous son chevet.

Nécroscopie, 36 heures après la mort.

Cavité encéphalo-spinale. Le crâne et le canal vertébral sont ouverts avec précaution, au moyen de la scie. A la naissance de la moëlle vertébrale, les méninges sont soulevées par de la sérosité qui s'écoule à l'incision : on estime qu'il s'en est écoulé quatre cuillerées. A la périphérie du cerveau et du cervelet, la pie-mère est vivement injectée, surtout à la base de l'encéphale et au voisinage de la moëlle; cette injection s'étend dans le canal rachidien. La substance cérébrale est peu consistante et notablement sablée. La substance grise du cervelet est sensiblement rosée, et la substance blanche est pointillée.

En examinant la moëlle allongée, on reconnait que les parois du *calamus scriptorius* offrent une couche ramollie, pulpeuse, d'un jaune sale, d'une ligne d'épaisseur, s'enlevant facilement avec le dos du scalpel. Au-dessous de cette couche, la substance médullaire apparait avec sa blancheur et sa consistance normales. Ce ramollissement commence au bec de plume, et s'étend dans une longueur de dix lignes environ vers les tubercules quadrijumeaux. Au-dessous, la moëlle offre sa consistance normale; mais au-delà du renflement cervical, la substance médullaire est de nouveau ramollie, presque diffluente, mais sans changement de couleur, dans une étendue de trois pouces, au-delà desquels le cordon médullaire reprend son aspect naturel jusqu'à sa terminaison. Le faisceau de la queue de cheval est enveloppé d'une sérosité comme gélatineuse.

Cavité thoracique. Le poumon droit offre au centre du lobe supérieur, un noyau tuberculeux circonscrit, isolé, creusé d'une caverne à loger une aveline. Le cœur est à l'état normal.

Cavité abdominale. Le mésentère est parsemé de glandes engorgées, brunâtres. La muqueuse de l'estomac offre des plaques d'un pointillé rouge ou brunâtre; elle est mamelonnée, non ramollie. La muqueuse de l'intestin grêle est généralement grisâtre et arborisée; celle du gros intestin offre un aspect semblable; elle est fortement injectée, mais ne présente pas d'ulcérations; dans le rectum, elle est épaissie, plaquée de rouge et de brun, comme ecchymosée. La vessie est distendue par de l'urine. Rien de particulier dans les autres viscères.

Les fourmillemens, les crampes, la contracture ont permis de diagnostiquer un ramollissement de la moëlle qui s'est rencontré à l'autopsie. Pourquoi n'y a-t-il pas eu paralysie? L'agitation, le délire de la terminaison indiquaient une méningite cérébrale qui existait également, mais simplement à l'état d'injection et d'exsudation séreuse, car elle n'a duré que quinze ou vingt heures. Le ramollissement du *calamus* est évidemment morbide; en est-il de même de celui de la région dorsale ? L'absence de paraplégie et les 36 heures qui se sont écoulées entre la mort et l'autopsie, par une température assez chaude, autorisent cette question; mais alors pourquoi le reste de la moëlle n'était-il pas ramolli?

Eu égard à la contracture des doigts, rapprochez ces cas de l'observ. 6, et vous vous demanderez si, dans cette dernière, quelque chose n'aurait point échappé à l'autopsie.

Cet homme portait une diarrhée depuis un an, disait-il; cependant les altérations rencontrées dans l'intestin n'étaient pas très profondes.

On aura remarqué ce noyau tuberculeux, creusé d'une caverne, chez un homme de 63 ans, qui prétendait n'avoir jamais eu de rhume grave ni d'hémoptisie.

Je sais que dans certaines observations rapportées par MM. Ollivier et Abercrombie, les symptômes n'ont pas été les mêmes que ceux observés dans les cas précédens; aussi ne prétendons-nous pas que nos observations doivent faire loi. Il nous suffit d'avoir rencontré juste dans ces cas dont les analogues se sont rencontrés et se rencontreront sans doute. Il existe actuellement à la clinique une femme affectée de contracture de la plupart des articulations, avec douleur et affaiblissement généraux du tronc et des membres, accidens dont le principe date de plusieurs années et qui se sont accrus graduellement. Eh bien ! nous sommes convaincus qu'elle porte un ramollissement de la partie supérieure de la moëlle épinière, déterminé probablement par la présence d'un produit organique dont nous n'osons pourtant spécifier la nature.

Le diagnostic n'offre cependant pas toujours les mêmes élémens de probabilité, témoin le cas suivant où les symptômes pouvaient être rapportés à une lésion de la moëlle. Nous l'abrégerons.

RHUMATISME CHRONIQUE; PARAPLÉGIE INCOMPLÈTE; ENTÉRITE CHRONIQUE; MORT.

Obs. XIX. — Epfinger, âgé de 35 ans, de constitution grêle, amaigrie, cordonnier, entre à la clinique le 16 juin 1836. Il avait été traité longtemps à l'hôpital pour un rhumatisme rebelle, suivi d'abord de raideur dans les membres

inférieurs, puis d'impotence simulant une paraplégie incomplète, d'autant mieux qu'il vint s'y joindre une paralysie de la vessie et du rectum.

A son entrée, il dit souffrir depuis quelques jours de douleurs lombaires et abdominales avec diarrhée. Facies assez bon; pouls fébrile; faiblesse des extrémités inférieures qui lui permettent à peine de se soutenir un instant; urines involontaires. (Bain, eau de riz, lav. émoll.)

Les jours suivans, l'entérite persiste, malgré les saignées locales et les émolliens. Le malade s'affaiblit rapidement.

Le 18, il meurt inopinément dans la soirée, deux jours après son entrée.

NECROSCOPIE, 36 heures après la mort.

CAVITÉ CÉRÉBRO-SPINALE. Les méninges présentent un peu d'injection. Rien dans la masse cérébrale. Le canal vertébral est ouvert avec précaution: la moëlle épinière, examinée avec le plus grand soin, n'offre aucune altération appréciable dans son volume, sa couleur et sa consistance. Les enveloppes ne paraissent pas non plus altérées; on croit reconnaître que les sinus des dernières vertèbres sont plus engorgés que d'ordinaire.

CAVITÉ THORACIQUE. Poumons sains, cœur à l'état normal. Incrustations nombreuses dans toute l'étendue de la crosse aortique.

CAVITÉ ABDOMINALE. Muqueuse gastrique alternativement parsemée de plaques rosées ou brunes, mamelonnée, ramollie, amincie et complètement détruite en divers points. A partir du commencement de l'iléon, les valvules conniventes paraissent hypertrophiées; elles sont végétantes et comme verruqueuses dans quelques points. Ces lésions deviennent encore plus prononcées dans le gros intestin; particulièrement vers la valvule iléo-cæcale et dans le colon descendant où la muqueuse est épaissie, rugueuse, grisâtre, comme calleuse dans une grande étendue. A ces altérations se mêlent des arborisations et des plaques rosées, indices de l'affection ultime.

Pour ce qui concerne la paraplégie, il n'y a pas en d'erreur, car nous n'avons pas voulu hasarder de diagnostic. On se rappelle que la paraplégie incomplète avait fait suite à un rhumatisme; lorsque nous vîmes le malade, il y avait simple impotence, sans douleur, sans contracture, et si cet état indiquait une lésion de la moëlle, il était fort difficile de spécifier cette lésion. Le rhumatisme a pu dans certains cas produire une méningite spinale, témoin le fait cité d'Abercrombie (obs. 17), où la méningite parut succéder à un rhumatisme; il peut produire un ramollissement, d'autres lésions encore; mais dans d'autres cas il produit l'impuissance des membres par une action toute locale. Le fait actuel appartient peut-être à cette catégorie et ne peut, en conséquence, rien prouver contre la liaison rationnelle des altérations de la moëlle avec les symptômes qui les accompagnent ordinairement. Nous regrettons seulement de n'avoir pas examiné les gros troncs nerveux qui pouvaient avoir été altérés par la cause rhumatismale. Mais il y a plus: l'affection eût-elle siégé primitivement dans le rachis, l'ancienneté de la maladie pouvait faire admettre la disparition de l'altération locale, l'effet persistant, de même qu'on voit la paralysie survivre à la cicatrisation des foyers apoplectiques.

Cette petite digression nous a paru nécessaire pour faire apprécier combien les apparences peuvent induire en erreur et combien il est essentiel de peser toutes les circonstances prochaines et lointaines d'un fait pour en tirer des conclusions légitimes.

Nous ferons remarquer, avant de terminer, ces altérations profondes de l'intestin, altérations manifestement chroniques, bien que le malade prétendit n'avoir la diarrhée que depuis quelques jours. C'est, pour ainsi dire, la contre-partie de l'observation précédente, où le peu de gravité des lésions intestinales contrastait avec l'ancienneté du dévoiement.

Ici se termine l'exposé fidèle de nos observations cliniques sur les maladies de l'appareil cérébro-spinal. Nous n'avons entendu parler que des affections idiopathiques et n'avons pas voulu, pour le moment, aborder les difficultés relatives à celles qui peuvent être symptomatiques de certaines lésions graves des autres viscères. Nous n'avons prétendu, je le répète, que soutenir le courage des praticiens, en leur faisant voir que, sur un théâtre aussi modeste que le nôtre, et avec des lumières que nous ne croyons pas surpasser la mesure commune, nous avons pu établir un diagnostic positif dans la grande majorité des cas.

En effet, indépendamment des 46 cas réputés de névroses, sur 32 cas de lésions matérielles appréciables de l'encéphale et du prolongement rachidien, dont font partie les 18 observations qui constituent ce mémoire, nous n'avons erré que deux fois (obs. 5 et 6); nous sommes restés cinq fois dans le doute (obs. 1, 4, 7, 8, 15), et nous nous sommes abstenus une fois (obs. 19). Une seule fois le doute a pu porter préjudice au malade (obs. 7).

En résumé, les chances d'erreur d'après les faits qui nous sont propres seraient d'un sur seize, et les chances de doute d'un et demi sur huit. Mais ce qui doit surtout rassurer la conscience du praticien, c'est que les cas où la thérapeutique a pu souffrir de l'erreur et du doute, se réduisent à un sur 32.

Nous n'avons cependant pas, je le redis encore la prétention d'être plus habiles que le commun des observateurs; nous ne pensons pas non plus être plus malheureux que beaucoup d'autres; car, en fait de pratique, le bonheur, sur un nombre de cas donné, est toujours du côté de la science et du talent d'observation. Nous maintenons donc que tout praticien éclairé jouira des mêmes avantages.

Je conclus de tout ceci que les observateurs qui font de la statistique, et M. Andral lui-même, serviraient plus efficacement la pratique si, tout en poursuivant leurs utiles travaux, ils voulaient bien nous dire en somme combien de fois ils ont rencontré juste et combien de fois ils se sont trompés sur le diagnostic des maladies dont ils s'occupent. Il ne suffit pas, en effet, en statistique appliquée, de considérer isolément les symptômes et de dire combien de fois chacun d'eux s'est montré, combien de fois il a fait défaut, etc.; il convient encore de mettre ces symptômes en rapport les uns avec les autres, d'en étudier les affinités, la succession, les combinaisons dans la structure des maladies; car, ainsi qu'on l'a dit, un symptôme ne constitue pas une maladie; chaque signe n'est qu'un élément qui emprunte sa puissance et sa valeur réelles aux élémens avec lesquels il se trouve amalgamé. Dire comment on arrive au diagnostic précis d'une affection quelconque, ce serait remettre sous les yeux du praticien les plus simples élémens de l'art, ce serait rappeler de quelle importance absolue et relative sont l'âge, le sexe, la constitution, les habitudes, puis les symptômes isolés ou combinés, la marche, la durée, les complications, etc. C'est effectivement de tout cela que se compose le diagnostic en général, et c'est précisément ce qui fait que l'art d'observer est si difficile et que la statistique est chose si délicate. C'est en nous conformant à ces principes, ainsi qu'on l'a vu, que nous avons procédé à l'appréciation des faits réunis dans ce travail. Puissions-nous avoir fait œuvre de science, comme nous avons fait acte de conscience, en exposant nos erreurs avec autant de franchise que nos succès, dans l'art non moins important que difficile du diagnostic appliqué aux maladies de l'appareil cérébro-spinal!

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ITALIENS.

I. ANNALI UNIVERSALI DI MEDICINA.

Les cahiers des mois d'août, septembre et octobre contiennent les articles originaux suivans: 1° *Considérations sur un cas de pneuma-thorax avec empyème;* par M. Usigho (travail judicieux, mais n'offrant rien d'inconnu); 2° *Dissertation sur la vie et les travaux de Giacomazzi;* par M. Schivardi (intérêt de localité); 3° *Histoire d'une cataracte, guérie à l'aide de la reclinaison, l'autre œil étant amaurotique;* par M. Gerson (rien de neuf); 4° *Cas remarquable de lithotripsie chez un enfant de trois ans et neuf mois;* par M. Cappelletti, chirurgien à Trieste; 5° *Nouveau presse-artères articulé*, de M. Signoroni; 6° *Deux cas remarquables de corps étrangers introduits, l'un dans le rectum, l'autre dans le canal de Warton;* par M. Cumano; 7° *Altération particulière du cœur;* par M. Gamberini; 8° *De l'action thérapeutique du sulfate de fer;* par M. Cochi (pas de conclusions nouvelles); 9° *Nouveaux faits constatant l'efficacité du sulfate de quinine dissous dans de l'acide sulfurique contre les fièvres intermittentes;* par M. Cloche (connu); 10° *De la grippe épidémique;* par M. Désidério (idées connues); 11° *Des travaux d'Andrea Graziolo, médecin du seizième siècle, et en particulier de son Traité sur la peste;* par M. Alberti.

DE LA LITHOTRIPSIE CHEZ LES ENFANS; par M. CAPPELLETTI, chirurgien à Trieste.

La question de l'application de la lithotripsie chez les enfans n'en est plus une aujourd'hui; les faits présentés par MM. Ségalas et Leroy d'Etiolles à l'Académie de médecine et ceux publiés par MM. Riberi et Pagelio rendent la chose tout à fait incontestable. M. Cappelletti ajoute un nouveau fait non moins important; il est relatif à un enfant âgé de trois ans et neuf mois, qu'il a lithotripsié et guéri en six séances; mais ces faits prouvent-ils que l'opération soit applicable indistinctement chez tous les enfans pierreux? C'est précisément sous ce point de vue qu'il est utile aujourd'hui d'envisager la question, ainsi que vient de le faire M. Cappelletti.

Une des conditions les plus essentielles de la lithotripsie, c'est l'admission dans la vessie d'un instrument dont la puissance soit supérieure à la résistance de la pierre. Cette condition est généralement remplie aujourd'hui. Les instrumens que M. Charrière a perfectionnés pour l'opération chez les enfans ont à peine les dimensions des sondes dont on se sert ordinairement pour les sujets en bas-âge; leur résistance est telle que jamais jusqu'à ce jour on ne les a vus manquer, quelle que fût la dureté du *calcul*. D'un autre côté, il est rare que chez les jeunes sujets la pierre soit fort

volumineuse et résistante. Cette première condition peut donc être satisfaite dans la généralité des cas, ce qui ne veut point dire que l'opération soit toujours praticable. Nous ne pensons pas comme M. Cappelletti que la vessie doit être injectable pour pouvoir pratiquer le broiement. Il est prouvé aujourd'hui que cette condition n'est pas indispensable; un entre avec le percuteur, on saisit la pierre et on l'écrase sans injection préalable; de la sorte, la pierre est plus facilement saisie, l'opération plus vite faite et avec moins d'inconvénient.

Il est une autre condition essentielle à la lithotripsie et qui ne s'obtient que fort incomplètement en bas-âge, c'est l'immobilité du corps pendant les manœuvres du percuteur. Cet inconvénient est commun à la taille et à la lithotripsie, et nous ne voyons pas pourquoi on n'attacherait pas au besoin un enfant qu'on lithotripsie comme celui qu'on cystotomise; c'est effectivement ce qu'a fait M. Cappelletti, mais cela n'est pas toujours nécessaire. La lithotripsie doit à M. Amussat d'avoir débarrassé l'instrument de M. Heurteloup du support fixe dont ce chirurgien faisait usage; cette innovation s'applique surtout fort heureusement dans le broiement chez les enfans indociles; l'instrument peut jusqu'à un certain point suivre les mouvemens du tronc du patient, et à l'aide de la seule pression la pierre être écrasée.

Le volant que M. Ségalas a enté sur le percuteur rend ici, comme chez l'adulte, des services incontestables.

Ces réflexions étant basées sur l'expérience seront facilement reconnues exactes par les praticiens.

Mais est-ce à dire que la lithotripsie soit toujours applicable chez les enfans? Aucunement. Il y a à cet égard beaucoup d'exceptions comme chez l'adulte.

Lorsqu'on dit: la taille est préférable chez les enfans, parce qu'elle est couronnée de succès le plus souvent, c'est raisonner avec des idées préconçues. Beaucoup d'enfans succombent aussi après la taille la mieux faite. Qui vous assure que plusieurs n'auraient pas été sauvés par la lithotripsie? Il faut convenir néanmoins que l'indocilité de certains enfans est telle qu'il est presque impossible de leur faire partager les bienfaits de la lithotripsie; c'est là une contre-indication qui sans être très fréquente ne se rencontre pas chez l'adulte. L'étroitesse du canal pour l'expulsion des fragmens n'est pas une contre-indication absolue, ni exclusive à l'enfant, car elle se rencontre aussi aux âges plus avancés. Reste donc, comme condition sérieuse d'exclusion chez l'enfant, l'état maladif de la constitution; mais cette contre-indication est la même que chez l'adulte. Ajoutons que chez ce dernier le volume excessif de la pierre et l'état pathologique de la vessie se rencontrent assez souvent et s'opposent à la lithotripsie, circonstances qui sont beaucoup plus rares chez l'enfant.

En conséquence, on peut dire dans l'état actuel de nos connaissances: 1° que la lithotriptie est en général aussi praticable chez l'enfant que chez l'adulte; 2° qu'il y a des contre-indications, mais que le nombre de ces contre-indications n'est pas à la rigueur plus considérable chez l'un que chez l'autre.

CAS REMARQUABLE DE CORPS ÉTRANGER INTRODUIT DANS LE RECTUM, EXTRAIT A L'AIDE DU FORCEPS; par M. CUMANO.

Obs. — Un homme, déjà malade, s'était introduit dans le rectum une fiole en verre. Cette fiole avait contenu une potion de cinq onces; elle offre dans l'endroit le plus gros deux pouces, deux lignes de diamètre, et avait été introduite par le goulot. Les tentatives qu'on avait faites pour l'extraire l'avaient enfoncée davantage. Lorsqu'il a examiné le malade, M. Cumano a trouvé le corps étranger profondément enfoncé dans l'excavation du sacrum; il pouvait à peine l'atteindre avec le doigt indicateur : le considérant comme une tête d'enfant restée dans la matrice, il en a fait l'extraction à l'aide du forceps de Boër. « Ayant, dit l'auteur, fait mettre le malade en position, j'ai introduit ma main dans le rectum, préalablement enduite d'huile, et j'ai conduit à son aide la première cuillère du forceps jusqu'au col de la fiole; j'en ai fait autant pour l'application de l'autre cuillère; j'ai articulé l'instrument, puis serré plus haut les deux branches avec une ficelle; j'ai tiré et extrait la fiole sans la casser. »

On conçoit à peine comment M. Cumano a pu faire passer et appliquer convenablement le forceps dans le rectum; mais puisqu'il a pu en accompagner les branches avec sa main jusqu'au goulot de la fiole, pourquoi ne l'a-t-il pas plutôt extrait avec la main? C'est ce que Louis fit dans le cas d'un moine qui s'était fourré dans le rectum une bouteille dite d'eau de la reine de Hongrie; il la fit extraire par la main d'un enfant. Quoiqu'il en soit, le fait de M. Cumano renferme une idée neuve; c'est l'application d'une tenette articulée en forme de forceps.

CORPS ÉTRANGER INTRODUIT DANS LE CANAL DE LA GLANDE SOUS-MAXILLAIRE; CIRCONSTANCES REMARQUABLES; par le même.

Obs. — Le 22 juillet, M. Guastalla, médecin, nettoyait ses dents avec un brin de paille de la longueur de huit lignes. Voulant faire saigner les gencives inférieures, il porta ce cure-dents derrière les dents incisives, et sous la langue en même temps qu'il parlait; il lui échappe des doigts, et un instant disparaît. M. Guastalla éprouve aussitôt des douleurs très vives : vingt quatre heures après, les douleurs étaient si intenses, qu'il pouvait à peine ouvrir les mâchoires. Il éprouve des lancées au côté gauche de la base de la langue, dans le trajet de la glande sous-maxillaire correspondante. Peu de temps après, ces douleurs se propagent à l'articulation maxillaire correspondante, à la fosse temporale et dans l'oreille. Le malade ne peut mâcher, il est obligé de se nourrir d'alimens liquides; la glande sublinguale est gonflée et rouge; les mouvemens de la langue gênés; il y a menace de suffocation par suite de la propagation de la phlogose dans l'arrière-bouche.

Ces phénomènes sont attribués par M. Cumano à la présence du brin de paille dans le conduit de la glande sous-maxillaire; il prescrit des saignées générales et locales.

Le 7 août, un abcès se forme et s'ouvre dans la bouche, au-dessus de la glande en question, il en sort une humeur salivaire et purulente très fétide; le malade est soulagé; mais on cherche en vain le corps étranger.

Le 9 août, un second abcès se forme vers la glande sous-maxillaire gauche, il est accompagné de douleurs pulsatiles.

Le 13, on l'ouvre; il donne issue à beaucoup de pus fétide; mais pas de corps étranger.

Le 24, l'ouverture est cicatrisée; mais la cicatrice reste dure et douloureuse; le malade y accuse de temps en temps des élancemens. Nouveaux accès inflammatoires; nouvel abcès près de la glande thyroïde; incision; pas de corps étranger. Trois heures après, on voit sortir par l'ouverture de cet abcès un brin de paille de la longueur de trois lignes. Sept jours plus tard, un autre abcès se déclare à côté du dernier. La glande sous-maxillaire n'est pas dure; mais le malade y accuse des élancemens : nouvel abcès; puis des végétations fongueuses se déclarent par cette ouverture dans la bouche; on sonde avec un stylet, et l'on y sent un reste de corps étranger.

Le 13 septembre, au moment où le malade rinçait sa bouche, il voit sortir spontanément un brin de paille, de la longueur de cinq lignes et demie. Guérison.

Cette observation est très curieuse, et en rappelle plusieurs autres analogues de fétu de paille nichés pendant plusieurs mois dans les lames de la cornée, de la conjonctive ou des paupières.

II. GIORNALE MEDICO DI VENEZIA.

Les cahiers du semestre mars-août contiennent les articles originaux suivans : 1° *De l'angine de poitrine*; par M. Zecchinelli (rien d'inconnu); 2° *Cas de phlébite diffuse causée par une saignée du bras; mort*; par M. Bargnani (pas de conclusions nouvelles); 3° *Observations cliniques*; par M. Rossi (faits intéressans, mais n'apprenant rien de nouveau); 4° *Constitution médicale de l'hôpital de Venise durant deux trimestres de 1838*; par M. Trois; 5° *Considérations physiologiques sur les nerfs moteurs du cœur*; par M. le professeur Médici (travail fort savant, mais ne renfermant pas de faits nouveaux); 6° *Effets remarquables de l'acide hydrocianique contre les phlogoses chroniques des organes de la respiration et de la phthisie*; par M. Fantonetti; 7° *Observations cliniques*; par M. Brugnon (rien d'inconnu).

BONS EFFETS DE L'ACIDE HYDROCIANIQUE CONTRE LES PHLEGMASIES CHRONIQUES DU POUMON ET EN PARTICULIER LA PHTHISIE; par M. FANTONETTI, professeur de clinique à Pavie.

En 1831, l'auteur de ce travail avait déjà publié plusieurs cas de bronchite chronique et de phthisie pulmonaire traités avantageusement à l'aide de l'acide hydrocianique. Depuis lors il a continué ses expériences, et il fait connaître aujourd'hui un assez grand nombre de faits dont nous allons reproduire les plus importans. Disons d'abord que l'acide hydrocianique dont M. Fantonetti a fait usage était au 900e degré; il a commencé ordinairement par la dose de deux à trois gouttes dans une livre d'eau, édulcorée avec un sirop simple, et avec la précaution de faire toujours agiter le mélange avant de s'en servir; il est arrivé graduellement jusqu'à la dose de vingt gouttes par jour, jamais au-delà.

Obs. I. — Bellani, cocher, ancien militaire, grand, maigre, poitrine étroite, constitution scrofuleuse, avait essuyé, au commencement de 1833, une bronchite intense, puis une pneumonite dont il fut traité et guéri à l'aide d'abondantes évacuations sanguines. Plus tard, la pneumonie récidiva deux fois; il fut guéri également, mais après la dernière maladie, des symptômes de tuberculisation pulmonaire se sont manifestés, et bientôt il fut déclaré incurable par plusieurs habiles praticiens.

Lorsque M. Fantonetti l'a visité, le malade gardait le lit depuis 72 jours, il était fort maigre, orthopnique, toussait continuellement; crachats purulens et abondans. L'auscultation a fait constater du râle crépitant, caverneux, aux deux poumons, surtout à la partie supérieure droite; broncophonie, pectoriloquie et ægophonie à la partie postérieure et inférieure gauche; voix voilée, anorexie, soif intense, peau sèche, sueurs nocturnes, diarrhée légère; gonflement léger des membres inférieurs et du bras gauche; pouls, 130 le soir; 100 à 110 le matin; prostration générale assez prononcée.

PRESCRIPTION : Acide hydrocianique, 4 gouttes dans une livre
d'émulsion de gomme arabique.
Décoction d'orge pour boisson et hydrogala.

Le lendemain, 31 mars, six gouttes d'acide.
Le surlendemain, sept gouttes.
Le jour suivant, huit. Pas d'amélioration.
Le 3 avril, dix gouttes.
Le soir, le malade est légèrement narcotisé. On continue le remède la nuit malgré le narcotisme.

Le lendemain matin, le narcotisme est plus manifeste, mais il y a une diminution évidente de la dyspnée, de la toux, des crachats et de la fièvre. On suspend le médicament pendant un jour.

Le 5, on revient à l'acide à la dose de huit gouttes; le malade le tolère parfaitement.

Le 6 et le 7, même remède, amélioration. On porte l'acide à neuf gouttes, et l'on continue à cette dose pendant six jours; alors on fait reposer le malade pendant un jour, puis on revient à huit gouttes.

A cette époque, l'auscultation fait reconnaître que le poumon gauche ne donne généralement qu'un bruit respiratoire léger, excepté en bas et en haut où l'on sent une crépitation muqueuse; à droite, râle muqueux et légèrement caverneux.

On reprend le remède, et on le porte à douze gouttes. On ajoute l'usage de la gelée de lichen et du lait.

Dix jours après, l'auscultation fait constater la disparition complète des cavernes; disparition totale de la fièvre, des crachemens purulens et de la toux; la respiration est assez libre; le malade prend des forces, et se lève. On baisse la dose du médicament à six gouttes pendant cinq jours; décoction de lichen. Amélioration progressive, convalescence, guérison complète. Le malade a repris son état de cocher, et depuis lors la cure ne s'est point démentie.

OBS. II. — Un enfant, âgé de 10 à 12 ans, était atteint de phthisie tuberculeuse confirmée. Il toussait continuellement, avait des points de côté, ses crachats étaient gras, l'auscultation faisait reconnaître d'une manière univoque la présence de tubercules dans les poumons.

Lorsque M. Fantonetti l'a observé, l'enfant était au lit depuis 30 jours; maigreur, rougeur circonscrite aux pommettes, grande difficulté dans la respiration, toux fréquente, crachats muqueux, épais et légèrement purulens; râle crépitant, muqueux et légèrement caverneux aux deux poumons; son mat à droite; décubitus latéral, difficile, orthopnée, bouche sèche, soif, insomnie, peau chaude et sèche, pouls 127, accès de fièvre le soir, pas de selles, urines rares. Une foule de médications avaient été employées sans succès.

PRESCRIPTION : Deux gouttes d'acide hydrocianique dans une livre
d'eau édulcorée.

Le malade a semblé d'abord tolérer peu le médicament; ensuite il s'y est habitué. On élève graduellement la dose à six gouttes par jour; puis on laisse reposer le malade pendant deux jours et l'on revient à la dose de trois.

Quinze jours après ce traitement, le petit malade était déjà mieux. Après le quarantième jour, il paraissait hors de danger, lorsqu'une exacerbation des symptômes a eu lieu : on revient à l'acide et à la gelée de lichen et au lait. Le remède est de nouveau élevé à la dose de six gouttes, mais cette fois il produit du narcotisme; on diminue la dose et l'on continue ainsi pendant cinq semaines; l'amélioration est manifeste et progressive.

Un mois après, nouvelle recrudescence des symptômes; potion acidulée *ut supra* pendant 40 jours. Guérison. Cette cure ne s'est point démentie depuis un an qu'elle a eu lieu.

OBS. III. — M. G. C., âgé de 31 ans, avait été souvent sujet à des bronchites et des pleurites.

Vers la fin de 1837, il eut une nouvelle bronchite qui fut heureusement combattue à l'aide de saignées et d'autres remèdes antiphlogistiques.

En janvier 1838, la toux est revenue et a pris une marche chronique, puis une fièvre périodique s'est jointe : on a donné le sulfate de quinine et le kermès minéral, mais sans avantage : une consultation a eu lieu : on a diagnostiqué une bronco-pneumonite chronique à gauche, et l'on a prescrit de nouvelles évacuations sanguines et l'ipécacuanha à petite dose. Ces moyens ont été employés sans beaucoup de succès.

Le 19 février, nouvelle consultation : on constate l'état suivant :

Toux incommode; crachats abondans et un peu fétides, de couleur jaunâtre, nageant dans beaucoup de mucus et de salive, très visqueux; la toux s'exaspère dans les inspirations; dyspnée surtout en parlant; respiration *oblique* et abdominale; soif, chaleur à la gorge, anorexie, insomnie; peau sèche et chaude, pouls petit et fréquent (118); exacerbations fébriles le soir; sueurs matutines; émaciation très prononcée, constipation, urines rares. L'auscultation fait connaître qu'il y a absence du bruit respiratoire dans tout le lobe inférieur gauche; respiration puérile et bruyante dans la partie antérieure avec râle muqueux crépitant; bronchophonie légère; pectoriloquie en arrière; à droite le bruit respiratoire est généralement augmenté, avec râle muqueux. Percussion très matte à la partie inférieure du thorax, moins matte en haut, et moins encore à droite. On diagnostique une phlogose chronique des deux poumons avec tubercules miliaires; induration à gauche; hépatisation imminente.

M. Fantonetti a proposé l'usage de l'acide hydrocianique; les consultans cependant ont préféré la digitale, l'aconit, l'eau de laurier-cerise et les vésicatoires. On a donc employé pendant quinze jours ces moyens; la maladie a continué sa marche, et l'émaciation a fait des progrès. On a alors permis l'usage de l'acide hydrocianique à la dose de trois gouttes dans un looch; on est arrivé petit à petit à sept gouttes par jour. On a joint des frictions d'iode à la poitrine et aux aisselles sous forme de pommade.

Après six jours de ce traitement, l'amélioration a été manifeste; les crachats, la fièvre et les sueurs ont diminué. On suspend le médicament pendant un jour; ensuite on y revient à la dose de six gouttes, puis de huit.

Huit jours plus tard, le malade était déjà sans fièvre, les crachats simplement muqueux, la toux légère; il y a un peu de salivation, de la chaleur à la gorge. On suspend les frictions iodées.

Une semaine plus tard, l'amélioration était tellement prononcée, que le malade s'est levé; il a de l'appétit, dort bien, et ne se plaint que d'un peu de gêne à la respiration. L'auscultation fait sentir un peu de râle muqueux au sommet du poumon droit; respiration enfantine dans le reste du même organe; à gauche, absence de bruit respiratoire dans le lobe inférieur; dans le reste, la respiration est normale. On continue l'usage de l'acide à la dose de huit gouttes; les forces se relèvent de plus en plus; retour de l'embonpoint; convalescence, air de la campagne. Guérison.

OBS. IV. — Un jeune homme, musicien, âgé de 24 ans, constitution scrofuleuse, de taille haute, proportions jolies, s'était toujours bien porté jusqu'à l'âge de 22 ans.

A cette époque, des excès de toute espèce lui ont fait contracter une toux qu'il a négligée, puis une pleuro-pneumonite pour laquelle il a été saigné sept fois. Après la guérison, il lui est resté une petite toux importune qui s'est prolongée pendant une année; alors, nouveaux excès, nouvelle pneumonie, nouvelles saignées, etc.

Le 2 avril, le malade se fait recevoir à la clinique de M. Fantonetti; il offre l'état suivant :

Irritation continue à la gorge; respiration difficile, inégale, ondoyante. Le côté droit du thorax est presque immobile. Toux fréquente. Crachats copieux, ronds, de couleur jaunâtre, mêlés à beaucoup de mucus et de salive, laissant au goût du malade une saveur douçâtre, sanguinolens quelquefois. L'auscultation fait reconnaître au-dessous de la clavicule gauche et derrière elle, vers les fosses sous et sus-épineuses, un gargouillement très prononcé, comme si l'on poussait de l'air par une petite canule immergée dans un verre d'eau, indice certain de l'existence d'une caverne. Dans le reste du thorax, le bruit respiratoire est légèrement crépitant et muqueux. La percussion donne un son obtus dans l'endroit du gargouillement. Le malade se plaint d'un sentiment de chaleur à la gorge et le long de la trachée : fièvre avec redoublement le soir, sueurs matutines, émaciation générale assez prononcée, palpitation au moindre mouvement du corps.

PRESCRIPTION : Acide hydrocianique, 4 gouttes dans une livre
d'eau distillée dont on donnera une once
toutes les deux heures.
Décoction de lichen.

Le 3 avril, même potion avec 5 gouttes d'acide.
Le 4, six gouttes.
Le 10, huit gouttes. Le malade commet une imprudence dans le régime; recrudescence des symptômes thoraciques. Saignée. On continue l'acide *ut supra*. L'on élève la dose par degrés.
Le 18, douze gouttes.
Le 19, le malade est un peu narcotisé : on suspend l'acide jusqu'au 22; alors on revient à huit gouttes.
Le 24, la première amélioration se déclare; il y a amendement de tous les symptômes.
Le 30, la dose est élevée à 14 gouttes. La tisane de lichen est vomie.
Le 8 mai, le malade a des vertiges et de la céphalalgie. On supprime l'acide. Comme il y a constipation, on prescrit un laxatif. Émulsion de gomme arabique.
Le 12, on revient à l'acide, 8 gouttes. L'amélioration ne fait pas de progrès quant aux symptômes thoraciques, mais la fièvre est tombée en grande partie, et les sueurs ont beaucoup diminué. Le malade se lève. Le son caverneux à la poitrine persiste; les crachemens ont un peu diminué, mais leur nature est toujours la même, si ce n'est que depuis plusieurs jours ils ne sont plus striés de sang.
Le 1er juin, la toux est moins incommode; les crachats sont beaucoup moins abondans et plus muqueux; la fièvre a cessé complètement. Acide, 16 gouttes. Régime alimentaire de substances animales.
Le 6, on baisse la dose à 12 gouttes. Amélioration progressive; le malade se promène; il n'a plus de palpitations de cœur ni beaucoup de gêne à la respiration; la toux est rare et légère, les crachats peu abondans.
Le 10, on suspend l'acide et on le remplace pendant quelque temps par l'extrait aqueux de mirrhe à la dose d'un grain et demi toutes les trois ou quatre heures en pilules. Tisane de guimauve.
Le 22, le malade est fort bien; il se promène partout dans l'hôpital lorsqu'il éprouva tout à coup un point de côté à la partie gauche du thorax, avec difficulté très grande de respirer. Sangsues, 18, *loco dolenti*; purgatif de séné et de manne; boisson tamarindée.
Le lendemain, persistance des symptômes : acide, 8 gouttes.
Le 26, augmentation des symptômes d'inflammation pulmonaire à gauche. Le bruit caverneux persiste, mais pas au même degré qu'auparavant. Saignée de 10 onces; acide, 10 gouttes.
Le 27, pas d'amélioration; le sang est couenneux; toux incommode; dyspnée; chaleur à la poitrine; fièvre. Autre saignée de 10 onces. Acide *ut suprà*.
Le 28, pas de mieux.
Les 29 et 30, mieux très prononcé. On continue l'acide.
Le 4 juillet, l'acide ayant été récemment préparé a causé de la chaleur à l'estomac (pyrosis); on ajoute dans la potion une émulsion de gomme.
Le lendemain, on réduit le médicament à quatre gouttes. Amélioration progressive; tous les symptômes se dissipent par degrés. L'auscultation fait sentir à peine de la pectoriloquie, râle muqueux fort léger à gauche; on ne peut plus entendre le bruit caverneux ni le gargouillement; cela fait présumer que la caverne est cicatrisée.

Le 15, il ne reste plus qu'un peu de toux; les crachats sont rares et muqueux. Les forces se relèvent, l'appétit est bon, embonpoint, gaîeté.

Le 18, *exeat*. Guérison. Pendant deux ans, la guérison s'est soutenue. Ensuite, le malade s'est livré de nouveau à ses excès, et surtout à l'abus du vin; il a contracté une nouvelle pneumonie à Monza, où il est mort.

Trois autres faits sont contenus dans la première partie de ce mémoire, dont un relatif à une bronchite chronique, les deux autres à des broncopneumonites chroniques; ils ont été guéris comme les précédens. M. Fantonetti a appliqué l'acide hydrocianique à d'autres affections, et il n'a pas été moins heureux : ces affections sont du nombre de celles qu'on appelle nerveuses, telles qu'un cas de dyspnée intermittente, deux cas de toux fébrile continue; un autre de palpitations de cœur; un cinquième de gastralgie; un d'hystérie. Ce dernier est relatif à une femme âgée de 32 ans, qui éprouvait des accès effrayans d'hystérie; elle tombait sans connaissance, ou bien elle éprouvait des accès de délire, puis de pleurs, etc.; une foule de médications avaient été inutilement employées; elle a été guérie à l'aide de l'acide hydrocianique : les accès ont été d'abord affaiblis, puis presque entièrement coupés.

Tels sont les faits principaux contenus dans l'intéressant travail de M. Fantonetti. Arrêtons-nous sur les premiers.

On a mis en doute la possibilité de guérir la tuberculisation pulmonaire; pourtant si les faits de M. Fantonetti sont véridiques, ainsi que nous le croyons, on ne peut plus douter de cette possibilité. L'autopsie avait déjà fait constater que des cavernes pulmonaires pouvaient se cicatriser; mais les observations de guérisons de phthisie tuberculeuse rapportées par les auteurs n'avaient pas paru jusqu'à présent très concluantes, faute peut-être d'un diagnostic rigoureux; en dira-t-on autant de celles de M. Fantonetti? Sans y attacher plus d'importance qu'elles ne méritent, ces observations sont propres, nous pensons, à appeler l'attention sur cette importante question que l'Académie vient de mettre à l'ordre du jour.

Une autre considération se rattache aux faits précédens; elle est relative aux effets de l'acide hydrocianique. Quel que soit le nom qu'on veuille appliquer aux affections dont on vient de lire les détails, les effets salutaires de ce médicament n'en sont pas moins remarquables. Déjà plusieurs auteurs, entre autres Rasori, Hufeland, Thomson, etc., avaient fait connaître, par des expériences cliniques, la vertu éminemment antiphlogistique de l'acide hydrocianique; mais c'est surtout à Borda (1804) et à Brera (1815) qu'on doit l'emploi de ce remède contre les maladies inflammatoires aiguës et chroniques de la poitrine. Ces habiles praticiens ont traité publiquement et avec un plein succès des pneumonites et des pleuro-pneumonites fort intenses, par le seul usage de l'acide prussique et sans tirer une seule goutte de sang. Ces résultats ne manquèrent point d'exciter une sorte d'enthousiasme pour ce remède et de le faire employer dans une foule d'affections, entre autres contre la tuberculisation pulmonaire. Plusieurs auteurs ont publié des cas de phthisie tuberculeuse au deuxième et même au troisième degré, guéris à l'aide de l'acide prussique; mais on n'y a pas cru. Aujourd'hui M. Fontanetti a repris les expériences de Borda et de Brera, ses prédécesseurs à l'école de Pavie, et il a été assez heureux pour pouvoir proclamer avec plus d'assurance la vertu éminemment antiphlogistique de l'acide hydrocianique. Ce sujet, du reste, a été savamment discuté par M. Giacomini dans son Traité de matière médicale; il a fait voir que l'action de cette héroïque substance est purement affaiblissante et porte principalement sur le système artériel et le cœur, il explique par là ses effets salutaires et prompts dans les inflammations des organes très vascularisés, comme le poumon. Il y a, il est vrai, de la différence entre la tuberculisation et la phlogose simple; mais personne n'ignore que les phénomènes consécutifs de la phthisie ne sont dus qu'à une inflammation mécanique, déterminée par la présence des tubercules. D'après l'école de Rasori, cette phlogose aurait pour siége principal le système artériel des poumons; or, si l'acide prussique combat les phénomènes de la phthisie, c'est, dit M. Giacomini, en dissipant spécialement l'artérite capillaire chronique des poumons, et en provoquant probablement aussi la résorption de la matière tuberculeuse. Nous laissons à l'auteur la responsabilité de cette théorie et nous nous contenterons d'appeler l'attention sur les remarques suivantes :

1° L'acide hydrocianique est un médicament héroïque, dont l'emploi exige beaucoup de circonspection. On sait, en effet, qu'un assez grand nombre de malades ont été victimes de son usage intempestif;

2° Lorsqu'on ordonne ce remède, il faut préciser son degré de concentration, sous peine d'empoisonnement. On prescrit ordinairement l'acide hydrocianique médicinal, c'est-à-dire celui préparé d'après le procédé de M. Gay-Lussac, étendu dans six fois son poids d'eau distillée;

3° Il ne faut pas oublier que cet acide est très volatil, peu soluble dans l'eau et décomposable par l'action de la lumière. Aussi faut-il ajouter la précaution de toujours agiter la fiole avant de s'en servir et de tenir celle-ci enveloppée d'un papier de couleur. Peut-être serait-il plus prudent de faire expédier la potion divisée en autant de fioles qu'elle contient de prises. Peut-être aussi la forme pilulaire serait-elle plus convenable;

4° Quel que soit le mode d'administration qu'on aura adopté, il est bon de se rappeler qu'arrivé dans l'estomac le médicament s'évapore et revient en partie par éruptations irriter mécaniquement la gorge et provoquer la toux ou l'augmenter, si le malade toussait déjà. Aussi est-il utile de prescrire des boules de gomme dans la bouche après l'ingestion du remède;

5° Si des symptômes d'empoisonnement par l'acide hydrocianique se déclarent, il importe de se rappeler que ses véritables antidotes sont les stimulans diffusifs, principalement l'ammoniaque. On sait que Murrey s'était tellement convaincu de l'efficacité de ce dernier moyen qu'il ne craignait pas de dire qu'il serait prêt à s'empoisonner avec de l'acide prussique, pourvu que quelqu'un lui administrât de suite plusieurs doses d'ammoniaque. Les expériences sur les animaux vivans autorisent suffisamment cette manière de voir. Malheureusement cependant, l'action du poison en question est trop prompte, trop foudroyante pour pouvoir compter sur les antidotes, à moins d'être administrés de très bonne heure.

III. GIORNALE DELLE SCIENZE MEDICHE DI TORINO,

DEUX CAS D'ABCÈS AU SINUS FRONTAL, DONT L'UN S'OUVRIT DANS L'ORBITE; GUÉRISON; par M. Riberi.

Obs. I. — Un homme, âgé de 24 ans, tempérament sanguin, bonne constitution, est reçu à la clinique de M. Riberi, le 12 mars 1838. Il avait eu dans le mois d'août de l'année précédente deux attaques de fièvre catarrhale, dont il avait été débarrassé moyennant le traitement antiphlogistique. Ensuite, il a éprouvé une inflammation grave du sinus frontal gauche, occasionnée par l'immersion de son corps et de sa tête dans les eaux froides du *Tanaro*. Cette inflammation a été combattue à l'aide de quatorze saignées, ce qui ne l'a pas empêchée de se terminer par la suppuration, dans l'espace d'un mois. La suppuration s'est fait jour vers la tête du sourcil, près de la racine du nez. L'ouverture spontanée de la peau a été précédée d'infiltration purulente entre les deux sourcils; elle était très-petite et s'est fermée six jours après. Depuis ce moment la partie s'est gonflée, et a acqui petit à petit un grand volume, par suite de la collection purulente. Deux mois après (octobre) l'abcès a été ouvert, et l'on a donné issue à une grande quantité de pus; le malade a été soulagé. Le pus a continué à couler par cette ouverture, et le malade y a éprouvé des douleurs plus ou moins intenses jusqu'au commencement de janvier 1838. A cette époque, son état s'est aggravé sous l'influence des causes atmosphériques; la phlogose du sinus a augmenté; le malade a éprouvé les symptômes d'apoplexie, puis de paralysie de la moitié droite du corps. Ces symptômes se sont dissipés dans l'espace de douze jours. C'est dans cet état que le malade s'est présenté à la clinique; il offrait les symptômes suivans :

Ouverture fistuleuse à la tête du sourcil gauche, donnant issue à beaucoup de pus fétide; un stylet passe par cette ouverture dans le sinus correspondant, et fait connaître une carie; paupière correspondante un peu tuméfiée, rougeâtre et abaissée; côté gauche du front plus arrondi que le côté opposé, et un peu douloureux à la pression; douleur tantôt gravative, tantôt lancinante, aux environs du trou fistuleux et à l'occiput; symptômes de congestions encéphaliques avec fièvre, soif, rêves.

La première indication était donc d'apaiser le phlogose du sinus frontal, et l'hypérémie cérébrale. C'est ce qu'on a obtenu à l'aide de deux saignées du pied, de la diète et du repos. On a ensuite cautérisé le sinus fistuleux à l'aide d'un fer rouge, dans le but de détruire les fongosités et de faciliter l'écoulement du pus par l'élargissement du conduit. La réaction a été légère; vingt jours après, plusieurs esquilles osseuses sont tombées. Le stylet fait sentir dans le sinus une autre esquille exfoliée, mais on ne peut l'en extraire à cause de son volume. Injections détersives. Un mois et demi après, le sequestre n'est pas encore sorti : on dilate le trajet fistuleux, on attaque la table sourcillère externe à l'aide de la gouge et du maillet, et l'on met le fond du sinus à découvert; alors l'extraction du sequestre a été facile. La plaie s'est promptement cicatrisée; le malade est sorti guéri après quatre mois de séjour à la clinique.

Obs. II. — Une femme, âgée de 45 ans, tempérament sanguino-nerveux, bonne constitution, caractère vif et gai, bien réglée, s'était toujours bien portée jusqu'à l'âge de 42 ans, si ce n'est quelques otalgies qu'elle souffrait de temps en temps. A cette époque, il y a maintenant trois ans, elle a essuyé une bronchite grave pour laquelle elle a été saignée deux fois; ses règles se sont supprimées tout à coup; la femme a dès-lors été prise de palpitations et de dyspnée. Les règles ne sont reparues que de trois mois en trois mois. L'otalgie s'est manifestée de nouveau; ensuite, une inflammation s'est déclarée dans le sinus frontal gauche, avec une douleur à l'occiput, et confusion dans les idées. Saignées, diète, repos : l'inflammation s'est apaisée; mais les douleurs dans le sinus reviennent de temps en temps; une suppuration lente s'y établit; la paroi antérieure du sinus est corrodée par degrés. Trois mois après, une tumeur fluctuante du volume d'une noisette se manifeste à la partie interne de l'orbite. Cette tumeur n'était autre chose qu'un abcès par congestion; il a augmenté par degrés; au bout d'une année, il occupait la moitié supérieure de la cavité orbitaire. C'est dans cet état que la malade a été reçue à la clinique, dans le mois de mars 1836, dix-huit mois après le début de la maladie. Le pus avait fusé dans l'orbite par un trou profond du sinus. En pressant avec force les parois de l'abcès, celui-ci s'est affaissé, le pus est remonté dans le sinus, et de là s'est précipité dans la narine. On a pu juger par là que la communication du sinus avec la narine était libre. Le chirurgien ouvre lar-

gement le foyer de l'abcès, à l'aide d'une incision semi-circulaire s'étendant de l'angle interne de la paupière inférieure au milieu de ce voile; il s'en est écoulé beaucoup de pus fétide, visqueux et jaunâtre. Le doigt introduit dans le foyer a parcouru toute son étendue et reconnu ses limites et le trou de communication avec le sinus; ce trou était profond et situé à la partie interne de la paroi supérieure de l'orbite, derrière l'apophyse orbitaire interne de l'os frontal. Aucune trace de carie n'existe autour de cette ouverture. On a pansé en remplissant ce foyer de charpie fine. Malgré tous les soins qu'on ait pris dans la répétition exacte du même pansement, l'ouverture s'est convertie en fistule; un mois après, le stylet entre dans une profonde caverne. Dès-lors, la racine de la paupière s'est regonflée comme la première fois, à cause de la collection purulente; les douleurs sont reparues vers la racine du nez, au front et à l'occiput. On ouvre de nouveau l'abcès, on le panse comme la première fois; nouveau rétrécissement fistuleux.

« J'ai pensé alors, dit l'auteur, que la difficulté de la guérison pouvait tenir à ce que la partie profonde de l'abcès introrbitaire était plus déclive que son entrée; de là, le croupissement trop facile du pus. J'ai donc fait construire un instrument compresseur analogue à celui dont on se servait autrefois pour comprimer le sac lacrymal, muni d'une pelotte organisée de manière à agir exactement sur la paroi inférieure et mobile de l'abcès jusqu'au fond de l'orbite, et j'ai maintenu pendant longtemps cette paroi en contact avec la supérieure. Cet instrument a été appliqué et maintenu en place pendant un mois et demi; mais il n'a pas atteint le but, car l'abcès s'est reproduit. »

On en était déjà au sixième mois de traitement; des cautérisations avec la solution du nitrate d'argent, le sublimé corrosif, la créosote, etc., avaient été inutilement employés; on a alors pensé d'ouvrir une nouvelle voie au pus du fond de l'orbite, en pratiquant une brèche sur le point le plus déclive, communiquant avec la cavité nasale. M. Riberi a donc enfoncé la lame carrée de l'etmoïde à l'aide de la gouge et du marteau; la brèche a été assez large pour permettre le passage du doigt annulaire : le canal lacrymal osseux a été respecté. Dès-lors, le pus a commencé à couler librement, et les parois de l'abcès à se rapprocher; l'ouverture extérieure s'est fermée 24 jours après. L'air passait de la narine dans le fond de l'orbite, et y produisait une sorte d'écho. La compression et le temps ont complété la cure; la guérison a été parfaite. L'œil et les voies lacrymales sont restés intacts.

Sans être neufs, ces deux faits sont remarquables, surtout le dernier. L'idée de M. Riberi d'obtenir l'oblitération du foyer introrbitaire, en perforant la narine, est assez heureuse, et mérite d'être imitée. Nous avons vu nous-mêmes plusieurs fois des abcès du fond de l'orbite; mais toujours compliqués de carie; la guérison en a été longue et difficile. Les auteurs de chirurgie, d'ailleurs, en rapportent des exemples.

VARICE ANÉVRISMALE DE L'ARTÈRE ISCHIATIQUE; par le même.

Obs. — Un paysan, âgé de 25 ans, a été blessé avec une petite faux vers le milieu de l'année 1832, à la fesse droite, vis-à-vis la grande échancrure ischiatique et dans le trajet de l'artère de ce nom. Cette artère a été lésée. Le sang a jailli en abondance, mais on l'a arrêté à l'aide d'une forte pression. Quatorze jours après, la cicatrice était formée et consolidée. Au bout de ce temps, en quittant le lit, le malade éprouve le sentiment d'une forte pulsation dans le lieu blessé, puis des douleurs qui l'empêchent de marcher. La fesse prend de l'accroissement. Un an après, le malade est reçu à la clinique.

A l'examen, on trouve une tumeur pulsatile à la fesse : une cicatrice oblongue de haut en bas et de dedans en dehors, de la longueur de seize lignes, dans le trajet de l'artère ischiatique, et vis-à-vis la grande échancrure de ce nom. La fesse est d'un tiers plus volumineuse que l'autre et sillonnée par de grosses veines sous-cutanées. En portant le doigt sur la cicatrice et sur le bord osseux de l'échancrure, et à quelques lignes au dedans de cette ouverture, on sent très distinctement une pulsation sifflante dans l'étendue de trois à quatre lignes : on sent d'ailleurs dans toute la fesse des pulsations obscures accompagnées d'une sorte de frémissement ou de tremblement, lesquelles partaient de l'échancrure ischiatique et se répandaient en direction rayonnante dans toute la fesse.

M. Riberi a fait saigner du bras deux fois le malade, puis appliquer des vessies de glace et la compression sur la tumeur. Ces moyens ont dissipé presque complètement la douleur. La compression a été exercée pendant trois mois à l'aide d'un tourniquet; la fesse a repris son volume naturel; les pulsations ont disparu complètement aux environs de la fesse, mais elles ont persisté quoiqu'à un moindre degré à l'endroit de la cicatrice. On a alors appliqué un bandage sur la région, et le malade est retourné chez lui où il est resté pendant trois ans.

Vers l'été de 1838, le malade est revenu à la clinique dans le même état que la première fois; la tumeur et les pulsations avaient repris les conditions primitives, mais le malade ne se plaignait pas de douleurs, seulement son membre était engourdi.

On revient à la compression à l'aide d'un brayer et d'une pelotte appropriée. Nouvelle amélioration *ut supra;* le malade a de nouveau quitté l'hôpital. M. Riberi n'a pas cru jusqu'à présent devoir tenter aucune opération sanglante.

Que ce soit un anévrisme simple ou bien une varice anévrismale, ainsi que l'auteur le présume, le fait ci-dessus ne laisse pas que d'être très intéressant sous plusieurs rapports et principalement à cause de la région insolite qu'occupe la tumeur. Comme anévrisme simple, cette observation trouve ses pareilles dans les annales de la science, et des cas même qui ont été guéris à l'aide de l'opération; mais comme varice anévrismale, le fait serait unique pour cette région : malheureusement cependant ce dernier diagnostic n'est pas complet; peut-être le sera-t-il plus tard par l'autopsie.

IV. BULLETTINO DELLE SCIENZE MEDICHE DI BOLOGNA.

EXTIRPATION DE LA LANGUE A L'AIDE D'UN NOUVEAU PROCÉDÉ; par M. REGNOLI, professeur de clinique chirurgicale à Pise.

Obs. — Une jeune personne, âgée de 14 ans, non encore réglée, de constitution scrofuleuse, a été reçue à la clinique de M. Regnoli, le 29 avril 1838. Sa parole était tellement embarrassée qu'avant d'explorer cet organe on aurait pu deviner qu'il devait être malade.

A l'examen, la langue offre sur son dos une tumeur du volume d'un œuf de poule, s'étendant depuis le tiers antérieur de l'organe jusqu'à sa base, envahissant toute l'arrière-bouche et le gosier. Sa limite postérieure ne peut être d'abord discernée. Le bord externe de la langue s'offrait à l'état libre dans la largeur de deux lignes. Le doigt porté dans l'arrière-bouche fait connaître que la tumeur s'arrête à la base de la langue. Toute l'épaisseur de cet organe est comprise dans la tumeur; celle-ci proémine du côté de l'os hyoïde à gauche. La surface de la tumeur est granulée sur plusieurs points : elle donne du sang, surtout pendant la mastication et les attouchemens du doigt. Le sang jaillissait quelquefois comme d'une artère. La masse était plutôt dure, mais pas fort dure : elle offre des bosselures et est indolente au toucher. La mastication, la déglutition, la parole et la respiration étaient tellement gênées que la malade était souvent menacée de suffocation. L'intelligence de la malade étant fort bornée et sa parole difficile, on n'a pu apprendre grand'chose sur le commémoratif de la tumeur; on a su seulement que la parole avait commencé à être embarrassée depuis deux ans.

Bien que le palpement fît suffisamment reconnaître que la nature de la tumeur n'était pas liquide, M. Regnoli a cru devoir faire une ponction exploratrice à l'aide d'une aiguille à cataracte; il n'en est sorti que du sang.

Opération. Le 18 mai, la malade a été assise à une chaise près d'une fenêtre, la tête appuyée et soutenue sur la poitrine d'un aide placé derrière. M. Regnoli pratique avec un bistouri convexe une incision sur la peau du cou, s'étendant depuis la symphise du menton jusqu'à l'os hyoïde, et dans la direction de la ligne médiane. Il pratique ensuite deux autres incisions, l'une à droite, l'autre à gauche, lesquelles commencent à l'extrémité mentale de la première, et se prolongent dans la direction de la base de la mâchoire jusqu'au bord antérieur du masseter avec la précaution de ne pas léser l'artère faciale.

Il en est résulté des trois incisions une lettre T, et par conséquent deux lambeaux. L'opérateur dissèque ces deux lambeaux qui comprennent la peau, le tissu cellulaire et le muscle platisma hyoïdien. La couche musculaire sous-jacente est en évidence; M. Regnoli quitte le bistouri convexe et en prend un droit; il l'enfonce de bas en haut derrière la symphise du menton et coupe les attaches des muscles génio-hyoïdiens et génio-glosse, perfore la muqueuse et en fait sortir la pointe dans la bouche, derrière les dents incisives. Alors l'opérateur prend un bistouri boutonné qu'il introduit dans la même ouverture de bas en haut, en retourne le tranchant à droite, puis à gauche, et coupe les attaches antérieures des digastriques, des mylo-hyoïdiens, et la muqueuse buccale jusqu'aux piliers antérieurs. Trois ou quatre vaisseaux sont liés. La langue ne s'est point rétractée; l'opérateur avait d'ailleurs pourvu à cet accident.

Par suite de ces incisions, le plancher de la bouche s'est trouvé largement ouvert : alors M. Regnoli prend avec les pinces de Muzeux le sommet de la langue et le tire en bas par la brèche sous-mentale; toute la langue et la tumeur se sont trouvées de la sorte à la face antérieure du cou; l'opérateur quitte les pinces et les remplace par ses doigts; il tire convenablement la langue et met toute la tumeur en évidence; il en entoure la base de plusieurs fils, afin de prévenir l'hémorragie des artères linguales, bien qu'il eût été facile de les lier isolément; pour cela il s'est servi d'une longue aiguille courbe, qu'il a fait passer dans la masse musculaire gauche, résultant de la section des muscles mylo-hyoïdiens, génio-hyoïdiens, etc. Dans cette ligature en masse a été comprise l'artère linguale. Une seconde ligature a été passée à la partie postérieure de la tumeur, y comprenant la substance de la langue, parallèlement à l'os hyoïde. L'autre artère linguale a été liée également en masse.

Après avoir entouré ainsi de ligatures toute la circonférence de la tumeur, M. Regnoli a excisé toutes les parties placées en-deçà des fils par petits coups de ciseaux. A chaque coup, il ne divisait que quelques lignes de tissus, afin de pouvoir lier les artères, s'il s'en présentait; aucun vaisseau cependant n'a dû être lié, et le mal a été enlevé en totalité sans aucun embarras. M. Regnoli a préféré ce mode de ligature partiel à la ligature en totalité, qui comprend le nerf hypoglosse. Deux ou trois boutons de feu ont été appliqués sur le moignon hyoïdien, afin d'arrêter complètement une petite nappe de sang. Ce sang provenait de ce que le fil qui avait été passé parallèlement à l'os hyoïde était tombé sous l'action des ciseaux.

A la suite de ces manœuvres, le moignon a été réintroduit dans la cavité buccale. Pas une goutte de sang n'est tombée dans la glotte. La plaie extérieure n'a pas été complètement bouchée, afin de faciliter l'écoulement de la suppuration; les fils des ligatures sont restés pendans au-dehors. Demi rapprochement des parties à l'aide de bandelettes, de compresses et d'une bande. La pièce pathologique comprend la presque totalité de la langue et la tumeur. Celle-ci est de nature fongueuse, blanchâtre, analogue aux tissus scrofuleux.

Après l'opération, on a prescrit à la malade de petits morceaux de glace dans la bouche. Réaction fébrile intense, saignée. Le quatrième jour, on change l'appareil : suppuration louable. Le huitième jour, la réunion est progressive. Le 3 juillet, le plancher buccal est complètement cicatrisé; les boissons et les alimens sont déglutis, comme si la langue existait. Le moignon hyoïdien s'est considérablement hypertrophié et remplace en partie les fonc-

tions de la langue. La parole est revenue en grande partie ; la malade parle beaucoup mieux qu'avant l'opération et a pris de l'embonpoint et de la fraîcheur.

Cette belle observation est digne de méditation sous le triple rapport pathologique, thérapeutique et physiologique. L'espèce de tumeur qui a nécessité l'opération offre quelque chose d'insolite, et il est probable que c'est à cette espèce qu'il faut rapporter le cas de guérison de M. Mirault, à l'aide de la seule ligature des artères linguales. Le procédé opératoire suivi par M. Regnoli paraît très rationnel, mais il occasionne une plaie d'une étendue effrayante, et l'on sait combien la réaction phlegmoneuse est redoutable dans ces régions : on pourrait peut-être lui adresser d'autres reproches; mais il présente aussi ses avantages; néanmoins, nous ne saurions le préférer à celui de M. Mayor, du moins pour les cas où la partie à enlever n'aurait pas des dimensions très considérables. Quant à la reproduction de la langue, ou plutôt à l'espèce d'anamorphose physiologique qui s'est opérée après l'ablation de cet organe, c'est là un phénomène admirable, déjà observé depuis longtemps et que le fait de M. Regnoli confirme complètement (V. Louis Delpech).

V. ANNALI CLINICI DELL' OSPEDALE DEGL' INCURABILI DI NAPOLI.

HYPERTROPDIE MORBIDE DU SYSTÈME MUSCULAIRE; par MM. COSTE et GIOJA.

OBS. — Deux enfans, frères, nés à la campagne, avaient été robustes et bien portans jusqu'à l'âge de huit à dix ans. A cette époque, ils sont allés habiter un village très humide et froid, où ils se sont voués aux travaux des champs. Bientôt leur santé a commencé à s'altérer; les muscles des membres inférieurs augmentent sensiblement de volume; tout le système musculaire se ressent de cet état. Les deux individus deviennent, par la suite, inaptes au travail, on les envoie à la capitale. Ils ont été reçus à la clinique chirurgicale. On leur a fait prendre les bains d'Ischia, qui ont plutôt empiré leur état. L'augmentation du volume de leur système musculaire est devenue vraiment exorbitante; l'un des deux sujets est mort avec des symptômes d'hypertrophie au cœur (l'autopsie n'a pu être faite), l'autre est resté à l'hôpital des incurables. Il a 18 ans et offre l'état suivant :

Sa taille basse et l'absence des signes de puberté lui donnent l'air d'un enfant de dix à douze ans; les dimensions de sa tête cependant sont très considérables, eu égard à la grandeur de son corps. La langue est au moins d'un tiers plus grosse qu'à l'état naturel; elle remplit la cavité buccale et met obstacle à la parole, à la mastication et à la déglutition: les muscles masseters sont très volumineux. La poitrine est courte; les côtes sont plutôt minces. Abdomen volumineux et dur par suite de la grosseur et de la raideur de ses muscles, surtout par la saillie énorme des muscles droits. Les muscles de la tête et du cou n'offrent rien d'irrégulier. Parmi les muscles du dos, on remarque une hypertrophie considérable dans la partie supérieure du trapèze et dans les digitations du grand dorsal. Les carrés des lombes ont un volume double du naturel; mais le développement le plus considérable s'observe aux muscles des membres supérieurs et inférieurs. Les deltoïdes sont triplés de volume; les gastrocnémiens font une protubérance prodigieuse. Les tendons de ces muscles sont minces et durs. Les autres muscles sont hypertrophiés à peu près dans les mêmes proportions que les précédens. Les os des membres semblent plutôt petits et comme atrophiés, surtout vers les condyles des fémurs et des tibia. L'avant-bras et les doigts restent passivement dans la flexion; le malade ne peut les étendre, ni s'en servir. Les cuisses sont aussi dans la flexion sur le bassin et les jambes sur les cuisses, les talons touchent les fesses. Le pieds sont déviés de manière que leur dos se trouve sur la même ligne que la malléole externe, la plante en direction de la malléole interne. La peau qui couvre les muscles hypertrophiés est rouge foncé et parcourue par des veines variqueuses.

Les fonctions des organes de la génération paraissent à peine développées. Le reste des fonctions de l'organisme est à l'état normal.

Le malade a été mis à l'usage interne et externe de l'iode; il en a retiré quelque avantage.

L'auteur de cette observation présume que la nature de l'hypertrophie était scrofuleuse, ce qui nous paraît hypothétique. Il est à regretter que l'autopsie de l'autre individu mort de la même affection n'ait pu être faite. Il aurait été important de s'assurer si le développement excessif des muscles tenait à un état de supernutrition physiologique de leurs fibres, ou bien à la déposition accidentelle de substances morbides entre leurs mailles. On connaît des cas d'hypertrophie physiologique et pathologique des muscles, mais aucun ne ressemble à celui-ci : c'est une affection rare et curieuse, qu'il faudrait étudier d'abord avec le scalpel à la main.

VI. IL FILIATRE SEBEZIO.

CORPS ÉTRANGER RESTÉ DANS LA TRACHÉE DEUX MOIS ET DEMI, ET EXPULSÉ ENSUITE PAR LES EFFORTS DE TOUSSER; par M. GUASTAMACCHIA.

OBS. — Un jeune homme âgé de 18 ans, tempérament sanguino-bilieux, ouvrier, mangeait avec avidité des cerises sans se donner la peine de jeter les noyaux, lorsqu'il fut pris subitement d'irritation au larynx et de toux. Ces symptômes se sont dissipés en peu d'instans. Deux mois après, il est saisi de fièvre gastro-rhumatique, pour laquelle on lui a administré l'émétique; pendant les efforts pour vomir, il est saisi d'une toux convulsive très violente et suffocante. Après plusieurs efforts il expulse un tampon de mucus, dans lequel était un noyau de cerise. Cela a étonné d'abord, mais ensuite on s'en est rendu compte par le commémoratif précédent.

On connaît beaucoup d'exemples de corps étrangers tombés dans la trachée ou dans les bronches, où ils sont restés plus ou moins longtemps sans produire d'abord beaucoup d'irritation, et qui ensuite ont déterminé des accidens graves, la phthisie. On en connaît aussi qui ont été expulsés par les seuls efforts de l'organisme, sans déterminer des accidens sérieux; mais ces derniers ne sont qu'en petit nombre; sous ce rapport, par conséquent, celui de M. Guastamacchia offre de l'intérêt.

Monteggia a vu une demoiselle qui a éprouvé le même accident par une dent qu'on lui arrachait; elle la rejeta pendant un accès de toux et guérit. Il n'en est pas de même d'un monsieur Américain, à qui est tombé dans la glotte une dent artificielle. Ce corps étranger en a été plus tard expulsé; mais le poumon s'en est pas moins resté fâcheusement endommagé.

VII. OSSERVATORE MEDICO DI NAPOLI.

EFFICACITÉ DE LA CHAUX, DES PÉDILUVES ET MANILUVES D'EAU DE CHAUX, POUR APAISER LES DOULEURS DE LA GOUTTE; par M. SANTORO.

On sait combien est longue la liste des médicamens qu'on a tant vantés contre les douleurs de la goutte; on sait aussi combien la plupart de ces médicamens sont infidèles dans leur action. En voici un nouveau, si toutefois il est tel, que M. Santoro vient d'expérimenter sur cinq individus : la poudre de chaux éteinte à l'air, ou l'eau de chaux, qu'il applique sur les régions des membres atteints de goutte; il assure avoir fait avorter les accès dans l'espace d'une heure.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 10 DÉCEMBRE.

JUMELLES DE PRUNAY-SOUS-ABLIS.

M. Geoffroy Saint-Hilaire dépose sur le bureau une planche lithographiée représentant ces deux jumelles. Cette planche, dit-il, est la copie réduite d'un dessin très fidèle qui a été fait d'après le vivant par M. Werner, envoyé à cet effet au hameau de Prunay. Quant aux détails anatomiques qu'offre cette lithographie, ils sont empruntés à un travail sur un cas analogue imprimé dans les Mémoires de l'Académie des sciences pour l'année 1706, et dont l'auteur est le célèbre Duverney.

RAPPORTS DE L'EMBRYON ET DE L'AMNIOS DANS LES PREMIERS MOIS DE LA GESTATION.

M. Serres communique à l'Académie un nouvel exemple de non pénétration de l'embryon humain dans la cavité de l'amnios. Ce fait vient à l'appui de l'opinion que M. Serres partage avec MM. Dœlling et Pockels, que l'embryon s'enfonce dans l'amnios, et que cette membrane se comporte à son égard comme les séreuses par rapport aux organes qu'ils enveloppent. A cette occasion il serait à désirer que M. Serres publiât les opinions qu'il a émises dans ses leçons sur les molles et leurs diverses variétés.

DE L'INFLUENCE DE LA NOURRITURE DES VACHES SUR LA QUANTITÉ ET LA QUALITÉ DU LAIT.

M. Boussingault présente un mémoire dans lequel il expose les résultats d'expériences entreprises dans la vue de constater si les alimens consommés par les vaches influent d'une manière appréciable sur la production du lait et sur sa composition.

Les opinions des nourrisseurs, relatives à cette question, sont des plus diverses, et en les discutant on s'aperçoit aisément que le plus souvent ces opinions sont fondées sur des observations imparfaites. Par exemple, dans les recherches de ce genre, on s'est presque généralement borné à jauger le lait, sans chercher à tenir compte des changemens qui pouvaient survenir dans sa constitution. Cela est si vrai que nous ne possédons pas encore une analyse complète du lait de vache.

Les recherches de M. Boussingault ayant été dirigées dans un but purement pratique, et principalement dans l'intérêt de la laiterie annexée au domaine qu'il exploite, il s'est limité à étudier l'influence des fourrages qui se donnent ordinairement aux vaches.

Le régime alimentaire auquel sont soumises les vaches de Bechelbronn varie nécessairement avec les saisons; mais on peut admettre que chaque bête reçoit par jour l'équivalent de 15 kilog. de foin. Durant l'hiver la ration se compose de ce dernier fourrage uni aux racines et aux tubercules. Au printemps le

foin est remplacé graduellement par le trèfle, et peu à peu au régime d'hiver succède une nourriture entièrement verte.

La quantité de lait fourni par la vache soumise à l'expérience a progressivement diminué. Cette diminution ne saurait être attribuée au régime, puisque, en remettant la vache aux alimens qui lui avaient été donnés précédemment, on n'en obtenait plus le lait qui avait été recueilli d'abord sous leur influence; la diminution continuait.

L'éloignement de l'époque à laquelle la vache a vêlé paraît être la cause dominante, sinon unique, de la décroissance du lait. Cette cause est tellement prononcée qu'elle peut déterminer l'influence exercée par la nature des alimens.

En définitive, ce travail permet d'établir que la nature des alimens consommés n'exerce pas une influence sensible sur la quantité et la constitution chimique du lait ; si les vaches recevaient les équivalens nutritifs de ces différens alimens, on observerait de grandes variations dans le produit en lait; mais alors ces variations auraient, pour cause principale, l'augmentation ou la diminution de la matière nutritive. On sait, par exemple, que les vaches qui pendant l'hiver sont réduites à une simple ration de paille hachée cessent presque entièrement de produire; et l'on comprend qu'en présence d'un tel fait on ait été porté à attribuer le retour et l'abondance du lait aux propriétés des fourrages verts du printemps, tandis que cet effet est en grande partie produit par une augmentation réelle dans la ration alimentaire.

Dans les établissemens où l'on suit un système d'assolemens raisonnés, de manière à assurer pour l'hiver une nourriture saine et abondante au bétail, la différence, si elle existe, des produits de l'hiver à ceux de l'été, est en tous cas beaucoup moins considérable.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SEANCE DU 11 DÉCEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. MOREAU.

La correspondance comprend une lettre adressée à M. Girardin par M. le docteur Robert, l'un des membres de l'expédition scientifique au Groënland. Cette lettre contient quelques détails sur les sujets suivans :

1° La lèpre du Nord n'est point contagieuse. Elle est excessivement fréquente dans le Groënland et dans d'autres contrées de la même région. Cette horrible maladie fait tomber successivement les membres, les paupières et d'autres parties du corps. La chute des paupières entraîne constamment la cécité. Les individus qui en sont atteints vivent dans un état d'isolement complet et dans l'obscurité. On attribue à la mauvaise alimentation l'origine de cette maladie; il serait possible d'améliorer le sort de ces malheureux, en les tirant de l'isolement dégoûtant où ils vivent, et en les exposant au bon air, à la lumière, et à d'autres soins hygiéniques.

2° La syphilis se voit rarement dans ces régions; elle est peu grave, et se guérit sans mercure.

3° La nostalgie est souvent une maladie fort grave chez les Européens qui s'y trouvent. La mortalité très grande qu'on y observe dans les équipages de navires n'est attribuée principalement qu'à cette cause.

4° Le goître ne s'y rencontre que fort rarement. L'auteur ne croit pas que l'état particulier des eaux puisse être considéré comme cause de cette maladie.

5° Quelques particularités sur les Albinos et les Lapons.

Les bruits qui régnaient dans la salle nous ont empêchés de saisir d'autres détails contenus dans cette lettre.

NOUVEAU FORCEPS CÉPHALOTRIBE.

M. P. Dubois fait un rapport sur deux instrumens, et un mémoire présentés par M. le docteur Prospère. Le premier de ces instrumens est un perce-crâne en forme de lance : le second un nouveau forceps céphalotribe, modelé sur le forceps de Levret. M. le rapporteur n'attache pas beaucoup d'importance au perce-crâne; mais il donne des éloges au nouveau céphalotribe. Ce dernier peut servir à la fois de forceps ordinaire et d'instrument broyeur; il est plus simple, plus léger et plus économique que le céphalotribe de M. Baudelocque neveu; il mérite par conséquent la préférence. Les expériences que l'auteur a faites à la Maternité sur des cadavres paraissent confirmer ces prévisions. (Dépôt du mémoire aux archives. Remerciemens. Inscrire le nom de l'auteur sur la liste des candidats pour être membres correspondans.)

BAIN DE VAPEUR ÉCONOMIQUE.

M. Patissier fait un rapport sur un appareil prétendu nouveau, présenté par M. Lecointe, pour donner des bains de vapeur économiques. Cet appareil consiste dans un entonnoir en fer blanc, dont on applique la base sur une marmite ; au goulot de l'entonnoir est ajouté un tuyau qu'on dirige à volonté sur la région qu'on veut doucher de vapeur. La marmite reçoit, bien entendu, les élémens de la douche, et est appliquée sur un fourneau allumé, etc.

A la description de l'appareil, l'auteur ajoute l'histoire de plusieurs maladies qu'il dit avoir guéries à l'aide de ces douches; entre autres une hydropisie ascite; mais ces faits ont paru peu concluans à M. le rapporteur. (Dépôt aux archives.)

ALTÉRATIONS ESSENTIELLES DU SANG CHEZ LES ANIMAUX DOMESTIQUES.

M. Delafond, professeur à l'école vétérinaire d'Alfort, lit un court extrait d'un long mémoire sur ce sujet, qu'il dépose sur le bureau.

La nature des substances dont se nourrissent les animaux, l'exposition continue de leur corps aux intempéries atmosphériques, et l'absence d'autres conditions hygiéniques rendent chez eux les maladies du sang beaucoup plus fréquentes que dans l'espèce humaine. De ces maladies, les unes sont essentielles, idiopathiques; les autres symptomatiques des affections des solides. Les premières seulement forment le sujet de ce mémoire.

Pour éclairer une matière aussi intéressante, l'auteur a commencé par étudier le sang à l'état normal chez les différens animaux domestiques. Il l'a étudié, sous le rapport de la quantité, de la fluidité, de la couleur, de l'odeur de la fibrine qu'il contient, du sérum, etc. Les résultats des expériences nombreuses auxquelles il s'est livré à ce sujet se trouvent consignés dans son traité de pathologie vétérinaire. Il a passé ensuite à l'étude du sang chez les animaux malades; des expériences nombreuses ont été nécessaires avant d'arriver à des conclusions positives : ces expériences étaient heureusement plus faciles et beaucoup moins dangereuses qu'elles ne le sont chez l'homme, car chez les animaux on peut, comme on sait, pratiquer impunément de très fortes saignées plusieurs fois par jour et par un très gros jet à la fois.

A l'aide de cette étude comparative, l'auteur est parvenu à établir cinq espèces de maladies essentielles du sang qu'il a désignées par des noms particuliers.

1° Par excès dans la quantité absolue de la masse sanguine et de sa fibrine, d'où il résulte des apoplexies, etc.; c'est la *polihémie*.

2° Par défaut de ces conditions; c'est l'*anémie*.

3° Par excès de sérum; c'est la cachexie aqueuse qui se rencontre surtout chez les brebis.

4° Par un état particulier du sang qu'oblige ce liquide à sortir de ses vaisseaux, c'est la diastase hémique.

5° Par sa disposition à la coagulation dans les vaisseaux; affections putrides.

L'auteur a approfondi son sujet sous le triple rapport pathologique, chimique et thérapeutique, et il dit être parvenu à des résultats extrêmement satisfaisans, surtout sous le point de vue thérapeutique. Lorsqu'il s'est agi de combattre la polihémie, par exemple, il a eu recours à une alimentation propre à délayer le sang et à diminuer sa quantité. Pour combattre les autres états morbides, il a fait usage du quinquina, du camphre et de plusieurs autres remèdes dont on se sert en médecine humaine. L'étude des causes de ces maladies a surtout donné à M. Lafond les résultats les plus heureux pour l'application thérapeutique. (Commissaires, MM. Barthélemy, Bouley jeune et Lecanu.)

MÉMOIRE SUR L'ÉTIOLOGIE GÉNÉRALE DES PIEDS-BOTS CONGÉNITAUX; par M. le docteur Jules Guérin.

M. Jules Guérin lit le mémoire dont le titre précède.

Ce mémoire, destiné à établir une étiologie nouvelle du pied-bot congénital, contient l'exposition et l'analyse d'un fait qui n'avait pas été étudié jusqu'ici dans ses rapports avec les difformités congéniales : la rétraction musculaire convulsive considérée comme cause essentielle du pied-bot congénital. L'auteur a mis l'existence de ce fait hors de doute par un grand nombre d'observations recueillies sur des monstres et des fœtus, dans lesquelles on peut suivre pas à pas la corrélation de la rétraction musculaire avec les altérations matérielles du système cérébro-spinal, depuis la destruction complète du cerveau et de la moelle jusqu'à l'altération d'un point circonscrit d'un de ces deux centres. Il a montré que dans chacun de ces cas les pieds-bots les mieux caractérisés, coïncidant avec un grand nombre d'autres difformités articulaires, sont, aussi bien que ces difformités, le résultat de la rétraction musculaire convulsive, caractérisée par un raccourcissement extrême de la plupart des muscles du tronc et des membres.

Passant à l'étude des cas de pieds-bots simples dans lesquels la rétraction est limitée aux seuls muscles de la jambe, M. J. Guérin a montré que dans ces cas : ou bien l'affection convulsive a encore été générale d'abord, et elle se révèle par des traces non équivoques dans les traits du visage, la conformation du crâne, la direction des yeux, l'inégalité des forces des deux côtés du corps; ou bien elle n'a sévi que localement et s'est circonscrite dans quelques rameaux nerveux et conséquemment dans quelques muscles, ce qui constitue les cas de contracture simple; dans cette seconde catégorie de faits, on peut encore reconnaître d'une manière certaine la nature de la difformité au moyen des caractères immédiats de la rétraction musculaire dans ses rapports avec la déformation du squelette. Ces caractères sont de deux sortes : les caractères généraux, c'est-à-dire ceux qui appartiennent à toutes les variétés du pied-bot, et les caractères spéciaux, c'est-à-dire ceux qui sont propres à chacune de ces variétés. Les caractères généraux, les seuls que l'auteur ait indiqués dans ce mémoire, sont les suivans : sur le cadavre, la transformation fibreuse des muscles rétractés, de ceux du mollet principalement, conséquence naturelle des tractions continues et exagérées dont ces muscles sont le siége ; sur le vivant, changement de forme et de consistance du mollet, qui est aplati, très court, très élevé, comme ramassé sous l'espace poplité, à bords durs et résistans; le raccourcissement, la voussure et l'élargissement du pied; le rebroussement ou l'écartement des orteils; le rapport exact entre la forme et la direction des parties déviées du pied et les muscles raccourcis, tendus, résistans et saillans sous la peau; finalement la restauration presque instantanée des formes normales par la section des muscles rétractés.

Cherchant ensuite à déterminer la constitution et la signification essentielles du phénomène de la rétraction musculaire convulsive, M. J. Guérin a montré que ce phénomène n'est ni simple ni absolu; mais multiple et d'une expression variable à ses différens degrés. Ainsi, il a montré que la rétraction convulsive comprend trois élémens distincts, qui ont chacun leur influence propre, à savoir : *le raccourcissement immédiat du muscle, un certain degré de paralysie et un arrêt de développement consécutif*, qui l'empêche de suivre l'accroissement du squelette, et augmente ainsi, pendant la croissance du sujet, le raccourcissement primitif des muscles rétractés; en sorte que toute difformité examinée postérieurement à la maladie nerveuse, qui a déterminé la rétraction musculaire, est le résultat des trois élémens constitutifs de cette rétraction. Il a montré, en outre, que ces trois élémens exercent une influence variable sur le développement, les formes et l'accroissement du pied-bot, suivant leur degré et suivant leur siége, par rapport aux différens muscles du pied et de la jambe.

Dans la dernière partie de son mémoire, l'auteur a discuté la question de savoir s'il existait d'autres causes du pied-bot congénital, ou si les causes inquées par les auteurs pouvaient donner lieu à des déformations présentant les caractères qu'il a signalés pour le pied-bot dû à la rétraction musculaire. Rappelant la loi qu'il a établie sur la spécificité des caractères extérieurs liés à la spécificité des causes, il a montré que, parmi les influences admises par les auteurs, les unes sont purement imaginaires et ne méritent aucune considération ; les autres sont réelles ; mais, ou elles ne sont que des aperçus indi-

rects, des conséquences plus ou moins éloignées de la rétraction musculaire, ou des circonstances se résumant dans le fait de la rétraction, ou bien elles constituent de véritables causes de déformation; mais les déformations auxquelles elles donnent naissance n'ont point les caractères du véritable pied-bot, et présentent, au contraire, des caractères propres à la cause qui les détermine. Parmi ces derniers, M. Jules Guérin a cité une déformation des pieds, produite par la compression du fœtus dans la matrice, déformation qui n'avait pas encore été spécifiée, et qui consiste dans un aplatissement du pied dans le sens transversal, aplatissement auquel participent, d'une manière égale, tous les élémens de cette extrémité : les os, les ligamens, les muscles et la peau, de manière à exprimer parfaitement le mode d'action uniforme d'une pression mécanique, suivant un même plan.

Après avoir remis sous les yeux de l'Académie le cadre de son mémoire et les faits principaux qu'il renferme, M. J. Guérin termine par les conclusions suivantes :

1° Le pied-bot congénital est le produit de la rétraction musculaire convulsive ou contracture des muscles de la jambe et du pied. Cette rétraction peut être produite par une affection générale ou locale du système nerveux.

2° A défaut de traces générales ou directes de l'affection convulsive, le pied-bot congénital porte avec lui des caractères immédiats, à l'aide desquels on peut toujours reconnaître la nature de la cause.

3° Le fait de la rétraction musculaire est complexe; il comprend trois élémens distincts : le raccourcissement immédiat du muscle, un certain degré de paralysie, et le raccourcissement consécutif, ou arrêt de développement du muscle rétracté. Chacun de ces élémens concourt, pour sa part, à la formation du pied-bot, et agit différemment, suivant le degré et le siége de la rétraction, par rapport aux muscles qu'elle occupe.

4° Il n'existe point d'autres causes du pied-bot congénital que la rétraction musculaire convulsive : les autres circonstances capables de déformer les pieds avant la naissance impriment des caractères propres à leur produit, qui les font reconnaître et empêchent de les confondre avec le véritable pied-bot.

PROJET DE RÉPONSE A UNE LETTRE DE M. LE MINISTRE SUR LES REVACCINATIONS.

On se rappelle que dernièrement M. le ministre avait demandé l'avis de l'Académie sur une proposition de M. le docteur Fiard, qui désirait faire des expériences sur les revaccinations devant une commission.

Aujourd'hui M. Moreau vient lire à l'Académie le projet de réponse que la commission de vaccine propose de faire à l'autorité. Cette réponse commence par rappeler que l'examen de toutes les questions de salubrité publique revient de droit à l'Académie, telle étant la mission principale qu'elle a reçue dès son institution. Abordant ensuite la question des revaccinations, la commission déclare qu'elle s'en occupe d'une manière incessante depuis quinze années et avec toute la maturité qu'une pareille question mérite. Si l'Académie de médecine n'a point été émue par les insinuations des détracteurs de la vaccine, c'est que la majorité de ses membres n'a pas partagé les craintes de l'Académie des sciences. La commission de vaccine s'occupe aujourd'hui plus que jamais de l'appréciation des élémens de la question et en fera son rapport à l'autorité aussitôt qu'elle trouvera les faits assez décisifs. Quant à la proposition de M. le docteur Fiard, l'Académie n'a pas d'avis à donner; M. le ministre pourra en conséquence s'en rapporter sur ce point à sa propre sagesse.

Un orage de réclamations s'élève contre ce projet de réponse; les uns le trouvent trop prolixe, contradictoire, et les autres l'approuvent dans tous ses points; d'autres enfin proposent des amendemens. Après une longue discussion, on adopte quelques amendemens, et la lettre est approuvée par l'Académie.

Séance levée après cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

STATISTIQUE DES ALIÉNÉS DE LA PROVINCE DE WESTPHALIE; par le docteur RUER, directeur de l'hôpital des aliénés pour la province de Westphalie à Marsberg. Berlin, 1837.

Il paraît que M. Ruer a très bien compris l'immense difficulté de faire la médecine avec des chiffres; il a su très bien tirer parti de la statistique lorsqu'il s'agissait de faits généraux et abstraits, tandis qu'il s'en est abstenu pour des cas qui, comme le traitement, peuvent varier à l'infini d'un individu à l'autre, d'un pays à l'autre et même d'une saison à l'autre.

Ci-joint, nous rapportons le résultat des recherches de notre savant confrère, qui, comparées à celles faites dans d'autres pays, deviennent encore plus intéressantes. (GAZ. MÉD., pag. 683. 1838.) Nous n'entrerons pas dans tous les détails topographiques sur lesquels l'auteur s'appuie longuement. M. Ruer, si avantageusement connu en Allemagne pour l'étude de l'aliénation mentale, a mérité de nouveaux éloges par ce travail consciencieux et hérissé de beaucoup de difficultés.

AGE.

	Hommes.	Femmes.	Total.
Au-dessous de 10 ans	9	4	13
De 10 à 20	73	48	121
20 à 30	175	110	285
30 à 40	234	141	375
40 à 50	189	128	317
50 à 60	124	118	242
60 à 70	69	70	159
70 à 80	15	17	32
80 à 90	2	1	4
Inconnus	7	3	10
	895	640	1535

Il résulte de ce tableau que c'est l'âge de 30 à 40 ans, comme en France et en Angleterre, qui compte le plus grand nombre d'aliénés; par contre, la proportion du nombre des hommes à celui des femmes se rapproche de celle observée aux États-Unis, où nous avons vu qu'elle est presque de 2 : 1. L'explication que nous en donne M. Earle, qui l'attribue à la surexcitation continuelle que produit en Amérique chez les hommes l'activité des affaires, ne nous paraît donc pas admissible; car nous ne savons pas en quoi la province de Westphalie se distinguerait à cet égard de toute autre province; pour notre compte, nous sommes à même de constater qu'en Alsace aussi le nombre des aliénés est plus grand chez les hommes que chez les femmes.

RELIGION.

	Hommes.	Femmes.	Total.
Catholiques	524	411	935
Evangélistes	346	210	556
Israélites	11	6	17
Sans instruction religieuse	14	13	27
	895	640	1535

FORME DE LA MALADIE.

	Hommes.	Femmes.	Total.
Démence	565	373	938
Monomanie	159	113	272
Mélancolie	66	63	129
Manie avec fureur	40	38	78
Folie	73	40	77
Inconnus	28	13	41
	895	640	1535

DURÉE DE LA MALADIE.

	Hommes.	Femmes.	Total.
Dès l'enfance	452	276	728
Plus de 20 ans	93	84	177
De 15 à 20 ans	57	50	107
10 à 15	81	59	140
5 à 10	71	71	142
3 à 5	52	34	86
1 à 3	34	36	70
Au dessous d'un an	15	14	29
Inconnus	40	16	56
	895	640	1535

Le chiffre des aliénés dès leur enfance est énorme; nous en trouverons les raisons plus bas, lorsque nous parlerons des causes.

	Hommes.	Femmes.	Total.
Guérissables, sont	54	49	103
Non guérissables	841	591	1432
	895	640	1535

Encore ici nous trouvons une grande différence avec le relevé des tableaux faits en France, en Angleterre et aux États-Unis; nous renvoyons encore pour ce fait extraordinaire aux causes.

	Hommes.	Femmes.	Total.
Pauvres	697	511	1208
Aisés	198	129	327
	895	640	1535

On conçoit facilement que les conditions de fortune exercent une puissante influence sur les maladies de l'esprit; les inquiétudes, les déceptions, les chagrins et les privations de toute espèce sont le cortége habituel de

la pauvreté, et peu d'âmes sont assez bien trempées pour résister à une chute subite de la fortune à la misère.

PROFESSIONS.

	Hommes.	Femmes.	Total.
Sans profession	285	279	564
Rentiers	3	1	4
Ecclésiastiques, avocats et médecins	11	»	11
Instituteurs, étudians, écoliers	12	»	12
Employés civils et leurs femmes	8	3	11
Pharmaciens et marchands	16	3	19
Soldats	6	»	6
Ouvriers	121	21	142
Bergers	34	6	40
Mineurs	2	»	2
Religieuses	»	3	3
Couturières	»	9	9
Domestiques et journaliers	77	39	116
Bourgeoisie	55	91	146
Cultivateurs	259	183	442
Mendians et vagabonds	6	2	8
	893	640	1533

Célibataires, 1246 ; mariés, 220 ; veufs, 69. Total, 1535.

Ce chiffre paraît prouver évidemment que le célibat est une condition favorable au développement de la folie, opinion déjà émise dans le rapport de M. Earle.

PROPORTIONS APPROXIMATIVES.

1	Le nombre total des aliénés	au nombre de la population est de		1 :	856
2	—	—	évangéliq. à — évang. est de.	1 :	962
3	—	—	catholiques — catholique	1 :	786
4	—	—	israélite — israélite	1 :	758
5	—	—	évang. au nomb. des alién. en génér.	1 :	2759
6	—	—	catholiques	1 :	1642
7	—	—	israélites	1 :	90
8	—	—	célibataires	1 :	1232
9	—	—	mariés	1 :	6977
10	—	—	veufs	1 :	22
11	—	—	de naissance	1 :	2109
12	—	—	de toute la population	1 :	1763

Population de la province de Westphalie en 1834 : 1,283,142, dont 637,593 hommes et 643, 549 femmes.

La proportion des aliénés à la population est de 1 : 712 pour les hommes et de 1 : 1010 pour les femmes.

I. CAUSES PHYSIQUES.

	Hommes.	Femmes.	Total.
1 Maladies corporelles héréditaires et constitutionnelles	378	235	613
2 Maladies corporelles accidentelles			
A. Epilepsie	43	31	74
B. Convulsions	48	26	74
C. Autres maladies corporelles	57	31	88
D. Couches		14	14
E. Onanie	11	2	13
	537	339	876
II. CAUSES MORALES	122	129	251
Contention d'esprit	5	»	5
Amour contrarié	12	30	42
Mauvais traitemens	4	3	7
Mariage malheureux	6	6	12
Pénurie	5	9	14
Frayeur	18	15	33
Mysticisme religieux	17	34	51
Orgueil	2	3	5
Débauches	2	3	5
Education négligée	1	1	2
Jalousie	1	3	4
Chagrin	6	17	23
Contrariétés	10	»	10
Pertes de fortune	2	»	2
Avarice	1	1	2
Ivrognerie	13	1	14
Education tronquée	6	»	6
Chagrins domestiques	3	»	3
Dissipation	1	»	1
Malheurs de famille	1	2	3
Service militaire	1	»	1
Espérances et spéculations déçues	2	»	2
Scrupules de conscience	1	»	1
Peur	1	»	1
Passion du jeu	1	»	1
Envies	»	1	1

Parmi toutes les causes qui peuvent engendrer l'aliénation mentale, il faut mettre en première ligne les scrofules et le rachitisme, maladies extrêmement communes en Westphalie, et qui prennent leur source dans la mauvaise nourriture, qui se compose surtout de pommes de terre, dans des habitations malsaines, basses et humides, dans un terrain marécageux, exposé à de fréquentes inondations; en second lieu, il faut citer les convulsions négligées ou maltraitées, les efforts de travail unis à une mauvaise nourriture, etc.

Avant de finir cette courte analyse, nous devons remarquer que l'abus des liqueurs alcooliques, comme l'a déjà observé M. Esquirol pour la France, ne paraît contribuer que faiblement à l'aliénation mentale; par contre, on voit que dans les localités où on consomme beaucoup de spiritueux, le suicide est plus fréquent,

VARIÉTÉS.

—GUIDE PRATIQUE DES GOUTTEUX ET DES RHUMATISANS, ou recherches sur les meilleures méthodes de traitement, curatives et préservatives des maladies dont ils sont atteints; par J.-H. REVEILLÉ-PARISE, de l'Académie royale de médecine, etc. — Seconde édition. Un vol. in-8. Prix : 5 fr.

Lorsque cet ouvrage parut l'année dernière, nous ne craignîmes pas d'avancer que son succès était assuré, et l'événement a justifié nos prévisions. En effet, rassembler dans un volume assez mince tout ce que la science possède de certain et de positif sur la *goutte* et le *rhumatisme*; grouper dans un cadre étroit et bien tracé toutes les médications les plus efficaces, les mieux constatées jusqu'à ce jour pour guérir ces deux graves affections pathologiques; en établir l'hygiène la plus convenable, la mieux éprouvée pour seconder les remèdes et très souvent pour y suppléer; voilà le but que s'est proposé M. Reveillé-Parise et qu'il a parfaitement atteint. Or, nous le demandons, quoi de plus désirable, de plus commode pour le praticien occupé qui ne veut que la substance de la science, le *produit net*, comme dit l'auteur, de l'expérience antérieure et contemporaine! M. Reveillé-Parise a aussi ses opinions, résultat de ses méditations sur la goutte et le rhumatisme, mais il les expose avec cette modération qui convient à tout homme qui a longuement réfléchi sur les difficultés de reconnaître la nature des maladies. Aussi son ouvrage a-t-il été favorablement accueilli et apprécié comme il devait l'être. Précision et clarté, instruction solide et variée, choix de méthodes et procédés curatifs fait avec dicernement, telles sont les qualités qui distinguent cet ouvrage que tout praticien consultera souvent et avec fruit.

—Nous avons reçu de M. le professeur Stoltz, de Strasbourg, une lettre sur l'étiologie du pied-bot congénital. Ce savant professeur rappelle qu'il a exposé dans un mémoire, inséré dans le RÉPERTOIRE D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE, relatif à une variété nouvelle de pied-bot, quelques vues qui lui sont propres sur l'origine de cette difformité. Si les idées de M. Stoltz étaient moins connues, nous les aurions reproduites avec détail : nous nous bornons à extraire de sa lettre le paragraphe suivant, qui résume très bien sa théorie sur la cause première du pied-bot congénital.

« La cause toute première des distorsions congénitales des pieds consisterait donc en un changement dans la direction de ces parties, produit par leur mauvaise position dans le sein de la mère, et rarement dans une structure anormale. Ce changement de direction pendant l'évolution donnerait lieu au déplacement des os, au raccourcissement des ligamens et des muscles, et à la force inégale de ces derniers. »

—HIPPOCRATE REFUSANT LES PRÉSENS D'ARTAXERCÈS; par GIRODET.

LA MORT DE SOCRATE; par DAVID. (Lithographies nouvelles.)

Ces deux gravures ont depuis longtemps le privilége d'orner le cabinet des médecins; mais l'élévation de leur prix en rendait pour bien des personnes l'acquisition difficile. M. Decrouan, éditeur, rue du Rempart-Saint-Honoré, 4, a eu l'heureuse idée de les faire lithographier, et a chargé de ce soin M. François Courtin, que de nombreux succès ont déjà placé au rang des artistes les plus habiles en ce genre.

Calquées sur les originaux, ces deux lithographies doivent nécessairement en être la copie exacte, et conserver la force d'expression et la pureté de trait qui font leur mérite et les ont placées haut dans l'opinion de tous les hommes de goût.

LE REFUS D'HIPPOCRATE a paru, et ne laisse rien à désirer pour l'exécution; LA MORT DE SOCRATE paraîtra dans quelques jours. (Le prix de chacune est de 12 fr.)

—Le docteur CARRON DU VILLARDS commencera le lundi, 24 courant, un cours public et gratuit sur les maladies des yeux, et les continuera les lundi, mercredi et vendredi de chaque semaine, dans les salons de l'établissement encyclographique, rue Jacob, 30, à huit heures du soir.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE DE FÉLIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°.—Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 14, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

AVIS A MM. LES SOUSCRIPTEURS.

MM. les souscripteurs dont l'abonnement expire à la fin de ce mois sont invités à le renouveler prochainement s'ils ne veulent pas éprouver d'interruption dans l'envoi du journal. Pour ne pas décompléter les collections, aucun numéro ne sera envoyé aux personnes qui n'auraient pas donné avis de leur renouvellement avant le premier janvier. On s'abonne dans les départemens chez tous les directeurs des postes et des messageries. La quittance d'abonnement sera présentée au domicile de MM. les Souscripteurs de Paris. Vu la difficulté et les frais de recouvrement des mandats de la Gazette médicale, touchés au domicile des Abonnés des départemens, ce mode de souscription ne peut avoir lieu que pour des abonnemens de six mois, de neuf mois et d'un an.

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE.

MÉMOIRE SUR LES INFLAMMATIONS ET LES ABCÈS DU SEIN CHEZ LA FEMME; par M. Gustave Jeanselme.

L'anatomie chirurgicale, telle qu'elle est comprise de nos jours, est destinée à guider le chirurgien dans ses plus belles recherches. C'est là une vérité qui ne peut plus être révoquée en doute. M. Velpeau vient, d'ailleurs, d'en démontrer, d'une manière remarquable, toute la justesse, dans la dernière édition de son Traité complet d'anatomie chirurgicale. C'est à l'aide de ce flambeau que ce professeur s'est appliqué à étudier les inflammations et les abcès du sein chez la femme, comme il le fait d'ailleurs pour toutes les affections réputées chirurgicales. Les considérations qu'il a présentées sur ce point de pathologie dans ses leçons cliniques m'ont paru si justes et si conformes à ce que l'on observe au lit des malades, que j'ai cru devoir en faire le sujet d'un travail, qui ne sera pas, je pense, accueilli avec indifférence par les praticiens.

INFLAMMATIONS DU SEIN CHEZ LA FEMME.

Les inflammations du sein chez la femme sont si fréquentes, leurs suites peuvent être si variées, et dans certains cas tellement graves, qu'il est nécessaire de les étudier avec beaucoup plus de soin qu'on ne l'a fait

Feuilleton.

DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE.

L'Académie de médecine n'a pas de meilleurs amis que nous. Non seulement nous la louons, mais encore nous la blâmons et reprenons, suivant l'occasion. C'est là le rôle de la véritable amitié; *qui bene amat bene castigat.* L'Académie est un pouvoir; elle a par conséquent assez de flatteurs et de courtisans qui trouvent bien tout ce qu'elle fait et tout ce qu'elle dit. Il est bon qu'on lui fasse entendre de temps en temps la vérité, dût-elle, comme il arrive presque toujours, le prendre en mauvaise part.

Une critique régulière et approfondie de cette institution serait peut-être fort utile. Il serait intéressant en effet de rechercher si l'Académie tient parmi les établissemens scientifiques la place qui lui convient, si elle a une autorité, une influence et une considération proportionnées à la nature et à l'importance de ses fonctions ; si elle exerce sur la marche de la science dans notre pays, une action efficace et profitable; si enfin elle est tout ce qu'elle devrait être pour atteindre convenablement son but spécial et direct, comme Académie, et son but indirect et général, comme représentant le corps médical. Et si par malheur on trouvait que sous aucun de ces rapports les faits et les résultats ne répondent à l'esprit ni au but de l'institution; si on s'assurait que l'Académie royale de médecine reste au-dessous de sa tâche, et que ni la science ni la profession ne reçoivent d'elle tout ce qu'elles auraient droit d'en attendre, il serait important de chercher les causes de ce fâcheux résultat pour y apporter un remède. Nous nous proposons de nous livrer *in extenso* à cette investigation; mais ce sera, s'il vous plait, pour l'an prochain, qui est très prochain. Nous disons volontiers, comme cet empereur: *à demain les affaires serieuses* Aujourd'hui nous nous bornerons à quelques humbles remarques sur quelques traits de mœurs intérieures, qui donnent à notre très affectionnée Académie une physionomie toute spéciale. Il est bien entendu que nous parlons de l'Académie et non pas des académiciens. L'Académie est un être abstrait, impassible, et duquel on peut sans risque dire tout ce qu'on sait; mais les académiciens sont des êtres réels, extrêmement sensibles, et dont on ne peut s'approcher qu'avec beaucoup de précautions. Nous devons donc par prudence les prévenir que dans tout ce qui suit il n'y a pas un mot qui s'adresse à eux.

En toutes choses, la forme est essentiellement liée au fond. C'est dans la conduite extérieure des travaux et des discussions qu'on pourrait facilement trouver, au moins en grande partie, la cause de l'insuffisance de l'Académie. Y changer quelques habitudes en apparence assez insignifiantes, ce serait y porter en fait une réforme radicale.

Une des habitudes les plus fâcheuses, c'est celle de ne pas savoir employer le temps. Des deux heures destinées à la séance, on en consacre près de la moitié à la communication des pièces de la correspondance, et à la lecture d'un prétendu procès-verbal qu'un excès de zèle a transformé abusivement en véritable compte-rendu, Les procès-verbaux de Cuvier à l'Académie des sciences ne duraient jamais plus de cinq minutes. Ceux de l'Académie de médecine du-

jusqu'ici. Pour cela, il est de la plus haute importance de bien distinguer avant tout le tissu qui est le point de départ de la maladie. C'est pour avoir négligé cette distinction qu'on s'entend en général encore si peu sur le sujet qui va nous occuper.

D'après les remarques de M. Velpeau, et d'après les observations nombreuses que j'ai recueillies dans le service de ce chirurgien à l'hôpital de la Charité, les inflammations du sein doivent être divisées en plusieurs ordres, eu égard au siége primitif de la maladie. L'observation démontre en effet que suivant que la phlegmasie a son point de départ dans la couche sous-cutanée ou dans le tissu cellulaire sous-mammaire, ou dans la glande elle-même, elle est loin d'offrir les mêmes symptômes, de suivre la même marche, de présenter la même gravité, et de réclamer les mêmes moyens thérapeutiques. Les inflammations du sein doivent donc être étudiées sous ces trois nuances principales, si on veut en avoir une idée exacte. Chacune de ces nuances offre ensuite deux variétés qu'il est important de ne point confondre dans la pratique.

1° Inflammations superficielles ou sous-cutanées :
- A. Du tissu cellulaire graisseux.
- B. De l'aréole et du mamelon.

2° Inflammations profondes ou sous-mammaires :
- A. Idiopathiques.
- B. Symptomatiques.

3° Inflammations de la glande :
- A. Engorgemens laiteux.
- B. Inflammation proprement dite.

1° INFLAMMATIONS SUPERFICIELLES OU SOUS-CUTANÉES.

La couche cellulo-graisseuse interposée entre la glande et les tégumens est loin d'offrir, sur tous les points de la région mammaire, la même disposition anatomique. Examinée en dehors de l'aréole, cette couche est plus ou moins épaisse, raréfiée, et présente tous les caractères du tissu cellulaire sous-cutané général. Aussi, verrons-nous les inflammations qui s'y établissent se comporter comme dans les autres régions du corps. Mais il n'en est plus de même au mamelon et sur son aréole. En approchant de cette partie, la couche cellulo-graisseuse diminue d'épaisseur, perd peu à peu son tissu adipeux, et finit enfin par se confondre d'une manière intime en dedans avec la glande, en dehors avec la peau. On comprend sans peine qu'une pareille disposition doit exercer de l'influence sur les phlegmasies qui se développent dans cette partie de la région mammaire. Il convient donc d'examiner séparément chacune de ces deux variétés d'inflammation.

A. INFLAMMATION DE LA COUCHE CELLULO-GRAISSEUSE.

Cette première variété n'est, à proprement parler, qu'une inflammation phlegmoneuse dont elle offre à peu près tous les caractères. Cependant, eu égard au voisinage de la glande mammaire, je crois devoir la décrire avec quelques détails. Tantôt diffuse, le plus souvent circonscrite, l'inflammation dont il s'agit présente les symptômes suivans.

Lorsque la phlegmasie occupe une grande étendue, les tégumens de la région mammaire revêtent dès le principe une rougeur plus ou moins prononcée, la peau devient chaude et sèche, une douleur piquante et superficielle qu'augmente le moindre attouchement se fait sentir. Bientôt le gonflement apparaît, et il n'est pas rare de lui voir atteindre un développement considérable, surtout lorsque l'inflammation est intense. Il est à remarquer que, dans ces cas, le mamelon et son aréole ne participent point, ou du moins très peu, à la tuméfaction. On les voit déprimés, et former une cavité plus ou moins profonde, suivant le degré de développement des parties voisines. C'est là une particularité importante à noter; elle est très utile dans la pratique pour le diagnostic différentiel des diverses inflammations du sein.

Lorsque la phlegmasie a acquis un tel développement, l'organisme s'en ressent toujours plus ou moins, il y a de la fièvre, de l'inappétence; les malades se plaignent d'un certain degré de céphalalgie; la langue est blanche; on observe enfin tous les symptômes qu'accompagne ordinairement une réaction plus ou moins intense, provoquée par une inflammation phlegmoneuse en général.

Obs. I.—En décembre 1835, j'ai observé dans le service de M. Velpeau à la Charité un cas remarquable de ce genre d'inflammation, chez une jeune femme de 23 ans. Mariée à 19 ans, elle a eu deux enfans qu'elle a nourris, sans en avoir éprouvé le moindre dérangement. Elle est actuellement enceinte de trois mois.

Le 5 décembre, sans cause appréciable, elle a éprouvé dans le sein gauche une douleur, vague d'abord, mais qui a acquis bientôt un certain degré d'intensité.

Le lendemain, son sein est devenu rouge, et le gonflement s'est manifesté. Elle a appliqué chez elle des cataplasmes émolliens; mais voyant que la maladie faisait des progrès, elle est entrée à l'hôpital. Le sein présente une rougeur intense, nous observons un gonflement énorme de toute la région mammaire, à l'exception du mamelon et de son aréole qui semblent déprimés, et forment au milieu de la tumeur une cavité de près d'un pouce de profondeur. Ce caractère suffit à M. Velpeau pour diagnostiquer que l'inflammation était superficielle, et que la glande et les couches sous-mammaires n'y prenaient aucune part. Il en était réellement ainsi; quelques jours après, la tumeur s'abcéda; deux incisions larges et peu profondes suffirent pour opérer le dégorgement; et après deux semaines de traitement, la malade sortit de l'hôpital parfaitement guérie.

Toutefois, ces cas sont les plus rares; le plus souvent la phlegmasie est circonscrite, et se présente alors sous forme d'une ou de plusieurs bosselures limitées, et d'un volume plus ou moins considérable. Chacune de ces tumeurs inflammatoires offre d'ailleurs tous les caractères du phlegmon circonscrit. Sur une femme qui s'est présentée à la consultation de M. Velpeau, à la Charité, en février 1838, j'ai observé deux tumeurs de ce genre, du volume d'un œuf de poule, occupant la région inférieure de la mamelle gauche. Elles ne dataient que de trois jours, et la malade nous dit en trouver la cause dans un coup qu'elle avait reçu sur le sein une semaine auparavant.

Dans ces cas, surtout lorsque la phlegmasie est très circonscrite, il y a peu ou point de réaction; l'organisme s'en ressent à peine.

M. Velpeau a admis trois modes de développement des inflammations de la couche cellulo-graisseuse du sein; de dehors en dedans, de dedans en dehors, ou primitivement dans la couche sous-cutanée elle-même. Ce ne sont point là des distinctions purement théoriques, comme on pourrait le croire de prime-abord. L'observation attentive des malades ne laisse aucun doute sur ce point. On comprend d'ailleurs que le pronostic de la maladie sera évidemment influencé par la marche qu'elle aura suivie dans son mode de développement.

Dans le premier cas, la phlegmasie sous-cutanée est déterminée par

---

rent souvent plus d'un quart d'heure. Quant à l'autre moitié du temps, il est rare qu'elle ne soit pas absorbée par des discussions entièrement ou presque entièrement oiseuses; nous disons oiseuses, parce qu'elles ne portent ni sur des points de science, ni sur des faits de pratique, mais qu'elles ont pour objet, soit des disputes personnelles, soit des détails de formes que l'Académie devrait abandonner à la décision de son conseil. Les véritables conférences scientifiques y sont très peu fréquentes. Quoi de moins utile que les interminables conversations qui suivent la lecture des rapports sur les remèdes secrets, ou sur telle autre branche des travaux académiques, conversations le plus souvent sans but, et que la bénévolence des présidens laisse courir au hasard sans règle et sans loi! Les présidens de notre Académie oublient un peu trop qu'ils ne sont pas au fauteuil seulement pour présider, mais aussi un peu pour gouverner. Il faut de la liberté, mais non pas de l'anarchie; et on ne peut admettre que la liberté de parler, ou plutôt de causer, soit la même dans une Académie que dans un salon. Ces futiles causeries emportent au moins un tiers de temps dans chaque séance, et ce temps pourrait être beaucoup mieux employé. Combien de travaux importans attendent en vain leur tour de présentation pendant des mois, et même des années! On aurait pu penser que l'introduction du public aux séances académiques serait un stimulant favorable; mais elle n'a peut-être eu d'autre effet que d'y apporter le goût du bruit et de l'apparat, et d'éloigner par conséquent les habitudes scientifiques sérieuses, qui ont besoin du silence et du recueillement. L'Académie de médecine est un peu devenue par là, ainsi que quelques autres, un théâtre où l'on vient se produire et se faire voir. Ce n'est pas là du tout, pourtant, l'esprit de ces institutions. Mais cette question est trop grave pour être agitée en passant. Nous ne noterons donc ici cette circonstance que comme une des causes qui provoquent et entretiennent dans le sein de l'Académie des passions et des intérêts dont la satisfaction enlève beaucoup de temps aux travaux scientifiques.

Mais ce n'est pas tout. Non seulement notre Académie dépense près des trois quarts de son temps à des discussions et occupations inutiles; mais encore elle perd le reste par suite d'une habitude non moins fâcheuse. Cette habitude qui étonne surtout nos confrères de la province introduits pour la première fois dans le sanctuaire de la rue de Poitiers, c'est celle de ne pas écouter. Elle est, en effet, tout à fait caractéristique. Ce n'est qu'à la Chambre des députés qu'on pourrait trouver quelque lointaine analogie. Dans les autres réunions savantes, telles que celles de l'Institut, on ne voit rien de semblable. Nous confessons que dans l'immense majorité des cas ce qui se dit ne mérite guère d'être entendu. La distraction est donc permise, mais non l'interruption. On ne demande pas l'attention, mais le silence. Ennuyez-vous, c'est un de vos droits d'académicien; mais ennuyez-vous gravement et impassiblement. On ne vous demande pas d'écouter, ce qui serait d'une injustice révoltante, mais tout simplement de laisser écouter. Vous pouvez bâiller, dormir, lire votre journal, faire votre courrier: tout cela est licite. C'est ce qui se pratique dans les Académies bien élevées. Chez nous, le bruit n'est pas un fait accidentel, c'est l'état normal; et la sonnette du président, qui, dans les autres Académies, ne sonne guère qu'une fois, à l'ouverture de la séance, est dans la nôtre une sorte d'accompagnement permanent. Mais c'est ce qui fait aussi qu'elle n'obtient pas la plus légère marque d'attention. Elle n'est qu'une note de plus dans ce tumultueux charivari, où l'on entend tous les tons, depuis le fausset sur-aigu de M. X., jusqu'à la basse tonnante de M. Z., et elle n'est pas la moins agréable. On peut dire que,

une irritation quelconque de la peau, par les frottemens du corset ou de la chemise, par un vésicatoire, par des ventouses, etc. On conçoit en effet que l'irritation de la peau, se propageant dans la couche sous-cutanée, trouve là des tissus plus favorables à son développement, et s'y établisse sous forme d'inflammation réelle. Ici donc la glande n'est pour rien dans le développement de la maladie, et le pronostic ne présente le plus souvent aucune gravité.

Dans le second cas, il n'en est plus ainsi; l'inflammation sous-cutanée se rattache alors presque toujours à une inflammation préalable du tissu glandulaire. Je dis presque toujours, car on conçoit qu'à la rigueur il est possible qu'une violence extérieure exercée brusquement sur le sein développe une inflammation du tissu cellulaire sous-cutané, allant des parties profondes vers la superficie.

Obs. II.—Le fait suivant que j'ai observé, en 1837, à l'Hôtel-Dieu, lorsque M. Vidal (de Cassis), remplaçait par intérim, M. Breschet, alors occupé du concours pour la chaire d'anatomie, montre jusqu'à l'évidence que les phlegmasies superficielles du sein peuvent être la suite d'une inflammation préalable de la glande.

Une jeune nourrice de 22 ans éprouvait depuis près de deux semaines des douleurs sourdes dans le sein droit. Cet organe avait acquis un développement assez considérable; la peau était à l'état normal. M. Vidal reconnut là un engorgement du sein que je décrirai plus tard sous le titre d'engorgement laiteux, et le traita par les moyens appropriés. Quelques jours après, nous observâmes à la partie interne et inférieure de la mamelle malade une plaque rouge sur la peau. Bientôt cette partie de la région mammaire devint le siége d'une bosselure qui ne tarda pas à s'abcéder, et exigea une incision qui fut promptement cicatrisée. Les douleurs sourdes de la mamelle n'en persistaient pas moins, et la glande ne présentait aucune espèce de fluctuation. Plus tard, une nouvelle bosselure, précédée d'une plaque rouge semblable à la précédente, se montra à la partie inférieure et externe; la fluctuation ne tarda pas à s'y faire sentir et une nouvelle incision fut pratiquée. Alors, l'engorgement de la glande se ramollit, et la résolution s'opéra.

Je pourrais citer plusieurs autres faits semblables que j'ai observés dans le service de M. Velpeau à la Charité.

Il arrive enfin que la phlegmasie se développe primitivement dans la couche cellulo-graisseuse sous-cutanée. Elle reconnaît alors pour cause, tantôt une action quelconque des corps extérieurs; tantot une prédisposition interne qui nous échappe le plus souvent, ou, comme on le dit, elle apparaît spontanément.

Il est bon de savoir, toutefois, que quel que soit le mode de développement de la maladie, la marche est toujours à peu près la même, et les caractères qui la décèlent aux yeux de l'observateur sont constamment ceux que j'ai indiqués plus haut.

Les terminaisons les plus fréquentes de ce genre d'inflammation sont la résolution et la suppuration. Il arrive pourtant qu'après la disparition de tous les symptômes inflammatoires, il reste encore quelque noyau induré qui persiste plus ou moins longtemps, et qui peut même subir plusieurs sortes de dégénérescences. Mais je n'ai point à m'en occuper ici, ne voulant étudier les inflammations du sein qu'en ce qui les concerne à l'état de phlegmasie.

Abandonnée à elle-même, l'inflammation sous-cutanée du sein se termine presque toujours par suppuration. Le traitement de cette terminaison sera étudié quand nous nous occuperons des abcès. Il nous reste donc à examiner quels sont les moyens que la thérapeutique met à la disposition du chirurgien pour amener la résolution.

Traitement. Quoique le traitement de la phlegmasie qui nous occupe soit à peu près le même que celui que réclament les inflammations sous-cutanées en général, je crois devoir tracer ici la marche que suit M. Velpeau en pareille circonstance, et dont j'ai été souvent à même d'apprécier tous les bons résultats.

Il convient avant tout de faire disparaître autant que possible les causes prédisposantes. C'est ainsi qu'on combattra par les moyens appropriés toutes les irritations de la peau, qu'on évitera toute compression et même tout frottement de la région affectée.

Si la femme est jeune et d'une constitution pléthorique, si l'inflammation est intense et qu'il y ait de la réaction, on débute par une ou deux saignées du bras. Une application de sangsues sur la région affectée est ensuite prescrite; après quoi, on couvre le sein d'un cataplasme de farine de lin que l'on renouvelle deux et même trois fois le jour, et que l'on peut arroser avec avantage, suivant les cas, tantôt de laudanum tantôt d'extrait de saturne. M. Velpeau fait toujours appliquer les sangsues sur les tissus enflammés. L'expérience lui a démontré que placées sur la partie affectée les sangsues sont plus avantageuses qu'autour du mal.

Si l'inflammation est peu intense, ou bien si la malade est d'une constitution faible, il n'est pas nécessaire d'avoir recours aux saignées générales; les sangsues sont alors suffisantes.

Si ce genre de médication était contre-indiqué par quelques causes spéciales, ou bien s'il ne produisait pas tout l'effet désirable, on pourrait alors avoir recours avec avantage aux onctions mercurielles abondantes et répétées deux ou trois fois le jour sur la région malade. J'ai vu à l'hôpital de la Charité plusieurs engorgemens inflammatoires du tissu cellulaire sous-cutané du sein qui n'avaient que médiocrement cédé aux émissions sanguines générales et locales disparaître complètement et en très peu de temps sous l'influence de ces onctions. C'est dans ces cas encore qu'une compression méthodiquement faite produit le plus souvent des résultats inespérés. Je ne puis trop engager les praticiens à faire usage de ce dernier moyen, surtout lorsque l'inflammation a été dissipée en partie et que la maladie est réduite à l'état d'inflammation sub-aiguë.

Lorsque ces divers moyens ont fait défaut, j'ai vu M. Velpeau couvrir le sein d'un large vésicatoire volant. On connaît toute l'extension avantageuse que ce chirurgien a donnée à ce topique. D'ailleurs, je ne dois pas entrer ici dans des détails sur ce point. Pour ne m'occuper que de ce qui se rapporte au sujet que je traite en ce moment, je dirai que quelque avantageux que pût être ce moyen, peu de femmes, jeunes surtout, voudraient s'y soumettre; et je ne pense pas que personne fut tenté de blâmer une pareille résistance. Mieux vaudrait dans ces cas provoquer la suppuration par les moyens appropriés.

Quelle que soit d'ailleurs la médication locale à laquelle on ait recours, il convient toujours de soutenir mollement la mamelle avec un bandage approprié, et d'ordonner à la malade de se coucher sur le côté sain.

Quelque avantageux que soient les moyens dont je viens de parler, il n'en est pas moins vrai que bien souvent il est très utile d'opérer une certaine révulsion sur les intestins. Si l'inflammation est légère et due à une cause externe, on se borne à prescrire quelques lavemens laxatifs et des boissons amères ou délayantes; mais si la phlegmasie est intense, et surtout si elle est le résultat de couches, ou bien si la malade est une

---

sauf quelques cas extrêmement rares, toutes les lectures faites à l'Académie ne sont guère entendues que du lecteur. Il y a peu de convenance dans ce procédé. Celui qui occupe la tribune a le droit de parler seul, par cela seul qu'il y est. Le silence est une obligation plus stricte encore si celui qui parle est étranger à l'Académie; on doit faire un bon accueil à celui qu'on admet volontairement chez soi; et c'est une impolitesse sans excuse que d'y manquer.

Le ton, la marche, le goût des discussions, ne sont pas moins excentriques. Les cris, les bruits, les interruptions et interpellations en forment l'étoffe, et comme le tissu. Dieu nous est témoin que nous ne calomnions pas en ceci notre honorable Académie ; c'est un fait reconnu qu'on n'y peut pas discuter posément, modérément, poliment et régulièrement, du moins dans l'état ordinaire. Les exceptions sont trop rares pour être alléguées. Il y a quelques jours, la séance en comité secret a été si orageuse que, de mémoire d'académicien, on n'avait, dit-on, jamais rien vu de semblable ; mais, si on dit cela, c'est que les mémoires des académiciens sont fort courtes, car rien n'est plus commun que ces événemens. Toutefois il paraît que véritablement la chose a été aussi loin que possible en paroles et qu'on ne s'est arrêté tout juste qu'aux voies de fait. Comme il s'agissait des affaires intérieures de l'Académie, de son budget, de son bulletin, et autres détails de finances et d'administration, nous n'avons rien à dire sur le fond de la discussion. Mais nous gémissons sur le spectacle que se sont donné les uns aux autres tant d'honorables confrères.

En un mot, ce qui manque surtout, sous le rapport extérieur, à notre Académie, c'est la tenue, la dignité et, pour ainsi dire, le maintien. Comment imposer le respect aux autres, quand on semble ne pas vouloir se respecter soi-même? Quelle autorité aura une décision académique rendue au milieu des lazzis, des éclats de rire, des quolibets? Comment notre profession osera-t-elle prétendre, entre toutes, à la considération du peuple, lorsque l'élite des médecins de la capitale se montre ainsi en déshabillé au public ? Comment parler de la médecine comme d'une étude essentiellement libérale et civilisatrice comme d'une espèce de sacerdoce, lorsqu'on voit ses prêtres s'abandonner à des écarts incompatibles avec les convenances, le bon goût et les habitudes de la société polie !!

Nous avons quitté la robe et le chapeau pointu, et nous croyons avoir beaucoup gagné en perdant ce ridicule ; mais nous soupçonnons que cette robe et ce bonnet n'étaient pas aussi inutiles et vains qu'on le prétend. Ce costume protégeait, sans doute, la nullité de quelques ignorans et l'insolence de quelques charlatans ; mais, en général, la classe d'hommes qui le portait était plus grave, plus circonspecte, plus réservée que celle qui lui a succédé : loin de se faire respecter par le costume, elle fesait respecter son costume par ses mœurs.

A quoi tiennent ces défauts ? S'ils dépendaient exclusivement de l'éducation médicale et s'ils n'étaient que l'expression des mœurs essentielles de notre profession à notre époque, le mal serait très grand et peut-être incurable. Mais heureusement on peut les regarder en partie comme des conséquences fortuites de certaines habitudes et usages qu'une mauvaise direction a fait prévaloir et qu'on pourrait réformer. Nous ne pouvons croire que l'Académie de médecine, par cela seul qu'elle est composée de médecins, ne saurait se soumettre à ces formes décentes, graves et distinguées, qui sont le partage des hommes instruits dans tous les pays et qui caractérisent surtout les sociétés scientifiques françaises. Il faut qu'un étranger sortant de l'Académie de médecine em-

nourrice, il convient de faire usage des purgatifs, tels que l'eau de pullna, l'huile de ricin, la scammonée, le jalap, etc. Le calomel dont on a tant vanté les bons effets dans ces derniers temps, en Angleterre surtout, ne m'a pas paru mériter, dans le genre d'inflammation qui nous occupe, la réputation qu'on lui a faite. J'en dirai autant du tartre stibié.

Telles sont les différentes ressources thérapeutiques, au moyen desquelles on peut espérer la résolution des inflammations sous-cutanées du sein. Mais qu'on ne s'y trompe point, cette terminaison est loin d'être constante; le plus souvent, au contraire, la suppuration est inévitable, surtout lorsque la maladie n'a pas été attaquée à son début. On ne doit même plus espérer la résolution lorsque la phlegmasie existe depuis cinq ou six jours à l'état d'inflammation franche.

B. Inflammation du mamelon et de son aréole.

Les tissus qui composent le mamelon et son aréole sont tellement serrés et si intimement unis à la glande, qu'on ne conçoit guère qu'ils puissent être le siége d'une inflammation purement sous-cutanée indépendante d'une affection de la glande elle-même. Cependant il n'est pas rare de voir des phlegmasies se développer sur cette région et être caractérisées par une rougeur tirant sur le livide, par une douleur circonscrite et lancinante et par un gonflement irrégulier qui donne au sein un aspect conoïde. C'est surtout chez les nourrices et les nouvelles accouchées qu'on observe ce genre d'inflammation, qui trouve ses causes dans des ex-ulcérations, des gerçures, ou toute autre irritation de la peau; très souvent aussi elle est due à la succion de l'enfant. C'est d'ailleurs une affection si légère, que les femmes se soignent elles mêmes sans avoir recours aux hommes de l'art; aussi n'en observe-t-on que de rares exemples dans les hôpitaux. J'en ai pourtant vu un cas remarquable en juin 1837.

Obs. III.—Une jeune nourrice se présente à la consultation de M. Velpeau à la Charité, se plaignant de vives douleurs dans le mamelon du sein gauche; elle dit souffrir depuis cinq jours. La peau n'est point excoriée, mais elle offre une rougeur presque livide. Un gonflement assez considérable existe sur toute l'aréole; le mamelon est double de son volume normal. La malade ne voulant point entrer dans l'hôpital, M. Velpeau fait suspendre l'allaitement, ordonne une application de dix sangsues et l'usage de cataplasmes émolliens, en prescrivant à la malade de revenir à la consultation le jour suivant ou le surlendemain. Nous la revîmes en effet deux jours après : la tumeur s'était abcédée, et le pus s'était fait jour au-dehors, à travers cinq petites ouvertures de la peau. La malade applique encore des cataplasmes chez elle. Nous ne l'avons plus revue.

D'après la promesse formelle qu'elle nous avait faite de revenir, nous sommes portés à croire qu'elle a été radicalement guérie.

Abandonnée à elle-même, l'inflammation du mamelon et de son aréole se termine ordinairement par suppuration; mais en la traitant convenablement dès le principe, il est rare de ne pas en obtenir la résolution.

Traitement. Retirer l'enfant du sein de la mère, si celle-ci nourrit, est la première condition à remplir dans le traitement de cette affection. Si la phlegmasie est intense, si la femme est d'une forte constitution, et s'il existe un certain degré de réaction, on pratique une saignée du bras, et on ordonne une application de sangsues autour du siége du mal, et des cataplasmes émolliens. On doit aussi avoir recours aux révulsifs intestinaux. Mais, dans les cas ordinaires, quelques sangsues et des cataplasmes émolliens suffisent pour amener promptement la résolution.

2° Inflammations sous-mammaires ou profondes.

Le tissu cellulaire qui sépare la glande du muscle grand pectoral et des cartilages sterno-costaux, est loin d'offrir la même disposition que celui qui est interposé entre la mamelle et les tégumens. Sous le sein ce tissu se présente sous l'aspect de lames follacées semblables à celles de la couche profonde de l'abdomen et des membres. Aussi les inflammations qui s'y développent ont-elles une grande tendance à occuper une large surface et à revêtir la forme du phlegmon diffus. Nous avons vu au contraire que celles qui se développent dans la couche sous-cutanée sont ordinairement circonscrites et se présentent sous forme de bosselures.

Comme les inflammations sous-cutanées, les inflammations profondes du sein peuvent s'établir de trois manières différentes : tantôt elles reconnaissent pour cause une irritation de la glande elle-même; ces cas sont les plus fréquens; tantôt elles trouvent leur origine dans une affection des parois thoraciques, ou même des organes contenus dans cette cavité; tantôt enfin elles se développent spontanément dans le tissu sous-mammaire lui-même, et alors les causes en sont le plus souvent inappréciables. Ce dernier mode de développement est sans contredit le plus rare. Disons quelques mots sur chacun de ces cas, à la suite desquels je présenterai une observation.

A. Il n'est pas rare de voir à la suite d'une inflammation plus ou moins intense de la glande mammaire le tissu cellulaire profond de cette région s'enflammer à son tour et présenter les symptômes que j'indiquerai plus tard. Entre autres exemples de ce genre, je citerai l'observation suivante :

Obs. IV. — Au mois d'avril 1836, une nourrice, âgée de 32 ans, était à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Velpeau, pour être traitée d'une affection de la glande mammaire gauche. Il était facile de reconnaître aux signes que présentait la maladie que la glande seule était affectée et que les tissus environnans étaient sains. Elle était soumise depuis six jours au traitement que réclamait sa maladie, lorsque tout à coup une fièvre assez intense se développa; le sein prit un accroissement considérable et revêtit la forme que je décrirai bientôt; les douleurs devinrent profondes et sourdes.

Il fut facile de reconnaître à ces signes que le tissu cellulaire profond avait été envahi par l'inflammation. Ce diagnostic se réalisa. Trois jours après le développement des symptômes dont je viens de parler, la tumeur inflammatoire profonde s'abcéda. Une large incision fut pratiquée à la partie inférieure et interne du sein, et donna issue à une quantité considérable de pus.

Il est évident ici que la phlegmasie profonde avait son point de départ dans l'inflammation primitive de la glande.

B. Il est peu de praticiens qui n'aient observé la maladie qui nous occupe en ce moment, à la suite d'une affection quelconque des parois thoraciques ou des organes contenus dans la poitrine. M. Velpeau dit avoir observé l'inflammation profonde du sein, dépendant, tantôt d'altérations organiques du poumon, tantôt de fracture, de carie, de nécrose des côtes; tantôt d'épanchemens de pus, de sang, de sérosité dans la plèvre. J'ai observé quelques cas de ce genre. Le suivant me paraît digne d'être relaté ici.

Obs. V. —Au mois de décembre 1836, une femme de 37 ans entra à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Velpeau. Cette malade était affectée depuis plusieurs mois d'une carie de la quatrième côte dans la partie correspondante au côté externe de la mamelle. Une ouverture fistuleuse existait dans

---

porte la même impression d'admiration et de respect qu'en sortant de l'Académie des sciences de Paris ou de la Société royale de Londres ; mais il y a beaucoup à faire pour en arriver là. Toutefois, nous ne le croyons pas impossible, car si nous en désespérions, nous nous contenterions de gémir en silence.

La majorité de l'Académie, ainsi que toute autre majorité, ne demande qu'à suivre une direction. Celle qu'elle a est malheureusement vicieuse et qui pis est déjà assez ancienne. Il suffit de la changer. Elle possède une masse respectable d'hommes dignes de lui servir de guides et d'exemples; mais il faut que ces hommes veuillent s'en charger, et pour cela il faudra affronter bien des dégoûts et des peines. Mais l'importance du résultat mérite qu'on se dévoue. Il reste à faire plusieurs élections de membres du conseil d'administration de l'Académie : il est à désirer qu'on choisisse des hommes fermes, haut placés dans l'opinion, et par conséquent influens. Les bonnes intentions ne suffisent pas, il faut des idées arrêtées, un système, un plan. Comment exécuterait-t-on ce à quoi on ne songe point? Il suffirait pourtant d'établir, pour réformer l'Académie, un conseil d'administration et un bureau qui eussent l'intelligence de la situation; mais pour cela il faudrait que l'Académie commençât à se reconnaître elle-même. Nous tournons donc ici dans une sorte de cercle vicieux; comment en sortir? c'est ce que nous n'essayerons même pas d'indiquer aujourd'hui.

— Atlas élémentaire d'anatomie descriptive; par A.-L.-J. Bayle, grand in-4, composé de 45 planches très bien gravées, et d'un texte explicatif en regard.

Prix, cartonné, figures noires : 26 fr.
Id. id. coloriées : 32 fr.

Le même, figures noires, avec le Traité élémentaire d'anatomie de M. Bayle, de 7 fr. Prix : 32 fr.

Cet Atlas peut servir à tous les traités d'anatomie.

A Paris, chez Méquignon-Marvis père et fils, libraires-éditeurs, rue du Jardinet, 13.

— OEuvres complètes de John Hunter, traduites de l'anglais, avec des notes; par G. Richelot, docteur en médecine de la Faculté de Paris.

Ces œuvres comprennent la *Vie de Hunter*, ses *Leçons de chirurgie*, le *Traité des dents*, le *Traité de la syphilis*, le *Traité du sang et de l'inflammation*, et près de cinquante mémoires sur des points intéressans d'anatomie, de physiologie, d'anatomie comparée, d'embryologie, de chirurgie et de médecine pratique.

Le prix de chaque livraison, qui se compose de 10 feuilles d'impression et 4 planches in-4, dessinées par Emile Beau, est fixé à 3 fr. 50 c. Il y aura en tout 16 livraisons, paraissant de mois en mois très exactement. Les deux premières sont en vente.

On souscrit à la librairie médicale de Labé, rue de l'Ecole-de-Médecine, 10,

ce point. M. Velpeau se proposait de réséquer la portion malade de l'os, lorsqu'une inflammation violente se développa dans le tissu cellulaire profood de la mamelle. Il y eut une si forte réaction que la malade faillit succomber. Le seio acquit un développement considérable sans que la peau changeât maoifestement de couleur; néanmoins celte tumeur s'abcéda après six jours; une large incisioo sur le point déclive donna issue au pus; et, peu après, tout rentra daus l'ordre. Oo put alors songer de oouveau à la résection.

S'il est vrai de dire que l'inflammation sous-mammaire reconnait le plus souvent pour cause une affection préalable de la glande ou des parois thoraciques, il n'en est pas moins vrai qu'elle se développe aussi quelquefois primitivement dans le tissu qui en est le siége. Ici, comme on le comprend facilement, les causes en sont le plus souvent obscures. Néanmoins on conçoit que ce genre d'inflammation du sein puisse se développer à la suite de quelque violence extérieure, qui ne laisse aucune trace dans la glande ou sur les parois thoraciques. Le fait suivant avait évidemment une pareille origine.

Obs. VI. — Au mois de juin 1838, une jeune personne de 18 ans se présenta à la consoltation de M. Velpeau, à la Charité. Cinq jours auparavant, elle avait reçu un coup assez violent sur le sein droit. Depuis lors des douleurs sourdes et profondes tourmentaient la malade. Le sein affecté avait acquis un développement double de celui du côté opposé. La peau était presqu'à l'état normal; et, sans le rapport de la malade, on ne se serait nullement douté que la région affectée avait été le siége d'une violence extérieure. Le gonflement inflammatoire était évidemment situé dans les couches profondes; la mamelle était comme soulevée en avant. Le pouls était plein et assez dur. Sur le refus que fait la malade d'entrer à l'hôpital, M. Velpeau ordonne une saignée de seize onces, une applicatioo de trente sangsues autour du sein et immédiatemeot après de larges cataplasmes émolliens sur la tumeur. Trois jours après, elle revient à la consultation; il y avait alors une fluctuation évidente. Une large incision, pratiquée à la partie inférieure et interne du sein, donne issue à plus d'un verre de pus. Nouvelles applications de cataplasmes émolliens. Quatre jours après, nous la revoyons de nouveau. Le sein avait repris son volume normal; il n'existait plus qu'un léger suintement purulent; la plaie avait un bon aspect et tout donnait à penser que la guérison complète ne se ferait pas longtemps attendre. En effet, neuf jours après, tout était rentré dans l'ordre.

Les inflammations profondes du sein peuvent donc être idiopathiques ou symptomatiques. Quoi qu'il en soit, d'ailleurs, de leur mode de développement, voici les principaux caractères au moyen desquels on pourra la reconnaître: Le sein offre un développement plus ou moins considérable; sa surface est tendue, hémisphérique et sillonnée quelquefois de grosses veines. Lorsque l'inflammation est intense, les tégumens sont chauds et offrent une teinte légèrement rosée. Dans les cas ordinaires, la peau, tant soit peu chaude, présente, d'ailleurs, sa couleur normale. Le gonflement a ceci de particulier, c'est que la glande mammaire paraît comme soulevée d'arrière en avant, et qu'on n'observe point, comme dans les cas d'inflammation sous-cutanée, de bosselures, de plaques, soit fongueuses, soit livides, à l'extérieur. Ce genre d'inflammation est ordinairement accompagné d'une réaction plus ou moins vive et de tous les symptômes d'une fièvre inflammatoire. A ces signes, il sera toujours facile de distinguer une inflammation profonde du sein de celle qui occupe le tissu cellulo-graisseux sous-cutané de la même région. Nous verrons bientôt quels sont les caractères qui la différencient des phlegmasies de la glande elle-même.

La texture, la disposition des tissus, qui est ici le siége de la phlegmasie, expliquent assez pourquoi sa marche est ordinairement si rapide. Quelques jours suffisent, en effet, pour voir ce genre d'inflammation atteindre son plus haut degré de développement. M. Velpeau dit avoir observé des cas où 48 heures ont suffi pour donner au sein le double et même le triple de son volume naturel. Chez une femme qui s'est présentée en juillet 1838 à la consultation de ce chirurgien, à la Charité, le sein gauche, affecté d'une inflammation du tissu cellulaire profond, avait acquis en trois jours, au dire de la malade, le volume de la tête d'un adulte.

Les terminaisons les plus fréquentes de ce genre d'inflammation sont la suppuration et la résolution. La gangrène du tissu cellulaire a aussi été observée quelquefois. Mais je ne sache pas quelle se soit jamais terminée par induration. Ces cas du moins devraient être excessivement rares. La disposition du tissu affecté semble se refuser à une pareille terminaison. D'ailleurs, ce genre d'inflammation a une marche si rapide que la résolution elle-même en est assez rare, et que, le plus souvent, on voit ces tumeurs inflammatoires s'abcéder en quelques jours. Néanmoins, comme la chirurgie doit tout faire pour éviter cette dernière terminaison, et que, d'ailleurs, la résolution peut être provoquée lorsque la maladie est attaquée à son début, je vais indiquer les moyens que la thérapeutique possède en pareil cas, ceux surtout que j'ai vu employer par M. Velpeau.

Traitement. — Dire que la marche des inflammations profondes du sein est très rapide, et que quelques jours suffisent souvent pour amener la suppuration, c'est établir en principe que ce genre de phlegmasie doit être attaqué à son début avec plus ou moins de force, suivant l'intensité du mal et la constitution des individus. Le siége profond de la maladie explique assez pourquoi, dans cette classe de phlegmasies les topiques, de quelque nature qu'ils soient, exercent ordinairement si peu d'influence sur sa marche. Ce n'est pas à dire pour cela qu'on doive les rejeter. Il convient, au contraire, de couvrir le sein de larges et épais cataplasmes émolliens, narcotiques ou résolutifs. Mais, qu'on ne l'oublie point, ce ne sont là que des moyens palliatifs; et l'on se bercerait d'une vaine espérance si l'on pensait ainsi amener la résolution. C'est à un autre ordre de médication qu'il faut recourir en pareil cas. Les émissions sanguines générales et locales, les premières surtout, doivent être placées ici en première ligne. Les saignées devront être larges et pratiquées à des époques rapprochées, pourvu toutefois qu'il n'existe aucune contr'indication. La méthode coup sur coup procure quelquefois des avantages incontestables pour faire avorter l'inflammation. Les sangsues doivent être appliquées autour du sein et non à sa surface. Conjointement à cette médication, il convient de faire usage à l'intérieur du calomel et du tartre stibié à haute dose. C'est par un usage sagement combiné de ces différens moyens qu'on peut espérer de juguler la maladie. Mais toutes ces ressources deviennent inutiles dès que la suppuration est établie, et j'ai déjà dit qu'il est rare qu'après quelques jours d'un état franchement aigu la tumeur inflammatoire ne soit pas abcédée.

Il est inutile d'ajouter que ce serait perdre un temps précieux que de s'arrêter à l'usage de pommades résolutives, mercurielles, iodurées ou autres. L'action d'une pareille médication serait évidemment trop lente, en supposant même qu'elle pût avoir quelque prise sur le mal.

3° INFLAMMATIONS DE LA GLANDE MAMMAIRE.

Beaucoup d'auteurs ont confondu, sous le titre général d'engorgement du sein, plusieurs phlegmasies diverses, dont la glande mammaire peut être le siége. Il importe donc d'établir une distinction sur ce point.

Quoique les inflammations de la glande mammaire puissent se développer sous l'influence des mêmes causes, qui produisent cet état pathologique dans les autres régions du corps, il n'en est pas moins vrai qu'elles se rapportent presque toutes au travail de la lactation. Aussi est-ce chez les nourrices et les femmes en couches qu'on les observe le plus souvent. Celles qui résultent d'une cause externe quelconque s'établissent dans le tissu cellulaire inter-lobulaire. Celles qui se développent sous l'influence d'une cause interne débutent tantôt par les conduits lactés, tantôt par le tissu sécréteur, tantôt par le tissu fibro-cellulaire. Celles enfin qui dépendent de la sécrétion laiteuse ont le plus souvent leur point de départ dans les masses lobulaires ou dans l'intérieur de leurs canaux.

La glande mammaire seule offre donc trois variétés distinctes d'inflammation: inflammation des canaux galactophores, inflammation des lobules sécréteurs, inflammation de la trame fibro-cellulaire.

A. ENGORGEMENT LAITEUX. — INFLAMMATION DES CANAUX GALACTOPHORES.

Retenu, épaissi, concrété dans les canaux qui lui livrent passage, le lait dilate ces conduits, en augmente le volume, fait naître ainsi de vives douleurs, accompagnées le plus souvent d'une réaction générale, et constitue par là un engorgement du sein assez fréquent, que l'on observe dans les derniers mois de la grossesse de la femme, chez les nouvelles accouchées et chez les nourrices. Cet engorgement n'est point, à proprement parler, une véritable inflammation; mais on conçoit facilement qu'il en devienne très souvent la cause.

Cette variété d'engorgement du sein est caractérisée par les symptômes suivans: La mamelle prend un développement plus ou moins considérable, ordinairement facile à distinguer de celui qui dépend d'une inflammation profonde en ce que le gonflement, au lieu d'être régulier et uniforme, est bosselé et comme sillonné de cordons durs; chaude et très sensible à la moindre pression, la peau du sein est peu rouge; quelquefois même elle est plus pâle que dans l'état normal. Il existe ordinairement d'assez vives douleurs, et les malades en expriment la sensation en disant que leur mamelle semble être traversée par une foule d'épingles. Il y a toujours un certain degré de fièvre, et l'appétit est plus ou moins suspendu.

Il est facile de voir à cette courte description que c'est évidemment cette variété d'engorgement du sein qu'Aristote désigne sous le nom de *poil*.

L'engorgement laiteux occupe, tantôt toute la glande, tantôt il est circonscrit sur un ou plusieurs de ces points; il se présente alors sous forme de bosselures plus ou moins dures, d'un volume variable, qui persistent quelquefois fort longtemps et qui ont pu donner le change pour des tu-

meurs de mauvaise nature. Un fait de ce genre s'est présenté à mon observation en novembre 1837, à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Velpeau. Une femme couchée au n. 28 de la salle Saint-Catherine offrait au sein droit une tumeur dure et résistante du volume d'un œuf. Aux caractères que présentait cette tumeur, M. Velpeau crut reconnaître un engorgement laiteux partiel. L'opération est pratiquée, et la tumeur examinée avec soin offre l'aspect d'un fromage. Ses parties se séparent à une légère pression. L'analyse démontre que c'est un composé laiteux.

Les causes de ce genre d'engorgement du sein sont faciles à saisir; on les trouve dans les transitions subites du chaud au froid, dans une sécrétion trop abondante du lait, dans la rétention trop prolongée de ce liquide dans la glande. C'est ainsi qu'on l'observe chez les nourrices qui exposent leur sein à un courant d'air, qui ne donnent à téter qu'à de longs intervalles; chez celles enfin dont la *montée du lait* se fait trop brusquement. Je dois ajouter néanmoins qu'on le voit quelquefois survenir à la suite de quelques maladies internes.

Abandonné à lui-même, l'engorgement laiteux peut disparaître sans développer dans le sein une véritable inflammation. Le rétablissement pur et simple de l'excrétion du lait s'exécute alors sans trouble bien manifeste. Ces cas sont plus fréquens qu'on ne semble le penser généralement. D'autrefois cet engorgement développe une inflammation plus ou moins vive qui peut s'emparer de toute la glande; inflammation qui se termine très souvent à son tour par la suppuration ou la décomposition du lait. Il importe donc d'étudier avec soin les moyens que fournit la thérapeutique contre cette variété d'engorgement du sein.

Traitement. Il faut avant tout distinguer ici l'engorgement laiteux pur et simple sans phlegmasie manifeste des canaux galactophores, de celui qui est accompagné d'une inflammation plus ou moins intense de ces conduits. C'est pour avoir négligé cette distinction que la thérapeutique est encore assez obscure sur ce point.

Contre le simple engorgement laiteux, les premiers moyens à employer consistent à évacuer le lait, soit par les moyens naturels, soit par les moyens artificiels. C'est ainsi qu'on ordonne à la femme de donner plus souvent à téter à l'enfant, et si ce moyen ne suffit pas ou est impuissant, on se sert des ventouses *ad hoc*. On doit aider l'efficacité de cette première indication par l'application de linges souples, de coussins ouatés, appliqués très chauds sur le sein. Il faut aussi attaquer en même temps les maladies internes s'il en existe. Il arrive néanmoins que ces premières ressources sont insuffisantes; on doit alors recourir à l'usage de certains topiques. Un liniment composé d'eau de laurier-cerise, d'extrait de belladone et d'éther, dont M. Ranque a vanté les heureux résultats (Journal des progrès, t. xiv) est réellement utile dans ces cas. J'en dirai autant du liniment avec l'huile, l'ammoniaque et le camphre préconisé par sir A. Cooper. Mais qu'on ne s'y trompe point, ces linimens ne sont avantageux, et on ne doit y avoir recours que lorsqu'il s'agit d'un simple engorgement laiteux; s'il existait une véritable inflammation, ils seraient dangereux, comme j'ai pu m'en convaincre une fois en juillet 1837 chez une femme qui se trouvait dans le service de M. Velpeau. La formule suivante qu'a adopté ce chirurgien, et dont j'ai été plusieurs fois à même de juger la valeur, mérite toute l'attention des praticiens; elle se compose d'un ou deux jaunes d'œufs, d'un gros d'ammoniaque et d'un demi-gros de camphre avec addition, suivant les cas, d'autant d'éther. Quatre ou cinq fois le jour le sein est enduit doucement avec cette préparation. Il n'est pas rare d'obtenir par-là en quelques jours une fluidification rapide du lait et un dégorgement manifeste. Il est inutile d'ajouter que cette préparation ne serait pas moins dangereuse que les précédentes, s'il existait une véritable inflammation du sein.

Lorsque l'engorgement laiteux co-existe avec une phlegmasie assez intense des parties, il faut alors avoir recours aux traitemens généraux et locaux, dont nous allons bientôt nous occuper en traitant des inflammations du tissu mammaire.

Obs. VII.—Le 15 mars 1838 est entrée dans le service de M. Velpeau, salle Sainte-Catherine, n. 5, la nommée Flachet, âgée de 36 ans. Employée comme nourrice depuis près de huit mois, à l'hôpital des enfans, cette femme a vu depuis ce temps sa santé se détériorer. Il y a deux mois environ, elle a ressenti autour du mamelon gauche (elle n'allaitait que de ce côté) une vive démangeaison, et bientôt de la douleur surtout lorsqu'elle donnait à téter. Forcée de suspendre l'allaitement, elle a vu son sein s'accroître et acquérir un volume considérable; c'est alors qu'elle s'est décidée d'entrer dans l'hôpital.

Le sein gauche a le double de son volume naturel; il est tendu, régulier, douloureux à la pression. Il n'y a pas de changement de couleur à la peau. Le pourtour du mamelon présente un ruban exémateux. Il n'y a point de réaction. La maladie resta pendant deux jours encore dans cet état sans présenter aucun signe d'inflammation. C'était là sans contredit un simple engorgement laiteux; tous les moyens échouèrent pour en amener la résolution.

Le 18, la scène avait changé: la glande était le siége d'une violente inflammation. (Trente sangsues, cataplasmes émolliens.)

Le 19, il y a de la fluctuation; une ponction est pratiquée avec le histouri, et une assez grande quantité d'un pus évidemment laiteux s'écoule par la plaie. Les jours suivans un érysipèle grave survint et emporta la malade.

Obs. VIII. — Dans le courant du mois de mai 1838, une femme d'une trentaine d'années se présenta à la consultation de M. Velpeau à la Charité. Elle a eu quatre enfans; elle a nourri les trois premiers; elle n'a jamais été sérieusement malade; elle est du reste d'une fort bonne constitution. Il y a trente-trois jours qu'elle a accouché de son quatrième enfant; elle l'a nourri pendant quatorze jours; mais alors pour des raisons qu'elle n'est pas disposée à nous communiquer, elle a cessé l'allaitement. Depuis, ses deux seins ont acquis un développement considérable, le droit surtout. Elle nous observe que c'était précisément celui-là qu'elle présentait le moins souvent à son enfant. La peau de la région mammaire n'a pas changé de couleur.

La malade éprouve dans les seins une espèce de constriction douloureuse. Elle nous désigne cette sensation en disant que ses deux mamelles semblent distendues. Il y a peu de réaction générale.

Aux antécédens de la maladie et aux symptômes qui la caractérisaient, il fut facile de reconnaître un engorgement laiteux. M. Velpeau ordonne à la malade de reprendre l'allaitement et de couvrir ses deux seins de linges souples très chauds.

Trois jours après, elle revint à la consultation; le gonflement avait diminué de près de la moitié.

La semaine suivante tout était rentré dans l'ordre.

Obs. IX. — Une jeune nourrice portant au sein droit un engorgement laiteux assez considérable se présenta à mon observation, en novembre 1836, dans le service de M. Velpeau, à la Charité. La mamelle affectée n'offrait aucun signe d'inflammation. Le gonflement datait depuis sept jours, et l'allaitement, ainsi que les moyens artificiels employés dans ces cas pour extraire le lait, n'avaient produit aucun résultat. M. Velpeau soumit la malade au liniment qu'il emploie en pareilles circonstances: deux jaunes d'œufs, un gros d'ammoniaque et un demi-gros de camphre. Le sein fut enduit de cette préparation quatre fois le jour. En moins de quinze jours il s'opéra une résolution complète et la malade sortit parfaitement guérie.

B. Inflammation du tissu mammaire et de sa trame cellulo-fibreuse.

Soit que l'inflammation s'établisse de prime-abord dans les lobules de la glande, ou dans le tissu cellulaire qui les unit, soit qu'elle s'y transmette des canaux lactés, elle n'en présente pas moins à peu près les mêmes caractères séméiotiques. C'est surtout, et même presque exclusivement chez les nourrices, que ce genre d'inflammation s'observe. Néanmoins, M. Velpeau dit l'avoir observé plusieurs fois chez des femmes enceintes, et quelquefois même dès le troisième mois de la grossesse. Chacun sait, d'ailleurs, que c'est la phlegmasie du sein la plus commune que détermine la lactation ou l'état des couches.

Les symptômes qui la caractérisent sont les suivans: au début, la peau de la région mammaire est peu rouge; il existe quelques douleurs sourdes, vagues, comme disséminées çà et là dans l'épaisseur du sein. Il y a peu de gonflement; le doigt fait seulement reconnaître quelques bosselures dures, résistantes, de volume variable. Mais bientôt, si la maladie n'est point arrêtée dans sa marche, les tégumens revêtent une rougeur plus ou moins intense, le sein prend un développement considérable, ordinairement facile à distinguer de celui qui dépend d'une inflammation profonde. Les douleurs sont sourdes et un peu lancinantes et concentrées autour de l'aréole; elles diffèrent de celles que produisent les inflammations sous-cutanées ou profondes, en ce qu'elles ne sont ni pongitives, ni gravatives, ni larges.

Il est facile de comprendre que la marche de ce genre d'inflammation du sein doit être généralement moins rapide que celle des deux espèces de phlegmasie précédemment étudiées. La structure de la glande en donne une explication satisfaisante. En effet, la phlegmasie pouvant passer successivement d'une cloison, d'une bride, d'un lobule à plusieurs autres, il n'est pas rare de la voir durer des semaines, des mois même, avant d'atteindre une terminaison définitive.

Je dois ajouter que le tissu de la glande communiquant par des cloisons fibro-celluleuses, en avant avec la couche cellulo-graisseuse sous-cutanée; en arrière avec le tissu cellulaire foliacé, l'inflammation a une grande tendance à se compliquer de phlegmasies sous-cutanées, ou de phlegmasies profondes, et quelquefois de toutes les deux ensemble. Aussi, le pronostic en est toujours plus grave.

Traitement. Pour bien saisir la médication qui convient au genre d'inflammation qui nous occupe, il est important de bien distinguer les cas où la malade est une femme enceinte, ou une nouvelle accouchée, de ceux où il s'agit d'une nourrice. Ainsi, pendant la grossesse, il est évident qu'on ne peut point songer à extraire le lait. Il en est de même pour les nouvelles accouchées, qui sont dans l'impossibilité, ou qui n'ont pas la volonté de nourrir. Il faut alors, dans ce dernier cas, se borner à diminuer la sécrétion laiteuse qui tend à s'établir. La médication la plus rationnelle consiste donc en des saignées générales plus ou moins abondantes, suivant l'intensité de l'inflammation et la constitution de la malade. Les sai-

gnées répétées, ou d'après la formule de M. Bouillaud, m'ont paru plus avantageuses en pareil cas que de larges émissions sanguines. Des sangsues en plus ou moins grand nombre doivent aussi être appliquées sur le sein ou autour de cet organe. Comme complément de cette première médication, on aura recours à quelques purgatifs salins, à des bains généraux et à des topiques émollieus ou narcotiques d'abord, résolutifs ou légèrement excitans ensuite. Les tisanes altérantes, celles de cannes de Provence, de pervenche, peuvent aussi être employées. Il est aussi très avantageux de faire usage d'une compression méthodique. Ceux qui suivent avec attention le service de M. Velpeau à la Charité connaissent toute l'utilité que ce chirurgien a su retirer de ce moyen en pareil cas. Il est inutile d'ajouter que la malade doit être tenue à un régime sévère. La médication dont je viens de parler est d'ailleurs applicable à toutes les femmes qui ne nourrissent point.

Si la malade est une nourrice, la première question qui se présente est celle-ci : faut-il ou ne faut-il pas continuer la lactation? Mais cette question, comme l'a très bien observé M. Velpeau, dans ses leçons, en suppose nécessairement une autre, celle des avantages ou des inconvéniens de la sécrétion laitense en pareil cas. Une pareille discussion m'entraînerait évidemment trop loin; me burnant donc à ce qu'il y a de pratique sur ce sujet, je dirai avec M. Velpeau que le sein doit être retiré à l'enfant, et que si le lait s'accumulait en trop grande quantité dans la mamelle, il vaudrait mieux l'extraire par les moyens artificiels. Dès que les symptômes inflammatoires ont perdu de leur intensité, il convient alors de présenter de nouveau le sein à l'enfant, avec la précaution, toutefois, de ne pas l'y laisser longtemps, et de lotionner chaque fois le mamelon avec de l'eau tiède. On doit en outre couvrir le sein de larges cataplasmes de farine de lin, et se borner à entretenir la liberté du ventre par quelques lavemens, du petit lait, du jus de pruneaux, etc.; mais, à moins d'indications toutes spéciales, il faut mettre de côté les émissions sanguines, les purgatifs et les tisanes dites dépuratives.

Obs. X. — Au mois de septembre 1836, j'observai dans le service de M. Velpeau, à la Charité, une nourrice, âgée de 27 ans, dont le sein gauche était le siége d'une violente inflammation. Cette malade, d'une bonne constitution, avait nourri ses deux premiers enfans sans ressentir la moindre influence de l'allaitement; elle nous dit même qu'à ces époques sa santé semblait en éprouver une impression heureuse. Il y a trois mois et demi, elle a accouché de son troisième enfant, qu'elle a d'abord nourri aussi heureusement que les deux premiers; mais il y a environ huit jours que, dans une promenade qu'elle fit dans la campagne, elle donna à téter à son enfant sans prendre la précaution de couvrir son sein. Peu d'instans après elle éprouva quelques frissons dont elle devina facilement la cause. Pendant la nuit le sein gauche (c'était celui qu'elle avait donné à son enfant) devint le siége de quelques douleurs.

Le lendemain, l'inflammation se développa, et deux jours après elle entra dans l'hôpital.

Le sein droit est dans l'état normal. La mamelle gauche offre au contraire un développement considérable. Les tégumens présentent une rongeur assez intense surtout autour de l'aréole. Le gonflement est concentré sur ce point et donne ainsi au sein un aspect conoïde de forme assez régulière. Les douleurs sont lancinantes, continuelles, et augmentées par la pression, surtout sur l'aréole. Il y a de la fièvre. Le pouls est pourtant peu développé. La malade éprouve un malaise général; il n'y a pas d'appétit. La veille de son entrée à l'hôpital, la malade avait cessé d'allaiter. (Cataplasmes de farine de lin répétés trois fois le jour; petit lait; lavement émollient matin et soir; diète.)

Le lendemain, les symptômes inflammatoires sont un peu calmés. (Même prescription.)

Trois jours après, le gonflement a diminué de près des deux tiers; la fièvre a cessé; l'inflammation locale a perdu son intensité. M. Velpeau ordonne à la malade de reprendre l'allaitement; celle-ci sort en conséquence de l'hôpital, nous promettant de venir à la consultation. Sept jours après, elle revint en effet : elle était parfaitement guérie.

(La suite au prochain numéro.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS.

I. MONATSSCHRIFT FUR MEDICIN, AUGENHEILKUNDE UND CHIRURGIE, publié par F. A. D'AMMON.

Les cahiers de juillet, août, septembre et octobre contiennent les articles suivans : 1° *Sur l'hydropisie inflammatoire et sur son traitement*, par le docteur Roesch. Sans vouloir nier l'existence complète de cette maladie, dont l'auteur nous donne ici une monographie, nous croyons que le plus souvent elle n'est que symptomatique et consécutive à quelques autres maladies, comme le prouvent les observations mêmes rapportées par l'auteur; 2° *De l'influence des montagnes sur les maladies de l'homme*, par le docteur Koch. Ce court résumé d'un grand ouvrage, que l'auteur se propose de publier, ne contient que des généralités sur les influences hygiéniques des contrées montagneuses; 3° *Observations d'un hypospadias accidentel*, par le docteur Fr. Pauli; 4° *Sur la chéiloplastie*, par le docteur Baumgarten. C'est un extrait de la thèse inaugurale de l'auteur; travail à consulter sous le rapport de l'histoire et de la bibliographie; 5° *Sur les inflammations de la cornée*, par le docteur Schindler. Long mémoire qui échappe à l'analyse; 6° *Observations ophtalmologiques*, par le docteur Rau; 7° *Observation d'un sarcome médullaire de l œil*, par le docteur Praël; 8° *De la phoronomie de l'organe de la vision*, par le docteur Tortual. Long article sur le centre de mouvement du globe de l'œil pendant la vision, qui, d'après l'auteur, ne coïncide pas avec le centre de figure du globe, mais avec la tache jaune de Sœmmering; 9° *Observation d'un manque total de l'iris*, par le docteur Praël; 10° *Mélanges.*

OBSERVATION D'UN HYPOSPADIAS ACCIDENTEL, par le docteur FR. PAULI.

Obs. — Un garçon de huit ans ayant posé une ligature autour de son penis, a déterminé par cette action un de ces hypospadias dont on connaît déjà de nombreux exemples. M. Pauli, pour remédier à cette maladie, a entrepris l'opération suivante : Il a enlevé le prépuce, qui était devenu calleux, puis il a décollé tout autour du penis la peau saine voisine de la fistule; puis, après avoir placé une sonde dans la vessie, il a ramené la peau ainsi décollée jusqu'à la couronne du gland, et a ainsi recouvert complètement la peau fistuleuse. Cette peau a été maintenue par six points de suture. Deux jours après l'opération il s'est fait une adhérence complète; le malade a parfaitement guéri.

Ce procédé opératoire, très-ingénieux, pourrait encore trouver une application dans des cas analogues.

SUR L'EMPLOI DE LA THRIDACE DANS LES OPHTHALMIES, par le docteur RAU.

Depuis fort long-temps Langenbeck s'est élevé contre le traitement irrationel qu'on emploie dans les ophthalmies catarrhales, où encore le plus grand nombre de médecins cherche, par des moyens astringens, à enrayer aussi vite que possible l'écoulement muqueux, tandis qu'ils se garderont bien de supprimer trop vite un coryza, une blennorrhagie ou autres inflammations catarrhales semblables; aussi il arrive souvent que les ophthalmies catarrhales deviennent bien plus intenses que si on les avait abandonnées aux seules forces de la nature, et, ce qui n'est pas rare, c'est que l'inflammation par ce traitement se propage aux parties internes de l'œil. Un moyen très-avantageux, qui, d'après M. Rau, a pour effet de diminuer l'irritation de la conjonctive, et par là indirectement la sécrétion trop abondante, c'est la thridace. Elle a l'avantage sur l'opium d'avoir une action locale moins irritante. Il dit n'avoir jamais vu par son emploi une réaction, une augmentation de la rougeur ou de la sensibilité de l'œil; ce qui est très commun après l'usage des sels métalliques; déjà, après quelques applications, la sensibilité exaltée diminue ordinairement, ainsi que la sécrétion muqueuse, sans s'arrêter tout-à-coup. Par contre, si la thridace est employée seulement après l'état d'éréthisme, ou dans des cas où celui-ci n'a pas été observé, comme chez des personnes âgées, la rougeur de la conjonctive devient plus forte et la sécrétion plus abondante. Des collyres de pierre divine, avec teintures d'opium, ont enrayé en peu de jours l'aggravation des symptômes, suite de traitement mal entendu. Ce n'est donc que dans les ophthalmies catarrhales pures, avec caractère d'éréthisme, qu'on peut attendre du succès de la thridace employée à l'extérieur. A cet effet, M. Rau s'est servi d'une solution de deux ou trois grains de thridace dans trois onces d'eau distillée et un scrupule de mucilage de coing, à mettre quelques gouttes dans l'œil une ou deux fois par jour, surtout le soir avant de se coucher. L'auteur a encore employé ce médicament à l'intérieur (deux ou trois grains par dose) avec beaucoup d'efficacité dans d'autres maladies de l'œil qui dépendent d'une affection nerveuse avec éréthisme.

XÉROSIS INCOMPLÈTE DE LA CONJONCTIVE, par le même.

Obs. I. — Un garçon, âgé de 10 ans, blond, d'un habitus scrofuleux fut apporté en 1836 à M. Rau, pour une affection particulière de l'œil, qui, d'après le dire du père, dure déjà plusieurs mois. Le malade se plaignait d'une sensation désagréable aux deux yeux, qui, sans être douloureux, le forçait continuellement de les frotter, sa vue était fatiguée par la fréquentation de l'école. L'enfant avait toujours été bien portant, sauf quelques très légères inflammations des yeux; maintenant ces derniers présentent les particularités suivantes: la cornée était entourée d'un cercle mat, d'une ligne et demie de largeur, et de l'épaisseur d'une carte à jouer; de loin, on aurait pris la maladie pour une

opacité sénile. En examinant l'œil de plus près, on vit que l'auréole qui entourait la cornée formait des saillies dans lesquelles on ne pouvait découvrir de vaisseaux injectés, même à l'aide de la loupe. Les limites entre la cornée et la sclérotique avaient presque disparu, en ce que ce cercle ne formait que la continuation de la conjonctive sclérotique, dans laquelle on remarquait, indépendamment d'un réseau de vaisseaux fins, quelques autres vaisseaux plus gros, qui se dirigeaient en serpentant en arrière. La conjonctive étant terne, non transparente, complètement dépourvue d'éclat, ne permit pas de juger l'état de la sclérotique. La conjonctive palpébrale était fortement injectée, comme dans les ophthalmies catarrhales; on ne put découvrir aucune affection des glandes de Me bomius : en général, il n'existait aucune sécrétion muqueuse. La caroncule lacrymale paraissait normale; la membrane clignotante, un peu plus développée, proéminait au-dessus de la sclérotique. Rien d'anormal aux points lacrymaux; il paraît aussi que les conduits excréteurs de la glande lacrymale n'étaient pas malades; car les deux yeux étaient humectés d'une manière normale; néanmoins, partout la conjonctive, à l'exception de son centre où elle tapisse la cornée, offrait un aspect trouble, mat et comme cadavéreux.

Cette difformité particulière et extrêmement rare de la conjonctive, probablement suite de nombreuses inflammations scrofuleuses, jette un très grand jour sur l'étiologie de la xerosis de la conjonctive. D'après plusieurs auteurs, cette dernière doit être attribuée à une occlusion des voies lacrymales; il est vrai qu'il est assez probable que si cette circonstance était venue s'ajouter par une cause quelconque chez notre malade, la maladie serait devenue complète; mais, en attendant, il est à remarquer que, dans le cas présent, les voies lacrymales étaient complètement normales, et il y avait pourtant évidemment un commencement de xérosis. Nous faisons suivre le cas par une autre observation du même auteur, où la xérosis de la conjonctive était complète; encore ici on peut regarder l'occlusion des voies lacrymales comme n'étant survenue que lorsque la maladie avait déjà été bien avancé; il est bien à regretter que l'auteur n'ait pas observé cet enfant dès le début de cette maladie, si curieuse et heureusement si rare. Selon quelques auteurs, cette affection ne serait qu'une sorte de névrose de la conjonctive.

Obs. II.—Chrétien Weymuller. âgé de 5 ans, de constitution forte, toujours bien portant, fut pris, d'après le dire des parens, il y a trois ans, d'une éruption à la tête s'étendant à la figure; les paupières fortement tuméfiées restèrent pendant six semaines complètement fermées, et ne s'ouvrirent qu'après la dessiccation de l'éruption. Pendant quelque temps, l'enfant garda une rougeur des yeux; celle-ci ayant disparu, la vue ne s'était rétablie incomplètement qu'à droite, tandis qu'à gauche elle était obscurcie. Dans ce moment, il n'existe d'éruption, ni à la tête, ni à la figure, et pas le moindre symptôme d'une diathèse scrofuleuse ou d'une dyscrasie, Depuis la précédente ophthalmie, les yeux sont restés complètement libres d'inflammation. L'œil gauche est dans l'état suivant: la conjonctive, dans toute son étendue, est complètement sèche, terne, et ressemble à du cuir. Elle a tant de ressemblance avec l'epiderme, qu'à plusieurs endroits, mais surtout au-dessous de la cornée, elle est couverte d'une grande quantité d'écailles fines, qui, comme dans la dartre furfuracée se laissent facilement détacher par un léger frottement avec le bout du doigt. L'œil est si insensible qu'on peut le toucher à volonté, sans que le malade cherche à fermer les paupières.

La conjonctive de la sclérotique de couleur grise matte devient bleuâtre vers la cornée. La conjonctive de la cornée est un peu transparente, mais pas assez pour reconnaître distinctement l'iris, encore moins peut-on distinguer la pupille.

Tout autour de la cornée on remarque que la conjonctive est soulevée, et lorsque le malade cherche à fermer les yeux, on aperçoit des replis de la conjonctive qui embrassent le segment inférieur et supérieur de la cornée; le repli supérieur dépasse même le milieu de la cornée, si on tire sur les cils de la paupière supérieure pour abaisser celle-ci directement, le repli de la conjonctive se retire bientôt dessous elle; mais lorsqu'on tire les deux paupières à la fois directement en avant, alors l'espace entre la conjonctive palpébrale et oculaire est considérablement diminué par le défaut de longueur du repli dont nous venons de parler. Ce défaut de longueur est tel vers les angles des yeux que les paupières y semblent intimement liées au globe de l'œil; il existe donc à la fois une lagophthalmie et une symblépharron.

La conjonctive oculaire ne laisse apercevoir quelques petits vaisseaux légèrement injectés qu'à son angle de jonction avec la conjonctive palpébrale. La conjonctive palpebrale offre les mêmes apparences que la conjonctive oculaire; seulement sa couleur est un peu moins grise: elle est rouge, pâle et sa superficie n'est pas entièrement privée d'éclat et ressemble à du suif.

La caroncule lacrymale est complètement atrophiée, plate, de couleur grise, et on ne peut pas la distinguer de la membrane clignotante. Le point lacrymal supérieur est invisible; mais l'inférieur, sans être entouré d'une glande, se distingue par un léger enfoncement qui se trouve au bord normal de la paupière. En pressant sur le sac lacrymal, on ne peut faire sortir la moindre humidité. Lorsque l'enfant pleure, l'œil gauche reste complètement sec, tandis que les larmes sont abondantes à droite. La sécrétion de la membrane muqueuse du nez n'est pas complètement abolie à gauche, les mouvemens du globe de l'œil ne sont pas gênés. Sauf un leucome central, l'œil droit est complètement normal.

OBSERVATION D'UN ANÉVRISME DE L'ARTÈRE CRURALE; OPÉRATION; HÉMORRAGIE CONSÉCUTIVE; par M. le docteur SCHREYER.

Obs. — Le jeune homme, qui fait le sujet de cette longue observation, est âgé de 16 ans, d'une apparence saine, quoique un peu scrofuleux, il avait reçu un coup de ciseau à six pouces à peu près au-dessus du genou. La plaie saigna beaucoup, mais l'hémorragie s'arrêta par le pansement.

Ce n'est que quinze jours après l'accident qu'on eut recours à un médecin. On reconnut l'existence évidente d'un anévrisme traumatique, et avant de passer à l'opération on eut recours à la compression, tant dans l'espoir d'une guérison que dans celui de dilater les branches collatérales pour le cas où on serait réduit à lier le tronc principal. Comme la tumeur avait tout à coup augmenté de volume, et qu'à la place de pulsations distinctes, on ne percevait qu'un frémissement sourd, on entreprit la ligature. Celle-ci fut faite le lendemain matin le 18 avril 1837. On choisit le lieu d'élection au-dessous de la naissance de la crurale profonde, quatre pouces et demi au-dessus de la tumeur. Le sac anévrismal qui ne s'était point affaissé menaça de passer à l'état gangreneux. Une escarre en se détachant laissa écouler une matière ichoreuse.

Après avoir tenté l'injection d'eau de créosote et d'autres antiputrides, on résolut d'exciser le sac en totalité. Cette opération aussi parut réussir. La large plaie commença déjà à diminuer, lorsque le 16 du même mois il se présenta une hémorragie artérielle dont le sang était fourni par toute la surface de la plaie. Comme le sang écoulait en nappe, il ne pouvait pas être question de faire des ligatures, on eut donc recours au tamponnement et à d'autres moyens styptiques.

A dater de ce jour jusqu'au 30 juin, l'hémorragie se reproduisit à plusieurs reprises, au point que pendant tout cet espace de temps on ne put lever l'appareil qu'avec crainte, parce qu'autant de fois qu'on le changea l'écoulement de pus était suivi de flots de sang, ce qui amenait toujours le jeune malade au pied du tombeau; il n'y avait pas à penser à l'amputation, parce qu'évidemment le sujet était trop épuisé. Malgré tant de circonstances défavorables, le malade a fini par guérir à l'aide d'un traitement tonique.

Cette observation que nous avons donnée en raccourci est importante, en ce qu'elle nous fait voir combien il y a à craindre à la suite des ligatures des artères lorsqu'on a fait précéder celle-ci de la compression, comme quelques auteurs le conseillent; les vaisseaux collatéraux alors se dilatent trop tôt, et lorsqu'une hémorragie consécutive survient le sang jaillit de toutes les sources à la fois.

EXTIRPATION DE LA LANGUE DEVENUE CANCÉREUSE; par le professeur DIEFFENBACH.

Le procédé du chirurgien de Berlin pour l'extirpation de la langue, conforme en général aux procédés opératoires ordinaires, a cela de particulier que pour ramener la langue hors de la bouche, il passe à travers cet organe, derrière le siége de la maladie, deux anses de fil dont il fait tenir les extrémités par des aides. Ce procédé nous paraît avoir un avantage, en ce qu'il embarrasse moins que des pinces et d'autres instrumens volumineux et peut trouver encore son application partout où on a besoin de soulever une tumeur profondément située.

II. NEUE ZEITSCHRIFT FUR GEBURTSKUNDE, par BUSCH, d'OUTREPONT et RIETGEN.

Les deux premiers cahiers du sixième volume contiennent les articles originaux suivans : 1° *Remarques sur l'auscultation des femmes enceintes, faites pendant les années* 1835 *et* 1836, *dans l'hôpital impérial de la Maternité à St-Pétersbourg;* par le docteur de Hoefft; 2° *Sur la mort habituelle des enfans dans le sein de la mère*; par le professeur d'Outrepont; 3° *Sur la perforation du crâne après la sortie du tronc;* par Michaelis à Kiel; observation où on a fait la perforation, le tronc étant déjà sorti, en faisant pénétrer l'instrument entre l'arc postérieur de l'atlas et la partie correspondante de l'os occipital; 4° *Sur l'embryotomie;* par le même; 5° *Sur le parti à prendre dans la présentation complète et incomplète des pieds dans les accouchemens;* par le docteur Kamm, à Gaibach (Bavière); dans ce mémoire, digne d'éloges, l'auteur, après avoir rapporté tout ce qui a été dit sur cette matière, s'élève avec raison contre ceux qui recommandent de tirer sur un seul pied aussitôt que celui-ci se présente, sans s'inquiéter de la recherche de l'autre pied; 6° *Observations et remarques;* par le docteur Roos; rien d'inconnu; 7° *Observations;* par le docteur Tott; rien de saillant; 8° *Sur le ramollissement des os;* par le docteur Wallach, de Cassel; assez bon travail qui tend à prouver la grande analogie, si ce n'est la similitude existant entre le rachitis et l'ostéomalacie; 9° *Dissertation sur le tampon;* par le docteur Kyll, de Cologne; 10° *Vice de conformation particulière de l'œsophage, réunion de l'appareil respiratoire avec le canal digestif;* par le docteur Schoeller; 11° *Court aperçu de la clinique d'accouchement à Wurtzbourg, pendant l'année* 1836; par le professeur d'Outrepont.

REMARQUES SUR L'AUSCULTATION DES FEMMES ENCEINTES, FAITES PENDANT LES ANNÉES 1835 et 1836, DANS L'INSTITUT IMPÉRIAL DE LA MATERNITÉ A ST-PÉTERSBOURG; par le docteur de HOEFFT.

Pendant longtemps les Allemands sont restés étrangers au stéthoscope;

mais déjà il est devenu presque populaire parmi eux; aussi pouvons-nous espérer qu'avec l'esprit de travail assidu qu'on connaît à cette nation, l'auscultation deviendra un moyen de diagnostic toujours plus sûr. Plusieurs travaux remarquables ont déjà été publiés en Allemagne sur l'auscultation en général, et sur son application dans l'obstétrique. L'un d'eux surtout, digne de remarque, est celui de M. Naegelé fils, dont nous rendrons compte sous peu. Pour le moment, nous ferons ressortir du mémoire que nous avons sous les yeux ce qui nous a paru de plus saillant. Après avoir parlé de la découverte de Kergaradec, M. de Hoefft discute de la préférence à accorder au stéthoscope sur l'oreille nue pour l'auscultation des femmes enceintes, et il parle des inconvéniens qu'il y a dans l'application de l'oreille nue sur le ventre de la mère; puis il rejette encore avec plus de chaleur le métroscope de Nauche. Pour apprécier la valeur du moyen de diagnostic qui fait le sujet de son mémoire, M. de Hoefft a fait les expériences suivantes, qui nous paraissent très ingénieuses : il a renfermé dans un petit bocal hermétiquement bouché, une montre entourée de coton; puis il a placé le petit bocal dans un autre vase plein d'eau, et entouré celui-ci de linge. Tantôt le bocal a été placé au centre du vase plein d'eau, tantôt sur l'un de ses côtés, et tantôt dans un espace intermédiaire, afin d'approcher le stéthoscope plus ou moins près de la montre, et de simuler ainsi les changemens de position du cœur du fœtus, par rapport aux parois abdominales de la mère. Le résultat de ses recherches a été 1° qu'il cessait quelquefois d'entendre les mouvemens de la montre, quoiqu'il l'eût bien entendue quelques instans auparavant, ce qui provenait d'une certaine lassitude, et d'un afflux de sang vers la tête; car après quelques momens de repos il put entendre aussi bien qu'auparavant; 2° la faculté d'entendre était modifiée par le plus ou moins de conductibilité du corps qui transmettait le son; car lorsque la montre était près d'un des bords du vase, on entendait presque également bien en appliquant le stéthoscope à l'une ou l'autre des extrémités de celui-ci, tandis que lorsque la montre se rapprochait du centre du liquide, on entendait beaucoup moins bien; 3° De même que dans d'autres expériences physiques, lorsque le son est obligé de traverser successivement des milieux différens, celui-ci propage moins bien qu'à travers un milieu homogène, et lorsqu'on écoute les mouvemens de la montre, le bocal étant dans une position horizontale, et touchant les parois du vase plein d'eau, on entend moins bien que lorsque le gobelet est vertical et ne touche pas même les parois du vase; nous ne comprenons pas la loi qui préside aux résultats de cette dernière expérience, sur laquelle l'auteur promet lui-même, du reste, de revenir. Les applications des autres phénomènes physiques sont faciles à faire aux cas de grossesse.

Nous omettons de parler des différens bruits qu'on peut entendre chez les femmes enceintes. M. de Hoefft décrit avec soin les pulsations du cœur et le bruit placentaire; puis il passe aux battemens des artères crurales et de l'aorte, aux mouvemens du fœtus, aux bruits des muscles abdominaux, à celui de la respiration, et aux borborygmes intestinaux. Il prescrit les règles à suivre pour ceux qui veulent tirer parti de l'auscultation; toutes choses bien connues; enfin, il finit par examiner les avantages que peut offrir l'auscultation sous le rapport physiologique, pratique et médico-légal. Nous aurons occasion de revenir prochainement sur cet objet important.

SUR LA MORT HABITUELLE DES ENFANS DANS LE SEIN DE LA MÈRE; par le professeur d'OUTREPONT.

La mort habituelle du fœtus, c'est-à-dire le cas où une femme, dans divers accouchemens successifs, met au monde vers la même époque de sa grossesse, sans cause occasionnelle connue, externe ou interne, des enfans morts, ce cas, disons-nous, M. d'Outrepont n'a pu jusqu'aujourd'hui lui assigner une autre cause qu'une maladie du placenta.

Nous donnons les observations suivantes comme présentant des circonstances qui pourront contribuer plus tard à éclaircir cette intéressante question, mais qui ne nous paraissent pas toutes favorables à l'opinion de l'auteur.

OBS. I.—Une femme bien constituée, régulièrement menstruée, dont le mari adonné à l'ivrognerie, est mort de phthisie pulmonaire, a mis au monde, dans l'espace de sept ans, cinq enfans morts tous au commencement du huitième mois. Elle ne pouvait l'attribuer à aucune circonstance extraordinaire. M. d'Outrepont a été appelé à l'accouchement des deux derniers; ils avaient quinze pouces et demi de longueur, un aspect chétif, l'épiderme se détachait des membres inférieurs, les poches se rompirent en sa présence, les eaux de consistance normale, les fœtus dans des positions régulières vinrent facilement au monde. Le placenta du quatrième fruit se détacha facilement, et était complètement durci; celui du cinquième l'était dans sa moitié, à cause d'une forte hémorragie, on détacha ce dernier. La sage-femme n'a pas examiné l'état du placenta dans les trois premiers accouchemens, qui étaient aussi très faciles. D'après le dire de la malade, elle a eu, à peu près un jour avant l'accouchement, un violent frisson, et aussitôt les mouvemens de l'enfant avaient cessé. Après la mort de son mari, elle se remaria bientôt avec un jeune homme très fort, dont elle fut bientôt enceinte. Depuis cette époque, elle a mis au monde quatre enfans complètement à terme, forts et vivans, et la quatrième fois deux jumeaux. Les trois premiers accouchemens étaient faciles, et les placentas tout à fait sains; dans le dernier, elle eut une hémorragie qui empêcha d'examiner le placenta qui fut détaché par morceaux. La condition de la mère resta la même pendant son second mariage, elle était obligée de porter des rouleaux, et de passer beaucoup de nuits sans sommeil.

La mort des cinq premiers enfans doit-elle être attribuée à l'état chétif du mari ivrogne? ou à une maladie du placenta? Nous ne nous expliquerons pas là-dessus, pas plus que sur la circonstance que la mort a eu lieu toujours à la même époque de la grossesse, le huitième mois.

Dans cette observation, comme dans toutes les subséquentes, on a remarqué un violent frisson, symptôme presque constant indiqué par Deuman, et qui a précédé la mort de l'enfant.

OBS. II. — Une femme, vivant dans des conditions très heureuses, accoucha dans l'espace de six ans quatre fois d'après son compte dans la trente troisième semaine; rien pendant la grossesse, si ce n'est peut être un coït trop fréquent, ne pouvait expliquer l'accouchement prématuré. Les deux premiers enfans étaient vivans en venant au monde, mais très chétifs; ils succombèrent bientôt.

L'écoulement des eaux n'eut lieu que quelques heures avant l'accouchement. L'état des placentas resta inconnu. Le frisson n'a pas été observé, mais il a eu lieu lors du troisième accouchement où l'enfant est venu mort au monde; il présentait un aspect jaunâtre, pesait trois livres, et avait quinze pouces de longueur. Le placenta se détachait facilement, était très gros, avait sept pouces dans un diamètre et six dans un autre. Son poids avec le cordon ombilical et les membranes était de cinq quarts de livre.

Lors de la quatrième grossesse, l'enfant était aussi mort en venant au monde, mal nourri, tout à fait jaune, de la longueur et de la pesanteur du précédent; le placenta très gros avait une circonférence de 22 pouces et son poids une livre et demie.

Vingt-quatre heures avant l'accouchement un frisson s'était déclaré.

La femme faisant usage depuis du bain Borklet et après s'être abstenue du coït pendant deux ans, a mis au monde l'année dernière un enfant vivant à terme.

OBS. III. — Une paysanne a mis au monde dans sept accouchemens successifs au septième mois des enfans morts. On n'a pu rien apprendre sur la grossesse et sur l'état des placentas.

Après le septième accouchement, son mari tomba malade, et à cause d'une grande faiblesse il ne put habiter avec sa femme pendant deux ans. Après cette époque, la femme devint de nouveau enceinte et mit au monde un enfant vivant à terme.

OBS IV. — Une femme très heureuse dans son ménage mit au monde, dans le sixième mois de ses deux premières grossesses, deux enfans morts, de chétive apparence; les placentas ne furent pas examinés.

Dans le courant de la troisième grossesse, on consulta M. d'Outrepont qui, trouvant la femme enceinte dans un état très satisfaisant, ne recommanda qu'une diète régulière, défendit le coït et tout ce qui pourrait être nuisible dans le cas présent.

Trente heures après un violent frisson, la femme fut prise de maux d'enfantement, et une demi-heure après la sortie des eaux qui étaient normales, la femme accoucha d'un enfant mort, maigre, d'un aspect jaunâtre. Le placenta qui vint facilement était hypertrophié, très dur, comme squirrheux.

Les accouchemens antérieurs étaient précédés d'un frisson, et chaque fois les mouvemens du fruit avaient immédiatement cessé.

L'autopsie du fœtus fit voir le péritoine, le péricarde, la plèvre, la tunique arachnoïde et la substance du cerveau et des nerfs d'un jaune très vif. Cette couleur était si inhérente aux tissus que ni l'immersion dans l'eau ou dans l'alcool ne put l'effacer. Les causes de cette maladie restèrent inconnues.

A la suite de ce petit article, l'auteur traite en peu de mots de cette disposition particulière du cordon ombilical dont il a entretenu le congrès scientifique allemand. (Feuilleton de la GAZETTE MÉDICALE, page 676, 1838.)

SUR L'EMBRYOTOMIE; par G. A. MICHÆLIS DE KIEL.

L'auteur, après avoir rapporté neuf observations dont cinq lui sont personnelles, finit par les réflexions suivantes:

1° Lorsqu'on est sûr de la mort du fœtus, mort que le cordon ombilical resté sans pulsation pendant une durée assez considérable peut seul confirmer, la perforation de l'enfant par la tête ou le tronc doit être préférée à une version pénible ou à une application du forceps.

2° Lorsqu'on est privé d'un signe aussi certain, l'embryotomie est encore autorisée lorsqu'il y a une grande somme de probabilité, pour la mort du fœtus, et lorsque dans ce cas la version est impossible, et qu'il n'y a de choix qu'entre la perforation de l'enfant et l'opération césarienne, on doit toujours préférer la première à la seconde, lorsque ni les signes stéthoscopiques ni d'autres ne parlent pour la vie de l'enfant.

3° Lorsqu'on exécute l'embryotomie, il ne faut pas se borner à quelques préceptes particuliers, mais il faut faire l'opération d'après le cas individuel; c'est ainsi que la perforation de la poitrine peut devenir aussi simple, aussi facile et aussi inoffensive pour la mère que la perforation de la tête.

4° L'extraction par les pieds est toujours l'opération la plus pénible, lorsqu'on y a recours après avoir fait l'éventration. On doit toujours préférer d'imiter la nature dans l'évolution spontanée, en repliant la colonne vertébrale sur elle-même, et la main qui a pénétré dans la cavité abdominale de l'enfant arrive facilement à la partie inférieure de la colonne vertébrale, au bassin ou même à l'anus sur lesquels elle trouve un point d'appui.

5° Des jeunes médecins ne doivent pas trop vite se décider pour des opérations aussi graves; souvent après l'emploi de l'opium ou de la saignée, on est parvenu à faire des versions qui avaient été regardées comme impossibles; il serait triste que l'éventration devînt une opération plus fréquente; mais à la dernière extrémité, elle reste une ressource précieuse; elle peut même devenir quelquefois un devoir pour le médecin, car il n'est pas permis de laisser mourir en pareil cas une femme sans l'accoucher.

VICE DE CONFORMATION PARTICULIÈRE DE L'ŒSOPHAGE; RÉUNION DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE AVEC LE CANAL DIGESTIF; par le docteur SCHŒLLER, de Berlin.

M. Schœller, après avoir cité les différens cas de vices de conformation des voies aériennes et alimentaires rapportés par les auteurs, donne l'observation suivante très remarquable :

OBS. — Un enfant nouveau-né, bien conformé, présenta, immédiatement après la naissance, des difficultés de respirer, provenant d'une accumulation de mucosité qui menaçait de l'étouffer; ces menaces de suffocation se calmèrent d'abord, mais se reproduisirent bientôt après, le lendemain, lorsqu'on voulut faire avaler à l'enfant quelque nourriture; les alimens étaient rejetés par la bouche et le nez.

Dans la vue d'une accumulation de mucus, on donna un vomitif qui fut aussitôt rejeté et produisit des suffocations très inquiétantes.

Mort le quatrième jour.

AUTOPSIE. Après avoir mis à découvert les voies aérienne et alimentaire, de manière à n'en blesser aucune, on les détacha de la colonne vertébrale. Une sonde introduite par le gosier et par la trachée-artère s'engagea dans un cul-de-sac; une autre sonde passée par l'estomac, et son orifice cardiaque ne rencontra point d'obstacle en la faisant remonter le long de l'œsophage, et sortit par la glotte derrière l'épiglotte; en examinant les parties de plus près, on vit que l'œsophage descendait derrière le larynx jusque vers la moitié de la trachée-artère et finissait par un cul-de-sac. Son calibre était augmenté du double et ses parois épaissies; au fond du cul-de-sac, il existait à droite une tache grise, ovale, de quelques lignes de diametre, présentant de petites saillies granuleuses.

A peu près trois à quatre lignes au-dessous de la terminaison de ce cul-de-sac, on vit la portion inférieure de l'œsophage aboutir de bas en haut à la trachée, moyennant une ouverture ovale à bord lisse du diamètre de l'œsophage, et qui existait à la face postérieure de la trachée. Depuis ce bout de l'œsophage, un faisceau charnu et compacte s'élevait jusqu'à l'extrémité inférieure du cul-de-sac supérieur de l'œsophage et confondait les fibres avec celles de ce dernier.

Quelques lignes au-dessous de l'ouverture de la trachée-artère, cet organe se divisait naturellement en deux branches pour passer chacune à son poumon respectif.

La trachée était remplie de mucosité, de même que le cul-de-sac supérieur représentant l'œsophage. Il y en avait aussi dans le nez et dans la bouche.

Le poumon gauche était distendu par de l'air et avait respiré, quoique son lobe supérieur fût encore dur et compacte. Le poumon droit ne paraissait pas avoir fonctionné. Le tissu du poumon, dans les parties non distendues par l'air, présentait au scalpel de l'analogie avec de la rate et renfermait une humeur sanguinolente, répandant la même odeur que le contenu d'estomac d'enfant, nourri avec du lait.

La partie inférieure de l'œsophage était dénudée d'épithélium; la muqueuse était très rouge et avait des stries noirâtres. Au cardia, il existait une cicatrice déprimée de quelques lignes de longueur et d'un peu plus d'une ligne de largeur. La muqueuse de l'estomac était d'un rouge vif et parsemé d'un grand nombre de petits ulcères ronds. Pylore obstrué par beaucoup de muco-ités teintes de bile. Rien d'anormal dans le reste du canal digestif. Un peu de matière fécale jaune se trouvait dans l'intestin grêle; la plus grande partie était distendue par de l'air. Le gros intestin contenait encore un peu de méconium; foie normal exangue; reins durs. Les uretères remplis de cristaux d'urine; vessie vide; trou ovale et conduit artériel de Botal encore ouverts.

D'après l'auteur, on peut envisager ce vice de conformation de deux manières : ou bien le considérer comme un simple jeu de la nature, ou bien, ce qui est plus probable, comme un arrêt de développement pouvant servir à expliquer quelques points d'embryogénie. Nous savons que dans le principe l'organe respiratoire procède de l'œsophage et se trouve en rapport direct avec ce dernier, et ce n'est que lorsque le poumon est développé que la trachée artère se sépare d'avec le canal digestif; on pourrait donc regarder l'ouverture qui s'est trouvée dans la trachée-artère comme une communication normale, existant dans le commencement de la vie fœtale et qui aurait persisté jusqu'à la naissance.

Une autre explication qui a aussi ses probabilités pour elle, serait l'admission d'une inflammation survenue pendant la vie fœtale qui aurait produit d'un côté l'oblitération d'une portion de l'œsophage, et de l'autre la communication entre le bout inférieur de celui-ci et la cavité de la trachée-artère.

III. MEDICINISHES CORRESPONDENZ-BLATT.

RAPPORT ANNUEL DE L'HÔPITAL DE HEILBRONN (1837-38); par le docteur SICHERER.

Entre autres faits remarquables rapportés par l'auteur, nous ne citerons que les suivans :

EXTIRPATION DE LA GLANDE SOUS-MAXILLAIRE.

OBS. — C. Hauser, cordonnier, âgé de 17 ans, souffrait, depuis deux ans, d'une tumeur, située juste au-dessous de la mâchoire inférieure du côté droit, s'étendant depuis l'angle de celle-ci jusqu'à la moitié de sa longueur. Dans ces derniers temps, elle avait acquis la grandeur d'un œuf de poule, et, outre sa difformité, elle gênait les mouvemens de la mâchoire inférieure. Il n'existait aucune diathèse scrofuleuse et le malade demanda instamment l'opération. Le 27 février, on fit une incision cruciale; par en haut la mâchoire inférieure, par en bas le muscle digastrique, en dedans le mylo et le stylohyoïdien, en dehors le peaucier, en formèrent les limites. Après avoir disséqué convenablement les lambeaux, on fit l'extraction de la tumeur. L'artère maxillaire externe seule fut liée; les lambeaux furent réunis par des sutures. La glande, uniformément stéatomateuse, était plutôt dure qu'élastique et pesait une once et demie. Une partie plus petite de la glande était réunie à la grande masse par du tissu cellulaire et des vaisseaux superficiels. Pendant les premiers jours après l'opération, le malade eut de la fièvre et de la gêne en avalant; le 31 on renouvela le bandage et on éloigna les sutures. Le 14 mars, on appliqua un cautère au bras. et, le 28, le malade était complètement guéri (quatre semaines après l'opération).

L'extirpation de la glande sous-maxillaire n'a été pratiquée, à notre connaissance, que fort rarement. Dans le cas que nous venons de citer, elle n'a pas été suivie du moindre accident. Nous connaissons trop la perspicacité de notre confrère pour douter un moment qu'il ait réellement extirpé la glande et non des ganglions sous-hyoïdiens.

OBSERVATION D'UN ARRIÈRE-FAIX MONSTRUEUX; par le docteur HOERING, de Ludwigsbourg.

OBS. — Le 4 mai 1838, M. Durner de Thamm fut appelé chez une primipare, âgée de 25 ans, qui venait d'accoucher facilement, trois heures auparavant, d'un enfant mort; celui-ci était à terme, bien constitué, si ce n'est que les extrémités étaient moins développées par rapport au reste du corps. Des empreintes du cordon ombilical se trouvaient autour du cou; les signes de putréfaction étaient évidens.

Depuis trois jours la mère n'avait plus senti les mouvemens de l'enfant. Le placenta, qui était fortement adhérent, fut extrait sans beaucoup de difficulté. Celui-ci, examiné, fut trouvé double, complètement divisé dans son milieu en deux parties égales et ne tenant ensemble que par le chorion et l'amnios. Le cordon ombilical se divisait trois pouces au-dessous de son insertion, dans le placenta, en deux branches, dont chacune, composée de deux artères et d'une veine, passait à un placenta. Les deux placentas avec le cordon pesaient quatre livres deux onces. L'hémorragie ne fut guère forte et les suites se passèrent très régulièrement.

Ce cas, observé par M. Durn, présente deux circonstances extrêmement rares, c'est le poids très fort du placenta et la division de celui-ci en deux parties égales. A cette observation, M. Hoering joint les suivantes :

Meckel (HANDBUCH DER PATHOL. ANAT. Leipzig, 1812; vol. I, p. 86) rapporte plusieurs exemples où le placenta était divisé en deux parties, mais dont l'une était toujours bien plus grande que l'autre dans la proportion de 1 : 12, ou de 1 : 10, ou de 1 : 8. Rohault (OBSERV. ANAT. Torino, 1724, p. 7) trouva des placentas divisés en trois et, dans un cas, en quatre parties, mais tous de grandeur différente. Hoboken (ANAT. SECUND. HUMAN. REPET. Ultraj., 1765, p. 198) le trouva en quatre parties, dont une grande, une moyenne et deux plus petites et séparées l'une de l'autre d'un travers de doigt. Meckel (Loc. cit.) le vit encore en cinq parties, dont quatre de dimension à peu près égale, et la cinquième d'une grandeur double. Kerkring (OBSERV. ANAT., p. 37) et Wrisberg (N. COMMENT. SOC. Got., t. IV, p. 73) les virent même divisés en sept parties.

APERÇU SUR LE NOMBRE DES MALADES AFFECTÉS DE LA PIERRE QUI SE SONT PRÉSENTÉS A L'HÔPITAL S.-MARIE, A MOSKOU, PENDANT 28 ANS, ET SUR LE RÉSULTAT DE L'OPÉRATION DE LA TAILLE DANS LE MÊME HÔPITAL, par le docteur DE Roos, à St-Pétersbourg.

Le nombre total des malades depuis 1808-1836 était de 1411, dont :

22 en 1808	8 — 1812	45 en 1816	44 — 1820	48 en 1824	37 — 1828
21 — 1809	18 — 1813	39 — 1817	39 — 1821	54 — 1825	334 — 1829 à 1836
43 — 1810	51 — 1814	45 — 1818	56 — 1822	30 — 1826	
34 — 1811	53 — 1815	42 — 1819	62 — 1823	70 — 1827	

RÉSULTAT DES OPÉRATIONS DE LA TAILLE, FAITES DANS UN ESPACE DE SEPT ANS.

Années.	Entrans.	Opérés.	Guéris après l'opération.	Sortis non guéris.	Morts dans la 1re semaine après l'opération.	Morts dans le courant du premier mois et au delà, après l'opération, suite d'autres maladies.	Morts sans opération.
1830	65	52	47	9	2	3	2
1831	56	52	45	2	4	3	2
1832	55	49	43	3	4	2	1
1833	86	71	64	11	3	4	4
1834	73	69	65	1	2	2	3
1835	64	53	46	9	4	5	2
1836	74	65	59	6	4	2	3
TOTAL	469	411	369	41	23	49	17

AGE DES MALADES AFFECTÉS DE LA PIERRE QUI SONT ENTRÉS DANS L'HÔPITAL DANS UN ESPACE DE SEPT ANS.

Age.	Nombre des malades.	Guéris par la lithotomie.	Sortis non opérés.	Morts au bout d'une semaine après l'opération.	Morts au bout d'un mois et au-delà après l'opération, suite d'autres maladies.	Morts non opérés.
2 ans.	28	18	5	1	2	2
3 —	31	41	8	1	1	»
4 —	34	48	2	1	2	1
5 —	38	33	1	2	1	1
6 —	39	37	3	1	»	»
7 —	38	31	3	2	2	»
8 —	35	32	2	1	»	»
9 —	22	20	1	»	1	»
10 —	21	18	1	1	»	1
11 —	13	7	1	3	»	2
12 —	18	14	1	2	»	1
13 —	10	7	»	3	»	»
14 —	15	12	2	»	1	»
15 —	10	7	»	»	3	»
16 —	9	7	»	»	1	1
17 —	10	8	1	»	1	»
18 —	5	4	»	1	»	»
19 —	4	2	1	»	»	1
20 —	8	5	1	1	»	1
21 —	3	2	»	1	»	»
22 —	6	4	»	1	»	1
23 —	7	1	3	»	2	1
24 —	2	1	1	»	»	»
25 —	2	1	1	»	»	»
27 —	4	2	»	»	2	»
30 —	1	1	»	»	»	»
31 —	1	1	»	»	»	»
33 —	2	1	1	»	»	»
34 —	2	»	»	1	»	1
35 —	2	1	»	»	»	1
36 —	1	1	»	»	»	»
38 —	1	1	»	»	»	»
39 —	1	»	1	»	»	»
40 —	2	»	»	»	»	2
43 —	1	1	»	»	»	»
53 —	1	1	»	»	»	»
55 —	1	1	»	»	»	»
61 —	1	»	1	»	»	»
	469	369	41	23	19	17

D'après une communication épistolaire de M. de Roos, on doit surtout attribuer les causes de la grande fréquence de la lithiasis chez les enfans dans le gouvernement de Moskou au peu de soins que donnent les paysans à leurs enfans. On les bourre de mets farineux, de pommes de terre et de gâteaux ; les habitations sont sales, étroites, enfumées et puantes ; à cela il faut ajouter que l'eau dans les villages est malpropre, mauvaise et contient des matières terreuses. Aussitôt qu'un enfant souffre de la pierre, les parens ont recours à des vieilles femmes expérimentées, qui cherchent à retirer la pierre en suçant l'urètre, ce qui leur réussit assez souvent. On donne aux enfans différentes huiles ; on frotte le bas-ventre et le dos avec une forte solution de savon, avec du beurre ou du suif ; on secoue les enfans, etc., et ce n'est que, lorsque ces malheureux sont épuisés, qu'on les apporte souvent, dans un état désespéré, à l'hôpital impérial.

IV. ZEITSCHRIFT FUR DIE GESAMMTE MEDICIN, publié par FRICKE et OPPENHEIM.

Les cahiers d'octobre et de novembre contiennent les articles originaux suivans : 1° *Réflexions pratiques sur l'ophthalmie traumatique* ; par M. le docteur Behre ; 2° *Remarques sur les sociétés de tempérance, surtout ayant égard aux troupes en marche* ; par M. le docteur Alexandre. On conçoit facilement que l'abstinence de toute liqueur alcoolique peut devenir très funeste dans beaucoup de circonstances ; 3° *Recherches sur la température du vagin et de la matrice avant et pendant la menstruation et sur la température du vagin dans la grossesse* ; par Fricke ; 4° *Sur l'emploi du spéculum* ; par le docteur Lauer. (Rien d'inconnu.)

RECHERCHES SUR LA TEMPÉRATURE DU VAGIN ET DE LA MATRICE AVANT ET PENDANT LA MENSTRUATION ET SUR LA TEMPÉRATURE DU VAGIN PENDANT LA GROSSESSE ; par FRICKE.

Pour faire ces recherches, l'auteur s'est servi d'un thermomètre courbé à angle droit qui fut introduit aussi profondément que possible dans le vagin, et sur lequel on ferma les grandes lèvres. Pour l'utérus, il a fait confectionner un thermomètre fin ayant une boule libre et allongée qu'on fit entrer de quatre lignes à un demi-pouce dans l'utérus. Le spéculum appliqué à cet effet fut auparavant un peu chauffé. Toutes ces recherches faites le matin, entre dix et onze heures, eurent lieu sur 24 sujets adolescens. En comparant le degré de température de différentes cavités avant et pendant la menstruation, nous verrons que la différence est très minime. Le chiffre moyen de la température de l'aisselle s'élevait à 29 1/7° R. avant la menstruation, et à 29 1/2° R. pendant la menstruation ; celle du vagin à 30 3/4° avant et à 31° pendant cette période. La température de l'utérus à 30° était la même avant ainsi qu'après la menstruation, et ne différait guère pendant la grossesse. A cette époque la chaleur de l'aisselle était la même qu'avant et après la menstruation ; par contre, le vagin et l'utérus dénotaient la légère élévation de température qui existe à l'époque de la menstruation ; ce résultat était absolument le même après la délivrance. Il est remarquable que la température *extérieure* ait en proportion si peu d'influence sur celle de l'*intérieur*, car une variation de température de 6—70 R. n'influe aucunement sur celle

du vagin et de l'utérus. A l'aisselle, qui est plus exposée à l'air extérieur, la différence était fort petite, mais encore existait-elle; c'est ainsi par exemple qu'à + 10° à l'air il y avait + 30 1/4° à l'aisselle, et 30 3/4° à + 19° à l'air, et encore cette différence n'est-elle pas toujours positive; chez une fille, on a vu la température de l'air étant + 16°; celle de l'aisselle, à 27 1/4°, et chez la même personne, celle de l'air étant + 10°, celle de l'aisselle à 29 2/3°. Cette dernière circonstance est pourtant si rare qu'on peut la regarder comme une exception.

Le résultat de ces recherches est le suivant :

1° L'air extérieur n'a qu'une très légère influence sur l'aisselle, elle est tout à fait nulle sur le vagin et l'utérus.

2° Le vagin est toujours plus chaud que l'aisselle et même que l'utérus, par contre la température de ce dernier surpasse celle de l'aisselle.

3° La menstruation et la grossesse ont si peu d'influence sur la température des parties génitales qu'on ne peut pas en tenir compte.

VI. WOCHENSCHRIFT FÜR DIE GESAMMTE HEILKUNDE, par le docteur CASPER.

GUÉRISON D'UNE MIGRAINE QUI A DURÉ 30 ANS; par le docteur SCHLEGEL, de Meiningen.

OBS. — K., marchand, âgé de 66 ans, souffrait depuis trente ans d'une hémicrasie, qui, dans les derniers temps, venait presque tous les jours; la douleur était si forte, que le malheureux était souvent dans son lit, sans parole et sans connaissance, comme mort. La douleur occupait le côté gauche de la tête, et commençait toujours pendant la nuit. L'œil gauche était affecté de cataracte; par contre, to droit était complètement sain. Le malade a été traité en vain par beaucoup de médecins.

Le 5 août 1809, M. Schlegel le vit pour la première fois; celui-ci remarquant que cette douleur si opiniâtre, tantôt obtuse, tantôt perçante et déchirante, n'occupait qu'une petite place et ne revenait que la nuit et par la chaleur du lit, la regarda comme syphilitique, ayant son siége dans l'os. Il ordonna le sublimé corrosif en pilules; le malade, après en avoir pris quatre grains, eut une forte salivation; celle-ci, combattue par des gargarismes, de légers purgatifs, des vésicatoires, etc., disparut au bout de douze à quatorze jours, et la souffrance avait cessé pour toujours.

L'affection si commune, connue sous le nom de migraine, est très souvent le désespoir du malade et du médecin; à notre avis, la difficulté provient surtout de la multiplicité de causes qui se produisent; c'est ainsi que nous avions à traiter, il y a peu de jours, une migraine si douloureuse, que le malade se roulait par terre : un seul vomitif l'a fait disparaître comme par enchantement. C'est dans de pareilles occasions que le tact médical, inné à notre avis aussi bien que le génie poétique, se montre quelquefois dans toute sa grandeur; le cas que vient de rapporter M. Schlegel en est un exemple frappant.

OBSERVATION D'UNE RÉSORPTION DE CRISTALLIN DEVENU OPAQUE AU MOYEN D'UN SÉTON PASSÉ A TRAVERS CET ORGANE; par le docteur LOEWENHARDT.

OBS. — L'individu qui fait le sujet de cette observation est un cordonnier âgé de 37 ans, de constitution robuste, de tempérament sanguin, n'ayant eu d'autres maladies que quelques accès de rhumatisme; il a été affecté d'une ophthalmie opiniâtre, suivie d'ulcération à la cornée, et d'un prolapsus de l'iris; la pupille ayant été déformée finit par ne plus correspondre aux parties de la cornée transparente; on remédia à cet accident par l'opération de la pupille artificielle. Quelque temps après, l'opacité du cristallin étant venue s'y joindre, l'auteur se décida à faire le déplacement de l'organe devenu opaque; mais il reconnut qu'il était adhérent aux parties voisines. Dans cet état de choses, l'opérateur eut l'heureuse idée de chercher à produire la suppuration de l'organe devenu opaque, au moyen d'un séton; à cet effet, il introduisit une aiguille fine et courbe, armée d'un fil à travers la sclérotique, et la ramena au dehors, en tournant sa concavité en avant, et en faisant passer la pointe à travers la cornée. L'inflammation qui se déclara, et que l'auteur chercha à modérer par un traitement antiphlogistique, produisit la suppuration de la cornée autour du fil qui fut retiré au bout de vingt-quatre heures. Le cristallin, ainsi que sa sysule, disparut, et huit semaines après, le malade put vaquer à ses occupations ordinaires.

Il est évident que d'après cette observation, que nous avons donnée en raccourci, on peut essayer de provoquer la résorption du cristallin au moyen d'un séton passé à travers cet organe. L'inflammation produite par le corps étranger ne doit cependant pas être exagérée, c'est pourquoi le fil ne peut être laissé en place plus de 24 à 30 heures; si ce temps n'était pas suffisant pour déterminer la suppuration complète de l'organe devenu opaque, l'opération pourrait être répétée; quoique l'emploi de ce moyen ait été très heureux, nous croyons qu'il faut avoir des raisons toutes particulières pour oser le conseiller.

LES HÉMORRAGIES PAR L'OREILLE COMME SIGNE PRONOSTIQUE DANS LES CAS DE BLESSURES DE TÊTE; par le professeur ALBERS, de Bonn.

Tout le monde sait combien le pronostic dans les blessures de tête est douteux; les lésions les plus violentes ne sont accompagnées quelquefois que d'accidens très légers, tandis que de petites blessures sont suivies des symptômes les plus graves, les unes finissent par devenir mortelles, tandis que les autres guérissent. Il ne faut donc négliger aucun symptôme pour arriver à un pronostic plus sûr et à éclairer le diagnostic, qui n'est pas moins difficile. A cet effet, M. Albers fait la remarque que dans tous les cas de lésion de tête qui ont été suivis de guérison, une hémorragie abondante par une oreille a eu lien immédiatement après la blessure. M. Albers, qui a communiqué ses remarques à plusieurs de ses confrères, les a vues confirmer par eux.

OBS. — Un homme de 40 ans, tombé ivre de son cheval, frappa de la tête contre le coin d'une maison; il s'en suivit immédiatement une perte de connaissance, et une paralysie des extrémités inférieures. Hémorragie par l'oreille droite. Traitement antiphlogistique. L'état comateux avait duré 24 heures. La plaie extérieure dans la région frontale s'étendait jusqu'au crâne. Guérison au bout de dix jours.

OBS. II. — Un garçon de 11 ans tomba du haut d'un arbre, la tête en avant, sur un morceau de bois. Etat comateux. Hémorragie par l'oreille gauche. Paralysie du côté gauche. La plaie sur le sommet de la tête n'allait pas tout à fait jusqu'à l'os. Dix heures après, le côma et la paralysie avaient disparu. Guérison au bout de six jours. Un bourdonnement resté pendant un certain temps dans l'oreille gauche a complètement cessé.

SUR LE TÉTANOS TRAUMATIQUE; par le docteur FRIEDERICH, de Berlin.

L'auteur, qui a déjà publié une dissertation sur le tétanos des nouveaux-nés, nous donne aujourd'hui le résultat de ses recherches sur le tétanos traumatique; son mémoire est basé sur 252 cas observés en partie par lui-même, en partie recueillis dans les auteurs.

D'après un premier tableau que M. Friederich nous donne, il résulte que les symptômes du tétanos se sont déclarés chez la plupart le dixième, puis le huitième, septième, quatorzième, neuvième, vingt-unième, premier, quatrième, cinquième, vingt-huitième jour après la lésion.

Le nombre de ceux qui sont tombés malades aux jours indiqués est proportionnellement bien plus grand que pour les jours intermédiaires; une chose digne de remarque, c'est que la plupart de ceux-là sont morts.

Le second tableau a rapport à la durée et à l'issue de la maladie : 101 hommes et 20 femmes sont guéris; la plupart le vingt-huitième, quatorzième, quarante-deuxième, septième, quatrième, trente-cinquième jour après le début du tétanos. 109 hommes et 22 femmes sont morts : la plupart le deuxième, troisième, premier, quatrième, cinquième, sixième, septième, neuvième jour après le début de la maladie, ainsi dans le cas de tétanos aigu.

Il serait erroné de vouloir tirer de ce tableau des conclusions sur la mortalité du tétanos en général; car le plus souvent on ne fait connaître que les cas de guérison qui sont le plus de fois seuls intéressans; ainsi, on doit regarder le résultat indiqué ici en faveur de la guérison comme trop favorable.

Dans le troisième tableau, nous voyons que c'est entre 15-20 ans, puis entre 10-15, 25-30, qu'on a compté le plus grand nombre de cas, ce que l'auteur attribue à la circonstance que cet âge est le plus exposé aux blessures qui donnent lieu au tétanos traumatique; c'est par cette même raison qu'il s'explique pourquoi il n'a trouvé que 42 femmes sur 210 hommes.

Dans 71 cas, le tétanos s'est déclaré après de légères lésions des doigts ou des orteils, par des clous, de légères incisions, etc.; dans 61 cas par des contusions, des luxations et des esquilles d'os; dans 33 cas, par des plaies de feu; dans 11 cas, après des amputations; quelquefois on l'a vu survenir après des brûlures, des congélations, des excoriations légères et superficielles, des saignées; lorsqu'un nerf s'est trouvé comprimé; et enfin dans des cas de blessures en voie de cicatrisation.

D'après un grand nombre de rapports d'autopsies que l'auteur a recueillis, il résulte que dans plus de trente observations qui ont été faites avec soin, on a trouvé une lésion avec des signes d'inflammation d'un nerf; quand on pense que le plus de fois on ne se borne qu'à examiner la moëlle épinière et le cerveau, et dans d'autres cas que les muscles, qu'on a pris pour le siége de la maladie, et que très souvent l'autopsie n'est pas permise, le nombre de 30 autopsies est déjà très important.

L'auteur fait une longue dissertation sur la pathologie du tétanos traumatique; il admet que cette maladie ne se déclare dans les cas de lésion proprement dite que là où un nerf de sensation a été atteint, soit immédiatement, soit plus tard, par une inflammation consécutive à une blessure. Ces idées d'ailleurs ne sont pas tout à fait neuves comme on sait.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 17 DÉCEMBRE.

FILLE BI-CORPS D'ALGER.

M. Guyon, chirurgien en chef de l'armée d'Afrique, adresse une note sur un cas de monstruosité qu'il vient d'observer. Une femme de Mahon, âgée de 22 à 23 ans, est accouchée à Alger, le 22 septembre, de deux enfans du sexe féminin unis par le thorax. Les deux enfans étaient à terme et bien viables, mais ils ont péri dans le travail de l'accouchement.

La colonne vertébrale chez ces jumelles se bifurquait de bas en haut à partir de la dernière vertèbre dorsale. Il y avait deux cœurs adossés l'un à l'autre latéralement. Le poumon droit se composait de quatre lobes et le gauche de trois. Il y avait deux estomacs, deux duodénums, deux jéjunums; ceux-ci, marchant parallèlement l'un à l'autre, finissaient par ne former qu'un seul tube qui comprenait à peu près toute la longueur de l'iléum. Le foie présentait trois divisions : celle du milieu recevait la vésicule, qui était volumineuse, orbiculaire, en contact avec les parois abdominales. Il n'y avait que deux reins placés chacun sur une colonne vertébrale, le droit sous le foie, le gauche sous le diaphragme. Il n'y avait qu'une seule vessie, mais elle était plus volumineuse que chez un enfant à terme. Il y avait deux utérus placés l'un à côté de l'autre latéralement, et deux vagins situés de même, mais aboutissant à un seul orifice externe.

M. Guyon croit avoir remarqué que les accouchemens monstrueux sont plus communs chez les Européennes établies en Algérie, qu'ils ne le sont dans nos pays, et que ces cas sont aussi assez fréquens chez les femmes arabes.

OBSERVATION SUR LA RÉFLEXION DES ONDES SONORES.

M. N. Savart, frère du célèbre académicien de ce nom, adresse un mémoire sur ce sujet.

Lorsque des ondes sonores partant d'un corps en vibration viennent frapper une surface plane et sont ensuite réfléchis suivant un axe dirigé vers leur point de départ, il se forme le long de cet axe, par la rencontre des ondes directes et des ondes réfléchies, ou, en d'autres termes, par suite des interférences, comme un système d'ondes qui semblent privées du mouvement de transport; c'est-à-dire que l'oreille, en parcourant les divers points de cette droite, y reconnaît des nœuds, des ventres et des points intermédiaires où l'intensité du son augmente, à mesure qu'on s'approche davantage d'un ventre.

Cette immobilité des points remarquables des ondes permet d'en marquer la position sur l'axe de réflexion; et l'on reconnaît alors, en mesurant la longueur des ondes fixes, qu'elle est égale à celle des ondes directes; de telle sorte que le produit de cette longueur par le nombre de vibrations que fait le corps en un temps donné est égal à l'espace que parcourrait une onde directe dans le même temps. Néanmoins, la première onde, celle qui est formée près de la paroi réfléchissante, fait exception à cette règle. On la trouve de beaucoup plus petite que toutes les autres.

Ce système d'ondes que nous venons de mentionner n'est pas le seul que produise un corps vibrant. Il existe à la fois autant de ces systèmes que le corps a d'harmoniques, et chacun d'eux est soumis aux mêmes lois que le premier. Les interférences n'ont donc lieu que pour les ondes de même longueur.

Ce qu'on observe relativement aux harmoniques en petit nombre d'un corps en vibration s'observe aussi pour tous les sons simultanés qui composent un bruit.

On tire de ces faits les moyens d'analyser un son, de reconnaître le plus ou moins de pureté dont il jouit, et d'assigner les causes auxquelles il faut attribuer le timbre qui lui est propre.

Ces moyens s'appliquent également à l'analyse d'un bruit.

Enfin, les surfaces planes ont la propriété de renforcer un son quelconque : mais il faut pour cela que le corps vibrant se trouve à une distance déterminée de la surface, distance variable avec le degré d'acuité du son. D'où il suit que si on approche progressivement d'une surface plane un corps bruyant, chacun des sons qui concourent à la formation du bruit sera entendu séparément.

(*La suite au prochain numéro.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 18 DÉCEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. MOREAU.

COWPOX DE PARIS.

M. le docteur Fiard écrit à l'Académie qu'il vient de constater le vrai cowpox sur une vache qui est dans l'établissement de M. Poinsot. M. Fiard s'est empressé d'inoculer la matière des pustules à deux enfans. Il demande que des commissaires soient chargés d'assister aux expériences qu'il se propose de continuer. M. Fiard a recueilli du virus dans plusieurs tubes qui lui permettront de multiplier les inoculations.

M. Bousquet déclare avoir eu connaissance avant M. Fiard du fait dont il s'agit, et qu'il a conjointement avec M. Rayer vacciné deux enfans avec le virus des pustules de la vache. Ces pustules existaient sur les trayons et étaient aussi belles que celles qui ont été décrites par Jenner.

M. Desportes propose qu'on vaccine d'autres vaches à l'aide des mêmes pustules. Cette proposition est adoptée.

M. Rayer annonce qu'il a inoculé la morve aiguë à un cheval : nous donnerons dans notre prochain numéro quelques détails sur cette expérience.

ÉLECTIONS POUR 1839.

L'Académie procède au renouvellement des membres du bureau.

Président,	M. Husson,
Vice-président,	M. Bally.
Secrétaire-annuel,	M. Roche.

Les élections continueront à la prochaine séance.

La séance de mardi prochain est remise à jeudi à cause de la Noël.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

NOTE SUR QUELQUES SYMPTÔMES DE LA PÉRITONITE PRODUITE PAR LES PERFORATIONS INTESTINALES; par M. le docteur CAZENEUVE, chirurgien militaire.

Les maladies du canal intestinal ont été élucidées principalement par les travaux de physiologie et d'anatomie pathologique : c'est à ceux-ci qu'on doit la connaissance des perforations de l'iléum qui surviennent souvent pendant le cours de la fièvre typhoïde. On a bien apprécié le siége, l'étendue, la nature de cette lésion : les causes et les symptômes laissent encore à désirer.

Dans un mémoire que j'ai publié sur ce sujet (GAZ. MÉD., n. 52, 1837; n. 1, 1838), je me suis particulièrement attaché à la recherche de ses causes. Le rapprochement des faits que j'ai observés et de ceux déjà publiés, m'a conduit à reconnaître qu'une alimentation trop abondante ou prématurée amenait souvent cette lésion en empêchant la cicatrisation des ulcères, qui peu à peu détruisent les trois tuniques de l'intestin. De nouveaux faits sont venus confirmer cette opinion.

Dans l'analyse de mes observations, j'ai eu soin de signaler deux symptômes auxquels les auteurs semblent ne pas avoir assez fait attention, et qui m'ont servi plusieurs fois à diagnostiquer une perforation : ce sont 1° une douleur très vive occupant la région iliaque droite, l'hypogastre, et s'irradiant dans l'abdomen; 2° un besoin d'uriner pressant, trompeur, car la vessie ne contient pas d'urine.

Dans une *Note sur le diagnostic de la péritonite produite par la perforation de l'iléum* (GAZ. MÉD., nov. 1838), M. Judas, médecin-adjoint à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, indique (il croit l'avoir fait le premier) les deux symptômes dont je viens de parler comme constans, liés l'un à l'autre, et par conséquent pathognomoniques. Il est arrivé à la connaissance de cette relation de symptômes par une autopsie qu'il rapporte, la perforation ayant été alors seulement reconnue. Mon estimable confrère aurait peut-être évité cette erreur de diagnostic, s'il avait eu connaissance du travail déjà cité et que j'ai publié voilà un an. Voici ce que je disais dans la première observation :

« Douleur très vive surtout à la région iliaque droite; l'hypogastre forme une saillie globuleuse qui a pu faire croire à une paralysie de la vessie; on n'a retiré à l'aide de la sonde que deux ou trois cuillerées d'urine trouble, fétide... Je signalerai le besoin d'uriner qui, avec la tuméfaction de l'hypogastre, a pu faire croire à une grande quantité d'urine amassée dans la vessie. Ce symptôme existe assez souvent lorsque l'inflammation a pour siége le péritoine pelvien. Dans ces cas la vessie est rapetisssée; elle ne peut se laisser distendre par l'urine, la douleur abdominale amenant la contraction de sa membrane musculaire. A cette cause, je joindrai les adhérences intestinales et la quantité de pus qui remplissait le petit bassin et comprimait la vessie de haut en bas. »

Dans la deuxième observation, « le malade se plaint d'uriner peu : il dit que l'urine s'est épanchée dans le ventre... Dans ce cas encore envie d'uriner et suppression de la sécrétion urinaire. »

Dans la deuxième partie de ce mémoire, on lit : « Les symptômes des perforations intestinales sont ceux d'une péritonite intense, je ne les transcrirai pas. Toutefois je signalerai 1° un froid très vif qui indique le début de la phlegmasie; 2° une douleur aiguë, déchirante, plus vive surtout à la région iliaque droite; 3° le besoin d'uriner et une tuméfaction de l'hypogastre qui ont pu faire croire à la paralysie de la vessie. Dernièrement encore, j'ai pu constater une méprise de ce genre. Un malade se plaignait de ne pouvoir uriner; l'hypogastre était douloureux par la pression. Le médecin crut à une rétention d'urine : une sonde introduite dans l'urètre n'amena pas une goutte de ce liquide. Après bien des tentatives, on crut n'être pas arrivé dans la vessie. Le malade mourut dix jours après. L'autopsie m'a fait constater une péritonite aiguë, suite de perforation; le petit bassin était rempli de pus : la vessie enveloppée d'une pseudo-membrane très épaisse.... J'ai dit à quoi il fallait attribuer ces symptômes. »

Ainsi, le besoin d'uriner, la douleur à la région iliaque, à l'hypogastre, ont été formellement indiqués comme pouvant servir au diagnostic de la péritonite aiguë consécutive à une perforation intestinale. Ces symptômes, du reste, ont été observés par d'autres médecins; il n'est pas étonnant que M. Judas les ait constatés dans les mêmes circonstances. Toutefois, ce

médecin insiste avec raison plus qu'on ne l'avait fait, sur la suppression urinaire.

Mais cette suppression est-elle constante, et ce symptôme joint à la douleur hypogastrique, peut il faire distinguer la péritonite par perforation de l'iléum, de celle qui survient spontanément ou par suite de la rupture des trois tuniques de l'estomac ou autre partie du tube digestif? Voyons à ce sujet ce que nous apprend l'observation.

La suppression de l'urine n'a pas lieu dans tous les cas; souvent aussi elle n'est pas complète. Je n'aurais, pour le prouver, que le silence des auteurs sur ce point. En effet, elle n'est pas mentionnée par MM. Andral, Louis, Chomel. M. Broussais n'en cite que deux ou trois exemples : de plus, on a rapporté des cas dans lesquels la sécrétion urinaire a continué. J'ai lu dans la clinique médicale le fait d'un individu mort des suites d'une péritonite pelvienne chez lequel la vessie était comprimée par le pus amassé dans le bassin, *les uretères distendus par l'urine égalaient le volume de l'intestin grêle*. M. Broussais rapporte (PHLEG. CHRON., p. 328, t. III) un cas semblable : « Le malade urinait peu, avec beaucoup de difficulté. La vessie était vide; les reins à l'état normal; *les uretères dilatés jusqu'à la grosseur du petit doigt*. » Nous verrons plus loin un cas de perforation de l'iléum, dans lequel la sécrétion urinaire s'est rétablie après avoir été suspendue pendant vingt-quatre heures.

Ainsi, la suppression urinaire n'est pas constante. Est-elle pathognomonique? L'observation répond encore négativement : on la voit en effet dans d'autres cas que les ruptures de l'iléum. Ainsi, dans les deux faits rapportés par M. Broussais, la péritonite était spontanée.

M. Forget a publié (GAZ. MÉD., 15 avril 1837) un cas de perforation du duodénum. On y lit : « Ténesme vésical; il (le malade), dit n'avoir rendu, depuis trois jours, que quelques gouttes d'urine rouge et brûlante. Quelques heures plus tard, ce malade croit que sa vessie va se rompre : il prie M. Oulmont qui l'assiste de le sonder. Le cathétérisme n'amène pas une goutte d'urine... Le péritoine qui tapisse la vessie est très enflammé. » On trouve dans le LONDON MEDICAL GAZETTE, janvier 1838, un cas de perforation de l'estomac avec « une grande envie d'uriner et de vomir, et tous les efforts de la malade pour obtenir l'un et l'autre étaient infructueux. »

Les faits suivans, recueillis en 1833, à l'hôpital militaire de Lille, et que j'extrais textuellement de mon cahier, de clinique, nous offrent les mêmes particularités.

CANCER; PERFORATION DE L'ESTOMAC; PÉRITONITE AIGUE; MORT; AUTOPSIE.

OBS. I. — Jurine, âgé de 28 ans, d'une forte constitution, entra à l'hôpital militaire de Lille le 10 avril, ne présentant pas des symptômes assez tranchés pour caractériser sa maladie. Il nous dit avoir eu une hernie ombilicale il y a un an; il a été traité à l'hôpital de Valenciennes au mois de janvier dernier pour une maladie qu'il n'a pu nous définir. Il ajoute qu'il souffre depuis un an de l'estomac : le bon état de la nutrition empêche de croire à ces douleurs.

Des alimens légers lui sont accordés; bientôt il mange la demie.

Le 16, malaise général, douleur aiguë dans l'abdomen.

Le 17, la douleur augmente, les selles contiennent une assez grande quantité de sang noirâtre (diète, eau gommée, douze sangsues à l'anus, lavement amylacé). Les douleurs abdominales deviennent de plus en plus vives; pendant la nuit, en s'agitant, Jurine tombe de son lit.

Le 18, face pâle, grippée, exprimant l'anxiété la plus vive; les yeux sont enfoncés dans leur orbite. Le malade se tient courbé et en travers de son lit. Langue pâle, blafarde; soif intense; abdomen douloureux par la plus légère pression; selles sanguinolentes; besoin et difficulté d'uriner; nausées, vomiturition de matières jaunes; peau froide, ridée; frisson très intense; pouls concentré, fréquent (150 p.); respiration incomplète sans bruit anormal (diète, vingt-cinq sangsues abd., lavement amyl., cathétérisme). Les piqûres des sangsues ont fourni peu de sang : deux cuillerées d'urine environ ont été retirées de la vessie; il était impossible de faire rouler la sonde dans la vessie, ce que j'ai attribué à la contraction très forte de cet organe. Le lavement a entraîné au dehors des matières pelotonnées d'un rouge brun.

Les symptômes vont croissant d'intensité.

Vers deux heures, le malade demande encore à être sondé, ce qui a été fait sans amener de l'urine.

La mort est venue terminer cette scène de douleurs vers trois heures.

AUTOPSIE CADAVÉRIQUE, 22 heures après la mort :

EXTÉRIEUR. Pâleur et rigidité cadavériques. Le système musculaire est très développé; le tissu graisseux est jaune et abondant.

Rien d'anormal dans les organes thoraciques.

L'abdomen contient une grande quantité de pus, liquide, amassé particulièrement dans le petit bassin et les flancs. Le péritoine dans toute son étendue, est tapissé de pseudo-membranes molles, peu organisées. Le tissu cellulaire sous-séreux est injecté.

L'estomac assez développé présente, vers la partie moyenne de sa petite courbure, une ulcération dont la grandeur égale celle d'une pièce de 1 fr.; ses bords sont saillans, durs, squirrheux; dans ce point les trois membranes sont détruites, et cette solution de continuité semble être faite avec un emporte-pièce. La muqueuse gastrique ramollie offre, dans presque toute son étendue, une couleur ardoisée; autour de la perforation on voit des parties ecchymosées. La muqueuse du duodénum est d'un rouge assez foncé; celle du jéjunum, de l'iléum, ne présente pas d'altération notable. Celle du gros intestin, teinte en rouge, contient une assez grande quantité de matière pelotonnée assez analogue, pour la couleur et la densité, à du marc de café serré.

La surface concave du lobe gauche du foie un peu ridée, tapissée d'une pseudo-membrane molle. Le parenchyme du foie est sain.

Les reins n'offrent rien d'anormal; la vessie contractée est cachée derrière le pubis.

Je n'ai trouvé aucune trace de la hernie ombilicale dont le malade nous dit avoir été atteint.

Dans ce cas, la perforation occupait l'estomac, et il y avait un besoin pressant d'uriner. Ce symptôme était le résultat de la contraction de la vessie amenée par l'inflammation du péritoine pelvien. Nous verrons plus loin à quoi il faut attribuer la diminution dans la sécrétion urinaire. La perforation était ancienne; si la péritonite n'est pas survenue plus tôt, c'est que le foie s'opposait à un épanchement dans la cavité abdominale. Sous ce rapport ce fait doit être rapproché de ceux publiés par M. le professeur Forget (GAZ. MÉD., avril 1837).

Cette observation nous offre un cas de gastrite chronique (ramollissement ardoisé de la muqueuse, perforation), et cependant le malade mangeait, buvait beaucoup; la digestion se faisait bien, car la nutrition était bonne; le système musculaire était très développé, chargé de graisse. L'abus des boissons et des alimens n'est peut-être pas étranger à la manifestation de la lésion de l'estomac; c'est à cette lésion qu'il faut rapporter les douleurs éprouvées par le malade déjà un au avant son entrée à l'hôpital.

ENTÉRO-PÉRITONITE CHRONIQUE; MORT; AUTOPSIE.

OBS. II. — Gouraud, âgé de 24 ans, d'une complexion délicate, m'a dit avoir éprouvé, il y a environ un an, une douleur très vive superficielle à la partie moyenne et inférieure de l'abdomen. Plusieurs sangsues furent posées *loco dolenti*; la maladie parut s'amender. Depuis ce temps, Gouraud n'a pas joui d'une bonne santé.

Vers le 1er janvier, il fut pris de dévoiement. S'étant trouvé plus malade, il entra à l'hôpital le 20. La diarrhée était très abondante; le ventre très douloureux par la pression; besoin fréquent d'uriner et difficulté dans l'excrétion urinaire; soif très vive (diète, vingt sangsues sur l'abdomen, lavem. amyl.). Sous l'influence de cette médication, la douleur abdominale diminua, les selles devinrent moins fréquentes; elles restèrent toujours liquides.

Pendant les mois de février et mars, il a été prescrit une alimentation peu substantielle.

Je n'ai vu le malade qu'à dater du 2 avril. Voici ce que j'ai pu observer :

Amaigrissement très avancé; langue rouge sur ses bords et à sa pointe; soif peu vive ; abdomen rénitent, bosselé, douloureux par la pression; trois selles liquides; micturition et excrétion urinaire difficile. La respiration est normale; la peau est peu chaude; le pouls peu fréquent (crème de riz, lait sucré, tis. gomm.).

J'ai vu ce malade à onze heures du soir : les symptômes avaient pris un nouveau degré d'intensité : la peau était chaude, sèche; le pouls fréquent; la soif vive; l'abdomen plus sensible à la pression; insomnie.

Le 3, mêmes symptômes que la veille au matin.

Le 5, un peu d'excitation, toux fréquente, crachats rouillés, sales (diète, lait sucré, lav. opiacé). Agitation très grande pendant la nuit.

Le 8, assoupissement, sommeil agité; le pouls est facile à déprimer; nausées, vomiturition; ventre très douloureux par une légère pression; quatre selles liquides. (Diète, lait sucré, lav. amyl.)

Le 9, ventre plus douloureux, soif plus vive, peau plus chaude; onze selles liquides; le malade se plaint de ne pouvoir uriner. Vomissement de matières jaunes-verdâtres; toux fréquente et très douloureuse (diète, fomentation émol., cathétérisme). On a retiré environ deux cuillerées d'urine.

Le 11, pouls concentré à peine sensible; peau froide; abdomen dur, bosselé, très douloureux par la plus légère pression. Sept selles liquides. Toux assez fréquente. (Diète, eau gommée, cathétérisme.)

Le 12, aggravation de tous les symptômes; mort à quatre heures.

AUTOPSIE CADAVÉRIQUE. 24 heures après la mort.

THORAX. La muqueuse bronchique est injectée sans ramollissement; trois ganglions bronchiques sont mous, noirâtres, réduits en putrilage. Le poumon et la plèvre sont sains; il en est de même du cœur et de ses enveloppes.

ABDOMEN. Tous les organes contenus dans cette cavité sont adhérens entre eux, à l'aide de pseudo-membranes bien organisées, noirâtres, et au milieu desquelles se trouve un grand nombre de tubercules durs, arrondis, du diamètre de deux lignes environ. Quelques-uns de ces tubercules sont ramollis. A la partie inférieure et dans le petit bassin, on trouve des pseudo-membranes moins organisées, du pus mêlé à un liquide jaunâtre dont l'odeur rappelle celle des matières fécales.

La muqueuse du tube digestif offre une couleur ardoisée; vers la partie moyenne du jéjunum existe une ulcération un peu plus grande qu'une pièce de 10 sous et qui avait détruit les trois tuniques de l'intestin. Vers la valvule iléo-cœcale existent plusieurs ulcérations; l'une d'elles est perforée. Les ganglions mésentériques sont très développés. Le foie et la rate sains adhèrent très fortement au tube digestif et aux parois abdominales.

Les reins sont sains: la vessie, cachée derrière le pubis, est enveloppée d'une fausse membrane très épaisse et bien organisée : sa muqueuse est saine.

Nous trouvons dans ce cas deux perforations et deux atteintes de péritonite. Est-ce à la perforation du jéjunum qu'il faut rattacher la maladie pour laquelle Gouraud entra à l'hôpital, et à la lésion de l'iléum les symp-

tômes qui amenèrent sa mort? Les lésions cadavériques pourraient le faire penser. En effet, les pseudo-membranes qui unissaient les organes abdominaux étaient épaisses, celluleuses, à l'hypogastre; dans le petit bassin, ces pseudo-membranes étaient tapissées de pus et imprégnées de matière fécale liquide.

Quoi qu'il en soit, nous observons encore ici un besoin fréquent d'uriner, et excrétion urinaire douloureuse, difficile. Ce symptôme peut être facilement expliqué par les lésions que laisse après elle la péritonite chronique.

Dans l'état normal, l'excrétion urinaire réclame 1° la contraction propre des parois de la vessie; 2° l'abaissement du diaphragme; 3° la contraction des muscles abdominaux qui, en refoulant les anses intestinales, agit de haut en bas sur la vessie. Or, chacun de ces actes est plus ou moins gêné, quand il existe des adhérences intimes entre les viscères abdominaux. L'abaissement du diaphragme et la rétraction des parois abdominales n'a lieu qu'incomplètement, à cause de la douleur qu'ils réveillent; de plus, l'action combinée de ces deux forces vient se perdre en partie sur la colonne vertébrale, par l'intermédiaire des intestins qui, soudés entre eux et presque immobiles, ne peuvent plus glisser et comprimer la vessie.

Dans la péritonite sur-aiguë, la douleur seule peut empêcher la *synergie* des mouvemens que je viens d'indiquer. Ainsi, la respiration est incomplète et se fait par le mouvement des côtes; le ventre est météorisé; sa rétraction est extrêmement douloureuse, comme on le voit quand on le comprime avec la main.

Si le besoin trompeur d'uriner et la douleur à l'hypogastre ou à la région cœcale ne sont pas des signes pathognomoniques de la perforation de l'iléum, il n'est pas moins vrai de dire qu'ils se montrent plus fréquens quand la péritonite est consécutive à cette lésion que quand elle est spontanée; en voici la raison. Presque toujours, dans la fièvre typhoïde, la perforation a lieu à deux ou trois pouces du cœcum: cette partie de l'iléum plonge dans le petit bassin où se répandent tout d'abord les gaz, les matières fécales liquides qui sortent de l'intestin et qui occasionnent la péritonite. L'on conçoit de suite comment la douleur détermine la contraction de la vessie; comment le besoin d'uriner est factice; comment l'hypogastre et la région iliaque droite sont le siége de la douleur la plus vive. Presque tous les cas de perforation intestinale rapportés dans les auteurs nous ont montré le péritoine pelvien surtout enflammé, du pus amassé dans le petit bassin.

La diminution et même la suppression de la sécrétion urinaire s'expliquent très bien par les lois physiologiques et pathologiques. Elle peut être le résultat d'une irritation propagée aux reins. Ce cas est rare. Le plus souvent elle reconnaît pour cause 1° la douleur très vive dont l'abdomen est le siége; 2° l'existence d'autres sécrétions anormales.

1° La douleur, en resserrant, *spasmodisant* le cœur, les vaisseaux sanguins, doit diminuer la circulation propre des organes. Les contractions du cœur, en effet, sont petites, serrées; le pouls est concentré, vif; la chaleur de la peau diminuée. Le sang veineux reste plus longtemps dans les organes; ainsi les levres, la peau sont violacées, froides. Les mouvemens de la respiration sont incomplets; la rénovation du sang ne se fait que difficilement.

Si l'hématose est altérée, si le sang artériel n'arrive qu'en petite quantité dans les glandes, leur sécrétion doit nécessairement diminuer. Cela n'arrive pas seulement pour l'urine, on le voit aussi pour les autres sécrétions; ainsi la peau est sèche, la soif très vive, etc. A mesure que la douleur diminue, on voit le cœur élargir ses mouvemens, le pouls se développer, la peau devenir plus chaude, sudorale, la sécrétion urinaire se rétablir. La douleur a tellement d'influence sur cette dernière sécrétion, qu'on ne l'observe pas dans les péritonites indolentes à marche chronique, et qu'elle se rétablit à mesure que la douleur passe. Je lis dans une observation de perforation intestinale, recueillie dans le service de M. Piorry, par M. Bourgeois (Gaz. Méd., janvier 1838). « Le 17, abdomen excessivement douloureux à la pression, surtout à la région iliaque droite, 8, 10 selles liquides: *la sécrétion urinaire est suspendue depuis hier matin.* Le 19, l'abdomen est ballonné, *mais il n'est plus douloureux à la pression; il urine mieux que les jours derniers, pas de selles depuis hier... Le péritoine pelvien est particulièrement affecté.* » Il y a évidemment ici un rapport de cause à effet entre ces deux symptômes. Dans notre deuxième observation, la diminution dans la sécrétion de l'urine, la difficulté dans l'excrétion de ce liquide, sont survenues aux deux époques où la péritonite est devenue très-douloureuse.

2° L'existence d'une autre sécrétion. On le sait, les fonctions de même nature sont solidaires entre elles; si l'une augmente l'autre diminue ou disparaît. Or, dans tous les cas que j'ai observés ou que j'ai lus, il existait un dévoiement très-intense; les malades avaient 5, 6, 10, 20 selles. Il n'est pas étonnant que la sécrétion urinaire ait été diminuée ou suspendue. Elle l'est dans tous les cas de flux abondant du canal intestinal, dans le choléra, les diarrhées chroniques. J'ai dans ce moment sous les yeux le cas d'un officier atteint de *cirrhose* du foie et d'ulcérations du gros intestin. Le dévoiement existe depuis un mois; il avait diminué de beaucoup, lorsque le malade, ennuyé, a voulu manger plus qu'il ne lui avait été prescrit. Les coliques, le dévoiement ont reparu, et avec eux un besoin fréquent d'uriner; quelques gouttes seulement sont rendues par le canal, ce qui fatigue, impatiente le malade.

Il faut joindre à cette cause l'existence d'une sécrétion anormale dans le péritoine, dans lequel s'amasse du pus, de la sérosité; personne ne niera le rapport qui existe entre cette sécrétion anormale, et celle qui a lieu par les reins, par le canal intestinal; car on voit assez souvent une hydropisie ascite disparaître par les urines, par les selles. Tous les jours nous mettons à profit ces faits, ces indications, et les résultats confirment souvent l'utilité de ces préceptes.

Mais en voilà trop sur ce point. Tout d'abord je voulais seulement ajouter quelques faits à ceux déjà publiés, afin de confirmer l'importance des symptômes sur lesquels le médecin du Gros-Caillou a si judicieusement rappelé l'attention.

Pour me résumer, je dirai 1° que la micturition, la suppression de l'urine, la difficulté dans l'excrétion de ce liquide, la douleur siégeant spécialement à l'hypogastre, ou à la région iliaque droite, sont des symptômes fréquens de la péritonite par perforation intestinale, surtout de l'iléum, et qu'ils peuvent, dans un grand nombre de cas, en assurer le diagnostic.

2° Que ces symptômes trouvent facilement leur explication dans la partie du péritoine spécialement enflammée, dans la contraction de la vessie, la douleur vive de l'abdomen; l'existence d'une sécrétion anormale, enfin, dans les adhérences intestinales.

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ DE L'AFFECTION CALCULEUSE, OU RECHERCHES SUR LA FORMATION, LES CARACTÈRES PHYSIQUES ET CHIMIQUES, LES CAUSES, LES SIGNES ET LES EFFETS PATHOLOGIQUES DE LA PIERRE ET DE LA GRAVELLE, suivies d'un essai de statistique sur cette maladie; avec cinq planches. Un gros volume in-8°. Par le docteur Civiale.

Je suppose qu'il y a assemblée de l'ancienne Académie de chirurgie. La séance est présidée par l'illustre La Peyronie; avec lui se trouve Houstet, son fidèle ami; puis viennent Lamartinière, Quesnay, Ledran, La Fage, Le Vacher, Sabatier, Morand, Tenon, Lassus, Pipelet, Hévin, Deschamps, etc., une foule de noms célèbres, *vieilles admirations* chirurgicales de notre jeunesse. Louis, ce savant et spirituel secrétaire, tient la plume. Un chirurgien se présente et dit: « Messieurs, vous n'ignorez pas combien l'opération de la taille est pénible, douloureuse et incertaine dans ses résultats; combien elle entraîne d'accidens, et trompe ainsi les prévisions des chirurgiens les plus expérimentés; vous savez aussi qu'à toutes les époques de l'art, on a cherché à varier les méthodes de cette opération, à modifier les instrumens qu'on emploie, toujours dans le but de diminuer le danger. Néanmoins, les suites de cette opération offrent si peu de chances de succès, que les calculeux attendent jusqu'au dernier moment pour s'y soumettre; il en est même qui s'y refusent entièrement. Parmi ces derniers, je puis vous citer M. de Buffon, notre contemporain, qui préféra souffrir et garder jusqu'à sa mort, cinquante-quatre calculs dans sa vessie, ainsi que le célèbre secrétaire de l'Académie des sciences, M. d'Alembert, qui ne veut point, dit-il, souffrir le supplice de cette opération, malgré les conseils de nos savans confrères, MM. Tronchin et Barthez. Ces faits vous sont connus, et si la chirurgie a lieu de se glorifier de ses progrès, surtout depuis la fondation de votre société, ce n'est pas par l'opération de la taille. Quant à moi, Messieurs, ma méthode est toute différente de celles que l'on emploie journellement: sans ouverture extérieure, par conséquent sans incision à la vessie, sans craindre l'hémorragie et une foule d'autres accidens tant redoutés par les chirurgiens, et par des instrumens particuliers, j'attaque le calcul, je le creuse, je le broie, puis je l'extrais entièrement de la vessie, tout en préservant cet organe des atteintes qui lui seraient préjudiciables. Je ne demande pour garantie du succès que certaines conditions particulières sous le rapport du calcul et de l'appareil urinaire. »

A ces mots, il me semble voir la docte assemblée s'agiter prodigieusement. On y entend ce bourdonnement cacophonique, de mauvais augure pour un auteur; des membres s'écrient ironiquement que cela est mer-

veilleux; qu'une pareille opération serait l'honneur de la chirurgie française, etc. Quelques-uns haussent les épaules et traitent une pareille assertion de téméraire et d'insensée, peu digne d'occuper l'Académie de chirurgie; enfin, le plus grand nombre, composé d'hommes sages, dit : attendons et voyons les preuves.

Eh bien! ce qui est une supposition se trouve de nos jours complètement réalisé. Ces preuves sont arrivées, elles sont aussi nombreuses que péremptoires et décisives; autrement dit, le temps et l'expérience, ces deux juges sévères, ont décidé la question. D'ailleurs, le broiement de la pierre dans la vessie, considéré comme opération, a passé par toutes les épreuves. Un scepticisme critique outré, fécond en objections, en exceptions, en contradictions, ne lui a pas manqué, c'est le sort de ce qui est nouveau, de ce qui est utile. Tantôt la monomanie stationnaire a voulu exercer son influence sur cette belle opération, tantôt le véritable savoir même lui a contesté le droit d'occuper un rang dans le domaine de la chirurgie. Mais la toute puissance des faits a triomphé et on s'est rendu à l'évidence. Aujourd'hui la lithotripsie a sa part, comme la lithotomie a la sienne, et les *libres penseurs* de la science savent que chacune de ces deux opérations exige pour le succès des conditions particulières.

Cette question décidée, on a voulu, comme il arrive toujours, en élever une autre, celle de priorité. Stérile question pour l'art et pour l'humanité! Franco, cet habile chirurgien du seizième siècle, serait bien étonné, s'il revenait au monde, d'apprendre qu'il est l'inventeur de la lithotripsie. Cependant, s'il est vrai que l'invention appartient à celui qui fait et qui prouve, il me semble qu'elle revient à M. Civiale. Personne n'a fait davantage et prouvé le plus; personne, que je sache, n'a mis dans la balance plus d'opérations heureuses, de recherches habiles, de résultats certains, d'investigations précises. Mais non seulement M. Civiale s'est occupé du mécanisme de l'opération dont il s'agit et des perfectionnemens dont elle est susceptible, mais il a fait une étude approfondie de la maladie qui en est l'objet. Le résultat de ses longues recherches est le TRAITÉ DE L'AFFECTION CALCULEUSE que nous annonçons. Ce traité présente l'ensemble de tout ce que la science possède maintenant de plus clair, de plus net, de plus positif sur une maladie dont la forme, les variétés, les dangers ont excité de tout temps l'attention des praticiens. Qu'y a-t-il, en effet, de plus commun que l'affection calculeuse, surtout dans certains climats? Jusqu'à présent, on s'était contenté, à peu de chose près, de théories obscures et subtiles, de doctrines insuffisantes ou de simples faits dont les conclusions ne se rattachaient à rien.

L'auteur de ce traité offre un faisceau de recherches, de principes et de résultats qu'on chercherait vainement ailleurs. Si l'on veut des faits et des observations, on en trouvera en abondance dans ce livre et des plus remarquables. Mais M. Civiale ne s'en tient pas là; ces faits, présentés avec ordre et méthode, sont eu outre appréciés avec justesse et discernement, pesés au poids de leur valeur. Or, ceci n'est pas un faible mérite pour un ouvrage où le praticien instruit veut être éclairé; mais sans se trouver obligé de combattre des tendances à l'hypothèse, des prétentions paradoxales; où il veut bien chercher les solutions de plusieurs problèmes, mais ne croire qu'aux démonstrations; en un mot, à ce qui est. Loin de s'abandonner à des théories, qui cadrent mal avec les faits, M. Civiale s'élève contre celles qui ont été préconisées depuis quelques années. C'est ainsi qu'il s'attache à considérer la formation des graviers, origine des calculs, comme l'effet d'une action organique produite par le rein, plutôt que par une simple combinaison chimique. « On a trouvé, dit-il, l'urée et l'acide urique, même en grande quantité, dans l'urine d'animaux, qui, d'après les vues accréditées, n'aurait pas dû en contenir. D'un autre côté, ce que l'analogie avait fait soupçonner, les faits pratiques l'ont établi d'une manière irréfragable; les calculs d'acide urique sont loin d'être rares à une époque de la vie et dans une classe de la société où la prédominance n'appartient point au régime azoté, tandis qu'on les rencontre à peine dans des cas où ce régime constitue à lui seul la principale nourriture, chez les marins, par exemple. On sait aussi que les calculs d'oxalate de chaux se trouvent indistinctement chez les personnes qui ne mangent pas d'oseille, et chez celles qui en font usage. Ainsi, des faits incontestables, les documens de la statistique, viennent montrer le néant d'une théorie dans laquelle il y a plus d'esprit que de raison (Préface, p. VII). » Un peu plus loin, l'auteur rappelle les travaux les plus récens sur la formation des calculs : « Un autre fait capital, dit-il, avait échappé à l'observation, et qui ne peut manquer de répandre une grande lumière sur la formation des calculs, a été mis en évidence : c'est l'influence que les états morbides des organes urinaires exercent sur la sécrétion rénale et sur les propriétés de l'urine les plus favorables à la formation de ces corps. Des observations multipliées, en révélant cette particularité, ont conduit à établir deux classes de calculeux. Dans l'une, que je nommerai physiologique, nous voyons les calculs d'acide urique, d'oxalate calcaire et de cystine se former et se développer, sans que le sujet perde beaucoup, ou pour longtemps, les conditions d'une bonne santé, les divers états morbides propres aux calculeux ne sont que le résultat de l'action du corps déjà formé sur nos organes, soit qu'il chemine, soit qu'il grossisse dans le même lieu; mais avant et pendant que le calcul se forme, on ne découvre rien d'extraordinaire dans l'appareil urinaire. Au contraire, dans l'autre classe, qu'on pourrait appeler pathologique, et où nous voyons dominer presque exclusivement l'acide phosphorique et les dépôts calcaires et magnésiens, ce n'est plus une simple irritation qu'on découvre dans les organes sécréteurs ou détenteurs de l'urine, soit avant, soit pendant que la pierre se forme; c'est une véritable phlegmasie, avec ou sans lésions organiques appréciables; mais dont le produit a tous les caractères par lesquels nous reconnaissons l'inflammation. »

On reconnaît à ces passages remarquables le véritable praticien qui, allant droit au but, ne s'en laisse imposer, ni par l'autorité des noms, ni par une certaine apparence de vérité dans une théorie. Au reste, c'est dans le chapitre qui comprend les *causes de l'affection calculeuse* que M. Civiale traite plus amplement cet important sujet. Ce chapitre, d'un grand intérêt, et que tout praticien doit méditer, n'est en partie que le développement du principe énoncé dès le commencement « que dans l'affection calculeuse, un état maladif des organes urinaires précède le développement de la pierre. » Autrement, que les calculs ne sont que l'effet, le résultat d'une disposition organique morbide qu'il est très essentiel de connaître et d'approfondir. Ce principe est, en effet, fécond en indications pratiques importantes, et c'est pour l'avoir négligé que beaucoup de médecins et d'auteurs sont tombés dans des erreurs que M. Civiale ne manque pas de signaler avec ce bon sens pratique, cette discussion austère et purement logique qui le caractérise.

Notre intention n'est pas de donner une analyse complète et détaillée de ce Traité, le temps et l'espace nous manquent également. Nous dirons seulement que l'auteur n'a rien oublié pour que le sujet soit entièrement élucidé sous le triple point de vue de l'érudition, de la théorie et de la pratique.

L'économie du livre est d'ailleurs très bien entendue, et il sera facile d'en comprendre le plan, en indiquant les points principaux. L'auteur traite d'abord de la composition des concrétions ordinaires, des différentes formes qu'affecte la matière calculeuse, de la texture de ces concrétions, de leurs caractères physiques, des lésions organiques qu'elles peuvent produire; puis il expose le diagnostic de l'affection calculeuse, les causes de cette même affection; enfin il termine par des recherches statistiques sur cette maladie, recherches curieuses et importantes, car si la méthode des chiffres convient peu à la médecine, en général, on ne peut nier qu'elle ne soit applicable à certaines parties de la chirurgie. Nous ne dirons pas comme un ancien, *mundum regunt numeri;* mais nous dirons : la statistique convient à tel on tel ordre de faits, elle en est la plus juste expression.

Telle est la marche adoptée par l'auteur de ce Traité. Peut-être doit-on regretter qu'il n'ait absolument rien dit sur la thérapeutique de l'affection calculeuse. Le lecteur se trouve pour ainsi dire trompé dans son attente. Après l'avoir si bien instruit sur les causes, sur la nature et les effets de cette affection, pourquoi se taire sur les meilleurs moyens de la guérir et de la prévenir? Au reste, M. Civiale a sans doute en d'excellens motifs pour en agir ainsi; peut-être se livre-t-il à un autre travail où il sera exclusivement question de cette thérapeutique et sous les rapports les plus étendus. Quoi qu'il en soit, le TRAITÉ DE L'AFFECTION CALCULEUSE est un ouvrage que tous les praticiens sauront apprécier; ils y puiseront de précieuses et importantes notions sur la maladie dont il s'agit. En l'étudiant avec soin, on y sent partout l'aplomb naturel d'un homme qui a beaucoup vu et bien vu. C'est un livre d'instruction pleine et substantielle, un livre d'enseignement grave, net et positif, d'autant plus remarquable que rien n'est donné au hasard des vues arbitraires. On y est instruit par les faits et les observations, puis par leur juste et ferme appréciation, par l'abondance et le choix des détails; enfin par la clarté et la sûreté des déductions: de pareils livres sont assez rares pour qu'on doive les signaler hautement au public quand ils paraissent.

R.-P.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE DE FELIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 52. (TOME VI. — 1838.) SAMEDI 29 DÉCEMBRE 1838.

Gazette Médicale

DE PARIS.

LA GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 14, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

AVIS A MM. LES SOUSCRIPTEURS.

MM. les souscripteurs dont l'abonnement expire à la fin de ce mois sont invités à le renouveler prochainement s'ils ne veulent pas éprouver d'interruption dans l'envoi du journal. Pour ne pas décompléter les collections, aucun numéro ne sera envoyé aux personnes qui n'auraient pas donné avis de leur renouvellement avant le premier janvier. On s'abonne dans les départemens chez tous les directeurs des postes et des messageries. La quittance d'abonnement sera présentée au domicile de MM. les Souscripteurs de Paris. Vu la difficulté et les frais de recouvrement des mandats de la GAZETTE MÉDICALE, touchés au domicile des Abonnés des départemens, ce mode de souscription ne peut avoir lieu que pour des abonnemens de six mois, de neuf mois et d'un an.

SOMMAIRE.

PATHOGÉNIE.

MÉMOIRE SUR L'ÉTIOLOGIE GÉNÉRALE DES PIEDS-BOTS CONGÉNITAUX; lu à l'Académie royale de médecine, le 11 décembre 1838, par le docteur JULES GUÉRIN.

> « ... M. J. Guérin a encore établi l'existence d'un ordre nouveau de pieds-bots congénitaux produits par la rétraction musculaire convulsive pendant la vie fœtale. Cet ordre de causes, dont l'origine sera démontrée plus bas, offre des caractères qui ne permettent pas de les confondre avec les causes qui produisent d'autres espèces de pieds-bots congénitaux... »
>
> (RAPPORT SUR LE CONCOURS DU GRAND PRIX DE CHIRURGIE, fait à l'Académie des sciences, le 22 août 1837, p. 22.)

La dernière discussion de l'Académie a prouvé que la science était loin d'être fixée à l'égard de l'étiologie du pied-bot congénital. Toutes les doctrines proposées depuis Hippocrate jusqu'à nos jours ont été tour à tour remises en bonneur. La doctrine des positions vicieuses du fœtus, des pressions mécaniques, des déformations primitives des os, des arrêts de développement, et de la prédominance d'action de certains muscles, ont trouvé des fauteurs et des contradicteurs. Serait-ce, comme il arrive souvent, que chacune de ces doctrines fût vraie dans certaines limites, et que, comme ont cherché à l'établir plusieurs personnes qui ont pris part à la discussion, le pied-bot congénital dépendît alternativement des différentes causes qu'on lui a assignées? Quel que soit mon éloignement pour les opi-

Feuilleton.

COUP-D'OEIL SUR LES TRAVAUX ET LES ÉVÉNEMENS DE L'ANNÉE.

Ce que nous disions à la fin de l'année dernière de l'absence de vues générales, de tendances communes dans les productions de l'époque, peut être répété aujourd'hui avec le même fondement. Chacun travaille à un très petit coin du terrain de la science : les uns en avant, les autres en arrière, les autres de côté. Jamais il n'y a eu plus d'indépendance dans les idées médicales; jamais si peu de mouvement réel, malgré les efforts si nombreux et si multipliés des individus. C'est que tous ces efforts sont dirigés en sens contraire, et que la résultante de ce qui se fait est le *statu quo* scientifique. On ne peut pas en effet considérer autrement ces perpétuelles descriptions anatomo-pathologiques, faites au point de vue d'une dichotomie usée; ces histoires innombrables de maladies individuelles, incessamment reproduites d'après le même type et sortant du même moule, sous prétexte que la science a besoin de faits particuliers; ces continuelles répétitions d'une thérapeutique empirique dont les résultats du jour obscurcissent ou contredisent ceux de la veille; ces essais sans but, sans suite et sans résultats, de l'application du calcul à l'étude des maladies; ces rappels stériles des points de vue du vitalisme, de l'humorisme, du solidisme, du mécanicisme, du chimisme, tels qu'ils avaient été délaissés, moins le talent, l'esprit d'ensemble et la chaleur de conviction de leurs premiers auteurs. Tout cela ne témoigne-t-il pas de l'absence d'idées mères, de méthodes nouvelles, de vues génératrices? Ce qui donne à une époque scientifique la vie et le mouvement, c'est une certaine communauté d'idées, de conformité, de tendances; ce sont des oppositions systématisées sur quelques points et provoquées par la découverte de quelques faits ou de quelques rapports assez importans pour appeler l'examen et le contrôle des majorités. Or, rien de cela n'existe aujourd'hui. Des esprits judicieux, patiens, sagaces, saisissent çà et là quelques caractères nouveaux, quelques nuances nouvelles des phénomènes morbides; quelques-uns cherchent à agrandir le champ de l'observation immédiate au moyen du microscope; d'autres s'étudient à préciser d'une manière plus rigoureuse des indications et des médications déjà trouvées; d'autres s'efforcent à débarrasser la voie scientifique de quelques-unes des erreurs qui l'encombrent; un plus petit nombre redemande au passé ce que le présent ne produit pas; chacun suit sa propre inspiration, mais toujours dans une sphère d'activité très étroite, parce que personne n'a pu reculer encore l'horizon de la médecine contemporaine. Ce n'est pas un reproche que nous adressons à notre époque, c'est un fait que nous constatons; il y aurait plus que de l'injustice à lui demander ce qu'elle ne produit pas : ce qui existe doit exister. Peut-être même a-t-elle à se féliciter, sous un certain rapport, de l'anarchie où elle est. Cette anarchie n'est-elle pas préférable encore à la domination d'un système qui l'absorberait, et détournerait, au profit d'une grande erreur, quelques-uns des efforts qui se concentrent dans la ligne du progrès réel. Acceptons donc l'état des choses tel qu'il se présente, et tâchons de rendre à chacun la part qui lui revient dans l'inventaire des productions de l'année.

En anatomie, quelques travaux ont été remarqués. Les recherches de M. Breu-

nions absolnes, je snis forcé, par l'évidence des faits, de rejeter cette dnctrine mixte, dn moins dans la prétention qn'elle aurait de faire intervenir comme causes essentielles dn pied-bnt congénital, les inflnences diverses et nppnsées qu'nn a invnquées jusqu'ici pour rendre compte de cette difformité. Il fant le dire, dans la plnpart des questinns médicales, il est nne époqne nù toutes les thénries penvent s'emparer momentanément et avec qnelqne apparence de fondement des mêmes faits, parce que ces faits ne sont vus que de loin, et ne sont examinés qne snperficiellement. Mais dès que l'observation et l'analyse nnt pénétré leurs élémens, qu'elles en ont déterminé le nombre, les différences et les rapports, alors les fausses théories, qui ne reposaient que sur des généralités vagues, on sur des bypothèses plus nu moins ingénieuses, tomhent d'elles-mêmes ponr laisser la vérité en possession des résultats de l'observation sévère, profnnde et multiple. Alnrs aussi, tonte critique des doctrines fausses devient inutile, car la démonstration de la vérité renferme implicitement la critique et la condamnation de l'errenr. Je ne m'arrêterai donc pas à discnter ici la valeur des différentes explicatioos à l'aide desquelles nn a cherché à rendre compte de la fnrmatinn du pied-hot congénital; je me boroerai à exposer l'étiologie qui m'a été suggérée par l'observation des faits matériels, et qui m'a paru susceptible de résoudre toutes les difficultés de la qnestion. Si cette doctrine est en effet la vraie, elle pourra se dispenser d'une discussion qui n'est utile que quand il s'agit de substituer uoe hypothèse à nne autre bypothèse. Mais elle n'aura ce privilége qu'à la condition de s'adapter, non seulement à l'eusemble des faits, mais encore à la totalité des élémens qu'ils renferment, et de rendre compte des combinaisons et des variétés de tnute espèce qu'ils penvent affecter.

§ I. DU PIED-BOT CONGÉNITAL COÏNCIDANT AVEC D'AUTRES DIFFORMITÉS ARTICULAIRES CHEZ LES MONSTRES ET LE FOETUS.

En cherchaot à constater et à étodier les difformités articulaires cnngénitales dès leur origine, c'est-à-dire chez le fœtus même, je fus frappé de ce fait, c'est qne ces difformités sont extrêmement marquées, extrêmement prononcées et réunies en nombre souvent considérable chez certains moustres, chez ceux dont le cervean et la moëlle épinière manquent, ou bien chez ceux où l'nn tronve de notables altérations et déplacemens de ces nrganes. En effet, j'ai rencontré et rapporté dans mon ouvrage présenté à l'Académie des sciences, un certain nombre de monstres anencéphales, avec spina-bifida complet, chez lesquels se trouvaient simultanément rénnies toutes les difformités du système osseux qui se passent dans les articnlations, telles qne déviations de l'épine, luxations de la mâchoire, luxations des fémnrs, des genoux, luxations ou subluxations des condes, des poignets et des pieds, mains-bots et pieds-bots; en un mnt, déplacemens plus on moins étendus et plus ou moins complets de toutes les surfaces articulaires. A côté de ce premier fait général, il s'en trnnvait un autre non moins général et non moins bien exprimé; c'est que tnutes les difformités, portées au plus hant degré des deux côtés, étaient accompagnées d'une rétraction générale très considérable des mnscles se rendant anx parties déviées, et avaieot lieu dans le sens de cette rétraction. Ce donble fait des difformités de toutes les articulations et de la rétraction musculaire générale, n'aurait pu être mis sur le compte d'une pnsition vicieuse du fœtus on d'une compression des parties environnantes, attendu qne plusieurs luxations, telles que celles de la mâchoire et des fémurs, ne penvent être évidemment le résultat de ces causes, et attendn que plnsieurs des flexinns et courbnres articulaires avaient lieu dans le sens opposé à celui des mouvemens nnrmaux, et étaient portées à un degré tel, qu'il n'était pas pnssible de méconnaître la snbordination des dispnsitions vicieuses du squelette an raccourcissement actif très considérable des muscles: c'est ainsi que dans certains cas la tête était complètement renversée en arrière et très rapprochée dn sacrum, an moyen d'une double courhure extrême antéro-pnstérieure de la colonne, tandis que des faisceaux des muscles sacrn-lombaires et longs dorsaux se dirigeaient en ligne droite entre les deux extrémités de la colnnne, et formaient la corde de ses courbnres: c'est encore ainsi qne la jambe était fortement fléchie en avant sur la cnisse, et la rotule fnrtement remontée snr le fémur, tandis que le muscle droit antérieur était tendn entre le bassin et la rotule, et s'opposait à tont redressement dn membre; c'est encore ainsi que l'avant-bras était fléchi en arrière sur le bras, formant par sa rencontre avec ce dernier nn angle à sinus postérieur, avec racconrcissement et tension extrême dn triceps brachial, et luxation de l'nlécrâne en haut et en arrière sur la face pnstérieure de l'hnmérus: nn ne ponvait donc dans ces déplacemens articulaires opposés à ceux qui résultent des mouvemens normaux même exagérés, méconnaître l'action de la rétraction musculaire convulsive. J'ai rapporté en ontre plusieurs exemples dans lesquels, indépendamment des flexions articnlaires exagérées et anormales, il existait des courbures angnleuses résultant de fractures consolidées, dans la continuité des os longs correspondant aux muscles rétractés. Ces fractures ne pouvaient être mises non plus sur le compte de causes accidentelles; car elles étaient accompagnées de difformités générales des articulatinns, et se répétaient dans certains cas symétriquement aux mêmes os des quatre membres, et le sinns des angles qu'elles formaient regardait les muscles les plns rétractés. On vnyait d'ailleurs de leur côté les nerfs tendus, racconrcis et sensiblement bypertrophiés. Enfin, en explorant les débris de l'encéphale et dn canal rachidien, j'avais trouvé tantôt les méninges déchirées, frangées, à moitié disparues, avec ou sans résidu de snbstance cérébrale on de moëlle épinière, et la cavité du crâne réduite à un très petit espace irrégulier, formé par l'affaissement de ses parois qui étaient disjointes et en partie détruites. Dans ce premier ordre de faits, si énergiqnement accentnés, il me parut impossible de méconnaître deux résultats matériellement exprimés, à savnir, l'existence de la *rétraction musculaire* convulsive, subordnnnée à une affection dn système cérébro-spinal, qui avait détruit plns on moins complètement le cervean et la moëlle, et l'existence de cette rétraction comme agent direct de toutes les difformités articulaires qui avaient lieu dans le sens dn raccnurcissement des mnscles. C'était à mes yeux l'action la plus exagérée d'une cause portée à son plus hant degré d'intensité, qui pent se lire d'une façon toute matérielle dans des effets si généralisés et accusés d'nne manière si énergiqne, mais qui cesse d'être directement reconnaissable quand elle n'a agi que faiblement, que lncalement, et d'une manière en quelque sorte effacée. En d'autres termes, je crus recnnnaître qne les difformités articulaires générales de ces mnnstres étaient le terme le plus élevé et l'expression la plus générale de la rétraction musculaire convulsive, et celle-ci le résultat d'une affection centrale du système cérébro-spinal, tandis qne les simples difformités articulaires congénitales, bornées à une portinn dn squelette, comme le simple pied-bot, ne snnt qne le dernier terme de cette rétraction touchant à zérn d'action, et produite dans ces

berg sur la composition élémentaire du cerveau et des nerfs; des recherches analognes de M. Retzius sur le système dentaire; celles de M. Henle sur le tissu épidermoïde, appartiennent à la même famille. Le premier a vu que la substance dn cervean et des nerfs est nne collection de petits tubes, tantôt cylindriques, tantôt articulés; le second a tronvé que les dents résultent aussi d'un assemblage de cylindres infiniment petits; enfin M. Henle a tronvé que le tissu épidermoïde se compose partont de cellules nombreuses, plus ou moins snperposées, renfermant chacune nn noyau orbiculaire, ovoïde ou aplati. Ces recherches, très déliées sur la disposition élémentaire des tissus, offrent une grande importance aux yeux de certaines personnes; si elles sont exactes, elles ajoutent quelque chose, sans donte, à nos connaissances; mais quelle est la valeur de ce qu'elles ajoutent? Si elles parvenaient à éclairer la science snr le mode de production et de développement des tissus organiques; si elles mettaient sur la voie de leurs fonctions; si elles dévoilaient quelque chose des rapports intimes de causalité d'effet ou de connexité qu'il y a entre chacun de ces élémens, nous signalerions de grand cœur à l'admiration de tous ces résultats d'une observation fine, délicate, et d'nne induction sagace et profonde; mais ces recherches d'anatomie microscopique, qu'il est possible de multiplier à l'infini, ne nous paraissent avoir d'autre mérite jusqu'ici que de constater empiriquement certaines dispositions matérielles; et ces dispositions n'auront le caractère de faits utiles et importans, que quand on aura trouvé la cause et la raison de leur manière d'être; car il serait possible qu'au point de vue même de la réalité de ces faits, on n'eût saisi que des apparences trompeuses, ou au moins des aperçus vagues et incomplets, comme sont presque toujours les produits de l'observation purement empirique. Nous nous permettons ces réflexions tout d'abord à l'égard des recherches de MM. Erenberg, Retzius et Henle, pour ne pas avoir à les reproduire à l'occasion de la plupart des observations microscopiqnes qu'on a faites snr le sang et autres élémens de l'organisme? Ne devons-nous pas juger de la même manière les observations de MM. Magendie, Mandl, Donné, Turpin et Schultz sur les globnles du sang? Nous avons une grande disposition à reconnaître la gravité et l'importance des faits signalés par ces babiles micrographes, mais tous sont en désaccord, de manière que si nous admettons les observations de l'un, nous sommes obligés de contester celles de l'autre. M. Magendie a vu des globules de différentes formes et de différentes dimensions: les nns s'attirant, les autres se repoussant; pour M. Mandl, les globules plus développés ne sont que de la fibrine pure; M. Donné a signalé des globules blancs qu'il croit fort différens des globules rouges; M. Turpin repousse la distinction de M. Donné: pour lui, il n'y a pas de globules blancs, mais des globules rouges, décolorés vieillis ou même morts; car M. Turpin regarde les globules du sang comme une collection de petits êtres ayant une vie propre, soumis à des lois de développement, de croissance, de décroissance, de vieillesse, de maladies, de mort. Mais voici M. Schultz, de Berlin, dont l'habileté microscopique n'est pas moins reconnue, et qui ne veut ni des globules allongés de M. Magendie, ni des globules blancs de M. Donné, ni du monde globulaire de M. Turpin. Pour M. Schultz, il n'y a point de globnles, ni de sérum, ni de fibrine daus le sang vivant: le sang qui circule se compose du *plasma*, qui est la partie nutritive et formative, et des *vésicules* qui se métamorphosent et produisent par le secours de la respiration le plasma. Le sérum et la fibrine ne se forment qu'après la mort du sang, en vertu d'une action chimique. Nous n'oserions dire qui de

cas par une altération très limitée des centres nerveux, ou simplement par une action périphérique de l'une ou de l'autre de ses dépendances. J'étais déjà fondé dans cette induction par la similitude anatomique parfaite qui existe entre les pieds-bots qu'on observe chez certains monstres, et ceux que l'on trouve sans autre difformité chez le nouveau-né. Car, il faut le reconnaître, la plupart des monstres de la classe dont j'ai parlé offrent des pieds-bots rigoureusement semblables à ceux qu'on regarde comme le type des pieds-bots congénitaux chez l'enfant bien conformé d'ailleurs. Mais cette analogie, dont j'aurai à examiner la valeur, ne suffisait pas pour rendre mon induction tout à fait irréprochable. Voici comment j'ai fait pour remplir cette condition. S'il est vrai, ai-je dit, que les difformités articulaires générales chez les monstres anencéphaliens et autres, et le simple pied-bot congénital chez le fœtus à terme, bien conformé d'ailleurs, représentent les deux extrêmes d'action d'une seule et même cause; s'il est vrai que d'un côté c'est tout le système nerveux qui a été profondément ébranlé dans un de ses centres, et tous les muscles qu'il tient sous sa dépendance violemment convulsés; et de l'autre, si c'est un faible retentissement de la même affection, n'ayant agi que partiellement à la périphérie du système, et passagèrement sur un seul ordre de muscles, il doit être possible de trouver des cas intermédiaires représentant les degrés décroissans d'action de cette même cause, depuis son influence exagérée jusqu'à son influence la plus faible, et il doit être possible de suivre dans cette série d'actions décroissantes de la même cause, la série parallèle de ses effets, qui établirait une chaîne non interrompue entre les produits de son summum d'intensité, et ceux où elle ne se sera manifestée que d'une manière indirecte et presque effacée : en sorte que la difformité générale des monstres et le simple pied-bot soient véritablement liés entre eux, quant à leur commune origine, par une série de cas intermédiaires, établissant la transition insensible d'un de ces termes extrêmes à l'autre. C'est en effet ce que j'ai cherché à faire, et ce que je crois être parvenu à exécuter.

Après les monstres anencéphales, dans lesquels le cerveau et la moëlle avaient entièrement disparu, j'ai rapporté plusieurs cas de monstres dans lesquels les centres nerveux ne manquaient pas entièrement, mais avaient été partiellement altérés, dans lesquels, par exemple, le cerveau et la moëlle, chassés de leurs cavités à moitié détruites, avaient subi des déplacemens notables et étaient accompagnés de poches hydrocéphaliques et hydrorachidiennes plus ou moins considérables. Avec cet état du cerveau et de la moëlle coïncidait la généralité des difformités articulaires observées dans la catégorie précédente; c'est-à-dire luxations et subluxations de toutes les articulations, liées à une rétraction musculaire générale. Dans ce second ordre de faits, l'altération du système nerveux ne pouvait être méconnue dans ses rapports avec l'état des muscles, puisque les traces matérielles de l'altération du cerveau, de la moëlle et de leurs enveloppes existaient encore, et que la rétraction des muscles était aussi énergiquement accusée que dans les cas de la catégorie précédente où les centres nerveux avaient disparu, détruits par la maladie.

Dans un troisième ordre de faits, j'ai rassemblé des fœtus humains et de veau, chez lesquels une hydrocéphale très développée, sans destruction des parois du crâne et du canal vertébral, coïncidait avec la rétraction générale du système musculaire et les difformités permanentes indiquées précédemment : c'était là un degré moins prononcé de l'affection qui avait agi avec plus d'intensité dans les cas précédens.

J'ai placé immédiatement après, des fœtus, chez lesquels les extrémités supérieures étaient bien conformées; tandis que la colonne et toutes les articulations des extrémités inférieures étaient le siége de courbures, de luxations, de flexions anormales et de pieds-bots. Chez les sujets de cette catégorie, il y avait altération et destruction d'une seule portion de la moëlle, de la portion la plus déclive, altération caractérisée par une poche hydrorachidienne avec fissure ou spina-bifida incomplet dans les dernières vertèbres lombaires ou sacrées. La moëlle mise à nu offrait dans ces points un ramollissement plus ou moins étendu avec adhérences ou destruction partielle des membranes. Est-il nécessaire de faire remarquer que dans ces faits la délimitation des difformités répondait bien à la délimitation de leur cause.

Dans une autre catégorie de faits, j'ai rassemblé une série de fœtus, chez lesquels les difformités bornées à un seul côté du corps et toujours caractérisées par la rétraction des muscles, coïncidaient avec les traces d'une affection cérébrale ancienne d'un seul côté. Cet ordre de faits n'offrait-il pas la confirmation des résultats fournis par les précédens : la délimitation des effets parallèle à la délimitation de la cause.

Enfin, ayant cherché à suivre sur le vivant, après la naissance, la continuation du même rapport entre ces deux ordres de faits, j'ai réuni une série d'observations, comprenant des cas de difformités décroissantes, depuis la difformité simultanée des pieds, des mains et de l'épine, jusqu'à la difformité d'un seul pied ou d'une seule main, chacune d'elles coïncidant avec des traces non équivoques d'une affection cérébrale antérieure à la naissance. Ces observations répétées un assez grand nombre de fois ont été soumises à l'examen d'hommes élevés dans la science, qui avaient mission à cette époque de les contrôler et d'en apprécier la valeur.

Cette chaîne non interrompue de manifestations décroissantes d'une même cause, conduisant pour ainsi dire pas à pas des faits où l'évidence était matérielle à ceux où elle commence à n'être plus que le résultat de l'induction aurait pu suffire; car nos connaissances physiologiques actuelles sur la relation qui existe entre le système cérébro-spinal et les muscles sont assez précises et assez positives pour permettre de conclure, en voyant, d'une part, une altération matérielle de l'un ou de l'autre de ces deux centres, et de l'autre, la convulsion générale ou partielle du système musculaire, que la première est la cause de la seconde.

Cependant, l'observation immédiate pouvant convertir cette induction en vérité incontestable, j'y ai eu recours et j'ai cherché à saisir directement la nature sur le fait. Si les choses se passent en effet pendant la vie intra-utérine, comme je l'ai établi, il pouvait et il devait arriver que quelques jours, quelques mois après la naissance, les mêmes causes intervenant, produisissent les mêmes effets, c'est-à-dire que des affections cérébro-spinales se développant, donnassent lieu à la rétraction de certains muscles, et cette rétraction aux difformités produites par les mêmes causes avant la naissance. Quoique les conditions pathologiques ne soient pas exactement les mêmes dans les deux cas, et qu'on puisse supposer avec raison, que la vie intra-utérine soit plus favorable de tout point, et par la plus grande susceptibilité du système nerveux et par la plus grande laxité des articulations au développement des faits dont il s'agit, j'ai pu néanmoins rencontrer un certain nombre de cas où ces faits se sont produits après la naissance avec tous les élémens qu'ils affectent pendant la vie intra-utérine. Ainsi j'ai rapporté des cas de difformités simultanées de toutes les articulations y compris des luxations des deux fémurs et des

---

MM. Magendie, Mandl, Donné, Turpin, Schultz se trompe. Le vrai, dans tout cela, c'est que le microscope montre une foule de choses curieuses, imprévues, inouïes, dont la science tirera sans doute un grand profit plus tard; mais dont jusqu'ici il est bon de se défier, comme de tout ce qui est merveilleux. Un des habiles du jour nous a fait voir tout récemment que la maladie d'un bourgeon végétal, produite par la piqûre d'un insecte, donne lieu à une forêt tout entière.

Les observations de M. Nathalis Guillot sur les vaisseaux de nouvelle formations dans les poumons des phthisiques, de M. Flourens sur l'anatomie comparée de la peau et des membranes muqueuses, de MM, Serres et Breschet sur les rapports du fœtus avec l'amnios, de M. Breschet sur les os susternaux chez l'homme, renferment des vues plus nettes et plus précises, et surtout d'une application plus immédiate.

En pathologie interne, nous avons à rappeler quelques travaux d'une certaine importance. En Angleterre, MM. Brodie, Laycock, E. Liee, Griffin, Gooch, ont depuis quelque temps appelé l'attention sur une foule de métamorphoses de l'hystérie. Beaucoup de formes morbides, ayant les apparences de lésions locales, de rhumatismes articulaires, de gastrites, de métrites, de paralysies, ont été rattachées avec raison à cette maladie. M. Ashwell a donné la même extension à l'histoire de la chlorose. MM. Dechambre et Sims ont prouvé par des faits directs que le ramollissement du cerveau a guéri dans des conditions qui restent à déterminer; M. Cruveilhier a publié un très bon mémoire sur l'ulcère simple de l'estomac; M. Simpson, de curieuses recherches sur la péritonite chez le fœtus. M. Fisher a donné de nouveaux développemens à ses premières observations sur les bruits du cerveau; M. Kingston s'est occupé de l'atrophie des valvules du cœur; M. Duplay de l'inflammation de la veine ombilicale chez le nouveau-né; M. Mercier de la péritonite considérée comme cause de stérilité chez la femme; mais ces différentes recherches sont trop récentes, et offrent un caractère trop spéculatif pour être appréciées à leur juste valeur. En général, nous sommes trop près de la plupart des publications que nous avons à rappeler; des observations confirmatives ou contradictoires n'ont pas eu le temps de se produire. Les recherches de M. Burne sur les ulcères perforans du cœcum et les abcès stercoraux; celles de M. Barthe sur quelques cas d'absence du bruit respiratoire vésiculaire, sans altération du parenchyme des poumons, sont des travaux plus circonscrits, mais plus positifs. Au point de vue critique, nous rappellerons les discussions approfondies de M. Tessier sur la diathèse purulente; les observations judicieuses de M. Forget sur le diagnostic des affections cérébrales; les remarques pleines de précision de MM. Judas et Cazeneuve sur la péritonite par perforation de l'iléum; celles de MM. Chervin, Bulard et Floquin sur le caractère contagieux de la peste.

La pathologie externe a été beaucoup moins riche cette année. Au milieu de beaucoup de discussions oisives, de spéculations théoriques, d'observations banales, nous remarquons à peine quelques recherches qui méritent d'être distinguées. En tête de ces dernières, nous placerons un mémoire essentiellement pratique de M. Brodie sur les blessures de la moëlle, dans lequel l'auteur a mis à profit toutes les ressources de la physiologie expérimentale, aidées d'une méthode analytique sévère. Nous n'oublierons pas non plus un travail de M. Gibert sur les ulcérations du col de l'utérus, et en particulier sur l'ulcération granulée, forme très caractéristique de la syphylis consécutive. On doit encore à M. Malgaigne des observations et des expériences très précises sur les fractures des cô-

pieds-bots, consécutives à une affection cérébrale survenue deux et trois mois après la naissance chez des enfans primitivement bien conformés. Quant aux simples pieds-bots, postérieurs à la naissance et consécutifs à une affection convulsive, j'en ai noté un si grand nombre de cas, que je ne crois plus nécessaire de les énumérer. C'est en effet presque la seule cause qui les produise, surtout à l'époque de la dentition. Ajouterai-je que tous les jours on a sous les yeux des rétractions ou des contractures musculaires temporaires, représentant les premiers degrés et les formes les plus simples des pieds-bots et des mains-bots chez les enfans atteints de simples convulsions. La signification de ces faits n'avait pas été saisie jusqu'ici, parce que, présentés seuls, ils n'avaient qu'une faible valeur, et parce que l'attention n'étant pas spécialement appelée sur les formes qu'affectent les membres dans ces espèces de contractures temporaires, on n'y avait pas aperçu la liaison étroite qui existe entre ces déformations passagères et celle des véritables difformités permanentes.

Voilà donc une partie de l'immense distance qu'il paraissait y avoir entre les difformités générales des monstres et le simple pied-bot congénital, remplie par une série de faits tous liés entre eux, de manière à ce que le premier donne la clé du second, le second la clé du troisième, le troisième la clé du quatrième, et ainsi de suite jusqu'à ce qu'on arrive insensiblement au dernier anneau de cette chaîne régulièrement décroissante d'effets dépendans d'une seule et même cause. Cette première partie de ma tâche n'était pas la plus difficile. Avec nos connaissances sur la subordination du système musculaire de la locomotion au système cérébro-spinal, et avec des exemples dans lesquels des traces immédiates d'une affection matérielle de l'un de ces deux centres coïncidaient avec des rétractions des muscles, il était impossible de récuser l'étiologie nouvelle que j'en ai tirée pour le pied-bot congénital, du moins pour celui qui coïncide avec d'autres difformités et avec des traces directes de maladie du cerveau ou de la moëlle. Je ferai remarquer avant d'aller plus loin que je n'entends pas seulement par affection du système cérébro spinal celles qui sont reconnaissables à l'altération matérielle du tissu ou des enveloppes du cerveau ou de la moëlle, mais encore celles qui ne sont accusées que par un trouble général fonctionnel, par des traces de convulsions avec ou sans paralysie, lesquelles en dernière analyse dépendent bien aussi d'une modification physique quelconque du système nerveux, modification qui n'est souvent pas reconnaissable à nos moyens actuels d'investigation, parce qu'elle est trop passagère et parce qu'elle s'attaque à des conditions qui ne nous sont pas encore connues à l'état physiologique. Dans cette catégorie d'affections, des caractères tirés des troubles fonctionnels et de leur expression générale suppléent au manque d'altération matérielle appréciable.

Il en résulte que quelle que soit l'affection convulsive qui ait produit la série des difformités multiples dans lesquelles le pied-bot n'entre que pour une partie, cette affection donne évidemment lieu à la rétraction active et permanente de certains muscles, et cette rétraction à la formation des difformités parmi lesquelles se trouve le pied-bot.

§ II. — Du pied-bot congénital seul, chez le foetus et l'enfant, avec ou sans traces directes d'une affection cérébro-spinale.

Lorsque le pied-bot est la seule difformité existante, il se présente deux cas : ou bien il coïncide encore avec des traces générales d'une ancienne affection convulsive, ou bien ces traces n'existent plus, et la difformité est le seul effet extérieur où la maladie se résume. Dans le premier cas, les recherches précédemment exposées donnent une signification précise aux vestiges moins matériels de la maladie nerveuse, et permettent de leur appliquer l'interprétation fournie par des altérations plus directes. Ainsi, averti qu'on est par les cas où la destruction totale ou partielle du cerveau et de la moëlle donnent immédiatement la clé de la rétraction des muscles des membres, on peut lire la même affection dans les traces extérieures moins intenses, plus éloignées et moins significatives de la maladie convulsive. L'inégalité des yeux, l'intensité différente de leur faculté visuelle, le développement exagéré du crâne, l'inégalité de saillie des bosses frontales, le tiraillement des traits et l'amoindrissement d'un des côtés de la face, la faiblesse relative ou la paralysie incomplète d'une des moitiés du corps; enfin beaucoup d'autres particularités moins concrètes et moins définissables, dont l'ensemble compose le masque des individus anciennement atteints d'affections convulsives, toutes ces manifestations, dis-je, suffisent encore pour permettre d'appliquer au pied-bot qu'elles accompagnent l'étiologie de la rétraction musculaire convulsive, fournie par les cas plus explicites des difformités multiples des monstres et du fœtus.

Mais au-delà de ce dernier fait, où semble s'arrêter la manifestation générale de la cause dont je fais l'histoire, et où semblerait devoir se circonscrire son domaine par rapport aux pieds-bots, commence la partie la plus difficile de ma tâche, celle qui a pour objet de rattacher à l'étiologie de la rétraction musculaire active ou convulsive les pieds-bots non accompagnés des caractères généraux de l'affection nerveuse. Car, je le reconnais immédiatement, les preuves que j'ai exposées dans la première partie de ce mémoire ne suffiraient pas rigoureusement pour me permettre de revendiquer les pieds-bots simples au profit de la rétraction musculaire active; d'autres faits réclament d'autres lumières.

Et d'abord, voyons comment se comporte la cause quand elle fonctionne dans ses moindres atteintes. Ou bien l'affection convulsive partant des centres se localise immédiatement sur les muscles du pied exclusivement, ou bien, bornée dès l'origine à la périphérie du système, elle naît et se circonscrit dans quelques rameaux nerveux et contracture les seuls muscles auxquels ils se distribuent. Dans ces deux cas, rien, ou presque rien dans la physionomie générale, dans l'économie entière du sujet, qui témoigne de la maladie. Il a fallu assister à la production des faits pour pouvoir les affirmer. Or, ces faits existent bien réellement : il me suffit de les énoncer pour ceux qui ont tourné leur observation vers ces sortes de phénomènes pathologiques. Les médecins qui ont l'habitude de voir beaucoup d'enfans savent qu'à l'époque de la dentition surtout, et pendant certaines maladies éruptives, il n'est pas rare de voir se contracturer immédiatement un ou plusieurs des muscles d'un membre et du cou, sans autres phénomènes convulsifs. Je ne parle pas de beaucoup d'autres circonstances, comme des atteintes de rhumatisme, de simples refroidissemens, où les mêmes observations peuvent se répéter. Eh bien ! dans ces cas, il est de toute évidence que la maladie s'est portée, plus ou moins immédiatement, sur un ou plusieurs nerfs de la périphérie du système, conséquemment sur les muscles qu'ils desservent. Qu'en résulte-t-il? C'est que l'existence du simple pied-bot produit par cette localisation de la cause convulsive n'est déjà plus une hypothèse gratuite, mais un fait réel

---

tes. Enfin, nous citerons un mémoire de M. Baron d'Agen sur les luxations du fémur, où l'auteur a fait connaître un exemple de luxation incomplète sur le rebord cotyloïdien supérieur, et où il a mis hors de doute l'existence des luxations primitivement complètes. Pour ne pas sortir du domaine de la pathologie externe, nous citerons immédiatement plusieurs acquisitions utiles de thérapeutique chirurgicale : l'emploi de la dextrine comme matière solidifiante dans le traitement des fractures, et comme favorisant l'emploi du bandage roulé, par M. Velpeau; le bandage en papier de M. Laugier; les essais de M. Reybard de Lyon sur le traitement des anus contre nature par l'incision; ceux de M. Bonnet sur la résection des ulcérés; enfin, les expériences plus originales, mais encore peu concluantes de MM. J. Guyot et Breschet sur l'influence de la chaleur atmosphérique dans la cicatrisation des plaies.

La thérapeutique médicale a, comme de coutume, exercé l'attention d'un grand nombre de praticiens. Et, d'abord, plusieurs substances médicamenteuses ont été revues avec soin. M. Toulmouche, de Rennes, a précisé avec plus de rigueur les propriétés vomitives du tartrite antimonié de potasse; celles du chlore et du kermès minéral; M. Roguetta a étudié à fond les vertus générales de la belladone, et principalement ses effets dans le traitement des maladies des yeux. M. Pétrequin a expérimenté la noix vomique dans toutes les variétés de nature et de siége de la paralysie, et est arrivé à fixer des indications rigoureuses à cette médication. M. Fontan s'est livré à des recherches approfondies sur la constitution physique et chimique des eaux des Pyrénées. Il paraît y avoir découvert, ou du moins distingué l'existence de la sulfuraire, qu'on avait confondue avec la barégine. Il a mieux déterminé les principes minéraux qu'elles renferment, ce qui l'a conduit à rendre parfaitement compte de plusieurs phénomènes de coloration restés jusqu'ici inexpliqués. C'est ici le lieu de mentionner les perfectionnemens successifs apportés à la confection des eaux minérales factices par MM. Planche, Boullay et Boudet. Dans un ordre plus élevé, M. Orfila a commencé des expériences sur les empoisonnemens par les préparations de plomb, expériences qui ont déjà produit des résultats fort remarquables. Enfin, la question thérapeutique, si ce n'est hygiénique, qui a le plus occupé les esprits pendant cette année, c'est la question des revaccinations. Si l'on n'est pas arrivé à des solutions précises, on a au moins posé tous les termes du problème à résoudre. MM. Tueffert, Brisset, Fiard, Perdrau, Bousquet, honorablement récompensés par l'Académie des sciences, représentent assez bien les différentes opinions. M. Tueffert paraît avoir le premier soulevé la question de la préservation temporaire de la vaccine; M. Brisset celle de la dégénérescence du virus-vaccin. M. Fiard a fait des expériences directes pour établir cette dernière doctrine : ses recherches auront une grande influence sur la solution de la question. M. Perdrau a retrouvé le cowpox; M. Bousquet a fait des expériences comparatives avec le cowpox et l'ancien virus, et il a vu que les deux éruptions offrent des caractères tout à fait différens. Beaucoup de médecins étrangers et français se sont mêlés à la discussion. Parmi ces derniers, M. Bezeimeris s'est fait remarquer par le grand nombre de matériaux qu'il a rassemblés, par la vivacité de son argumentation, et quelquefois la singularité de ses formes. La plupart de ceux qui se sont occupés sérieusement de la question sont arrivés aux mêmes conclusions : à savoir, que la vaccine ne préserve que temporairement, et que l'ancien virus-vaccin a perdu une partie de sa force; d'où la nécessité des revaccinations et du renouvellement du virus par le cowpox. L'Académie des sciences, qui la première a donné à ces

pour l'enfant et probable pour le fœtus; car les élémens organiques du fœtus et de l'enfant sont les mêmes, au degré de développement près, et leur manière de réagir contre les influences pathogéniques peuvent être supposées analogues. Cette considération ne suffirait pas, sans doute, aussi ne la donné-je que comme preuve de transition à des preuves plus directes. Ainsi donc, le simple pied-bot par rétraction musculaire locale, chez le fœtus, est chose possible, chose probable. Voyons maintenant s'il n'existe pas des moyens plus directs, plus matériels, s'il n'existe pas des caractères positifs qui mettent la réalité de ce fait hors de doute, c'est-à-dire, voyons si le fait de la rétraction musculaire rend bien compte de toutes les circonstances du simple pied-bot congénital, et si ce fait se révèle par des caractères propres, parfaitement appréciables dans les parties où elle siége, de manière que le pied-bot porte avec lui, dans ses formes, sa constitution, et les élémens qui l'environnent, un ensemble de caractères, à l'aide desquels il soit permis de suppléer à l'absence des caractères plus généraux de l'affection convulsive, et de prononcer sur son origine avec autant de certitude que dans les cas où l'altération des centres nerveux est matériellement constatable. Ce n'est qu'à cette condition que la chaîne qui s'étend depuis la difformité multiple des monstres jusqu'au simple pied-bot sera rigoureusement complétée.

J'ai eu occasion de rencontrer, et je ne suis probablement pas le seul à avoir vu des cas de ce genre, des pieds-bots dans lesquels la rétraction des muscles n'était qu'incomplète et encore facile à vaincre. Ces pieds-bots étaient très prononcés et offraient les formes les plus caractéristiques des pieds-bots congénitaux. Je faisais un effort de réduction ou de redressement avec la main, et j'étais surpris de voir le pied ramené instantanément à la configuration normale; il restait quelques instans dans cet état : tout à coup la rétraction des muscles, s'accusant par la saillie de leurs tendons, se reproduisait sous mes yeux, et par elle se reproduisait le même pied-bot qu'avant le redressement instantané. Ce fait s'est représenté un grand nombre de fois à mon observation. Est-il possible de méconnaître dans cette circonstance la rétraction musculaire congéniale, opérant d'une manière intermittente, pour mettre hors de doute, par ses alternatives de relâchement et de retrait, la subordination des résultats semblables soumis à la même cause, et qui s'observent, d'une manière permanente, dans les pieds-bots congénitaux ordinaires? Car, de part et d'autre, ce sont les mêmes formes, les mêmes directions : les degrés et la durée seuls varient. La même expérience à peu près se répète à chaque instant dans le pied-bot le plus ordinaire, chez les enfans, et surtout pendant le traitement de leur difformité. Au repos, le pied présente ordinairement un degré moins prononcé du pied-bot : tout à coup la rétraction des muscles dont il dépend s'exagère sous l'influence des mouvemens volontaires ou pendant les pleurs de l'enfant, et avec elle le pied-bot, partiellement réduit par les machines ou diminué par le relâchement du repos, reparaît plus prononcé qu'auparavant et avec tous les caractères de forme et de direction qui dépendent de l'action spéciale et de l'intensité d'action des muscles qui sont le siége de la rétraction. Cette observation peut surtout se faire quand le sujet est atteint d'un double pied-bot : presque toujours l'un des deux est moins prononcé; dans celui-ci les muscles jouissent encore d'un certain degré de contractilité, et cette contractilité, s'exerçant temporairement, agit dans le sens des formes existantes de la difformité, et ajoute temporairement à ses formes un développement proportionné à la somme de contraction nouvelle entée sur la rétraction permanente.

Aux faits qui précèdent, j'ajouterai le suivant, qui complète leur signification. J'eus à traiter des enfans jumeaux atteints chacun d'un double pied-bot congénital, sans signes extérieurs généraux d'une affection convulsive. Je les guéris complètement de leur difformité. Le traitement était terminé depuis six mois, lorsque l'un des deux fut pris d'une affection cérébrale, qui ramena en trois jours les deux pieds-bots tels qu'ils avaient été avant leur guérison. Je les traitai et les guéris de nouveau; et comme si la première expérience n'avait pas suffi, un an après, le même sujet fut pris de convulsions, moins fortes que les précédentes; et l'un des pieds-bots seulement, celui qui avait été le plus prononcé, se reproduisit, mais à un degré moindre. Dans les trois cas, c'est-à-dire à la naissance, après la première et la seconde attaque de l'affection cérébrale, les pieds-bots s'étaient présentés avec les formes et les élémens anatomiques les plus parfaitement identiques. Cependant, à leur naissance, ces deux jumeaux offraient les apparences de la plus parfaite santé, et la double difformité était la seule trace qu'ils présentassent de l'affection intra-utérine qui l'avait produite. On ne peut méconnaître dans ces cas la répétition matériellement appréciable d'un fait qui s'était passé pendant la vie intra-utérine, c'est-à-dire à une époque et dans des conditions où il était impossible de le constater directement; mais les résultats, parfaitement identique avant et après la naissance, permettent de conclure de l'identité de leurs causes.

§ III. — Des caractères immédiats du pied-bot produit par la rétraction musculaire convulsive.

J'ai établi dans mon travail général sur les difformités la loi suivante : « Les causes essentielles des difformités possèdent une telle spécificité d'action à l'égard des déformations auxquelles elles donnent naissance, que chacune de ces causes se traduit à l'extérieur par des caractères qui lui sont propres et à l'aide desquels on peut, en général, par la difformité, diagnostiquer la cause, et, par la cause, déterminer la difformité (1). » Cette loi, que j'ai appliquée jusqu'ici à toutes les déformations du système osseux, ne serait pas rigoureuse si elle ne pouvait se démontrer dans le cas actuel, et l'étiologie de la rétraction musculaire serait mal fondée si le fait qui lui sert de base ne pouvait être reconnaissable à des caractères spécifiques bien déterminés. L'Académie jugera si la détermination suivante satisfait à cette double condition.

Il faut considérer dans le pied-bot congénital deux ordres de caractères : ceux qui appartiennent à toutes les variétés anatomiques de la difformité, et qui sont ses caractères généraux, et ceux qui sont liés aux diverses formes qu'elle est susceptible d'affecter, et qui sont ses caractères spéciaux. Ces deux ordres de caractères, également significatifs, et d'une expression commune, puisqu'ils émanent d'une seule et même cause qu'ils tendent à révéler, expriment, en effet, chacun dans leur limite, le fait de la rétraction musculaire convulsive. Mais il ne peut être question dans ce mémoire que des caractères généraux, me réservant de traiter, dans un autre travail, des formes particulières propres à chaque variété du pied-bot, dans leurs rapports avec la rétraction musculaire.

Le caractère le plus saillant du pied-bot congénital, et qui peut être con-

(1) Voy. le rapport de l'Académie des sciences sur le concours pour le grand prix de chirurgie, pag. 17.

---

questions l'importance qu'elles comportent, aura le mérite d'avoir concouru puissamment à leur solution : elle en a fait le sujet d'un de ses grands prix Monthyon.

Rappelons aussi les plus importantes publications sorties cette année de la presse médicale. Notre tâche sera facile : la liste en est courte. Les gros volumes, les traités, les livres, en un mot, deviennent rares ; il faut trop de temps pour les écrire. Le siècle est si pressé que la plupart de ceux qui ont quelque chose à dire se hâtent de le faire dans les journaux ou aux académies. Ces débouchés sont si nombreux et si commodes que tout le monde en profite. Quelquefois, il est vrai, les mémoires, les articles, sont reproduits sous la forme plus solide d'un volume; mais, plus souvent encore, ce qui aurait eu jadis les honneurs de l'in-4° ou de l'in-8°, reste aujourd'hui éparpillé et fragmenté en menus morceaux. Est-ce un bien, est-ce un mal? Ce n'est pas le lieu de répondre à notre question.

Nous citerons d'abord une nouvelle édition de l'Anatomie chirurgicale, de M. Velpeau, de cet ouvrage qui a tant servi à l'instruction des chirurgiens, et qui, par la richesse et l'exactitude de ses détails, se place au premier rang des livres utiles. Un autre ouvrage d'anatomie, non moins remarquable, est celui de M. Cruveilhier sur le système nerveux, dont les planches, indépendamment de leur magnificence, ont le mérite le plus rare, quoique le plus essentiel, celui de l'exactitude. Cette description, s'il faut en juger par les premières livraisons, surpassera toutes celles qui ont été données sur ce système, qui, après les travaux de tant de milliers d'observateurs et de tant de siècles, offre encore tant de mystères, non seulement pour l'intelligence, mais encore pour les yeux. Les recherches de M. Jobert sur le même système offrent quelques points de vue intéressans. Le grand Traité de physiologie de Burdach est un emprunt heureux fait à la savante Allemagne ; c'est un immense répertoire de faits, mêlés à plus de métaphysique qu'on n'en peut supporter en France. C'est un excellent livre, mais il faut savoir s'en servir, et l'auteur n'a pas songé assez à faciliter cette tâche au lecteur. A cet ouvrage, il faut joindre celui de M. Dugés (Physiologie comparée), que la mort vient de frapper au milieu de ses consciencieux et utiles travaux. Deux ouvrages de chirurgie, remarquables à des titres divers, ont paru cette année, les traités de pathologie externe et de médecine opératoire de MM. Bégin et Vidal (de Cassis). Différemment conçus et plus différemment encore exécutés, ces deux livres, dont nous avons rendu compte, méritent d'être cités parmi les productions les plus saillantes de la littérature chirurgicale.

Nous avons eu aussi quelques bonnes monographies, ou travaux spéciaux, tels que le Traité d'accouchement, de M. Moreau, ouvrage entièrement pratique, mais non encore terminé; le Traité des maladies vénériennes, de M. Ricord, livre important, et qui offre une foule d'idées nouvelles sur une maladie dont l'histoire passait pour bien connue; la deuxième édition de l'Hygiène de M. Londe, qui en aura une troisième, quoiqu'il y soit question, assez souvent, de phrénologie. L'ouvrage de MM. Terme et Montfalcon sur les enfans trouvés a le mérite et aussi le danger de fournir des élémens à une des plus importantes questions sociales. Ces recherches statistiques se distinguent, d'ailleurs, de beaucoup d'autres par l'esprit critique et la mise en œuvre. MM. Trousseau et Belloc ont publié, sur la phthisie laryngée, une monographie qui laisse peu à désirer sur une affection jusqu'ici incomplètement déterminée. Ce travail avait déjà été couronné par l'Académie de médecine. Une monographie plus com-

staté chez tous les sujets atteints de cette difformité, est la transformation fibreuse des muscles rétractés. Cette transformation est surtout facile à constater dans les muscles du mollet. J'ai établi, en effet, dans un autre travail, la loi suivante : « Que les muscles tendent toujours à passer à l'état fibreux lorsqu'ils sont soumis à des tractions permanentes et exagérées (1).» Or, dans la rétraction musculaire convulsive, les muscles, ayant été activement raccourcis, sont soumis à une tension continue, dont les effets augmentent en proportion du degré et de la durée de cette tension. On comprend que, si le raccourcissement des muscles était passif ou consécutif, comme il faudrait l'admettre d'après les diverses théories proposées, ce raccourcissement n'aurait lieu que jusqu'à concurrence de la réduction de l'espace compris entre leurs points d'insertion pour s'adapter à cet espace, et ils n'éprouveraient pas plus de tension qu'à l'état normal. Ce seul caractère m'a toujours permis de distinguer le raccourcissement musculaire actif ou primitif du raccourcissement passif ou consécutif. J'ai mis ce double résultat hors de doute par des dissections nombreuses des difformités anciennes de toute espèce. Dans le pied-bot congénital en particulier, toujours j'ai trouvé les muscles jumeaux et soléaire passés aux deux tiers à l'état fibreux : toujours la portion charnue était sensiblement raccourcie, réduite au tiers et au quart de sa longueur. Dans certains cas même, elle avait complètement disparu et avait fait place à de fortes bandes nacrées fibreuses. Ce résultat, que j'ai observé d'une manière si constante, se rencontre même chez des fœtus venus avant terme. On ne peut donc le regarder comme un effet accidentel ou éloigné de la difformité, mais comme un caractère essentiel de la rétraction musculaire portée à un certain degré.

Sur le vivant, le même caractère est reconnaissable à la forme particulière et à la consistance du mollet. Déjà chez les très jeunes sujets le mollet n'offre plus la forme et la consistance normales : il est très court, plus élevé et comme ramassé sous l'espace poplité. La jambe des enfans piedsbots est caractéristique : elle ressemble quelquefois à un cône régulièrement décroissant, et dont la base, d'un diamètre beaucoup plus large que les autres parties de sa longueur, répondrait immédiatement au sommet du tibia. Ce qui reste de la partie charnue du mollet est dur, résistant ; on sent parfois à travers la peau les bords des muscles jumeaux et soléaire comme des arêtes saillantes, résistantes, qui trahissent, à n'en pas douter, la nature fibreuse de leur tissu. Je le répète, ces particularités se remarquent, même chez les très jeunes sujets, pour peu que la rétraction ait été prononcée. Chez l'adulte, ces caractères se complètent; la dureté du mollet augmente, son relief diminue en proportion, et cette diminution va quelquefois jusqu'à la disparition de toute la partie charnue. La jambe offre le même diamètre dans toute sa longueur. Cette forme extérieure correspond à la complète transformation fibreuse des muscles.

A ces caractères significatifs j'ajouterai les suivans : Sur plus de cent pieds-bots dont j'ai relevé toutes les mesures pendant et après leur traitement, j'ai toujours remarqué qu'ils offraient une réduction de longueur et une augmentation de largeur qui varie de degrés, mais qui est presque toujours appréciable à l'œil nu. Le pied-bot est plus court, plus large et plus ramassé que le pied ordinaire : de plus, à part les formes spéciales propres à chacune de ses variétés, il est généralement excavé, voûté de mauière à ne laisser toncher le sol, en snpposant que le pied fût redressé, que par ses parties extrêmes, le talon et le sommet dn métatarse. Ce raccourcissement, cet élargissement et cette voussure du pied ne sont point dus, comme on pourrait le croire, an premier abord, à la marche du sujet et ne penvent pas être considérés comme des effets consécutifs de la difformité. Ce sont bien des caractères primitifs, car on les observe chez les très jeunes sujets aussi bien que sur ceux qui sont avancés en âge, et dans le pied-but équin aussi bien que dans le varus, et les différentes combinaisons que ces formes principales penvent affecter entre elles. Comme conséquences des mêmes caractères, on remarque encore, dans le plus grand nombre des cas, que les orteils ne prolongent pas le métatarse suivant une même druite; ils sont comme bridés entre les deux urdres de muscles antagonistes, trop courts par rapport au squelette : ils sont élevés d'abord sur les métatarsieus, puis fléchis de manière à ce que leurs extrémités libres s'appuient sur le rebord plantaire du métatarse et soient protégés par ce dernier, qui forme là comme une espèce de coussinet reboudissant an-devant des orteils. Ce caractère et les précédens sont bien l'expressiun directe de la rétraction musculaire ; ce sont les divers muscles plantaires et dorsaux qui retiennent et empêchent le développement en longueur du pied ; qui le font se voûter, se raccourcir, s'élargir, et les orteils se replier sur le métatarse. On ne peut mieux s'assurer de la réalité de ces faits et de leur origine que quand ils ne sont pas produits d'une manière aussi régulière et aussi complète. Il arrive, en effet, que la rétraction n'occupe que les fléchisseurs ou les extenseurs du gros orteil, par exemple, un les muscles des autres orteils seulement. Le contraste qui existe alors dans la position respective des orteils fait mieux ressortir l'influence et les caractères de la cause. Ces observations pourront paraître minutieuses et peu importantes an premier abord, parce que l'on n'avait constaté jusqu'ici que les élémens les plus apparens et les plus généraux du pied-bot, tandis que ses particularités les plus délicates, les plus constitutionnelles, si je peux m'exprimer ainsi, avaient échappé aux observateurs qui n'avaient vu dans le pied-bot qu'un seul et même accident de forme. Mais en y regardant avec les yeux de l'analyse, on voit des résultats multiples d'une cause identique, mais complexe, et dont la complexité est parfaitement représentée par la multiplicité des accidens de forme auxquels elle donne naissance. Du reste, en faisant observer que la rétraction musculaire occupe généralement, quelle que soit la variété du pied-bot, un plus ou moins grand nombre de muscles, on comprend que le résultat de cette simultanéité d'actions doit être une collection d'effets corrélatifs à la multiplicité des élémens de la cause. Ceci me conduit à l'indication du caractère le plus significatif de la rétraction musculaire.

On voit à chaque variété du pied-bot un ou plusieurs muscles tendus et en relief sous la peau, et précisément dans la direction de la force qu'il faudrait mettre en jeu pour produire chaque variété de la déformation. On peut rendre plus sensible cette liaison entre la rétraction de ces muscles et la forme du pied-bot qu'ils tiennent sous leur dépendance, en cherchant à obtenir le redressement : à mesure qu'on augmente les efforts de réduction, on voit et on sent saillir les muscles rétractés ; ajoutons immédiatement qu'aussitôt après la section des mêmes muscles, la forme normale reparaît plus ou moins complètement, surtout quand on opère chez de jeunes sujets. Je pourrais donner plus de développement à ce fait, qui renferme à lui seul la formule des caractères spéciaux du pied-bot; mais il faudrait faire ici l'exposition de ses différentes variétés anatomiques

(1) Rapport à l'Académie des sciences, pag. 10.

---

plète encore est celle dont M. Civiale a commencé la publication sur l'affection calculeuse. Le TRAITÉ DES MALADIES DES YEUX de M. Caron du Villars, et celui de M. Rognetta, sont au nombre des meilleurs livres que les praticiens puissent consulter sur la spécialité. On peut aussi mentionner comme des débuts heureux le travail de MM. Rilliet et Barthez sur la pneumonie lobulaire des enfans, et de M. Becquerel sur la méningite granuleuse.

Il importe aussi de citer la continuation de quelques publications importantes : le DICTIONNAIRE DE MÉDECINE de M. Béchet ; le magnifique TRAITÉ D'ANATOMIE de MM. Jacob et Bourgery ; le TRAITÉ DE THÉRAPEUTIQUE ET DE MATIÈRE MÉDICALE de MM. Trousseau et Pidoux, et le COMPENDIUM DE MÉDECINE PRATIQUE de MM. Delaberge et Monneret.

Voilà les livres qui s'offrent à notre souvenir. Si nous faisions quelque oubli trop coupable, qu'on veuille nous le pardonner, il est tout à fait involontaire.

Il nous reste à rappeler les principaux événemens de la présente année médicale. Et d'abord, la loi sur les aliénés, loi qui appartient, sans doute, plus aux médecins qui y ont coopéré par leurs avis officiels ou officieux, notamment MM. Ferrus, Falret, etc., qu'aux honorables députés et pairs qui l'ont votée. Les concours pour la chaire d'hygiène et pour la chaire de chimie organique ont été des plus brillans ; on s'en souviendra d'autant mieux que très probablement on n'aura bientôt plus occasion d'en voir, si le projet de loi sur l'organisation de la médecine est adopté. A l'Académie de médecine, deux discussions méritent une place dans cette revue rétrospective : celles relatives au magnétisme animal et à la morve aiguë. La première n'a produit absolument que du bruit, de même que l'immense majorité des discussions ; mais la seconde a eu le rare avantage de fournir une solution incontestable et désormais acquise à la science. Un fait du plus haut intérêt, auquel il importe de donner toute la publicité possible parmi les médecins, c'est le cours du collége de France de M. Savart. Cet illustre savant a entrepris cette année l'étude de tous les phénomènes d'acoustique et d'hydrodynamique de l'organisme, étude qui, entre les mains d'un tel observateur, promet les plus féconds résultats pour la physiologie, et surtout pour le diagnostic. Jusqu'ici ces recherches ont été faites par des médecins trop peu instruits dans les sciences physiques, ou par des physiciens qui ne savaient pas la médecine. M. Savart, qui est consommé dans ces deux ordres de connaissances, saura en tirer tout le parti possible; il remplira une lacune dès longtemps signalée par d'habiles physiologistes, mais qui n'avaient pu faire autre chose que de la signaler.

Nous terminerons cette revue par l'énumération des pertes faites cette année par le corps médical : elles sont nombreuses, et quelques-unes sont irréparables. La Faculté de Paris, l'Académie de médecine, l'Institut et la France ont perdu Broussais ; la Faculté de Montpellier, Dugès ; l'Académie de médecine, Salmade, Metivier, Itard, Guerbois, Barruel et Huzard.

Puissions-nous l'an prochain avoir à enrégistrer moins de morts, et plus de bons livres, plus de bons travaux et plus de faits glorieux pour la science, l'art et la profession.

---

dans leurs rapports avec la rétraction. Cette question se lie intimement à celle que je traite, et sa solution jetterait un nouveau jour sur la difficulté que je cherche à résoudre; mais, vu les développemens et les discussions incidentes dans lesquels je dois être entraîné, je me propose, comme je l'ai dit, d'en faire l'objet d'un travail séparé. Je me borne, pour le moment, à faire remarquer que chaque forme du pied-bot porte avec elle des reliefs musculaires qui expriment nettement le fait de la rétraction spécialement localisée dans tel ou tel muscle, parce qu'en effet c'est à la rétraction spéciale de tels ou tels muscles que sont subordonnées les différentes variétés de cette difformité.

La transformation fibreuse des muscles, le raccourcissement, l'exhaussement et quelquefois la disparition du relief du mollet, sa consistance, dure, résistante; la brièveté, l'élargissement et la voussure du pied, le rebroussement ou l'écartement des orteils, et la tension, le relief, le raccourcissement invincible des muscles dans la direction desquels se produisent les différentes variétés du pied-bot, tels sont en résumé les caractères généraux qui trahissent dans leur ensemble comme dans leurs particularités le fait de la rétraction musculaire convulsive. Je ne laisserai plus aucun doute, je pense, sur la communauté d'origine que j'assigne aux pieds-bots congénitaux, accompagnés ou non de traces matérielles d'affections cérébro-spinales, en disant que les différens caractères précédemment énumérés se remarquent également dans l'un et l'autre cas; qu'en d'autres termes, ils offrent une identité de formes et d'accidens matériels comme ils sont soumis à une identité d'origine. Faisons observer toutefois qu'il ne faut pas, pour que cette démonstration soit rigoureuse, que chaque exemple de pied-bot réunisse la totalité des caractères que j'ai indiqués, mais l'ensemble de ces caractères, parmi lesquels un ou deux peuvent manquer, ou n'être qu'incomplètement accusés: parce que l'identité de cause n'implique pas nécessairement une égale intensité d'action, et partant l'égalité en nombre et en degrés des résultats.

§ IV. — De la constitution et de la signification essentielle de la rétraction musculaire convulsive.

Le fait de la rétraction musculaire convulsive, considéré comme fait, et comme cause du pied-bot congénital, ne peut donc être mis en doute, soit qu'on l'envisage dans son existence propre et sous l'influence immédiate de l'affection nerveuse qui la détermine, soit qu'on l'envisage dans les caractères auxquels elle donne naissance. Mais sous ce double rapport, elle ne peut pas être regardée comme un phénomène simple et absolu. Sa constitution, éminemment complexe et variable, a une signification aussi différente eu égard à son origine, qu'en égard aux résultats immédiats qu'elle produit.

Le premier élément qui frappe dans le fait de la rétraction musculaire, c'est le raccourcissement du muscle. Cependant cet élément n'est pas le seul, et lui-même n'agit pas toujours d'une manière identique. A cet élément le plus directement appréciable, il s'en joint deux autres qu'il n'importe pas moins de spécifier.

L'affection nerveuse qui détermine la rétraction musculaire et qui la précède agit différemment et avec des résultats différens, quant à son mode et quant à son degré d'action. A un faible degré, comme dans les convulsions passagères, les muscles ne sont rétractés que pendant la durée de la convulsion; à un degré plus intense, la rétraction persiste d'une manière permanente après la convulsion, et les muscles sont en outre dépossédés d'une partie de leur contractilité volontaire; à un degré plus intense encore de l'affection nerveuse, le retrait du muscle commence à diminuer : il peut même être momentanément vaincu, mais la contractilité volontaire se perd de plus en plus jusqu'à être entièrement détruite. Au dernier terme d'action de la cause qui produit ces différentes formes et degrés du même état, il en est un en apparence complètement différent, et qui n'est cependant que le dernier résultat de l'affection nerveuse produisant la rétraction musculaire, c'est la paralysie complète du muscle où elle siége. Dans ce cas, la fibre musculaire peut ne pas être instantanément raccourcie, ou le raccourcissement a pu être vaincu; mais le muscle est comme frappé d'inertie, dépouillé de toute espèce de ressort, et n'ayant d'autres caractères de vitalité que ceux répartis aux tissus rudimentaires et amorphes. La rétraction incomplète temporaire, la rétraction complète avec raccourcissement permanent et paralysie incomplète, et la rétraction sans raccourcissement persistant et paralysie complète, ne sont donc que des effets de la même cause, à différens modes et différens degrés d'action. Ceci n'est point une hypothèse, c'est le résultat de l'observation appliquée à tous les instans, à toutes les phases et à toutes les modalités de la même maladie, et à toutes les variétés et nuances de difformités qu'elle détermine. Ce qui le prouve, c'est que sur le même sujet atteint de difformités multiples, tantôt l'un des pieds est complètement paralysé, tandis que l'autre est atteint du pied-bot ordinaire; tantôt sur le même pied-bot, on voit des muscles rétractés avec raccourcissement très considérable, sans paralysie bien sensible, à côté d'autres muscles non raccourcis, mais entièrement paralysés. Tantôt enfin, l'un des pieds présente l'état intermédiaire entre la contracture fixe et la paralysie, c'est-à-dire la contracture et la paralysie incomplète, alors que l'autre pied offre l'un des deux états précédens à son degré le plus prononcé. Ce sont là des faits que j'ai observés un grand nombre de fois et dont j'ai rapporté plusieurs exemples. Il est donc inutile d'entrer dans de plus longs détails sur l'essence du phénomène de la rétraction, pour montrer l'affinité intime qu'il y a entre ces différentes formes du même état, et pour prouver que la rétraction convulsive comprend en elle l'élément de la paralysie, qu'elle est une manière d'être de la paralysie, et un état sur la voie de la paralysie : les faits que je viens de citer l'établissent suffisamment. On peut se rappeler d'ailleurs que chez beaucoup d'hémiplégiques, les muscles ont présenté la succession de ces différens états, convulsions, rétractions spasmodiques et paralysie, et que certains d'entre eux offrent même longtemps après l'attaque l'association de la rétraction à la paralysie. Qu'en résulte-t-il pour l'étude étiologique des difformités, et du pied-bot en particulier? C'est que déjà la rétraction musculaire n'est plus un fait simple et absolu : que les muscles se comportent différemment à l'égard des articulations qu'ils sont destinés à mouvoir, suivant qu'ils sont simplement rétractés avec peu ou point de paralysie, rétractés avec paralysie incomplète, ou complètement paralysés. Voilà un second élément à introduire dans l'appréciation de l'effet de l'affection convulsive sur les muscles qu'elle atteint, et dans l'appréciation de l'action des muscles rétractés sur la formation du pied-bot. Il en est un troisième qui découle naturellement des deux premiers.

Lorsqu'on examine attentivement ce qui se passe dans le développement du pied-bot congénital chez les enfans, on s'aperçoit aisément que la difformité n'offre pas, à la naissance, le degré qu'elle atteint plus tard, qu'elle ne reste pas stationnaire, mais augmente souvent avec la croissance, en raison directe de la croissance du sujet. Tous les auteurs qui se sont occupés du pied-bot, et qui avaient remarqué ce fait assez embarrassant pour leurs doctrines, l'expliquaient par des hypothèses que je crois inutile d'examiner ici. Ce qu'il importe de savoir, c'est que plusieurs d'entre eux avaient constaté le fait de l'accroissement du pied-bot, lié à la croissance du squelette. Ce nouvel élément de détermination étiologique du pied-bot paraîtrait échapper au premier abord au domaine de la contracture musculaire considérée dans son activité instantanée. Cela serait exact s'il était vrai que la rétraction convulsive n'exerçât sur les muscles d'autre action qu'un raccourcissement une fois produit, sans conséquence sur l'avenir du développement de ces muscles. Or il n'en est pas ainsi : les muscles qui ont été le siége de ces contractures congéniales restent toujours proportionnellement plus courts que leurs analogues; leur brièveté relative ne tient pas seulement à ce qu'ils ont été raccourcis à un temps donné, mais à ce qu'ils ne peuvent suivre le développement du squelette; elle tient, en un mot, à ce que ces muscles ne sont pas animés d'une force de développement égale à celles des autres parties. Ces muscles portent ainsi avec eux un élément de paralysie qui les empêche de suivre l'allongement du système osseux. Ce fait ne confirme-t-il pas la liaison que j'ai établie plus haut, entre la paralysie, et la contracture considérée comme un acheminement à la paralysie? La force radicale du muscle rétracté est amoindrie par l'affection qui a déterminé la rétraction, et cet amoindrissement se fait sentir pendant toute la durée du développement normal des autres parties, quand il ne s'arrête pas entièrement. J'ai vu des cas en effet dans lesquels certains muscles primitivement rétractés avaient été tellement dépossédés de leur force de croissance, qu'ils offraient à peine après la puberté la dimension de la première enfance. L'insuffisance ou arrêt de développement consécutif à la rétraction musculaire constitue donc un troisième élément de la rétraction musculaire, et par conséquent un troisième élément de la causalité essentielle du pied-bot. Ajoutons que dans les cas où la paralysie est complète, le muscle s'amoindrit, s'atrophie pendant la croissance, et ne conserve même plus assez de consistance pour s'opposer au développement du squelette et pour balancer l'action de ses antagonistes. Ce fait, mis hors de doute par l'état anatomique des muscles où on l'observe, contribue à éclairer la détermination des formes extérieures de certaines variétés du pied-bot.

Indépendamment des trois influences qui précèdent, à savoir : la rétraction proprement dite, ou raccourcissement du muscle, la paralysie et l'arrêt de développement consécutifs, qui constituent le fait complexe de la rétraction, et composent la formule étiologique du pied-bot, il existe deux autres influences complémentaires, qui s'appliquent à chacun des trois élémens essentiels, pour en faire varier l'expression et les résultats: je veux parler du *degré* de chacun d'eux, et de leur *siége* par rapport aux muscles qu'ils occupent. Il n'est pas indifférent, en effet, que le raccourcissement des muscles rétractés existe à tel ou tel degré : il est évi-

dent, au contraire, que de ce degré de raccourcissement dépendent certains caractères et certaines directions du pied-bot. Il en est de même du siége de la rétraction. La question est de savoir si tous les muscles du pied, ou si quelques-uns seulement peuvent être le siége du raccourcissement primitif. Or, à priori, il n'y aurait pas de raison pour que tel on tel muscle de la jambe fût plus exempt de cet état pathologique que tel autre, puisque tous reçoivent des rameaux nerveux provenant des mêmes troncs. Le siége de la rétraction dans les différens muscles du pied est un fait mis hors de doute par l'observation et l'expérience. J'ai rapporté un grand nombre de cas dans lesquels on peut voir distinctement la combinaison des différens modes, des différens degrés de rétraction occupant alternativement ou collectivement les différens muscles de la jambe et du pied. Il suffit de connaître la possibilité de ce fait pour le constater fréquemment dans les cas les plus vulgaires. J'en indiquerai d'ailleurs de nombreux exemples en faisant l'histoire des différentes variétés anatomiques du pied-bot.

Le raccourcissement, la paralysie et l'arrêt de développement consécutif des muscles rétractés, considérés comme inhérens au phénomène complexe de la rétraction; le siége et le degré de cette rétraction, par rapport aux muscles qu'elle occupe : tels sont les élémens de la formule générale de l'étiologie du pied-bot congénital.

Je n'ai en en vue, dans ce qui précède, que de déterminer les élémens primitifs de cette étiologie, de ceux qui agissent dès avant la naissance, et qui ressortent directement de l'influence essentielle de cette causalité. Plus tard, la progression du sujet et tous les mouvemens du pied viennent y ajouter leur influence secondaire. J'ai négligé à dessein de tenir compte ici de l'action de ces causes consécutives, pour ne pas compliquer et obscurcir la théorie que j'avais à présenter, et parce qu'à l'occasion de la détermination des formes anatomiques de chaque variété du pied-bot, je spécifierai d'une manière plus précise le degré d'action des influences secondaires produites par l'intervention de ces causes adjuvantes.

§ V. EXISTE-T-IL DES PIEDS-BOTS CONGÉNITAUX PRODUITS PAR D'AUTRES CAUSES QUE LA RÉTRACTION MUSCULAIRE ACTIVE?

Et, d'abord, il ne s'agit ici que du pied-bot congénital; par conséquent les différentes influences qui pourraient donner naissance au pied-bot consécutif n'ont pas à être prises en considération. Je mentionnerai simplement pour mémoire, et comme chose parfaitement admise, que les différentes maladies des os et des articulations du pied peuvent plus ou moins en altérer les formes. Les scrofules, le rachitisme, les blessures, l'inflammation des muscles et autres causes morbides, à supposer qu'elles atteignissent le fœtus, pourraient déterminer des subluxations ou autres déformations du pied; déformations auxquelles on a improprement conservé la dénomination de pied-bot; mais ces difformités n'offrent aucunement les caractères du véritable pied-bot; elles portent en outre avec elles les indices de leur origine: les traces des scrofules, du rachitisme, des blessures, ne pourraient être méconnues. Faisons remarquer d'ailleurs que si le fœtus pouvait être soumis aux causes accidentelles qu'on a invoquées, telles que les blessures, les contusions et autres influences analogues, ces causes n'agiraient qu'en déterminant la contracture des muscles; elles rentreraient par conséquent dans l'étiologie que j'ai moi-même établie; elles se résumeraient dans la rétraction musculaire : or, que les causes de cette rétraction soient générales ou locales, que la rétraction soit due, comme je l'ai dit, à une lésion des centres nerveux, ou bien qu'elle soit le résultat d'une cause locale agissant sur un ou plusieurs rameaux de nerfs, c'est toujours la rétraction musculaire qui est mise en jeu, et qui détermine le pied-bot. En établissant par conséquent l'étiologie générale des pieds-bots congénitaux sur ce fait, j'ai formulé d'avance toutes les influences, de quelque nature qu'elles soient, qui peuvent donner naissance à la rétraction musculaire. C'est donc sans fondement, et en séparant des choses qui se résument dans le même fait, qu'on a proposé successivement comme causes différentes du pied-bot congénital, la rétraction musculaire, les affections cérébro-spinales, le rhumatisme, les contusions, les blessures, l'inflammation des muscles. J'en dirai autant des opinions que Duverney et Delpech avaient émises, lesquelles ne sont vraies que partiellement, et parce qu'elles expriment une des conséquences ou un des attributs du fait de la rétraction musculaire qu'ils n'avaient pas soupçonné. Le premier a parlé, en effet, de l'inégale tension des muscles et des ligamens comme cause des pieds-bots, ce qui est empiriquement exact, au moins pour les muscles; et le second, Delpech, d'une insuffisance de développement des muscles du mollet, liée à une inégalité primitive des deux faisceaux spinaux, et des deux moitiés du corps, ce qui est encore parfaitement exact quant à l'insuffisance du développement des muscles, mais non en ce qui concerne l'explication hypothétique de cette fraction de fait. Mais, je le répète, ces opinions ne sont vraies que parce qu'elles rentrent, contre la volonté et la prévision de leurs auteurs, dans le fait de la rétraction musculaire dont elles n'expriment qu'un des attributs.

Après avoir montré que ce qu'il y aurait de vrai dans les causes invoquées avec quelque apparence de fondement en dehors du domaine de l'étiologie qui m'est propre, n'est qu'une très petite fraction, une dépendance de cette étiologie, il me reste à examiner les causes véritablement différentes qui ont été admises jusqu'ici, et qui conservent encore des partisans. Ces causes peuvent être ramenées à trois ; à un déplacement primitif des surfaces osseuses du pied (doctrine de Scarpa); aux attitudes du fœtus, à des pressions mécaniques déterminées, soit par la matrice, soit par des influences extérieures, ce qui aboutit à la même chose; enfin, à des arrêts de développement. J'ai dit au commencement de ce mémoire que la vérité renferme implicitement la critique de l'erreur. Mettons un instant en présence de ces trois ordres d'hypothèses, le fait de la rétraction musculaire, et nous verrons s'il est besoin de grands frais de démonstration pour faire ressortir le vague et l'impuissance des unes, et pour mettre par contre en évidence la justesse rigoureuse de l'autre.

Sans s'apercevoir qu'il remettait en question sons d'autres termes la difficulté qu'il croyait résoudre, Scarpa avait établi que le déplacement des surfaces articulaires dans le pied-bot est primitif, et le raccourcissement des muscles consécutif. Mais quelle eût été la cause du déplacement des os? ou, autrement, quelle eût été la cause du pied-bot? la doctrine de Scarpa n'en était donc pas une. Jamais, d'ailleurs, l'aphorisme *sublata causa tollitur effectus*, n'a eu d'application plus rigoureuse. On fait la section des muscles rétractés et les surfaces articulaires reprennent leurs rapports avec la plus grande facilité. Ceux qui, depuis Scarpa, ont cherché à perpétuer sa doctrine me paraissent avoir fait moins preuve de jugement et de sagacité, que de condescendance pour un grand nom.

La doctrine des pressions mécaniques et des positions vicieuses du fœtus, à quelque cause qu'on les attribue, invoque au moins des influences réelles, mais qui ne lui donnent pas ce qu'elle leur demande. Il est incontestable que le fœtus peut être gêné, comprimé, que ses extrémités peuvent être maintenues dans des positions vicieuses: mais ces influences, toutes réelles qu'elles sont, produisent-elles le véritable pied-bot, et peuvent-elles le produire? Je réponds immédiatement à ces deux questions par la négative. Les pressions mécaniques de l'utérus donnent en effet naissance à une certaine déformation du pied qu'on a confondue avec le pied-bot; mais cette déformation, comme toutes les autres, porte avec elle les traces de son origine. Partant de la conviction qu'il devait y avoir des cas dans lesquels l'étroitesse de la matrice, par rapport au fœtus, devait se trahir sur ce dernier, j'ai examiné pendant plusieurs mois tous les fœtus et nouveaux-nés qui viennent de la Maternité à Clamart. J'ai vu, en effet, sur un assez grand nombre d'entre eux, une disposition particulière des pieds toute caractéristique de la cause qui lui a donné naissance. Cette disposition consiste dans un aplatissement extrême du pied dans le sens complètement transversal, de manière qu'il n'a plus de surface dorsale ni plantaire, ni de voussure tarsienne, ni d'excavation sous-tarsienne, ni d'éminence métatarsienne, ni de talon, ni, en un mot, aucun des reliefs qui accentuent les différentes parties du pied. Le tout consiste dans une espèce de lame charnue dont le bord supérieur se confond avec la jambe, et l'inférieur est libre et tient la place de la surface plantaire. Cette déformation du pied a, comme on le voit, des caractères à elle, et n'en a aucun du véritable pied-bot. Ainsi, le talon n'est point élevé, ni les muscles jumeaux tendus, ni le mollet raccourci et remonté; aucun tendon ne fait saillie sous la peau, et quand on veut refaire un pied avec les élémens qui le remplacent, on s'aperçoit que toutes les parties participent également à la forme anormale qu'il faut vaincre; toutes résistent également, les os, les ligamens, les muscles et la peau, en sorte qu'on a vraiment sous les yeux l'image exacte d'un corps aplati dans tous les points de ses deux faces opposées, par une cause qui l'a déprimé uniformément, suivant un même plan, et non suivant une série de plans irréguliers et à directions changeantes, comme cela aurait dû se faire pour l'assemblage des reliefs, des dépressions et des torsions dont l'ensemble constitue le pied-bot. Ajoutons que pour le traitement de ces déformations spéciales, il suffit de quelques faibles moyens contentifs, continués pendant quelque temps, et que la section d'aucun tendon ne hâterait le retour des formes normales.

Ce qui précède a répondu d'avance à la seconde question que je me suis posée, à savoir, si les pressions de l'utérus sur le fœtus pouvaient produire le véritable pied-bot. Je donne au plus intelligent une surface elliptique ou circulaire pour produire, par des pressions, tour à tour et toujours avec des caractères exactement les mêmes, les accidens de surface si rigoureusement en rapport avec la direction des muscles rétractés, des pieds-bots équins, varus, valgus et talus, et de toutes les combinaisons qui résultent de l'association de ces différentes formes entre elles; sans faire remarquer que l'élargissement du pied, l'écartement ou le re-

bondissement des orteils, le raccourcissement du mollet, la forme particulière de la jambe, et, finalement, la transformation fibreuse des muscles, s'arrangeraient difficilement de la doctrine des positions vicieuses du fœtus dans le liquide amniotique et de ses pressions contre les parois de l'utérus.

Je crois inutile de m'arrêter à la doctrine des arrêts de développement. A une époque, ai-je dit, où les faits ne sont vus que de loin et examinés dans leurs apparences les plus superficielles, ils peuvent servir de prétexte à toutes les doctrines: la théorie des arrêts de développement, qui, sous d'autres rapports, a été utile à la science, n'avait pas vu de plus près, ni mieux, les pieds-bots: car ils n'offrent en réalité aucune espèce de prétexte à cette doctrine.

§. VI. — Résumé et conclusions.

Ce mémoire, destiné à établir une étiologie nouvelle du pied-bot congénital, contient l'exposition et l'analyse d'un fait qui n'avait pas été étudié jusqu'ici dans ses rapports avec les difformités congéniales: la rétraction musculaire convulsive, considérée comme cause essentielle du pied-bot congénital. J'ai mis l'existence de ce fait hors de doute par un grand nombre d'observations recueillies sur des monstres et des fœtus; observations dans lesquelles on peut suivre pas à pas la corrélation de la rétraction musculaire avec les altérations matérielles du système cérébro-spinal, depuis la destruction complète du cerveau et de la moëlle, jusqu'à l'altération d'un point circonscrit d'un de ces deux centres. J'ai montré que dans chacun de ces cas, les pieds-bots congénitaux les mieux caractérisés, coïncidant avec un grand nombre d'autres difformités articulaires, sont, aussi bien que ces difformités, le résultat de la rétraction musculaire convulsive, caractérisée par un raccourcissement extrême de la plupart des muscles du tronc et des membres.

Passant à l'étude des cas de pieds-bots simples dans lesquels la rétraction est limitée aux seuls muscles de la jambe, j'ai montré que dans ces cas, ou bien l'affection convulsive a encore été générale d'abord, et elle se révèle par des traces non équivoques dans les traits du visage, la conformation du crâne, la direction des yeux, l'inégalité des forces des deux moitiés du corps, ou bien elle n'a sévi que localement, et s'est circonscrite dans quelques rameaux nerveux, et conséquemment dans quelques muscles, ce qui constitue les cas de contracture simple. Dans cette seconde catégorie de faits, on peut encore reconnaître d'une manière certaine la nature propre de la difformité, au moyen des caractères immédiats de la rétraction musculaire dans ses rapports avec la déformation du squelette. Ces caractères sont de deux sortes, les caractères généraux, c'est-à-dire ceux qui appartiennent à toutes les variétés du pied-bot, et les caractères spéciaux, c'est-à-dire ceux qui sont propres à chacune de ces variétés. Les caractères généraux, les seuls que je pouvais indiquer dans ce mémoire, sont les suivans: sur le cadavre, la transformation fibreuse des muscles rétractés, de ceux du mollet principalement, conséquence naturelle des tractions continues et exagérées auxquelles ces muscles sont soumis. Sur le vivant, changement de forme et de consistance du mollet, qui est aplati, très-court, très-élevé, comme ramassé sous l'espace poplité, à bords durs et résistans; le raccourcissement, la voussure et l'élargissement du pied; le rebroussement ou l'écartement des orteils; le rapport exact entre la forme et la direction des parties déviées du pied, et les muscles raccourcis, tendus, résistans et saillans sous la peau; finalement la restauration presque instantanée des formes normales par la section des muscles rétractés.

Cherchant ensuite à déterminer la constitution et la signification essentielles du phénomène de la rétraction musculaire convulsive, j'ai montré que ce phénomène n'est ni simple ni absolu, mais multiple et d'une expression variable à ses différens degrés. Ainsi, j'ai montré que la rétraction convulsive comprend trois élémens distincts qui ont chacun leur influence propre, à savoir, le *raccourcissement immédiat du muscle, un certain degré de paralysie, et un arrêt de développement consécutif* qui l'empêche de suivre la croissance du squelette, et augmente ainsi, pendant la croissance du sujet, le raccourcissement primitif des muscles rétractés; en sorte que tonte difformité, examinée postérieurement à la maladie qui a déterminé la rétraction musculaire, est le résultat des trois élémens constitutifs de cette rétraction. J'ai montré, en outre, que ces trois élémens exercent une influence variable sur le développement, les formes et l'accroissement du pied-bot, suivant leur degré et suivant leur siége, par rapport aux différens muscles du pied et de la jambe.

Dans la dernière partie de ce mémoire, j'ai discuté la question de savoir s'il existait d'autres causes de pied-bot congénital, ou si les causes précédemment admises pouvaient donner lieu à des déformations présentant les caractères que j'ai signalés pour le pied-bot dû à la rétraction musculaire. Rappelant la loi que j'ai établie sur la spécificité des caractères extérieurs liés à la spécificité des causes, j'ai montré que parmi les influences admises par les auteurs, les unes sont purement imaginaires et ne méritent aucune considération; les autres sont réelles, mais on elles ne sont que des aperçus indirects, des conséquences plus ou moins éloignées de la rétraction musculaire, ou des circonstances se résumant dans le fait de la rétraction; ou bien elles constituent de véritables causes de déformations; mais les déformations auxquelles elles donnent naissance n'ont point les caractères du véritable pied-bot, et présentent au contraire des caractères propres à la cause qui les détermine. Parmi ces dernières j'ai cité une déformation des pieds produite par la compression du fœtus dans la matrice, déformation qui n'avait pas encore été spécifiée, et qui consiste dans un aplatissement général du pied dans le sens transversal; aplatissement auquel participent d'une manière égale tous les élémens de cette extrémité, les os, les ligamens, les muscles et la peau, de manière à exprimer parfaitement le mode d'action uniforme d'une pression mécanique suivant un même plan.

Après avoir remis sous les yeux de l'Académie le cadre de ce mémoire et les faits principaux qu'il renferme, je crois pouvoir le terminer par les conclusions suivantes:

1° Le pied-bot congénital est le produit de la rétraction musculaire convulsive ou contracture des muscles de la jambe et du pied. Cette rétraction peut être produite par une affection générale ou locale du système nerveux.

2° A défaut de traces générales ou directes de l'affection convulsive, le pied-bot congénital porte avec lui des caractères immédiats, à l'aide desquels on peut toujours reconnaître la nature de sa cause.

3° Le fait de la rétraction musculaire est complexe: il comprend trois élémens distincts: le raccourcissement immédiat du muscle, un certain degré de paralysie, et le raccourcissement consécutif ou arrêt de développement du muscle rétracté. Chacun de ces élémens concourt pour sa part à la formation du pied bot, et agit différemment suivant le degré et le siége de la rétraction par rapport aux muscles qu'elle occupe.

4° Il n'existe point d'autres causes du pied-bot congénital que la rétraction musculaire convulsive: les autres circonstances capables de déformer les pieds avant la naissance impriment des caractères propres à leur produit qui les font reconnaître, et empêchent de les confondre avec le véritable pied-bot.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

I. ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

Les cahiers des mois d'octobre et novembre contiennent les articles originaux suivans: 1° *Mémoire sur l'emploi des topiques mercuriels dans le traitement des éruptions varioleuses*; par M. Briquet; 2° *Recherches sur les vaisseaux utéro-placentaires*; par M. Jacquemier (l'auteur conclut avec MM. Flourens et Deschamps pour l'affirmative; nous nous proposons d'examiner cette question à part); 3° *Recherches sur la leucorrhée et les polypes vésiculeux de l'utérus*; par M. Nivet, élève interne des hôpitaux, et M. H. Blatin; 4° *Recherches sur les monstruosités par inclusion à l'occasion d'un cas de ce genre sur un fœtus humain*; par M. Charvet, professeur d'anatomie à Grenoble; 5° *Diathèse mélanique*, observée par M. Biett; fait recueilli par M. Behier.

Recherches sur la leucorrhée et sur les polypes vésiculeux de la matrice; par M. Nivet, élève interne des hôpitaux, et M. H. Blatin.

On sait combien est vague le mot leucorrhée; il a été appliqué à tous les écoulemens non sanguins qui se font par la vulve, quelle qu'en fût d'ailleurs la cause. MM. Nivet et Blatin comprennent sous cette dénomination la seule hypersécrétion simple des membranes muqueuses de l'utérus et du vagin; ils éloignent par là les écoulemens blancs déterminés par des phlogoses sourdes ou autres affections de ces parties. Pour eux, comme on le voit, l'écoulement ne mérite le titre en question qu'autant qu'il se compose d'un même liquide, qu'on trouve à l'état normal dans les cavités de la matrice et du vagin; c'est, en d'autres termes, une hypersécrétion physiologique analogue à cet état du poumon qu'on appelle bronchorrhée ou phlegmorrhée; aussi MM. Nivet et Blatin voudraient-ils remplacer le mot leucorrhée ou fleurs blanches par celui de phlegmorrhée: mais comment reconnaître si l'écoulement consiste dans une simple hypersécrétion phy-

siologique ou dans une sécrétion morbide? C'est précisément sur quoi porte le travail que nous analysons.

Ayant examiné sur un grand nombre de cadavres le mucus normal qu'on rencontre toujours dans la cavité de la matrice et sur la muqueuse du vagin, MM. Nivet et Blatin ont trouvé qu'il était facile de le distinguer de celui qui est sécrété par les mêmes organes, alors qu'ils sont atteints d'une maladie quelconque. La sécrétion utérine normale est liquide, peu visqueuse, tantôt presque incolore, transparente ou un peu opaline, tantôt blanc-grisâtre ou un peu rosée; sa quantité est très peu considérable. Le liquide fourni par l'intérieur du col est incolore, épais comme du blanc d'œuf, glutineux, tenace et difficile à détacher de l'orifice du museau de tanche. Il est alcalin et sécrété par les follicules nombreux disséminés au-dessous et dans l'épaisseur de la membrane muqueuse. La sécrétion vaginale est au contraire acide et plus liquide; rarement elle est crémeuse ou caséeuse; tantôt presque incolore; tantôt, et c'est le cas le plus fréquent, elle est blanchâtre ou laiteuse. Lorsque le mucus de la matrice arrive dans le vagin, il se mêle à celui qui baigne la surface de ce conduit, perd sa transparence et prend une teinte blanchâtre analogue à celle du lait. Il perd ses propriétés alcalines et devient neutre ou acide. Cependant lorsque le mucus utérin est très abondant et que le fluide vaginal l'est peu, le premier conserve la plupart de ses caractères primitifs, et la surface du flocon qui s'en échappe est seule modifiée.

MM. Nivet et Blatin commencent par établir que le siége principal des fleurs blanches est dans la membrane interne de l'utérus et non dans la muqueuse vaginale ainsi qu'on le croit communément: « Si l'on examine, disent-ils, en effet au spéculum une femme qui se plaint d'avoir des fleurs blanches abondantes, on reconnaît que la plus grande partie du mucus provient le plus souvent de la cavité utérine, ce que prouvent sa viscosité et sa consistance. En second lieu, nous avons interrogé avec soin un grand nombre de femmes qui ont assuré que, quand leur écoulement était très fort, elles rendent des flocons épais qui ressemblent à du blanc d'œuf. Nous dirons aussi que les phénomènes qui tourmentent le plus les malades sont les troubles de la digestion. Eh bien! nous avons pu nous assurer fréquemment, soit à l'hôpital de l'Ourcine, sur des femmes guéries de maladies vénériennes, soit en ville, sur des personnes qui n'avaient jamais eu d'affections syphilitiques, que les tiraillemens d'estomac et les autres symptômes sympathiques dont nous parlerons plus loin coïncident avec l'hypersécrétion de la muqueuse et nullement avec celle du vagin. Toutes les malades qui ont été soumises à notre observation et qui n'étaient point affectées d'hyperdiacrisie de la muqueuse utérine n'éprouvaient aucun trouble des fonctions de l'estomac, même lorsqu'elles avaient des écoulemens vaginaux ou vulvaires très abondans. » Ainsi donc si les observations de MM. Nivet et Blatin sont exactes, l'absence des maux d'estomac serait déjà un signe présomptif que les fleurs blanches ne sont pas dues à une hypersécrétion utérine, mais bien à un état maladif du vagin ou à d'autres conditions; en d'autres termes, que la leucorrhée ne serait pas simple dans le sens ci-devant établi. Cependant, de ce qu'une leucorrhée coexiste avec des maux d'estomac, il ne serait pas logique de déduire que l'écoulement est de l'espèce simple dont parlent les auteurs du mémoire; car ces maux d'estomac peuvent dépendre d'autres causes que de l'hypersécrétion physiologique de l'utérus.

Chez la femme enceinte l'écoulement blanc est dû, d'après MM. Nivet et Blatin, à l'hypercrinie de la muqueuse vaginale; chez quelques femmes la matière vient aussi de l'intérieur du col utérin, du moins cela a lieu jusqu'aux derniers mois de la gestation.

En disant que le siége principal des fleurs blanches est dans la matrice, les auteurs n'ont pas exclu le vagin; ils admettent, en effet, une phlegmorrhée utérine, une autre vaginale, une troisième ultro-vaginale. Cette dernière est peut-être la plus commune. Les recherches cadavériques ont fait voir depuis long-temps qu'il n'y a, pour toute lésion, chez les femmes atteintes de fleurs blanches, qu'une hypertrophie des follicules muqueux de la cavité utérine. Cette hypertrophie est portée au point quelquefois que les cryptes en question ont le volume d'un pois ou davantage; ils constituent alors des polypes muqueux. Delcens, de Graaf, Morgagni, cités par MM. Nivet et Blatin, nous ont transmis des faits de cette nature, et ceux recueillis par ces derniers confirment parfaitement les précédens. MM. Nivet et Blatin, cependant, écartent généralement toute idée de phlogose ou d'irritation dans cette production. C'est ce que beaucoup de personnes auraient de la peine à admettre.

Voici les faits sur lesquels ils se basent. Une jeune femme est morte phthisique à l'Hôtel-Dieu, elle avait eu des fleurs blanches quelques mois avant la mort. A l'autopsie, le tissu de la matrice est blanc, sa cavité est petite, humectée d'un mucus blanc, sale et demi-transparent; sa membrane interne est pâle et saine: un flocon ressemblant à du blanc d'œuf, gélatiniforme, glutineux, diaphane et incolore, remplit la cavité du col, dont la muqueuse n'est ni rouge ni injectée; les follicules sont hypertrophiés; en les comprimant, ils laissent suinter de la matière; le vagin est sain et pâle. Une autre femme morte également phthisique et qui avait eu des fleurs blanches depuis l'âge de la puberté, n'a présenté à l'autopsie que le même état de choses. Pas de maladie appréciable à la muqueuse. Dans un troisième cas la phlegmorrhée avait été abondante, les follicules étaient plus développés, le museau de tanche toujours rempli d'un flocon de mucus comme du blanc d'œuf, mais la muqueuse saine. Ainsi de suite dans les autres autopsies. Or, est-il exact de dire que cet état d'hypertrophie folliculeuse et d'hypersécrétion n'est pas le résultat d'une irritation maladive? Il y a des cas où l'hypertrophie elle-même, bien que physiologique, constitue une véritable maladie, et il serait souvent impossible de dire quelles sont les limites entre la maladie et la santé. Toujours est-il cependant qu'une hyperthrophie quelconque suppose un surcroît de vie et d'excitation. D'ailleurs comment concevoir la déclaration ou la persistance d'une maladie prétendue asthénique sur des femmes dont l'organisme est sous l'influence d'une affection manifestement inflammatoire (cavernes pulmonaires)?

MM. Nivet et Blatin regardent bien la leucorrhée comme une maladie, mais généralement de nature asthénique, ce qui est peu d'accord avec l'anatomie pathologique. « Lorsqu'un écoulement blanc, disent-ils, se déclare chez une femme forte et vigoureuse, sous l'influence d'une irritation directe des organes génitaux, de l'abus du coït, par exemple, nous admettrons volontiers que ce flux est l'effet d'une irritation sécrétoire. Mais quand cette maladie est héréditaire et se déclare chez une personne maigre et débile, d'un tempérament lymphatique ou lymphatico-nerveux, et sous l'influence de causes débilitantes; lorsqu'on n'observe, soit sur les organes génitaux, soit dans l'écoulement, rien qui annonce un état inflammatoire, nous sommes portés à croire que ce flux est *atonique*. »

De là sans doute la conséquence que le traitement de la leucorrhée doit être toujours tonique, général et local. Nous le répétons, cette manière de voir nous paraît inexacte, théoriquement et pratiquement. On présume que le traitement de la leucorrhée doit être tonique ou excitant, parce qu'on voit souvent l'écoulement guérir sous l'influence d'injections et de boissons de quinquina ferrugineuses, saturnines, de nitrate d'argent, etc.; mais on sait que des thérapeutistes d'un grand mérite contestent aujourd'hui que la vertu de ces substances soit tonique ou excitante.

Nous avons traité plusieurs femmes de l'écoulement en question; nous savons par expérience que le mal résiste souvent aux remèdes véritablement excitans ou toniques. Nous connaissons des femmes que nous n'avons pu guérir à Paris de leur leucorrhée, malgré l'emploi d'une foule de moyens, et qui sont ensuite guéries spontanément en allant habiter un climat chaud (Brésil, Naples, etc.); l'une d'entre elles vit sa leucorrhée disparaître complètement pendant la traversée du Havre en Amérique; revenue dernièrement à Paris, ses fleurs blanches sont reparues avec la même abondance qu'autrefois, et ce qu'il y a de remarquable, c'est qu'ici les bains d'eau salée ne modifient presque pas l'écoulement. Revenons au diagnostic de la phlegmorrhée.

« Un écoulement plus ou moins considérable du mucus blanc ou incolore, laiteux, ou ressemblant à de l'albumine, formant sur le linge une tache qui paraît à peine et qu'on reconnaît surtout à ce que la toile est comme empesée, lorsque la matière s'est desséchée, annonce l'existence des fleurs blanches; mais pour s'assurer de la nature de la sécrétion et de l'organe qui la fournit, il convient de pratiquer le toucher et surtout d'appliquer le spéculum. Par le premier moyen on constate que le vagin est plus humide, que sa muqueuse est plus molle que dans l'état ordinaire; que le col renferme un flocon albumineux et est souvent plus entr'ouvert qu'il ne l'est communément. Mais l'examen au spéculum est infiniment plus certain. Avec cet instrument, si l'on a affaire à une simple phlegmorrhée, on constate que les organes génitaux sont dans l'état naturel; qu'ils n'offrent ni rougeur, ni excoriation, ni ramollissement; que le mucus contenu dans le vagin offre les caractères que nous lui avons assignés, et que le museau de tanche est occupé par un flocon incolore, ressemblant à l'albumine de l'œuf. L'absence ou la présence du mucus dans le col utérin, la nature de l'écoulement qui s'échappe lorsque la femme a des fleurs abondantes, serviront à reconnaître si la phlegmorrhée vient du vagin ou de la matrice. »

Telle est la substance du travail intéressant de MM. Nivet et Blatin; la question du traitement des fleurs blanches, ils ne l'ont point abordée; c'était pourtant là la chose la plus importante après les remarques qui précèdent. Leur mémoire se termine par la reproduction des idées connues de Morgagni sur la nature des polypes vésiculeux de la matrice.

II. REVUE MÉDICALE.

Les cahiers des mois d'octobre et de novembre contiennent les articles originaux suivans : 1° *Sur une nouvelle espèce de cataracte cristalline observée à l'Hôtel-Dieu*; par M. Pasquet (de Crémieux); 2° *Observations sur l'état des plexus nerveux dans plusieurs maladies*; par M. Fouilhoux; 3° *Mémoire sur l'emploi et l'action des purgatifs*; par M. Suhard; 4° *Considérations sur les eaux minérales*; par M. Pertus; 5° *Réflexions générales sur l'adynamie*; par M. Chauvio; 6° *Mémoire sur cette question : Existe-il des altérations primitives des fluides respiratoires?* par M. Scelle-Mandesert; 7° *Observation sur des calculs urinaires dont un a séjourné longtemps dans le canal de l'urètre*; par M. Ronzel.

NOUVELLE ESPÈCE DE CATARACTE CRISTALLINE OBSERVÉE A L'HÔTEL-DIEU; par M. PASQUET (de Crémieux).

OBS. — Une femme, âgée de 26 ans, bien portante, adonnée aux travaux d'aiguille, n'avait jamais souffert de maux d'yeux, lorsqu'il y a huit ans sa vue a commencé à faiblir. Cette faiblesse est allée en augmentant au point qu'en entrant à l'Hôtel-Dieu la malade pouvait à peine distinguer le jour de la nuit, elle ne pouvait se conduire et voyait mieux à un demi-jour qu'à la lumière du soleil.

A l'examen, la pupille paraît d'abord parfaitement noire; mais à un examen plus attentif, on trouve un léger reflet gris-verdâtre avec quelques stries d'une teinte un peu plus claire, et qui paraissent un peu antérieures au reflet dont nous parlons. Il n'y a pas de différence bien évidente entre la teinte des deux pupilles; peut-être la gauche est-elle un peu plus terne. Iris gris, se contractant bien sous l'influence de la lumière, ne présentant aucune trace d'un travail pathologique quelconque. Yeux saillans, volumineux, un peu durs. Par l'expérience avec la bougie on constate que l'image renversée manque complètement; que l'image droite profonde est pâle et élargie.

La malade est opérée, par extraction, le 30 avril, de l'œil gauche seulement.

En sortant, le cristallin paraît d'abord ne pas s'éloigner de l'état normal; un examen attentif cependant fait reconnaître qu'il est demi-transparent et pas totalement incolore: il est évidemment jaune. Sa face postérieure régulièrement bombée présente une trentaine de stries ou plutôt de cannelures incolores qui convergent de la circonférence au centre, comme autant de rayons, et paraissent résulter comme d'autant de petits sillons superficiels. La face antérieure, déchirée par l'incision du kystitôme, ne présente pas de cannelures analogues bien évidentes. Au premier abord la masse cristalline paraît assez dense: mais un examen attentif fait reconnaître que cette densité n'existe que dans les couches les plus externes; le centre est semi-liquide et plus transparent que les couches corticales.

Les suites de l'opération ont été heureuses, et la malade a vu pour se conduire et pour lire.

Deux circonstances appellent d'abord l'attention dans ce fait : le reflet verdâtre ou glaucomateux du fond de l'œil et la couleur jaune du cristallin. Les personnes peu au courant des phénomènes de catoptrique auraient peut-être de la peine à concevoir que la première de ces circonstances dépend de la seconde, et pourtant la chose est telle. Dans un travail récent, M. Mackenzie a démontré expérimentalement (*Remarks on lenticular glaucoma*) que la couleur verdâtre qu'offrent les yeux glaucomateux n'est autre chose qu'une illusion optique dépendant de la coloration en jaune de la couche postérieure du cristallin. Il en est de cette coloration comme de celle qu'offrent certains corps qui paraissent verts lorsqu'on les regarde à la lumière refractée, jaunes ou rouges à la lumière réfléchie. Prenez, par exemple, le pourprate d'ammoniac; si vous le regardez à travers la lumière, c'est-à-dire placé entre l'œil et la lumière, ce cristal paraît d'un beau vert brillant; si vous l'observez au contraire de haut en bas ou posé sur une table, il est d'un rouge foncé. Il en est de même de l'infusion de *lignum nephriticum* qui paraît d'une couleur dorée ou rougeâtre si on place la fiole entre la lumière et l'œil, bleu dans le cas contraire. De même le cristallin, qui a acquis une coloration jaune, sans être complètement opaque, paraît verdâtre lorsqu'on le regarde à travers la pupille ou par la lumière réfractée; tiré de l'œil et placé sur une table, il est jaune. Il reste maintenant à expliquer comment il se fait que le reflet verdâtre dont il s'agit semble sur le vivant exister plutôt sur la rétine, tandis que sa place véritable est dans le cristallin. C'est encore là une illusion optique facile à expliquer. Le fait suivant va l'éclaircir parfaitement : « Un individu était atteint de foogus médullaire de la rétine; la tumeur avait franchi le corps vitré et touchait la face postérieure du cristallin; en la regardant à travers la cornée sur le cadavre, elle se présentait sous la forme d'une tache blanche placée dans le fond de l'œil; ou ouvre la cornée, on ôte le cristallin, et l'on est étonné de trouver que la tache blanche existait immédiatement derrière l'iris; on remet le cristallin en place et l'illusion se reproduit, la tache s'éloigne vers le fond de l'organe (Panizza). » Cet exemple s'applique exactement à la couleur glaucomateuse dont le siége est toujours dans le cristallin devenu jaune à la face postérieure comme dans le cas de l'Hôtel-Dieu. Ainsi donc l'observation de M. Pasquet n'exprime autre chose qu'un cas de cataracte glaucomateuse déjà décrite dans le beau travail de M. Mackenzie.

Les phénomènes ci-dessus se dissipent constamment par l'ablation de la lentille.

Il est rare qu'une cataracte de cette nature se rencontre chez un sujet jeune. Sous ce rapport, par conséquent, le fait observé par M. Pasquet est digne d'intérêt. Il rare aussi qu'un cristallin soit dur à la circonférence, semi-liquide au centre, comme celui-ci. — Ces conditions du reste coïncident parfaitement avec les faits et les expériences de M. Mackenzie.

QUELQUES OBSERVATIONS ET RÉFLEXIONS SUR L'ÉTAT DES PLEXUS NERVEUX DANS PLUSIEURS MALADIES; par M. FOUILLOUX, D. M. J.

Ce mémoire, qu'il serait impossible d'analyser avec exactitude, sans le reproduire dans son entier, contient quelques observations où l'auteur croit reconnaître des états morbides des plexus, mais sans avancer les motifs sur lesquels repose cette opinion, sans aucune recherche anatomique, sans discussion physiologique. Aussi, nous allons nous borner à fournir les principaux traits de l'observation suivante, qui offre déjà beaucoup d'intérêt par elle-même, et à reproduire les réflexions dont l'auteur l'a accompagnée dans son mémoire.

FIÈVRE INTERMITTENTE PERNICIEUSE DONT LE SYMPTÔME PRÉDOMINANT CHANGE A CHAQUE ACCÈS.

OBS. — Un homme âgé de 34 ans, d'un tempérament nerveux et sanguin, d'une grande force musculaire, et qui n'avait jamais été malade, fut pris en juillet 1827, à la suite d'une peine morale, de crampes à l'épigastre revenant par accès. A ces crampes se joignirent, au bout de trente-six heures, des soubresauts des tendons; céphalalgie avec état vultueux de la face; pouls fort et développé. (Saignée du bras, 12 onces, potion avec laudanum de Sydenham, 10 gouttes.)

Le soir, mêmes symptômes, mais plus modérés. (Nouvelle saignée.)

Le second jour, de trois à cinq heures du matin, spasme épigastrique violent; mouvemens convulsifs des membres; torsion des yeux très sensible à l'impression de la lumière; retour des mêmes accidens avec élancemens dans les membres; pouls faible et lent; sensation de froid à l'épigastre; lipothymie. A trois heures après midi, apparition d'une urticaire, spécialement sur les membres pelviens. Elle disparaît entre cinq et six heures du soir, et alors retour des accès lipothymiques.

Le soir, les spasmes cessent; moiteur. Pendant la nuit, sueur abondante.

Le troisième jour, de dix heures à midi, douleur constrictive intérieure à gauche de l'ombilic, élévation de la chaleur, accélération et intermittence du pouls. De midi à une heure et demie, accès lipothymique analogue à celui qui a eu lieu le jour précédent dans la matinée; mais il est moins intense. (Foment. abdom.; poudre de quinquina et de pivoine continuées, ainsi que le laudanum; sinapismes promenés.)

Pendant la nuit du troisième au quatrième jour, agitation continuelle, beaucoup de chaleur dans toutes les parties du corps; spasmes intestinaux.

4e jour. Calme depuis six heures du matin jusqu'à onze. Alors, pesanteur de tête passablement considérable; chair de poule. A midi, retour des spasmes des yeux, des membres et de l'abdomen; fréquence et développement du pouls; parfois délire, qui cesse quand on fixe l'attention du malade par une question. Après quatre heures, amélioration (lavement de quinquina; julep musqué de Fuller, avec addition de sulfate de quinine, cinq grains, etc.) Pendant la nuit, assoupissement; contorsion des yeux; respiration par la bouche, etc.

Le cinquième jour, le matin, assoupissement; dans l'après-midi, calme des principaux appareils; seulement pesanteur céphalique et abdominale. Agitation considérable dans la soirée; calme ensuite; on continue le même traitement.

Le sixième jour, retour de tous les phénomènes observés jusqu'ici depuis une heure jusqu'à huit heures du matin. Les spasmes ne cessaient que pour faire place à un accroissement de la chaleur générale, de la fréquence du pouls, et à une turgescence faciale. Vers cinq heures, transpiration abondante et disparition graduelle de tous les accidens.

Le septième jour, calme et apyrémie.

Le huitième jour, état fébrile prononcé de deux heures à onze heures du matin. Ensuite, sueur avec assoupissement et rêvasseries. Après six heures, rémission de tous les symptômes fébriles.

Les neuvième et dixième jours, l'amélioration continue, bien que l'accès soit toujours indiqué; mais ensuite il n'en reste plus de traces, et la convalescence se confirme.

Voici maintenant les divers plexus auxquels l'auteur rapporte les différens accidens présentés pendant le cours de cette fièvre pernicieuse, à caractères si mobiles. Dans le premier accès, le *plexus solaire* et les extrémités des nerfs rachidiens paraissent avoir causé les symptômes observés. Dans les accès du second jour, ces mêmes points, et, de plus, les nerfs cérébraux, et le *plexus nerveux* du cœur ont été leur point de départ; de même pour le troisième jour. Ce sont les nerfs cérébraux rachidiens, et le centre cérébral sur lesquels l'affection s'est exercée le quatrième jour; si le *plexus solaire* a été moins affecté le sixième jour, les

plexus nerveux des poumons ont paru remplir un rôle supplémentaire. On n'a plus ensuite observé que des prodrômes d'accès.

III. JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES.

Les cahiers des mois de novembre et décembre contiennent les articles originaux suivans : 1° *Notice sur l'esquinancie*; par M. Girardin; 2° *Mémoire sur l'hémorragie des méninges*; par M. Boudet; 3° *De l'ergot de seigle employé contre certaines rétentions urinaires*; par M. Allier fils; 4° *Empoisonnement par l'acétate de morphine*; observé par M. Teisser; 5° *De la traite considérée comme cause de la fièvre jaune*; par M. Audonard; 6° *Essai thérapeutique sur la chlorose ménorrhagique*; par M. Trousseau; 6° *De la supériorité de la vision sur les autres sensations*; par M. Gerdy.

NOTICE SUR L'ESQUINANCIE ET SON TRAITEMENT; par M. R. GÉRARDIN, D. M.

Le but de cette communication est d'abord de rappeler l'attention des médecins sur la distinction de l'angine tonsillaire, établie par M. Velpeau en deux formes différentes, suivant que l'inflammation occupe la muqueuse seulement, ou qu'elle a son siége dans le tissu cellulaire interfolliculaire ou sous-muqueux. A la première, M. Gérardin a donné le nom d'esquinancie muqueuse, tandis que la seconde est l'esquinancie parenchymateuse, distinction à laquelle l'auteur attache une grande importance, parce qu'il pense que les moyens qui peuvent combattre avec quelque succès l'esquinancie muqueuse augmentent l'intensité de l'esquinancie parenchymateuse. C'est ainsi qu'il s'explique les effets variés du même médicament dans des cas en apparence semblables. Les insufflations d'alun, par exemple, qu'il regarde comme utiles dans l'esquinancie muqueuse, lui ont paru augmenter l'inflammation et la douleur, lorsque l'inflammation occupait le parenchyme de l'amygdale.

L'auteur insiste ensuite sur les heureux effets qu'on retire de l'emploi des scarifications portées sur l'amygdale elle-même, de quelque nature que soit son inflammation; il les préfère de beaucoup, et avec bien de la raison, aux applications de sangsues faites derrière l'angle de la mâchoire qu'emploient journellement tant d'individus étrangers à l'art et des médecins eux-mêmes, et qui cependant n'ont d'autre effet que de déterminer une nouvelle congestion locale, et d'augmenter celle qui préexiste déjà. Parmi les heureux effets de l'emploi des scarifications dans l'amygdale, l'un des plus importans serait d'empêcher constamment, si nous en croyons l'auteur, le passage de l'inflammation à l'état chronique et l'hypertrophie des amygdales.

MÉMOIRE SUR L'HÉMORRAGIE DES MÉNINGES; par M. E. BOUDET.

L'auteur de ce mémoire ne s'y occupe que de quelques points de l'étude des hémorragies des méninges. Après avoir jeté un coup-d'œil rapide sur ceux de nos auteurs classiques qui ont fait mention de cette maladie, il cherche à prouver l'impossibilité d'un épanchement entre la face interne de la dure-mère et la face externe de l'arachnoïde; et s'appuie surtout, pour repousser cette forme de l'hémorragie, sur la difficulté de concevoir, que du sang puisse être épanché en collection entre deux membranes qui sont tellement unies qu'elles semblent n'en former qu'une seule. D'ailleurs, lors même qu'on supposerait que cet épanchement pourrait s'opérer, il est évident que le feuillet arachnoïdien, si mince et distendu subitement par une couche de fluide épanché, se romprait en un instant, comme on le voit assez fréquemment arriver lorsqu'un épanchement qui s'est fait primitivement dans la substance cérébrale s'ouvre, soit dans la grande cavité arachnoïdienne, soit dans les ventricules cérébraux, par la déchirure de l'arachnoïde.

Quant aux faits rapportés par quelques auteurs, et où l'on croit avoir observé cette hémorragie, l'auteur ne les admet pas; il pense qu'il y a eu erreur, et voici comment il l'explique : « On aura pris pour l'arachnoïde ces fausses membranes qui se forment à la surface du sang épanché dans l'arachnoïde, et qui, dit l'auteur, s'amincissent au point de représenter parfaitement les membranes séreuses sur lesquelles elles sont appliquées; de telle sorte que, si on n'apporte une attention infinie à l'examen des produits qu'on a sous les yeux, on les regarde comme des organes naturels. » Il cite même ici des cas où on aurait pu facilement commettre la même erreur dans d'autres cavités, et prendre les fausses membranes développées à la surface de caillots épanchés dans le péricarde, la plèvre, et le péritoine pour ces membranes elles-mêmes. Il serait même impossible, d'après lui, de reconnaître exactement, dans la plupart des cas d'anévrisme, que l'on soupçonne le résultat de la rupture de la tunique interne de l'artère, le point précis de la rupture de cette tunique, parce qu'il se forme ordinairement une fausse séreuse, qui se continue insensiblement avec la véritable. Cette disposition trompe infailliblement les personnes non prévenues, quand elles examinent les foyers sanguins arachnoïdiens; en effet, elles ouvrent la dure-mère, pénètrent dans une cavité pleine de sang, et au-dessus trouvent une membrane qui a tous les caractères de l'arachnoïde; elles veulent s'assurer si c'est réellement à cette membrane qu'elles ont affaire. et la soivent jusqu'aux limites de l'épanchement; là elles constatent bien nettement la continuation de l'enveloppe du foyer sanguin avec l'arachnoïde, et elles en concluent que c'est la même membrane; mais si elles prennent la précaution d'enlever tout le sang, elles arriveront du côté de la dure-mère, jusqu'à une seconde fausse membrane mince, et, celle-ci enlevée, jusqu'à l'arachnoïde intacte, mais devenue un peu terne et rude, par suite des adhérences du sac pseudo-membraneux.

EMPLOI DE L'ERGOT DE SEIGLE CONTRE CERTAINES RÉTENTIONS URINAIRES; par M. ALLIER fils.

La GAZETTE MÉDICALE a déjà rapporté un fait concernant les heureux effets du seigle ergoté contre la rétention urinaire, dépendant de causes hypérémiques (1838). Aujourd'hui M. Allier en fait connaître trois autres analogues. Nous allons reproduire le plus intéressant :

OBS. — Un cultivateur, âgé de 63 ans, robuste, n'ayant jamais en auparavant de maladie aux organes urinaires, éprouve, à la suite d'un copieux repas, le besoin d'uriner; il s'abstient de le satisfaire, par pudeur; de là distension énorme de la vessie. Trois heures après, il veut uriner; impossible. Réaction fébrile, agitation, sueurs ammoniacales, etc. M. Allier pratique le cathétérisme et tire une pinte et demie d'urine fétide; il répète un grand nombre de fois cette opération pendant plusieurs jours, mais la vessie ne revenait pas sur elle-même, elle semblait avoir perdu sa faculté contractile. M. Allier prescrit des vésicatoires volans à l'hypogastre, des frictions stimulantes, des injections d'eau de Balaruc dans la vessie, un régime tonique, etc.; pas d'amélioration. Le cathétérisme est continué; l'urine tombe d'aplomb de la sonde, ce qui indique que cet organe se contracte nullement. Le malade accuse des douleurs dans la région vésicale; il a une sorte de fièvre hectique, accompagnée d'adynamie. Cet état se prolongeait depuis trois mois, lorsque M. Allier a eu l'heureuse idée d'administrer le seigle ergoté (un scrupule en poudre divisé en six paquets). Le lendemain, le malade se plaignait de tenesme vésical, de torpeur, d'inquiétude dans les jambes, nausées; les pupilles sont dilatées. On continue le seigle en en doublant la dose (40 grains en six paquets). Après le troisième jour de l'usage de ce médicament, l'urine qui sort par la sonde jaillit un peu et file en partie entre l'instrument et le canal; la vessie se contracte; la sondeest rejetée par les contractions de l'organe. On diminue la dose du seigle et on le continue. Bientôt le malade urine sans sonde. Guérison.

Si l'on veut bien réfléchir aux circonstances de ce fait, l'on trouvera que ce que nous disions il y a quelque temps sur l'action du seigle ergoté (1838, page 363) se trouve parfaitement confirmé; c'est-à-dire que cette substance n'a d'autre effet sur l'économie que d'agir comme moyen affaiblissant ou antiphlogistique. Voyez, en effet, un paysan robuste, n'ayant jamais souffert de la vessie, qui sort d'un repas copieux, néglige le besoin d'uriner, et éprouve ensuite une impossibilité à faire contracter la vessie: quelques personnes croiront peut-être que l'impuissance tient dans ce cas à la distension mécanique qu'a éprouvée l'organe; les pathologistes au courant de la science, cependant, ne voient et ne peuvent voir dans ce fait qu'une impuissance congestive ou phlogistique, dont le traitement exigeait impérieusement les antiphlogistiques (à part le cathétérisme, bien entendu). Cette espèce de paralysie est pareille à celle de la rétine dans certaines amauroses, et qui se guérit par les saignées et autres moyens affaiblissans. Vous avez beau, dans ces circonstances, administrer des remèdes toniques et stimulans, le mal empire; c'est ce qui est arrivé dans le cas ci-dessus; il peut même se terminer fâcheusement, si l'on y insiste. Comment s'imaginer une paralysie asthénique, *ex abrupto*, chez un homme bien portant, vigoureux, après un repas copieux, alors que la cause de l'impuissance est manifeste et analogue à celle que produit une contusion sur un muscle? Comment concevoir d'ailleurs une pareille paralysie, alors qu'il y a fièvre, plénitude, excès, en un mot, de vitalité dans l'organisme? Toutes les fois, enfin, que la nécropsie a permis d'examiner l'état des organes, on a constamment trouvé la vessie en suppuration, ou à peu près. On se gardera bien, par conséquent, de confondre cette espèce de paralysie vésicale avec celle qui a lieu chez les sujets faibles, et qui dépend d'une véritable asthénie de l'organe. Sans cette distinction, le traitement constitutionnel pourra complètement manquer son but, ou être plus ou moins nuisible. L'ergot de seigle, par sa vertu affaiblissante, combat la congestion ou la phlogose sourde de la vessie, comme les petites saignées répétées, et les bains pourraient le faire, et permet à l'organe de se contracter. Si l'on voulait cependant appliquer ce remède à la véritable impuissance asthénique de la vessie, on commettrait une erreur grave. Nous avons démontré ailleurs combien est mal fondée l'idée

de croire que le seigle stimule la matrice ou la vessie (articles cités).

ESSAI THÉRAPEUTIQUE SUR LA CHLOROSE MÉNORRHAGIQUE; par le docteur A. TROUSSEAU.

Les mots chlorose, anémie, méoorrhagie et aménorrhée sont souvent employés pour désigner des états morbides qui nnt la plus grande analogie, et qui doivent être traités par les mêmes moyens, bien qu'en apparence si différens; c'est ce qui ressort du travail de M. Trousseau, qui désigne sous le nom de chlorose ménorrhagique la chlorose qui s'accompagne d'un flux menstruel trop abondant, par opposition à la chlorose avec aménorrhée. Aussi réserve-t-il le mot anémie ponr les cas où la maladie n'est que transitoire et semble devoir guérir par les seules forces de la nature; mais quand l'anémie se prolonge, quand sous son influence il se développe dans l'économie nn état particulier en vertu doquel la décoloratioo et la liquéfaction du sang augmenteront tous les jours, bien que les pertes de sang qui y avaient donné lieu aient pu cesser de se répéter, alors c'est la chlorose ménorrhagique. Nous n'examinerons pas jusqu'à quel point cette restrictioo apportée au seos du mot anémie, et cette extension à celui du mot chlorose, sont d'accord avec l'état actoel de la science, et passons immédiatement à la partie thérapeutiqué. L'auteur commence par établir de quelle manière agit le fer dans la chlorose simple, et démontre que ce médicament n'agit pas comme emménagogue, mais comme recoustituant; car la santé peut être rétablie, la chlorose guérir à l'aide des martiaux, et pourtant l'aménorrhée persister encore. Le fer a donc agi d'abord comme reconstituant, et quand une fois la santé a été rétablie, les fonctions de la santé, la menstruation entre autres, se sont rétablies à lcur tour.

Loin d'être on emménagoguc, le fer est, d'après M. Trousseau, un hémostatique; car son administration chez les femmes bien réglées et non chlorotiques retarde le plus souvent et diminue la fluxion menstruelle. Il résulte de cette discussion, qui n'est pas sans intérêt, que les préparations martiales sont ce qu'il y a de plus indiqué daos le traitement de la chlorose ménorrhagique. En effet, en donnant à hautes doses, entre deux périodes menstruelles, des préparations ferrugineuses, on parvient aisément à rendre an sang la plasticité qu'il avait perdue, et vingt-cinq jours ne s'écoulent pas sans que le teint ait recouvré sa coloration presque normale. Lors donc que les règles reviennent déjà, le sang est dans de telles conditions que l'hémorragie sera moins facile, et le plus souvent les règles sont beaucoup moius abondantes, bien que beaucoup plus colorées. L'auteur indique ensuite comme snccédané le seigle ergoté et les astringens, dont les effets sont trop généralemens connus poor que nous insistions ici sur ce point.

IV° L'EXPÉRIENCE.

NOUVELLES RECHERCHES PROPRES A PROUVER QUE LE RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU PEUT SE TERMINER PAR SUPPURATION; par M. le professeur BOUILLAUD.

Cet article est la reproduction de l'un des chapitres de la brochure que publia M. Bouillaud, en 1836, sous le titre de *Nouvelles recherches sur le rhumatisme articulaire aigu et général, etc.*; nous pourrions donc reovoyer à l'analyse que nous en avons donnée dans la GAZETTE MÉDICALE (1836, p. 222); cepeodant comme cet article cootient quelques nouveaux faits, et comme nous avions conclu de l'examen de ceux qoi étaient rapportés dans le premier travail qu'aucun d'eux ne démontrait que le rhumatisme pent réellement se terminer par snppuration, nous allons examiner les nouvelles observations qui sont rapportees ici.

La première observation que M. Bouillaud affirme *à tort* (1) avoir été recueillie dans le service de M. le professeur Chomel à l'Hôtel-Dieu, lui fournit l'occasion de renouveler contre cet honorable professeur ces attaques personnelles, si inconvenantes dans un travail scientifique. An reste, cette observation, intéressante sous d'autres points de vue, ne prouve absolument rien on plutôt prouverait le contraire de ce que prétend démontrer M. Bouillaud dans cet article, car les articulations du sujet ne contenaient pas de pus, mais seulement « une synovie épaisse, jaunâtre, trouble, gluante, semblable au fluide spermatique si on suppose celui-ci coloré en jaune. »

La seconde observation recueillie dans le service de M. Guersaot ne nous paraît pas beaucoup plus probante, car il y est dit seulement que « les deux articulations malades contenaient des flocons albumineux sans aucune goutte de liquide. » Il n'y avait donc pas de pus. Quant aux flocons albumineux, était-ce de l'albumine concrète des fausses membranes oo de l'albumine à l'état normal? Nous ne trouvons rien qui puisse nous éclairer.

Les 3, 4, 6, 7, 8 et 12e observations que rapporte M. Bouilland, et qu'il a empruntées à différentes poblications, appartiennent à la catégorie des faits où l'on trouve du pus à la fois et dans noe ou plusieurs articulatioos et dans d'autres parties du corps et où il est difficile, le plus souvent même impossible, de juger sur qoel point la suppuration a été primitive. L'étude de la diathèse purulente et de la résoption purulente est encore trop peu avancée pour qu'on puisse, dans la plupart des cas, décider cette question.

La 11e observation, empruntée par M. Bouillaud à la médecine clinique de Pinel, manque de détails, et la tuméfactioo de la tête des os de l'articulatioo du poignet semble iodiquer une maladie différente du rhumatisme. Nous croyons donc pouvoir conclure de l'examen des nouvelles observations que M. Bouillaud rapporte ici à l'appui de son opinion qu'aucune d'elles ne peut avoir de valeur réelle dans cette discussion, et conséquemment que la question reste encore indécise si non décidée en faveur de l'opinion opposée à celle du professeur de la Charité.

DE LA REVACCINATION; par M. DEZEIMERIS.

La question de la revaccination méritait d'être traitée d'une manière plus sérieuse et plus approfondie que ne l'avait fait le corps savant auquel le gouveroement l'avait soumise. M. le bibliothécaire de l'École-de-Médecine, en possession des matériaux relatifs à la matière, était, plus que tout antre, à même de reprendre la question, de s'éclairer des faits en grand nombre recueillis, surtout par les médecins étrangers et que l'Académie avait paru ignorer, et de mettre ainsi la médecine française à convert des reproches graves que lui avait attirées la décision peu éclairée prise sur cette question par le premier corps savant médical de France. Nous passons à l'analyse des docomens sur lesquels M. Dezeimeris s'est appuyé pour en appeler de la décision de l'Académie au ministre de l'instruction publique, et que noos troovoos divisés d'ahord sons deux titres, dont le premier comprend les faits recueillis avant 1820 et le second céux qui l'ont été depuis cette époque. Dans ceite discussion, M. Dezeimeris

(1) Ce n'est pas sans un vif sentiment de déplaisir que je me vois obligé de déclarer ici que cette observation n'a point été recueillie dans le service de M. le professeur Chomel, ainsi que l'affirme M. Bouilland. A cette époque, j'étais chef de clinique à la clinique de la faculté à l'Hôtel-Bien, et je recueillais les observations de tons les malades qui y étaient reçus avec tout le zèle et toute l'exactitude dont j'étais capable. Or, je ne trouve aucune mention de ce malade dans les notes que je prènais chaque jonr, ni sur les listes d'entrée ni sur celles des morts. Pendant les cinq années que j'ai rempli ces fonctions, j'ai constamment publié des *revues cliniques*, d'abord dans la REVUE MÉDICALE, et depuis 1830 dans la GAZETTE MEDICALE, et je mettais toujours en têle le tableau numérique des malades reçus pendant les mois que comprenait le compte-rendu. Si M. Bonillaud veut se donner la peine de consulter le tableau statistique pour les deux mois de novembre et décembre 1830 (GAZETTE MEDICALE, 1831, p. 32), il verra que les salles de la clinique n'ont reçu pendant ces deux mois q'un seul malade atteint de rhumatisme, et qui ne s'est pas terminé par la mort. Désireux de savoir à quoi m'en tenir à cet égard et ne pouvant m'expliquer comment j'aurais laissé entièrement de côté un fait aussi intéressant, je viens d'examiner le livre d'entrée de l'Hôtel-Dieu pour 1830, et j'ai vu que le sujet de cette observation avait en effet été reçn le 3 novembre dans la salle Sainte-Agnès, mais au n. 33. Or le service de la clinique médicale n'avait dans cette salle que vingt lits et du n. 1 au n. 20. Voici maintenant quelques explications qui ne seront pas inutiles : jusqu'au premier novembre 1830 le service de la clinique de la faculté à l'Hôtel-Dieu comprenait les deux salles Sainte-Agnès et Sainte-Madelaine tout entières (80 lits); mais après que M. le professeur Récamier ent, par nne démission, dont nous avons long-temps déploré les résultats, renoncé à la chaire de professeur, l'administration des hôpitaux diminna le nombre des lits qu'elle laissait à la clinique et ne luien accorda que vingt dans la salle Sainte-Agnès.

Il est donc évident que cette observation n'a point été recueillie dans le service de M. Chomel, et que les nombreuses attaques que M. Bouilland dirige contre lui à cette occasion n'ont ancune valeur; d'ailleurs si ce dernier, au lien d'attribuer à la hâte et avec un empressement qu'on attribuera pas à la bienveillance, cette observation à son collègue l'eût parcourue même légèrement, dans le recneil auquel il l'a empruntée (JOURNAL COMPLÉMENTAIRE, vol. 38, p. 428), il n'y aurait reconnu ni la médication ni les doctrines de M. Chomel. Ce fait, si je ne me trompe, me paraît, d'après le traitement et quelques réflexions que l'autenr anonyme qui le rapporte met dans la bonche du chef de service (et non du professeur) avoir été recueilli sous la direction d'un habile praticien que les amis du progrès regrettent de ne plus voir depuis huit ans siéger au nombre des professeurs de l'école.

Je terminerai ici cette note déjà trop longue et n'insisterai pas sur l'inconvenance qu'il y a à attaquer ainsi un honorable collègue avec des armes aussi infidèles, et de juger sa pratique et ses doctrines d'après des documens aussi erronés. Déjà nous nous sommes élevés ailleurs contre cette polémique qui n'est pas moins opposée aux vrais intérêts de la science et aux égards que se doivent entre eux des hommes appelés à parcourir avec distinction une carrière honorable, qu'elle est éloignée de ce qu'on avait le droit d'attendre des brillans talens de M. Bouillaud et de la haute position à laquelle il est arrivé.

GENEST.

paraît renoncer aux documens si importans, à notre avis, que fournissent les expériences faites en Prusse, dans le Wurtemberg et quelques autres états de l'Allemagne, mais non sans s'élever contre les motifs pour lesquels on les a repoussés à l'Académie de médecine : il ne s'attachera qu'à ceux fournis par l'Angleterre, l'Amérique et les pays du nord de l'Europe, et commence par ces derniers. L'auteur énonce d'abord comme démontré : 1° que la variole ne met pas absolument et pour toujours à l'abri de ses propres atteintes et que ses récidives ne s'observent jamais que coup sur coup; qu'elles n'ont lieu qu'à une époque éloignée de la première attaque de la maladie; 2° que le virus variolique inoculé devient de plus en plus benin par des transplantations successives, d'où il est permis de conclure, avec quelque probabilité, que, s'affaiblissant dans sa faculté de se reproduire, il perd aussi de son énergie dans la faculté de préserver.

Il était permis de présumer que la vaccine, dont l'analogue avec la variole est si frappante, devait être dans le même cas et que le virus emprunté à la vache irait s'affaiblissant dans les transplantations successives par lesquelles il passerait chez l'homme. Or, ces conclusions sont précisément celles que tirèrent les premiers partisans et fauteurs de la revaccination, celles que proclama Jenner lui-même. Des expériences, faites dans les premiers temps de la vaccine, et qui sont signalées par l'auteur, il résulte que les récidives de vaccine eurent lieu chez les sujets qui en avaient été affectés une première fois, *il y avait longtemps*, et que les revaccinations échouèrent généralement pendant les premiers temps, parce qu'elles furent pratiquées chez des sujets vaccinés *fort peu de temps auparavant*. Nous passons aux faits récens fournis par les contrées du nord de l'Europe.

Danemarck. L'authenticité, l'exactitude et la série non interrompue des documens fournis par le Danemarck permettent d'apprécier mieux que partout ailleurs l'influence qu'ent la vaccine sur la mortalité et de mesurer les degrés, successivement décroissans, de sa faculté préservatrice, à mesure qu'on approchait de l'époque où l'on sentit la nécessité de la renouveler au moyen de la revaccination.

Les chiffres suivans fournis par les registres mortuaires de Copenhague prouvent, mieux que tous les raisonnemens possibles, les degrés de puissance de la vaccine, dans les premières années de son existence, pour préserver de la variole.

La variole fit périr à Copenhague, de 1749 à 1808, savoir :

De 1749 à 1758	2,991	personnes.
1759 à 1768	2,068	—
1769 à 1778	2,224	—
1779 à 1788	2,028	—
1789 à 1798	2,920	—
1799 à 1808	724	—

Il est utile de faire remarquer que la dernière période contient environ deux années, les deux premières, où la vaccine n'était pas établie. Voici pour les années suivantes :

De 1800 à 1804, on n'observa pas un seul cas de variole sur un vacciné.

En 1804, on en observa deux; mais c'étaient deux cas de varioloïde.

En 1805, il mourut à Copenhague cinq personnes de varioloïde et trois en 1806.

En 1808, il y eut quarante-six décès de variolés, dont treize cas de varioloïde.

En 1819, les cas de varioloïde, un même de *variole vraie*, commencèrent à se montrer en grand nombre chez les vaccinés; mais en 1823, la variole fit véritablement invasion parmi eux, non seulement à Copenhague, mais d'autres villes importantes du Danemarck. Un hôpital spécial fut organisé pour recevoir les pauvres variolés, et le docteur Mœhl, qui en fut nommé médecin, publia trois rapports sur trois invasions successives de variole qui eurent lieu de 1824 à 1827.

Sur 412 malades qui y furent reçus pendant les treize premiers mois, 257 avaient été vaccinés;

58 avaient eu la variole une première fois.

97 n'avaient eu ni vaccin ni variole.

La plupart de ces derniers, arrivés à l'âge adulte, à l'époque de la découverte de Jenner, avaient jugé inutile de se faire vacciner.

L'âge des varinleux qui avaient été vaccinés est utile à connaître parce qu'il fournit une base d'après laquelle on peut juger du temps qui s'était écoulé depuis leur vaccination. Or, voici ce que disent les documens :

24 sujets étaient au-dessous de sept ans;

42 entre sept et onze;

191 avaient de 12 à 23 ans.

Ainsi les neuf dixièmes étaient à plus de dix ans de distance de l'époque où ils avaient été vaccinés. Cinq ou six ans plus tôt, il est probable qu'ils auraient été complètement préservés. Tout ce que put produire en eux la faculté préservatrice de la vacine au moment de l'attaque de la variole, fut de mitiger cette dernière, dont elle ne pouvait les garantir complètement.

Sur ces 412 varioleux, la mortalité fut de 40, dont trois pour les (257) vaccinés, et encore ces derniers avaient été vaccinés dès les premiers temps de la vaccination. Ainsi, les plus fortement atteints, ceux qui moururent, ceux en qui, par conséquent, ne subsiste plus ni le privilège d'être préservés de la maladie, ni la faculté qui en aurait mitigé la violence quelques années plus tôt, sont précisément ceux qui se trouvent les plus éloignés de l'époque où ils avaient été vaccinés.

Dans la récrudescence qui eut lieu de 1825 à 1827, sur 623 cas de variole ou de varioloïde, 438 eurent lieu chez des vaccinés. 26 d'entre eux eurent une variole qui ne différa en rien de celle des non vaccinés, et deux d'entre eux moururent, tandis que la mortalité fut de un sur cinq pour les sujets non vaccinés, preuve évidente d'une influence bien manifeste de la vaccine chez les sujets qu'elle ne peut mettre complètement à l'abri de la variole, et qu'on ne peut point admettre, comme on l'a dit tant de fois, que chez ces sujets il n'y avait eu qu'une fausse vaccine, car une fausse vaccine n'aurait exercé aucune espèce d'influence sur la marche et le développemens de la variole.

Ces faits et l'observation qu'il n'y avait eu dans ces deux épidémies que quelques rares exemples de variole sur des sujets vaccinés depuis moins de trois ou quatre ans, firent conclure que la faculté préservative allait s'affaiblissant à mesure qu'on s'éloignait de l'époque de la vaccination; et, depuis 1825 on commença à avoir recours à la revaccination.

Deux épidémies nouvelles amenèrent, en 1828 et 1830, plus de seize cents varioleux à l'hôpital, et on observa les mêmes faits que dans les deux précédentes. Ainsi, on ne vit pas un seul cas de variole vraie chez un enfant de moins de quatorze ans, pas un seul cas de variole mortelle chez un sujet de moins de vingt-trois ans, et pas un seul cas de variole quelconque chez un sujet revacciné.

Il en fut de même dans l'épidémie de 1835, qui amena à l'hôpital 1,197 variolés, parmi lesquels 1,043 avaient été vaccinés. Pas un seul n'était au-dessous de 18 ans, et tous étaient vaccinés depuis au moins quinze ans; 47 d'entre eux moururent, tandis que sur les 125 qui n'avaient point eu la vaccine, et dont plusieurs avaient eu la variole dans leur enfance, il en mourut 51, parmi lesquels 5 enfans au-dessous d'un an, et 2 au-dessous de dix. La mortalité fut d'un vingt-deuxième sur les vaccinés et d'un tiers pour les non-vaccinés. Aucun des revaccinés ne fut atteint de la contagiou.

Nous reproduisons ici le tablean des revaccinations counues de Wendt à cette époque, 1835, bien que les résultats nous paraissent peu d'accord avec les faits que nous venons de rapporter.

Age.	Revaccinations faites avec succès.	Sans succès.
1 à 10 ans	33 individus	1 individu.
10 à 20	216	82
20 à 25	2175	998
25 à 30	191	76
30 à 40	125	43
40 à 50	18	8
	2756	1208

Nous avons dit que les résultats de ce tablean nous paraissaient peu d'accord avec les faits précédens : en effet, ne semble-t-il pas que la vaccine devrait être préservative contre elle-même, et que les chances de succès dans les cas de revaccination devraient être en raison directe du temps qui s'est écoulé depuis la première vaccination. C'est le contraire de ce que nous voyons ici, puisque chez les enfans au-dessous de 10 ans qui, sous le rapport indiqué ici, étaient dans les conditions les plus défavorables au succès de la revacciuation, elle a réussi 33 fois sur 34, tandis qu'aux âges plus avancés où cette circonstance était plus favorable, elle n'a réussi que deux fois sur trois. Mais les chiffres de ce tableau sont trop peu élevés pour qu'on y attache une grande importance; et d'ailleurs il est probable qu'il y a encore d'autres circonstances que celles du temps écoulé depuis l'époque de la première vaccination qui influe sur le succès de la revaccination.

Suède. Le tableau suivant nous montre quelle fut la mortalité causée en Suède par la petite vérole, durant une période de quarante années, et quel fut l'effet sur cette mortalité de l'introduction de la vaccine. Il mourut en Suède,

De 1782 à 1791	47,587	individus.
1792 à 1801	44,184	
1802 à 1811	14,904	
1812 à 1821	3,309	

La Suède est un des pays de l'Europe où la découverte de Jenner a été le mieux mise à profit. En quelques années, la proportion des vaccinés dans la masse de la population arriva à un point qu'elle n'a guère dépassé ulle part. Le résultat de cette propagation universelle de la vaccine fut de faire tomber la mortalité causée par la variole des deux tiers dans le cours des dix années qui précédèrent 1812, et des quatorze quinzièmes dans les dix années suivantes, et pendant quinze ans le pays fut exempt d'épidémies varioliques. On vit, dans une foule d'occasions, la contagion s'éteindre, faute d'aliment, dans des localités où elle avait été importée, et où il ne se trouvait guère que des vaccinés. En 1822, la mortalité par la variole fut la plus faible qu'on eût jamais vue en Suède; mais dans le dernier mois de l'année 1823, la variole pénétra en Suède par plusieurs points à la fois, et y fit de grands ravages, pendant les années 1824 et 1825. En 1824, elle fit périr 560 individus, dont 103 vaccinés. Ces derniers étaient tous âgés de plus de 15 ans, et avaient été vaccinés dans les premiers temps de l'introduction de la vaccine en Suède. Et cependant, parmi les non-vaccinés qui succombèrent, il y avait 229 enfans au-dessous de 2 ans, et 162 entre 2 et 15 ans. Il est donc évident qu'en Suède comme en Danemarck, la vaccine était absolument préservative, quand elle datait de moins de dix ans, simplement protectrice quand elle était plus ancienne de quelques années; enfin, insuffisante plus tard pour empêcher une atteinte même mortelle.

Des revaccinations furent faites aussi en Suède; mais sur une échelle trop restreinte pour qu'on en puisse tirer quelques résultats.

APERÇU SUR QUELQUES POINTS DE L'HISTOIRE DE LA VACCINE EN ANGLETERRE, POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE LA REVACCINATION; par le docteur HARDY.

Ce travail fait nécessairement partie de celui du docteur Dezeimeris, que nous venons d'analyser; mais il n'offre pas la même uniformité dans les résultats, ni la même certitude dans les documens, qui sont tous d'origine individuelle. Pour ceux qui connaissent l'organisation de l'Angleterre, avec sa liberté individuelle si réelle, ses nombreuses franchises, et le peu d'action que le gouvernement exerce sur les individus, il est facile de concevoir qu'on ne peut attendre de ce pays des résultats numériques aussi nombreux, et aussi saillans que ceux fournis par les pays où le gouvernement agit sur les citoyens par une foule de voies différentes. Aussi nous ne reproduirons pas les développemens dans lesquels entre le docteur Hardy, et nous nous contenterons d'analyser les conclusions qu'il a tirées lui-même de son travail. Il résulte donc de l'histoire de la vaccination en Angleterre qu'il a retracée, et qui aurait pu être plus complète, s'il eût consulté un plus grand nombre de travaux, que

1° Les cas de variole après la vaccine, très rares dans les premiers temps qui suivirent la découverte de Jenner, sont devenus très nombreux depuis une vingtaine d'années. Les sujets qui ont déjà eu la variole sont exposés à une seconde attaque; mais dans une moindre proportion que chez les vaccinés.

2° En général, la variole qui suit la vaccine est moins grave que celle qui frappe les personnes entièrement improtégées, et la variole qui survient pour la seconde fois est plus grave que celle des personnes vaccinées.

3° La majorité des cas bien caractérisés de variole après la vaccine appartient à des individus vaccinés depuis plusieurs années, de manière que la vaccine paraît n'avoir qu'un effet préservatif temporaire, s'affaiblissant avec les années, sans cependant qu'on puisse dire positivement pendant combien de temps elle est une garantie suffisante.

4° Quant aux moyens qu'on a proposés pour prévenir la variole après la vaccine, ils se réduisent à deux : l'inoculation varioleuse après la vaccine, et la revaccination. Le premier est trop grave pour qu'on puisse y avoir recours dans tous les cas; le second seul n'offre aucun inconvénient.

Nous terminerons cette analyse des travaux des docteurs Dezeimeris et Hardy, en faisant remarquer qu'il ressort évidemment de leurs recherches que la vaccine perd graduellement de son influence protectrice contre la variole, et qu'il est urgent de s'occuper, dans l'intérêt de la santé publique et de la prospérité future des nations, de trouver un moyen propre à rendre à la vaccine son influence première. M. Dezeimeris nous promet de traiter cette question prochainement, et se propose de démontrer que la revaccination remplit parfaitement cet objet. Nous attendons avec intérêt la communication qu'il nous promet sur ce sujet.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 17 DÉCEMBRE.

EXCEPTION A LA LOI SUR LA CONSTANCE DE FORME DES GLOBULES DE SANG CHEZ LES VERTÈBRES D'UNE MEME CLASSE.

M. Mandl écrit qu'ayant eu, depuis quelque temps, l'occasion d'examiner au microscope le sang de la plupart des mammifères qui vivent au Jardin des Plantes, il a observé deux cas qui font exception à cette loi, considérée jusqu'à présent comme générale, que chez tous les mammifères les globules du sang sont circulaires, tandis que ces globules, chez les oiseaux, les reptiles et les poissons, sont elliptiques. Chez l'alpaca, en effet, et chez le dromadaire, il a vu des globules sanguins de forme elliptique très régulière. Il est remarquable que ce cas se soit présenté chez deux animaux, qui, s'ils ne sont plus compris aujourd'hui, comme ils l'ont été longtemps, dans un même genre, appartiennent au moins à deux genres extrêmement voisins, et qui sont séparés par un grand intervalle de tous les autres ruminans. Il sera curieux de voir si cette forme anomale des globules est commune aux deux espèces du genre camelus, et aux quatre ou cinq espèces lama, guanaco, alpaca, vigogne, que l'on connaît dans le genre auchenia.

SUR LES CHANGEMENS QU'ÉPROUVE LA TÊTE DES ORANGS PAR SUITE DES PROGRÈS DE L'AGE.

M. Dumortier, de Bruxelles, adresse une note sur ce sujet.

Dans la collection zoologique recueillie à Bornéo par le colonel Henrici, et qui vient d'être acquise pour le muséum de Bruxelles et les établissemens scientifiques de la Belgique, se trouvaient quatorze crânes d'orang, dont neuf avec squelette. Parmi ces derniers, quatre crânes étaient attachés à la peau et conservés dans l'alcool, en sorte que l'on pouvait acquérir la certitude de leur sexe et reconnaître les modifications de la face aux différens âges en rapport avec le squelette. On reconnaît ainsi une femelle très adulte, un mâle très vieux et deux mâles d'âge intermédiaire. Un des squelettes sans peau appartient à un individu très jeune, puisque les fontanelles ne sont pas encore soudées. Outre ces quatorze crânes, le musée de Bruxelles possédait déjà deux crânes, dont un envoyé de Java est intermédiaire entre l'adolescence. L'examen de ces seize crânes, la plus nombreuse collection en ce genre qu'ait eue encore aucune galerie anatomique, a permis à M. Dumortier de reconnaître que les diverses espèces d'orang roux indiquées par les zoologistes, comme le pithecus satyrus, le pongo abelii et le pongo wurmbii, ne sont que des modifications d'âge et se rapportent à une seule et même espèce, malgré les différences énormes que présente le crâne de ce curieux animal, suivant qu'on le considère à différens âges.

Dans ces métamorphoses, on voit les crêtes occipitales d'abord distantes, marchant l'une vers l'autre pour se réunir en une seule par leurs extrémités. De leur côté, les deux crêtes fronto-verticales, après avoir été longtemps parallèles, se rapprochent l'une vers l'autre sur la majeure partie de leur longueur ; elles se touchent et finissent par se confondre en une crête verticale unique.

L'occiput, très développé et très bombé dans l'enfance, s'aplatit ensuite insensiblement. De son côté, le trou occipital qui dans le premier âge était infère et opposé au vertex, remonte constamment, et dans l'âge adulte il devient postérieur et opposé au front, en sorte que par la traction des muscles cervicaux la tête prend à peu près la direction de la colonne vertébrale comme dans les carnassiers. Ainsi, l'animal qui dans sa jeunesse paraissait destiné à se tenir verticalement et debout, tend successivement à prendre la direction horizontale; en même temps la face s'allonge et l'angle facial se rétrécit.

Dans cette métamorphose, par suite des progrès de l'âge, toutes les saillies chez l'orang tendent à pousser au dehors toutes les parties rondes à se rétrécir. Il y a donc, entre l'orang et l'homme, dit M. Dumortier, cette énorme différence que par une loi constante les organes de ce dernier se perfectionnent sans cesse, tandis qu'après la naissance ceux du premier retournent sans cesse vers l'imperfection. Chez l'homme, en effet, toutes les fonctions crâniennes tendent à se développer vers l'intelligence; chez l'orang-outang, vers l'état bestial. Ainsi l'orang qui dans sa vie utérine avait, par suite de perfectionnemens embryonnaires, passé par toutes les phases des animaux inférieurs, semble, après sa naissance, condamné à rebrousser et à redescendre du point élevé où il était parvenu.

NOUVELLES CONSIDÉRATIONS SUR L'HÉMATOSE.

M. Carus adresse une note à ce sujet.

Ayant voulu, dit-il, répéter les expériences sur la fermentation, faites récemment en France par MM. Caguiard-Latour, Turpin et Quevenne; en Allemagne, par MM. Kutzing et Schwan, j'ai été frappé de la ressemblance d'aspect que présentent (quand on les examine au microscope), d'une part le ferment avec ses nombreuses vésicules, de l'autre le sang avec ses globules, et cette ressemblance m'a fait concevoir l'idée qu'il pourrait bien y avoir de l'analogie entre les changemens que subit ce dernier liquide dans l'économie animale, et ceux qu'éprouve une liqueur qui fermente et passe ainsi successivement par différens états. Quand une de ces liqueurs, poursuit-il, change de nature, comme cela arrive au jus de raisin qui se transforme en vin, à la décoction de drèche qui se change en bière, etc., nous voyons qu'il y a deux conditions essentielles pour cette métamorphose, l'une qu'il y ait une libre et réciproque communication avec l'air atmosphérique; l'autre qu'il y ait dans certaines parties du liquide une action vitale, le développement d'un principe créateur. Or, n'est-ce pas aussi ce qui a lieu pour les liquides qui subissent des transformations, qui changent de nature dans l'intérieur des corps organisés, vivans, végétaux ou animaux; ces conditions ne sont-elles pas remplies pour le cas où les sucs

aqueux et glaireux des plantes se changent en chlorophyle, en amidon, en résine, où la matière primitive et aqueuse de l'albumine passe à l'état de sang.

La naissance des globules dans le sang et leur anéantissement sont le résultat d'une action intestine créatrice, comme le sont la multiplication et la destruction des globulins dans la liqueur qui change de nature par la fermentation. On peut dire que l'albumine est, par rapport au sang, ce qu'est le jus de raisin par rapport au vin; et ainsi qu'il a été dit, pour l'une de ces transformations comme pour l'autre, la communication libre et réciproque avec l'air est une condition *sine qua non*. Nous voyons, en effet, qu'il y a dans le poumon comme dans la cuve du vigneron 1° admission d'oxigène, 2° dégagement d'acide carbonique, 3° développement de chaleur, 4° accroissement dans le nombre des globules ou vésicules par l'effet d'une force créatrice intérieure. Lorsque les vésicules, ainsi produites, arrivent à leur plus haut degré d'énergie vitale, par suite de leur libre communication avec l'air, elles prennent chez l'animal la couleur rouge; chez le végétal la couleur verte.

Il ne faut donc plus, poursuit M. Carus, faire de la respiration un acte de désorganisation, comme on le faisait nécessairement, mais probablement sans le remarquer, tant qu'on l'envisageait non comme une combustion modifiée, mais comme une fonction en vertu de laquelle les organismes qui se forment dans le sang atteignent leur plus haut degré de vitalité. Le sang se consommant sans cesse par les sécrétions auxquelles il fournit sa régénération incessante est nécessaire, et elle s'effectue aux dépens de l'albumine aqueuse qui se change en sang par l'effet de cette sorte de fermentation dont nous avons parlé.

Nous ne suivrons pas plus loin l'auteur dans ses considérations qu'il étend à d'autres transformations dépendantes de la vie, et même quelques-uns des changemens que subissent les corps organisés quand la vie les a abandonnés, aux phénomènes de la décomposition putride. Nous n'aurions même pas jugé nécessaire de mentionner cette communication, si elle ne fût venue d'un homme aussi connu dans la science que l'est M. Carus.

SUR LA COMPOSITION CHIMIQUE DU TISSU PROPRE DES PLANTES ET DU LIGNEUX.

M. Payen lit un mémoire sur ce sujet.

Dans de précédentes communications, dit l'auteur, j'ai indiqué quelques propriétés des membranes élémentaires des végétaux; j'ai poursuivi les recherches dans lesquelles j'avais obtenu ces résultats, et je viens présenter aujourd'hui ceux que j'ai obtenus sur la composition chimique de ces membranes, examinées d'abord à leur naissance, puis après une végétation plus ou moins prolongée. Le principal de ces résultats peut être ainsi énoncé :

Le *ligneux*, cette substance si universellement répandue dans les végétaux phanérogames, n'est pas, comme on l'avait jusqu'ici supposé, un seul principe immédiat. Il se compose de deux parties chimiquement très distinctes, et dont la nature physiologique semble pouvoir être maintenant définitivement fixée.

Pour atteindre le but principal de ces recherches, il était nécessaire d'obtenir le tissu des végétaux récemment formé, en sorte que sa composition fût le moins masquée par les divers principes immédiats que plus tard il doit sécréter; il fallait encore analyser à part le tissu élémentaire des différentes parties des plantes, pour s'assurer de l'identité des résultats sur toutes ces parties. Je crus pouvoir y parvenir, dit M. Payen, en extrayant avec soin le tissu naissant à l'état gélatiniforme que contiennent les ovules non fécondés des amandes de l'*amygdalus communis*; 2° des ovules renfermés dans les fleurs de l'*heliantus annuus*; 3° ceux des fleurs de l'abricotier, des pommiers et des cerisiers.

Une autre série de très jeunes tissus fut obtenue en excisant avec précaution les extrémités à l'état normal, des radicelles et des fibrilles radicellaires de plusieurs plantes ligneuses ou herbacées. Des membranes plus rapprochées encore de l'état naissant furent recueillies en réunissant les gouttelettes à peine coagulées, qui s'extravasent des vaisseaux du concombre coupé transversalement. La moëlle des scions de sureau et celle de l'œschinomène, que le commerce tire de la Chine, découpé en lames minces sous le nom de papier de riz; enfin, les filamens textiles des graines du cotonnier fournirent aussi des tissus peu chargés de substances étrangères dures ou ligneuses.

Chacune de ces substances fut immédiatement débarrassée des divers produits communs à toutes, en l'épuisant d'abord par l'eau froide qui élimine au moins une matière azotée; une autre substance non azotée, plusieurs selles et un acide; ensuite par l'alcool qui entraîne des traces de substances résinoïdes, puis à chaud par une solution contenant 10 centièmes de son poids de soude pure; enfin, par l'acide chlorhydrique, afin de dissoudre des quantités minimes de sels calcaires. Après la réaction de chacun de ces dissolvans, on opérait des lavages à l'eau pure; puis, lorsque l'épuration était terminée, on desséchait dans le vide à une température de 150 à 180 degrés. L'analyse du résidu faite par les moyens ordinaires a donné, pour les différentes substances que nous avons nommées, des nombres qui ne diffèrent que dans les dixièmes. Nous n'en citerons qu'une seule, celle de la moëlle de l'œschinomène. (Papier de riz du commerce.)

Carbone	43,4
Hydrogène	6,3
Oxigène	50,3

Tous les résultats que je viens de présenter, dit M. Payen, démontraient dans le tissu propre des végétaux une composition bien différente de celle admise généralement jusqu'ici pour ce tissu. Ce n'était donc pas véritablement du ligneux. Or, sa présence étant constante, et ses proportions très diverses dans tous les bois, il devait faire varier la composition chimique de ceux-ci. Une nouvelle série de recherches était ainsi clairement indiquée. En comparant l'action de divers corps sur le tissu élémentaire pur et sur les tissus ligneux, je découvris bientôt, dit M. Payen, que la substance, épaississant à l'intérieur les cellules fibreuses, est attaquable par des agens auxquels la première résiste, la soude et la potasse caustique notamment.

Dans la vue de déterminer d'abord la composition des bois à fibres ligneuses inégalement épaisses, il fallait éviter l'emploi de ces agens, en proportions suffisantes, pour enlever des quantités sensibles du ligneux, et borner leur rôle à la dissolution de la substance azotée insoluble directement par l'eau pure.

Les bois réduits en râpure fine furent donc successivement lavés à l'alcool, à l'eau froide pure avec une fois leur volume de solution à 0,01 de soude; enfin, par l'eau aiguisée de 0,03 d'acide chlorhydrique, en les épuisant toujours par des lavages intermédiaires avec l'eau pure, puis les desséchant de 160 à 180 dans le vide. Nous ne reproduirons pas les résultats d'analyses de différens bois que donne M. Payen, mais seulement les deux qui diffèrent le plus entre eux.

Bois de hêtre, lavé à l'eau froide, puis à l'eau chaude, l'alcool et l'acide chlorhydrique.

Carbone	54,35
Hydrogène	6,25
Oxigène	39,50
	100,00

Bois d'*herminiera* (bilor des nègres du Sénégal).

Carbone	47,18
Hydrogène	5,94
Oxigène	46,88
	100,00

De la comparaison de ces deux analyses, et de toutes celles qui sont consignées dans le mémoire, résulte que la proportion de carbone, relativement aux deux autres principes, et la prédominence de l'hydrogène sur l'oxigène, sont d'autant plus prononcées que les bois étaient plus ligneux et réciproquement.

Le mémoire est terminé par l'indication de quelques applications que l'on peut faire des résultats énoncés ci-dessus.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SEANCE DU 27 DÉCEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. MOREAU.

COWPOX DE PARIS.

M. Rayer communique une note contenant quelques remarques sur l'éruption varioliforme des vaches de M. Poinsot. L'auteur ne pense pas que cette éruption fût le véritable cowpox; en effet, aucune des inoculations qu'on a pratiquées des boutons de ces vaches et de ceux de quelques autres qu'on vient d'observer à Charenton n'a réussi.

M. Girard fait observer comme M. Rayer que cette éruption n'est pas le véritable cowpox; elle lui paraît analogue à celle qu'on a vue, il y a quelques années dans les environs de Paris, et qui attaquait non seulement les vaches, mais aussi les cochons, les moutons et les chèvres; c'est une éruption vésiculeuse non pustuleuse.

L'Académie procède à la nomination d'une députation qui doit se rendre le jour de l'an au château des Tuileries féliciter le roi.

Le reste de la séance a été consacré à la nomination de trois membres qui doivent faire partie du conseil d'administration; ce sont MM. Bally, Renoult et Bouillaud.

VARIÉTÉS.

— Nous recommandons à nos lecteurs l'Agenda du médecin, pour 1839, qui vient de paraître à la librairie médicale de Béchet jeune. Chaque année cet utile Agenda offre de nouvelles améliorations, et celui que nous annonçons témoigne du zèle de son éditeur pour le rendre aussi parfait que possible; la liste des adresses des docteurs en médecine et en chirurgie paraît avoir acquis toute l'exactitude désirable. Un tableau fort bien fait des poisons et contre-poisons, ajouté à cette neuvième année, lui donne encore un nouveau mérite.

Voici les prix, suivant les diverses reliures :

Maroquin avec crayon	3 fr.	50 c.
» à patte id.	4	»
» doublé en soie et crayon	5	»
» » à patte	5	50
» à serviette avec trousse	8	»
» » doublée en soie	9	»

— Almanach général de médecine pour 1839, par Domange-Hubert, secrétaire des bureaux de la faculté de Paris. — Un fort volume in-18. Prix : 3 fr. 50 cent.

Cette nouvelle édition qui a été considérablement augmentée et qui contient de plus que les années précédentes des détails sur le personnel des facultés de médecine de Strasbourg et de Montpellier et de toutes les écoles secondaires de France, paraîtra, dimanche 30 décembre, à la librairie médicale de Just Rouvier, rue de l'Ecole-de-Médecine, 8, et chez l'éditeur, rue Git-le-Cœur, 4.

Nota. Les souscripteurs recevront l'Almanach médical à domicile pour le 1 janvier 1839.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

IMPRIMERIE DE FELIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE TOME SIXIÈME

DE LA DEUXIÈME SÉRIE DE LA GAZETTE MÉDICALE DE PARIS,

POUR L'ANNÉE 1838.

A

L

M

N

U

V

X

Y

Z